

Università telematica pegaso



Master in
Infermieristica legale e forense
(MA501 I edizione)

L'infermiere forense consulente in materia di nursing malpractice

Relatore

Dss.a Caterina Cusano

Candidato

Grazia d'Aquila

Anno accademico

2016/2017

Indice

Introduzione

Capitolo I

- 1- Nursing malpractice**
- 2- Autonomia professionale – responsabilità**
- 3- Rischio clinico**
- 4- L'errore: tipologia degli errori e ricerca delle cause**
- 5- Le soluzioni**

Capitolo II

- 1- CTU – Consulente Tecnico d'Ufficio**
- 2- Nesso di causalità**
- 3- Nomina e compiti del CTP – Consulente Tecnico di Parte**
- 4- CTU Infermiere legale**
- 5- Competenze**
- 6- Ruolo dell'Infermiere forense in caso di nursing malpractice**

Capitolo III

- 1- Caso clinico**

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

In questo ultimo decennio la professione infermieristica ha subito significative trasformazioni, sviluppando il suo percorso formativo nel passaggio graduale da infermiere generico ad esperto, fino ad arrivare oggi alla figura di professionista avanzato che ne determina nuove e specifiche competenze.

Ciò che mi ha portato alla scelta di acquisire il Master di primo livello in Infermieristica Forense, percorrendo una strada di non facile comprensione, è stato il desiderio di accrescere le mie conoscenze e competenze in ambito infermieristico, andando incontro a quelle che oggi rappresentano e caratterizzano la nostra categoria: l'autonomia e la consapevolezza della responsabilità.

Tra tutte le nuove specializzazioni che l'evoluzione infermieristica ha fatto nascere, quella in infermieristica forense si è dimostrata in grado di fornire gli strumenti adeguati a questo scopo perché l'infermiere forense è **il professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica.**

Si pone come obiettivo lo studio degli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica.

La I.A.F.N. (International Association of Forensic Nurses) definisce in questo modo la nuova disciplina: l'infermieristica forense consiste nell'applicazione delle scienze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie, si occupa inoltre degli aspetti giuridici dell'attività sanitaria, uniti alla preparazione bio – psico sociale dell'infermiere diplomato e li affida all'indagine scientifica ed al trattamento dei traumi (o morte) di vittime (o autori) di abusi, violenze, attività criminali ed incidenti.

Da questa definizione si può capire come il campo principale di attività ed esercizio dell'infermiere forense sia quello di C.T.U. (Consulente Tecnico d'Ufficio), ossia un consulente tecnico del giudice, scelto in base alla sua affidabilità e capacità, tra un elenco di iscritti all'albo dei C.T.U. disponibile presso il tribunale.

La crescente richiesta sul territorio nazionale di operatori sanitari preparati ad affrontare gli aspetti giuridici della professione infermieristica impone la qualificazione di figure in grado di fronteggiare le esigenze di unità operative di medicina legale afferenti a strutture ed enti pubblici quali aziende ospedaliere e territoriali, I.N.A.I.L. Forze Armate, ovunque l'infermiere sia presente nello svolgimento delle sue funzioni.

All'infermiere C.T.U. in caso di denuncia di malpractice, viene affidato il compito di accertare e dare pareri sul comportamento del professionista.

Il giudizio tecnico del C.T.U. è quindi l'elemento fondamentale del procedimento giudiziario. Verificare l'esistenza di un comportamento colposo o doloso comporta la ricostruzione dei fatti per verificare l'iter della procedura assistenziale attuata e l'influenza dell'operato dei professionisti nel determinare il danno.

In mancanza di un comportamento colposo, di un danno e di un nesso di causalità tra questi elementi, ad esempio, non si può parlare di responsabilità professionale per malpractice.

L'attivazione dei Master in infermieristica legale dimostra che in Italia è in continua crescita l'esigenza di avere a disposizione professionisti preparati in materia legale, che possano essere riconosciuti dall'organizzazione giudiziaria, esperti, in virtù di conoscenze specifiche sugli aspetti tecnico- professionali dell'assistenza infermieristica e la relativa dimensione legale.

Le competenze che tale master fa acquisire e consolida, sono legate alla comprensione dei fondamenti della disciplina giuridica e la loro lettura dentro la responsabilità professionale dell'infermiere, al fine di leggere e interpretare fenomeni di responsabilità professionale, fare prevenzione e analisi preventiva e reattiva degli errori.

Ciò consente all'infermiere in possesso del master di analizzare, alla luce delle attuali normative regolanti l'esercizio, il comportamento professionale.

Solo una formazione specifica, che consenta l'acquisizione di solide e approfondite conoscenze sui diversi ambiti dell'esercizio, renderà possibile, una funzione che a pieno titolo entra sul palcoscenico dell'esercizio professionale: quella dell'infermiere legale.

CAPITOLO I

Nursing malpractice

Il problema della sicurezza dei pazienti rientra nell'ambito delle competenze del sistema Qualità ed è strettamente correlato alla problematica più generale della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Gli errori correlati al fattore personale possono essere collegati ad una cattiva organizzazione, alla mancanza di sistemi e flussi che garantiscono il passaggio delle informazioni, alla mancanza di comunicazione, al cattivo clima di lavoro, al personale non preparato o non abituato a lavorare in equipe, ai carichi di lavoro eccessivi.

Quindi si può parlare di “nursing malpractice” quando si fa un errore che reca danno al paziente e l'errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga. L'errore è l'esito negativo dell'assistenza, generato da una situazione non prevista, in grado di produrre potenzialmente un “incidente”.

Generalmente si considera l'errore come una diretta conseguenza dell'azione di un operatore sanitario; non sempre l'errore o il danno è imputabile all'azione degli operatori.

Tra i principali eventi avversi che coinvolgono gli infermieri sono riportati in letteratura errori nel processo terapeutico, infezioni ospedaliere, danni fisici, (cadute accidentali), lesione da pressione, danni trasfusionali, danni nella gestione dei pazienti critici.

Le possibili condizioni favorevoli all'errore possono riferirsi alla mancata comunicazione utente/sanitari nella continuità delle cure, alla documentazione sanitaria con documentazione con criteri di compilazione non adeguati, alla gestione e manutenzione delle apparecchiature medicali, alla cattiva gestione del personale, alla mancata preparazione e addestramento del personale.

Le principali prestazioni infermieristiche poste in esame in genere sono:

- identificazione dei bisogni di assistenza al paziente (diagnosi infermieristica)
- pianificazione e documentazione dell'attività infermieristica
- esecuzione di attività infermieristiche e delle prescrizioni mediche
- del confort e della sicurezza del paziente
- educazione sanitaria e sostegno psicologico al paziente ed ai suoi familiari
- tenuta della documentazione sanitaria e gestione di quella infermieristica.

Autonomia professionale: responsabilità

L'infermiere del 3 Millennio professionista attraverso le sue competenze, in virtù della formazione ricevuta attraverso l'università, in base alle nuove normative susseguite in breve tempo; è in grado di esercitare la propria attività in base al relativo specifico professionale in piena autonomia.

Oggi, la professione infermieristica si concretizza in uno status fondato sul carattere scientifico delle competenze attraverso i quali l'infermiere opera in tutti i settori in cui si esprimono i vari momenti quali, prevenzione, cura e riabilitazione. Quindi si evince come tra le maglie della competenza e dell'autonomia s'incarna la responsabilità, sia sugli atti quotidiani, che sui risultati del processo assistenziale.

La professione infermieristica pertanto fonda il proprio status sul carattere scientifico delle competenze, attraverso le quali dimostra la forza epistemologica del proprio operato.

In base alle osservazioni di Greenwood, è possibile sintetizzare cinque attributi fondamentali per l'esercizio professionale:

- 1) Abilità superiore
- 2) Autorità professionale
- 3) Sanzione della comunità
- 4) Codice di regole etiche
- 5) Cultura professionale

Si può ragionevolmente affermare che l'infermiere assume responsabilità sul proprio operato dopo aver raggiunto una dose sufficiente di cognizioni in merito ai cinque step mostrati.

Qui entrano in gioco responsabilità molteplici, ad ogni livello nel quale siamo inseriti nel "sistema salute" abbiamo responsabilità sul futuro della professione.

La convinzione del fatto che, per esercitare correttamente la professione occorre soltanto possedere una buona "manualità"; è un modello concettuale a monte del processo assistenziale, che concorre in maniera determinante a precisare qual'è il contributo dell'infermiere nella prestazione sanitaria ed è garanzia per poter difendere anche il proprio operato.

Permette di spiegare, anche in caso di contenzioso, in base a quale percorso è stata posta in essere una necessità, è stato individuato un bisogno. La mancata adozione di tutti quelli che sono gli

strumenti a disposizione della metodologia dell'assistenza e della standardizzazione delle procedure è anch'essa fonte di responsabilità.

Responsabilità s'intende anche, attraverso il pieno utilizzo delle competenze, utilizzare la capacità di prevedere, quindi definire gli obiettivi assistenziali; scegliere, cioè selezionare le azioni più congrue per raggiungere quel determinato obiettivo, orientare le risorse necessarie, ed infine valutare i risultati.

Vanno considerate nuove dimensioni della responsabilità per arginare il fenomeno della nursing malpractice, l'infermiere del terzo millennio deve essere in grado di stipulare nuove modalità di relazione con la persona assistita, rispettando le sue scelte e le sue capacità di soggetto "attore" del proprio destino. (L.42/99 profilo professionale, codice deontologico).

Rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute, o la morte. (Kohn IOM 1999).

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria a livello aziendale, regionale, nazionale. Tali strategie devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

Un'unità di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori), individuazione e correzione delle cause di errore Root Causes Analysis (RCA), analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis FMEA, monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'interezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Già da qualche decennio si è fatto ricorso a vari strumenti (oltre a quelli già elencati), e norme comportamentali per diminuire l'accadimento di questi eventi avversi che, a seconda della complessità e delle caratteristiche del processo e del loro conseguente utilizzo.

Il Risk Management in ambito sanitario assume la connotazione di Clinical Risk Management, ovvero gestione del rischio clinico, il cui campo specifico di applicazione è rappresentato dal paziente e dai rischi cui esso incorre quando è sottoposto a pratica clinica ed in contatto con strutture sanitarie.

Il Clinical Risk Management ha fatto il suo esordio negli Stati Uniti per arginare la dilagante tendenza di risarcimento da parte dei pazienti che avevano subito errori nelle cure cui erano stati sottoposti.

L'errore: tipologia degli errori e ricerca delle cause

L'errore in medicina è un problema annoso la cui origine si perde nella notte dei tempi. Secondo una consolidata abitudine, gli operatori sanitari dovrebbero essere scevri dal commettere errori, considerando tali evenienze come una colpa individuale e pertanto soggetta a biasimo. È evidente che anche nelle professioni sanitarie si sbaglia ed il problema è legato alla cultura; uno degli ostacoli maggiori è il timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo o comunque a non comunicarlo.

Prima di entrare nel merito dei meccanismi cognitivi alla base degli errori umani e quindi degli incidenti, è necessario fornire la definizione dei due termini di base del programma di analisi: "errore" ed "evento sfavorevole".

Errore: un errore è definito come il fallimento nel portare a termine un'azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione), oppure come l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione).

Evento sfavorevole: per evento sfavorevole si intende un danno causato ad un paziente dalla gestione sanitaria e non dipendente dalla sua malattia.

Nell'ambito delle teorie che si sono sviluppate per lo studio degli errori in medicina, tra le più accreditate risulta essere quella formulata da Rasmussen, secondo la quale si può suddividere il comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie:

- 1- Skill based: skill è l'abilità nell'eseguire un compito. Le azioni skill based si riferiscono a compiti eseguiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità.

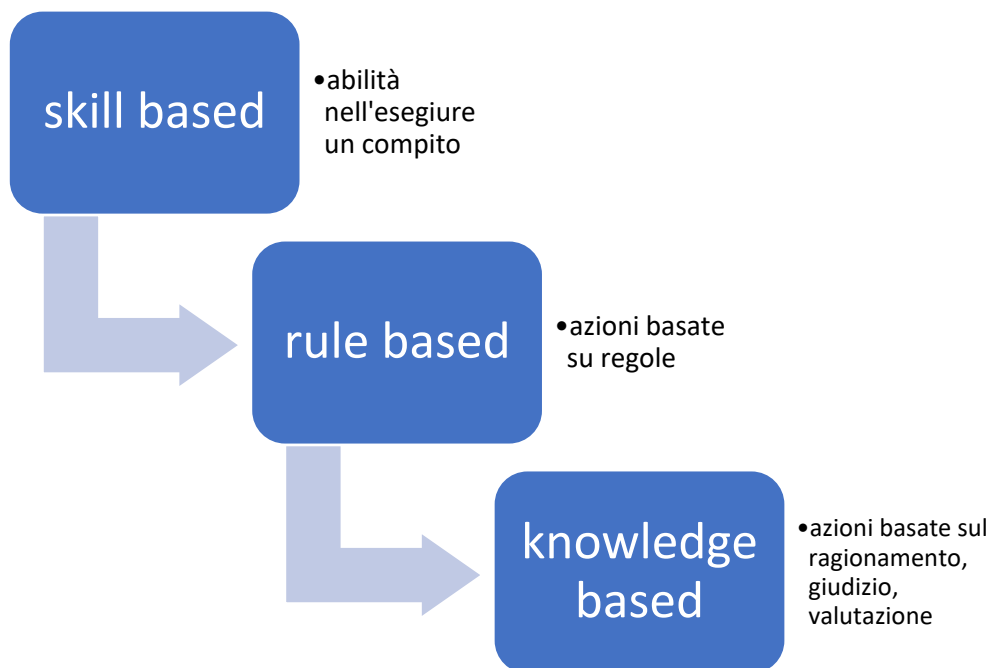
Il training in questo caso ha lo scopo di insegnare a svolgere l'azione in modo da effettuarla correttamente pur non conoscendo le ragioni sottostanti. Mediante il training l'attore diventa sufficientemente abile da compiere le azioni senza necessità di istruzioni (es.: indossare la divisa da lavoro, mascherina, cuffia, ecc.)

- 2- Rule based: si tratta di azioni basate sul seguire una regola conseguente a una precedente esperienza o a istruzione specifica. I processi rule based entrano in azione quando fallisce lo skill based ed il soggetto ha bisogno di fare riferimento ad un set di istruzioni esplicite o regole

che ha a disposizione. L'attore esamina ed interpreta la corrente situazione e sceglie la regola che meglio risolve il problema (es.: praticare una terapia infusiva mediante iniezione endovenosa).

- 3- Knowledge based: si tratta di azioni basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione. Se il processo rule based non risolve il problema, si deve far riferimento al sistema knowledge based, ciò avviene quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute o quando regole di cui si dispone non sono sufficienti ed adeguate (es.: intervenire su un quadro clinico insolito).

Un caso a parte rappresentano le violazioni, ovvero tutte quelle azioni che vengono eseguite anche se una direttiva, un regolamento, ne impedisce l'esecuzione. Questo avviene poiché spesso nelle organizzazioni, le direzioni stabiliscono delle regole che entrano in conflitto con il corretto svolgimento del proprio lavoro.



Sulla base del modello proposto da Rasmussen, lo psicologo inglese J.Reason formula secondo il modello sistemico da egli proposto un'ulteriore classificazione degli errori.

Tale modello consente di superare la visione tecnicistica della prevenzione degli incidenti, caratterizzata dalla preferenza accordata a forme di protezione oggettive e tesa ad assicurare l'incolumità della persona, attraverso misure quasi esclusivamente di tipo tecnico e normativo, lasciando all'individuo il compito di gestire la sicurezza laddove i progressi della tecnica non possono arrivare.

In base al modello del ricercatore inglese l'errore, che può comportare l'accadimento di incidenti, deve essere considerato non in relazione alla componente meccanica o a quella umana, analizzate singolarmente nell'ambito del processo, ma in una prospettiva globale che prenda in considerazione il modo in cui la presenza di elementi tecnici, umani e organizzativi può impedire o favorire il verificarsi di incidenti.

In corrispondenza di azioni skill based possiamo individuare errori di tipo **slips** e **lapsus**. In relazione ad azioni rule based si possono avere dei **rule based mistakes** e a livello knowledge based si verificano **knowledge based mistakes**.

- **Slip**: è un'azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l'esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L'automatismo dell'azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l'azione.
- **Lapses**: è un errore conseguente un fallimento della memoria che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che risulta evidente solo per la persona che lo esperisce.
- **Mistake**: è un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido. Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazione sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al raggiungimento dell'obiettivo.

I **Mistake** possono essere di due tipi:

- 1- Rule based
- 2- Knowledge based

Il rule based mistake: avviene quando è scelta la regola sbagliata a causa di una errata percezione della situazione (es: farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare), oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola (il farmaco è adeguato ma le dosi e il tipo di somministrazione non è corretta).

Il knowledge based mistake: è conseguente o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate che l'hanno determinata. Tale errore è insito nella razionalità limitata o comunque nella difficoltà di dare risposte a problemi che presentano una ampia gamma di possibili scelte.

In tale contesto si possono configurare due tipi differenti di azioni che possono violare la sicurezza:

- Azioni non secondo le intenzioni
- Azioni secondo le intenzioni

Alla prima categoria appartengono gli slip e lapses, alla seconda i mistakes e le violazioni vere e proprie. Tra queste ultime rientrano le violazioni di routine (spesso conseguenti a norme e regole difficili da applicare o da osservare), le violazioni eccezionali e gli atti di sabotaggio (di rara evenienza).

Gli slip e mistakes possono essere definiti errori attivi. Dietro a" ciascun errore attivo" devono essere individuate le cause di "errore latente", attribuibili al sistema ed alla gestione organizzativa. Sulla base di questo modello è necessario distinguere due differenti tipi di errore umano responsabile degli incidenti: **errore attivo e latente**.

Gli errori **attivi** sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea ed i loro effetti sono immediatamente percepiti, e quindi, facilmente individuabili.

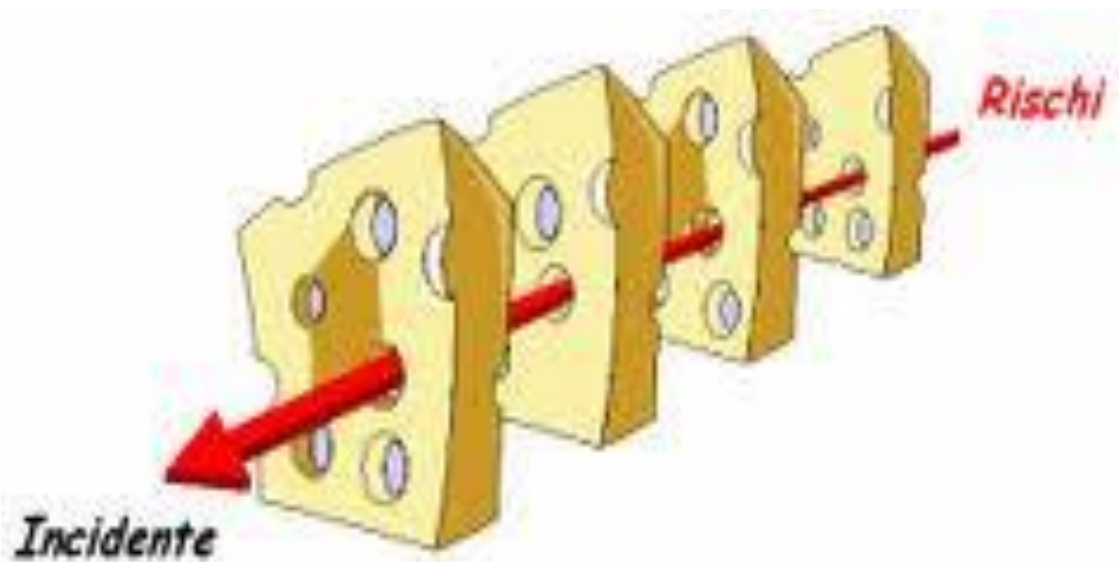
Gli errori **latenti** sono attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) dal luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

È opinione condivisa che, gli incidenti che si verificano sono solo la punta di un iceberg e che per ogni incidente che ha avuto luogo, ce ne sono stati molti altri che per caso fortuito non sono accaduti, i cosiddetti **near miss events**.

Da questa visione nasce la convinzione che, il verificarsi di un incidente, sia frutto di una combinazione e concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state predisposte.

Reason servendosi del modello del formaggio svizzero, da egli ideato, ha chiarito in maniera semplice il significato dell'errore latente.

Infine, considerando che gli errori attivi non potranno mai essere eliminati, è necessario incrementare un sistema che possa influire sugli errori e criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.



Le soluzioni

Generalmente l'errore viene attribuito al sanitario che lo ha commesso.

La letteratura sembra al contrario dimostrarci come questo non sia sempre vero e come spesso gli errori vengano generati dal contesto in cui si opera; gli errori di sistema. L'operatore rappresenta di fatto solo l'anello terminale di questa lunga catena.

Abbiamo assistito dunque ad un ampliamento della prospettiva legata agli errori, ad una crescita culturale ancora in atto che ci ha permesso di spostare l'attenzione e le risorse dal singolo, al sistema.

Questa inversione di tendenza ha abbracciato appieno la filosofia del Clinical Risk Management, producendo una serie di ricerche e promuovendo delle utili soluzioni da adottare per ridurre l'incidenza di errori clinici.

Se da un lato questo ha permesso la creazione e l'adozione di strumenti forniti ai sanitari per l'espletamento delle loro funzioni entro un regime di sicurezza per sé e per i pazienti, dall'altro apparirebbe lapalissiano ritenere valida la possibilità di abbattere totalmente il rischio clinico.

In questo contesto non deve essere pertanto trascurata la condizione del professionista sanitario che si trova sempre più spesso a gestire da solo e senza necessaria formazione, la problematicità di eventi avversi scaturiti dalla pratica lavorativa quotidiana.

Quando ciascuno di noi commette un errore, è egli in prima istanza ad aver commesso e a rispondere dell'accaduto. Solo successivamente si possono ricercare le cause che hanno indotto quel professionista a violare quella o tal altra procedura e, ad esempio per errata o mancata conoscenza, quali siano le responsabilità dell'operatore e quali quelle dell'istituzione.

Questo spiega il perché comunemente si tende a nascondere i propri errori piuttosto che imparare da essi. Per modificare questo atteggiamento, secondo Lucien Leappe (esperto mondiale nello studio degli errori medici), occorre la punizione dell'errore o diversamente l'addestramento e la competenza professionale.

Punire il colpevole non favorisce certo l'emergere degli eventi avversi e si traduce di fatto in un incentivo a nascondere il più possibile l'errore a discapito della possibilità trasformarlo in una fonte di apprendimento. Inoltre la punizione è un evento inevitabilmente reattivo, sopraggiunge quando il danno è stato compiuto.

La maggior parte degli sforzi compiuti per contenerli si è focalizzata sulla individuazione e gestione degli errori attivi trascurando di fatto l'origine degli stessi, ovvero gli errori di origine organizzativi presenti nel sistema, gli errori latenti.

La metodologia di cui è possibile disporre si avvale di due tipologie di analisi:

- **Analisi reattiva**
- **Analisi proattiva**
- L'analisi Reattiva si avvale di uno studio a posteriore degli incidenti, al contrario l'analisi proattiva mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema.

Tra i metodi di cui si avvale l'analisi reattiva troviamo:

- **Incident reporting**
- **Le review**
- **Le root causes analysis**

1 Incident reporting:

è la raccolta volontaria di schede anonime per la segnalazione di eventi avversi. Attraverso la segnalazione degli errori e dei near misses è possibile disporre di informazioni che permetteranno di tracciare il percorso che ha permesso il verificarsi dell'evento avverso. Al fine di avere una valutazione globale degli eventi è necessario definire sistemi di report standard con definizioni di ciò che deve essere riportato.

Tra i sistemi più autorevoli in campo sanitario c'è quello australiano AISM (australian incident monitoring system).

2 Le Review:

rappresentano studi condotti con la metodologia della revisione della documentazione sanitaria. Questa tipologia di studi fonda la loro validità scientifica statistica, ma non per questo, tenendo conto delle variabili da studio a studio, sono comparabili e pertanto omogenei, rappresentando di fatto un grosso limite.

3 Le Root Causes Analysis:

le RCA sono delle analisi che partendo dagli errori riscontrati in un sistema, attraverso un metodo induttivo che procede in profondità mediante domande che esplorano il perché di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione, ricercano le cause dell'evento avverso.

L'analisi Proattiva:

si fonda sulla filosofia della prevenzione degli errori. Le metodologie adoperate, di tipo quantitativo e qualitativo, vanno ad analizzare il processo nelle sue fasi al fine di individuare le criticità del sistema ed i possibili ambiti di errore umano per porvi rimedio.

Gli strumenti e le tecniche adoperate sono svariate, tra le più conosciute ci sono la SHEL (software Hardware Environment Liveware), la FMECA (Failure Mode Effects and Criticality Analysis).

Quest'ultima è una tecnica previsionale dei possibili errori adoperata di recente nel settore sanitario.

Attraverso diagrammi individua la gravità delle conseguenze di un guasto correlata con la probabilità del suo verificarsi.

La FMECA rientra tra gli strumenti proattivi del Risk Management, in quanto prevede l'analisi di un progetto predefinito e l'individuazione, da parte di un team multidisciplinare, dei possibili difetti o errori prevenibili, (i cosiddetti failure mode) prima che essi accadono, al fine di attribuire delle priorità ai cambiamenti da implementare per garantire una maggiore sicurezza delle cure.

Sebbene durante l'applicazione della FMECA le valutazioni effettuate siano soggettive e rendano i risultati di questa tecnica scarsamente generalizzati, l'approccio proattivo è considerato comunque utili, perché permette di intercettare gli errori prima del loro accadimento, e quindi, di individuare le soluzioni potenzialmente pericolose.

Pertanto ai failure mode, sono assegnati tre valori numerici relativi a:

- Gravità
- Probabilità di accadimento
- Rilevabilità

Il prodotto dei tre fattori è rilevato come Indice di Priorità di Rischio (IPR) e permette di attribuire una priorità alle azioni di miglioramento da realizzare.

L'applicazione della FMECA si compone di 5 step:

1 – scelta del processo critico da osservare

2 – costituzione del team multidisciplinare

3 – raccolta e organizzazione delle informazioni inerenti il processo da sottoporre ad analisi

4 – conduzione dell'analisi dei rischi

5- sviluppo ed implementazione delle azioni di miglioramento e monitoraggio degli outcome

La scelta del processo critico da analizzare è generalmente influenzata dalla sua complessità e dalla pericolosità sulla sicurezza del paziente.

È opportuno che il team coordinato da un leader, sia multidisciplinare e composto da professionisti con compiti diversi, ma tutti esperti del processo da analizzare.

Successivamente, il team scompone il processo nelle diverse fasi e attività e in una flow chart viene rappresentato “ciò che accade realmente” nella pratica.

I failure mode, che rappresentano ciò che può andare “storto” nel processo, possono dipendere da errori umani; difficoltà comunicative, criticità nelle attrezzature, o ogni altra criticità che possa interrompere il processo e influire sulla sicurezza del paziente.

Obiettivo del team è quindi l'identificazione del maggior numero possibile dei failure mode.

Successivamente il team, descrive gli effetti dei failure mode individuati: se non vi sono meccanismi di controllo sufficienti, i failure mode potrebbero avere esiti importanti sul paziente.

In un secondo tempo, il team deve stimare, la probabilità di accadimento di ogni failure mode, e la loro rilevabilità, per arrivare attraverso il prodotto dei punteggi ottenuti con i tre criteri di valutazione, a definire l'Indice di Priorità di Rischio (IPR).

Questi rappresentano solo alcuni dei correttivi istituzionali che possono essere adeguatamente adoperati in un sistema complesso quale quello sanitario, per contrastare, prevenire ed arginare il verificarsi di eventi avversi.

Ma, come spesso accade, il contesto in cui professionalmente agiamo, non pone i professionisti e ancor più l'utenza in condizioni di sicurezza accettabili tenendo conto delle risorse (umane ed

economiche) a disposizione. Tralasciando infatti, punte d'eccellenza, il panorama sanitario italiano, per lo più versa in queste obsolete condizioni. Pertanto, fin quando le istituzioni deputate non provvederanno a colmare questo gap, al singolo professionista non rimane che adoperarsi, ciascuno secondo le proprie risorse. Una delle leve sulle quali è doveroso agire è senz'altro l'addestramento e la formazione del personale.

L'addestramento professionale e la crescita della competenza attraverso la formazione continua, permette senz'altro di affrontare il problema con gli strumenti giusti. È in atto un cambiamento culturale che ha interessato il sistema della formazione continua,

non bisogna infatti guardare alla formazione come allo strumento che permette di veicolare delle conoscenze o delle informazioni, ma come allo strumento che offre al tempo stesso anche la risoluzione di taluni problemi.

In questo quadro assume un ruolo strategico determinante l'offerta formativa proposta dagli uffici per la formazione permanente delle aziende sanitarie, altro ruolo chiave è giocato dagli ordini e dai collegi professionali che possono offrire ai propri iscritti dei pacchetti formativi orientati verso la reale domanda formativa avanzata dai professionisti.

È necessario quindi che la formazione e la riqualificazione degli operatori verta su temi specifici ed orientati alla prevenzione degli errori evitabili. Dunque la strada del cambiamento sembra offerta dalla formazione continua che ciascuno di noi, per doveri deontologici e professionali, è tenuto a perseguire.

CAPITOLO II

CTU

Il CTU è un consulente tecnico del giudice, esperto nella materia professionale, scelto in base alla sua abilità e capacità, tra un elenco di iscritti all'Albo dei CTU, disponibile presso il Tribunale.

Solitamente è demandato dal giudice al CTU l'accertamento dell'eventuale comportamento colposo del professionista, accertamento che viene poi confrontato con quello prodotto dal CTU nominato dalle parti coinvolte nel giudizio.

Il giudizio tecnico del CTU, è quindi elemento fondamentale del procedimento giudiziario. Verificare l'esistenza di un comportamento colposo, comporta la ricostruzione dei fatti per verificare l'iter della procedura assistenziale attuata e l'influenza dell'operato del professionista nel determinare il danno.

In mancanza di un comportamento colposo, di un danno e di un nesso di causalità tra questi elementi, non si può parlare di responsabilità professionale per malpractice.

Nei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto una responsabilità in ambito sanitario, la consulenza tecnica e la perizia svolgono un ruolo di grande importanza: basti considerare che oltre l'80% delle condanne dei sanitari si basano sulle valutazioni negative espresse dal CTU.

Sia nell'ambito del processo civile che in quello penale, il magistrato, qualora la decisione di una causa richieda il possesso di particolari conoscenze tecnico scientifiche in una data maniera, si può avvalere dell'ausilio di un esperto.

Con particolare riferimento alla materia civile, il CTU è la figura professionale dal quale il giudice può farsi assistere per il compimento dei singoli atti o per tutto il processo e la sua attività è disciplinata dagli art. 61 e seguenti del codice di procedura civile.

In particolare l'art. 61c.p.c. dispone testualmente che "la scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice".

L'art. 13 delle disposizioni attuative del codice di procedura civile, prevede che presso ogni tribunale è istituito l'Albo dei Consulenti Tecnici, il quale a sua volta è suddiviso per categorie professionali. L'Albo è tenuto dal Presidente del tribunale e viene formato da un comitato da lui presieduto e

composto dal procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto nell'Albo professionale di riferimento, designato dall'Ordine o dal Collegio della categoria a cui appartiene il soggetto che richiede l'iscrizione.

Per ottenere l'iscrizione è necessario essere in possesso di una speciale competenza tecnica in una determinata materia (Master in Infermieristica Forense), essere di condotta morale specchiata ed essere iscritti nei rispettivi Collegi professionali.

Il giudice però, trattandosi di un ausilio tecnico per il quale è fondamentale il rapporto fiduciario, ha la facoltà di nominare anche esperti non compresi nell'albo del tribunale, o persona non iscritta in alcun Albo professionale, ma in tal caso la scelta dovrà essere motivata e, comunque, dovrà ricadere su un professionista di comprovata esperienza.

Per quanto riguarda il ruolo di CTU dell'infermiere forense, la prassi dei tribunali italiani in materia di conferimento di incarichi di consulenza tecnica d'ufficio riserva agli infermieri un ruolo marginale; quando si parla di perizie o consulenze tecniche in campo sanitario il primo pensiero va sempre al mondo medico, al quale sovente il magistrato richiede di esprimere valutazioni anche sull'operato degli infermieri, che purtroppo in molte sentenze anche recenti, vengono ancora chiamati "paramedici".

Tuttavia, questa denominazione deve essere superata per una serie di motivi.

Innanzitutto la professione infermieristica, disciplinata normativamente dal DM del 14 settembre 1994, n.739, il cui articolo 1 ne fornisce una chiara definizione, nonché dalla legge del 1 febbraio 2006, n. 43, ha conseguito una propria autonomia ed è esercitabile soltanto da coloro che abbiano conseguito la necessaria abilitazione statale e siano iscritti all'albo professionale.

Quindi in base alla normativa, la professione di infermiere rientra dunque tra quelle tutelate dall'art. 348 del Codice Penale, il quale punisce la condotta di chi esercita abusivamente una professione per il cui esercizio è prevista una speciale abilitazione statale.

Da ciò deriva che qualora un soggetto privo dell'abilitazione statale e/o dell'iscrizione all'albo professionale ponga in essere anche solo uno degli atti che la legge riserva alla figura dell'infermiere si rende responsabile del reato di esercizio abusivo della professione. E ciò può accadere anche nell'ambito di una attività di consulenza tecnica d'ufficio.

In secondo luogo, se la risoluzione di un caso giudiziario richiede competenze specifiche di settore, non si comprende perché l'incarico di consulenza tecnica d'ufficio non possa essere assegnato ai titolari della relativa competenza professionale.

E quindi, se un caso giudiziario che riguarda la responsabilità professionale di un infermiere, l'incarico di consulenza tecnica deve essere affidato ad un infermiere, proprio perché solo l'infermiere è titolare della disciplina infermieristica.

Recentemente, anche la Cassazione si è espressa in modo favorevole sulla scelta del CTU competente in materia infermieristica (Cass. Pen., sez. VI, sentenza n. 2811/2000).

Nesso di causalità

Spesso leggiamo di sentenze riguardanti il personale sanitario, senza sapere come il giudice sia arrivato alle conclusioni.

A monte di quelle decisioni, il giudice si avalla di consulenti tecnici, conosciuti come periti (CTU), per poter accertare il nesso di causalità dell'evento dannoso.

Quindi il nesso di causalità è il rapporto che corre tra due fenomeni, uno è la qualità di causa, l'altro quella di effetto.

La medicina legale tiene conto di due fattori complementari tra loro per l'accertamento del nesso causale:

- dal punto di vista giuridico
- dal punto di vista biologico

La valutazione del nesso causale in medicina legale, si basa su diversi criteri:

- 1- criterio cronologico
- 2- criterio topografico
- 3- criterio della continuità fenomenica
- 4- criterio dell'idoneità
- 5- criterio dell'esclusione

1- Criterio cronologico

Consiste nel giudicare se l'intervallo trascorso dall'azione lesiva alla comparsa delle prime manifestazioni di una determinata malattia e sia compatibile o meno con l'esistenza di una relazione causale.

2- Criterio topografico

E' la corrispondenza tra la regione anatomica interessata dell'azione lesiva, e la sede d'insorgenza della malattia.

Il rapporto può essere diretto, se esiste identità di sede, o indiretto se la lesione compare a distanza dal punto dell'azione traumatica, oppure il rapporto può essere da contraccolpo, quando la lesione si trova diametralmente opposta alla sede traumatizzata.

3- Continuità fenomenica

E' rappresentata dalla continuità ininterrotta tra i sintomi seguiti dall'azione lesiva, e quelli della malattia stessa.

E' possibile però, che i sintomi della malattia possano comparire anche a distanza rispetto all'azione lesiva, in quel caso si parla di intervallo libero, es, ematoma epidurale.

4- Criterio di idoneità

Valuta l'idoneità dell'azione lesiva a produrre una malattia; si cerca una proporzionalità fra causa ed effetto ed una compatibilità tra l'azione lesiva e il danno verificatosi.

5- Criterio di esclusione

Consiste nell'escludere ogni altra possibile causa circoscrivendo il solo fattore eziologico.

In seguito a questi criteri e alla documentazione clinica, il consulente tecnico esprime al giudice il suo parere in forma scritta, sulle eventuali responsabilità infermieristiche.

Richiesta risarcimento

Quando vi è una richiesta di risarcimento da parte lesa (paziente) nei confronti dell'azienda sanitaria per errore o malpractice, entrano in campo diversi attori: il CTP consulente Tecnico di Parte, il CTU consulente tecnico d'ufficio, i legali delle parti, le assicurazioni.

Il CTP (consulente tecnico di parte) è il professionista che spesso rappresenta la chiave di volta per la risoluzione del contenzioso all'interno del dibattimento processuale, svolgendo un importante ruolo, specialmente laddove l'esito della causa è legato alla corretta valutazione di aspetti di natura tecnica.

Per queste ragioni essere rappresentati da un Consulente Tecnico di Parte con capacità e conoscenze adeguate è una condizione essenziale per vedere accolte le proprie tesi dal CTU, in primo luogo, dal Giudice poi, allo scopo di raggiungere una tesi favorevole.

In particolare il CTP è l'esperto al quale una delle parti in causa, conferisce l'incarico peritale, quale soggetto competente in uno specifico settore, ha anche il compito di affiancare il CTU nell'espletamento del suo incarico, formulando osservazioni a supporto o critica dei risultati ai quali il Perito del Giudice sarà giunto e provvedendo alla redazione di controdeduzioni nelle quali indicherà le proprie condizioni.

Nomina e compiti del CTP

L'art. n. 201 del Codice di Procedura Civile dispone che, con lo stesso provvedimento di nomina del Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU), il giudice assegna alle parti il termine per la nomina del loro Consulente Tecnico. Va ricordato che il Consulente Tecnico di Parte (CTP) può essere nominato soltanto se il Giudice ha nominato il suo Consulente Tecnico d'Ufficio.

La richiesta di nomina viene effettuata dall'avvocato di una parte, indicando il nome e il recapito del CTP prescelto, in modo che il Cancelliere possa fare a sua volta le comunicazioni previste dalla legge.

Il Consulente Tecnico di Parte non deve essere necessariamente iscritto a particolari albi. Se una delle parti è professionalmente competente in merito alla materia oggetto di consulenza tecnica, può egli stesso svolgere le funzioni di consulente tecnico di parte nel proprio interesse.

Mentre il CTU in sede di nomina deve prestare giuramento, il CTP al contrario non deve fare alcun giuramento. Il CTP assume una funzione di controllo tecnico sull'operato del consulente tecnico d'ufficio, cercando di dare ai fatti l'interpretazione maggiormente conveniente per il proprio cliente che lo ha scelto.

Il CTP risponde solo al suo cliente del mandato ricevuto

CTU Infermiere legale

Chi è l'infermiere forense?

L'origine dell'infermiere forense è da ricercarsi negli stati Uniti. Nel 1983 Faye Battiste Otto fondò la prima associazione degli infermieri forensi americani, (AFN).

In Italia bisogna attendere ancora un po' di anni prima che la figura dell'infermiere forense venga riconosciuta, cosa che accade con i primi Master universitari nel 2005/2006.

Viene individuata la figura dell'"infermiere specialista in metodologia e analisi delle responsabilità professionale nell'area infermieristica" e ne vengono elencate le competenze.

Competenze tecnico professionali dell'infermiere forense

Responsabilità professionale

- 1- Definire la responsabilità penale
- 2- Definire la responsabilità civile
- 3- Definire la responsabilità deontologica
- 4- Definire la responsabilità amministrativa e disciplinare

Consulenza tecnica peritale

- 1- Definire il procedimento penale e civile
- 2- Definire il ruolo e le attività del perito e del consulente tecnico

Normativa

- 1- Analizzare il sistema giuridico
- 2- Analizzare la legislazione sanitaria
- 3- Analizzare il soggetto giuridico
- 4- Analizzare il risk management

Competenze tecnico professionali trasversali

Gestione

- 1- Promuovere la cultura della qualità
- 2- Pianificare il lavoro
- 3- Analizzare il contesto socio-sanitario

Formazione

- 1- Gestire l'evento formativo
- 2- Gestire l'ambito di apprendimento

Ricerca

- 1- Sviluppare un progetto di ricerca

Il 12 maggio 2009 nasce l'AILF Associazione Italiana Infermieri Legali e Forensi che ha tra i suoi principali propositi la promozione, il riconoscimento e la valorizzazione di questa figura professionale.

L'AILF definisce in maniera più chiara gli ambiti operativi dell'Infermiere Forense

- 1- Ambito peritale: valutazione dell'operato infermieristico in sede di processo penale e civile, con tanto di redazione di consulenze tecniche.
- 2- Ambito legale: cooperazione con il medico legale in sala settoria.
- 3- Gestione del rischio clinico: collaborazione alla stesura di procedure e linee guida, revisione della documentazione infermieristica.
- 4- Assistenza e gestione di vittime di stupro e di altre violenze.
- 5- Assistenza e gestione di minori vittime di abusi.
- 6- Assistenza e gestione di pazienti con dipendenza da alcol, droghe e farmaci.

- 7- Assistenza legale e sindacale ai colleghi
- 8- Educazione e informazione sanitaria.

Dove può operare l'infermiere forense ?

La natura sanitaria e giuridica della formazione degli infermieri forensi permette loro di lavorare in tutti quei luoghi nei quali queste discipline si fondono:

- 1- I dipartimenti di emergenza, dove vengono accolte le vittime di violenze e abusi (anche minori), che necessitano di percorsi dedicati e personalizzati considerata la particolarità delle implicazioni non solo sanitarie, ma anche psicologiche.
- 2- I centri anti violenza
- 3- Le unità di Risk Management delle direzioni sanitarie.
- 4- Le sale settorie, in collaborazione con il medico legale/anatomopatologo.
- 5- I dipartimenti di salute mentale e i servizi per le dipendenze.
- 6- Gli istituti penitenziari.
- 7- I tribunali nel ruolo di CTU (Consulente Tecnico D'Ufficio), Perito o CTP (Consulente Tecnico di Parte).
- 8- Gli studi legali con il ruolo di esperti in ambito di responsabilità professionale in collaborazione con gli avvocati,
- 9- Le agenzie assicurative.

Riconoscimento giuridico e professionale dell'Infermiere Forense

L'Infermiere Forense poggia le sue basi sulle leggi di riforma della formazione infermieristica; dal Profilo dell'Infermiere DM 739/94 alla legge 42 del 1999, che legittima la formazione post-base come costituente delle professioni infermieristiche.

Anche la legge 43 del 2006 riconosce la formazione post-base e conferisce il titolo di "specialista" al professionista in possesso di un master conseguito ai sensi del DM 270 del 2004.

Ruolo dell'infermiere forense in caso di nursing malpractice

Parole chiave:

errore, risk management, malpractice, deontologia, caso clinico.

Il fenomeno dell'errore in medicina è ormai ampiamente conosciuto e numerose sono le azioni poste in essere per arginarlo, tra cui l'introduzione nel nostro panorama sanitario nazionale di metodiche e strategie proposte dal Clinical Risk Management. Tra le azioni da porre in essere, maggior attenzione andrebbe puntata nei confronti della nursing malpractice, che può essere definita come l'insieme di eventi avversi che originano da pratiche di pura assistenza infermieristica, o dalla partecipazione di professionisti infermieri alla risoluzione di problemi collaborativi.

Ci sono una serie di situazioni tali da essere classificate come indicatori di non corretta pratica clinica, tra le più frequenti troviamo: le lesioni da pressione, gli errori nella somministrazione da farmaco, traumi da caduta (all'interno della struttura ospedaliera).

Purtroppo, spesso non vengono sottolineate le cause, che essendo prevalentemente di natura organizzativa, rimane tutto a carico dell'organizzazione aziendale anziché al singolo, sebbene la responsabilità individuale sia ovviamente ben lungi dallo scomparire. (rapporto PiT Salute, elaborato a cura del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanza attiva del 2010).

La carenza cronica di infermieri, cronica negli anni, va indiscutibilmente a influire sulla sicurezza delle cure erogate. È chiaro che, a fronte di un elevato volume di prestazioni eseguite da un numero insufficiente di personale infermieristico, i risultati delle procedure stesse sono spesso qualitativamente inadeguati, rappresentando un rischio per le persone che vi si sottopongono. L'eccessivo carico di lavoro e l'insorgenza di errori ed eventi avversi sono tra loro in stretta correlazione, rappresentando di fatto le due facce della medesima medaglia.

In caso di nursing malpractice accertata, laddove c'è richiesta di risarcimento danni da parte dell'attore verso l'azienda, entra in gioco l'infermiere forense nominato come CTU per conto dell'azienda (parte denunciata). Il CTU ha il compito di valutare, esaminare tutti gli atti e le la documentazione inerente alla controversia, può partecipare insieme al medico legale ad un incontro di Audit, dove le parti coinvolte vengono ascoltate in merito al caso occorso.

Alla fine delle indagini e delle valutazioni del caso e dopo aver ascoltato le parti, il CTU redige una consulenza tecnica che viene poi letta dalle parti e dal giudice che deve decidere sull'eventuale risarcimento.

La consulenza tecnica d'ufficio, è un mezzo istruttorio sottratto alla disponibilità delle parti e affidato al prudente apprezzamento del giudice del merito, il quale vi ricorre per accertare i fatti del procedimento, l'impiego di conoscenze tecniche o scientifiche particolari, e delle quali egli non dispone.

La consulenza tecnica d'ufficio è uno strumento di valutazione, sotto il profilo tecnico-scientifico, di dati già acquisiti che non può essere utilizzato al fine di esonerare le parti dall'onus probandi gravante su di esse e può contenere elementi idonei a formare il convincimento del giudice.

I contenuti di un verbale di CTU devono riguardare:

- Il nesso di causa materiale e giuridica facendo sempre emergere la differenza tra complicità ed errore (an debeatur);
- La valutazione del danno biologico connesso alla eventuale malpractice (quantum) evidenziando chiaramente la componente di "maggior danno" derivante dall'errore sanitario che potrà consistere in un allungamento del periodo di malattia (solo danno biologico temporaneo), in un danno biologico permanente o in un evento con decesso del paziente collegato all'errore sanitario.

Tali aspetti dovranno essere ben individuati dai quesiti posti dal Giudice al momento del conferimento dell'incarico e richiederanno una metodologia di approccio estremamente rigorosa che comprenderà:

- Esame della documentazione presente nei fascicoli di parte con ricostruzione analitica;
- Collaborazione con altro specialista o ausiliario tecnico per gli aspetti di competenza specialistica;
- Visita medica e/o acquisizione di dati "sanitari" (anamnesi) di interesse ai fini dell'indagine, alla presenza delle parti precedentemente invitate;
- Eventuale richiesta di approfondimenti clinico-strumentali o integrazione documentale;
- Ricerca bibliografica, linee guida, protocolli e procedure riguardanti l'assistenza infermieristica;
- Analisi e valutazione della condotta del sanitario o della struttura ospedaliera;
- Analisi e valutazione del nesso di causa secondo criteri medico-legali;
- Analisi e valutazione di lesioni, postumi, menomazioni psicofisiche;
- Valutazione delle spese sanitarie e/o assistenziali passate, presenti e future;

- Stesura della bozza di relazione ed invio alle parti;
- Stesura della relazione conclusiva comprendente le osservazioni delle parti e il puntuale commento alle stesse.

Ai fini delle valutazioni medico-legali, grande rilievo si deve dare alla valutazione del maggior danno derivante dal riscontrato errore sanitario.

L'8 marzo 2017 viene approvata la nuova legge Gelli in materia di responsabilità civile in ambito sanitario; questo ha comportato qualche modifica nel procedimento delle cause civili di risarcimento danni in materia di malpractice.

Prima della legge Gelli il procedimento era il seguente:

- Lettera legale
- Mediazione
- Accertamento tecnico preventivo (ATP), ex 696 bis
- Citazione

Dopo la legge Gelli:

- Lettera legale
- Mediazione
- ATP ex696 bis

A questo punto la pratica va avanti attraverso le assicurazioni coinvolte dell'azienda e dei sanitari interessati, segue una istruttoria, una visita del medico legale fiduciario (dell'azienda); intanto si procede alla raccolta dei documenti sanitari, raccolta delle dichiarazioni sanitarie.

Al termine dell'istruttoria abbiamo due possibilità: reiezione o accoglimento.

Nella fase di accoglimento, la pratica viene valutata dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS), il quale può esprimere parere negativo o positivo. In caso di parere positivo si va avanti con l'istruttoria e a questo punto viene fatto un Audit con i sanitari coinvolti ed il medico legale dell'azienda; nell'Audit si decide se si accoglie la transazione o c'è reiezione. Qui finisce la fase amministrativa.

Nella fase giudiziaria civile nel procedimento pre-Gelli c'è l'Accertamento Tecnico preventivo (ATP) 696 bis e la Citazione; nel post- Gelli c'è la Mediazione o l'ATP 696bis, per poi passare alla Citazione.

In genere la Mediazione fallisce sempre, quindi con il 696bis non c'è attività istruttoria del giudice il quale nomina il CTU, ponendogli dei quesiti ben precisi in merito al caso in giudizio.

Il CTU con la legge Gelli art. 15, viene nominato all'interno del collegio peritale e ci si avvale anche di un consulente esperto; prima della legge Gelli invece, si nominava un solo CTU più un ausiliario.

Il CTU fissa l'inizio delle operazioni peritali.

Le operazioni peritali comprendono:

- Lettura quesiti
- Lettura documentazione sanitaria
- Raccolta anamnestica
- Visita medica

Alla fine delle operazioni il CTU prepara bozza di relazione che invia alle parti con termini per eventuali osservazioni.

Infine, relazione finale con risposta alle osservazioni e deposito telematico.

Il Giudice prende atto, attraverso un decreto la pratica si chiude o con transazione o, se non si raggiunge un accordo si procede con rito ordinario fino ad arrivare, con sentenza di II grado, alla Cassazione.

Capitolo 3

Caso clinico

Il giorno 24 agosto 2015 la signora T. di anni 80 viene portata presso il pronto soccorso di un presidio ospedaliero dall'ambulanza del 118 con diagnosi di "insufficienza respiratoria" in paziente diabetica, ipertesa.

Al triage, alla signora viene attribuito un codice giallo (media gravità) in quanto visibilmente dispnoica. I sanitari che la prendono in consegna dispongono nell'immediato degli esami ematici, un rx torace, un elettrocardiogramma; l'infermiere del P.S. che prende in carico la signora T. per prima cosa somministra ossigeno terapia e procede ad incanalamento di una vena brachiale con un G18, per eventuali terapie infusive, si adopera affinché la signora esegua gli esami che il medico aveva prescritto.

Intanto giunge al pronto soccorso con mezzo proprio, la figlia della signora alla quale viene detto di aspettare fuori perché erano in corso accertamenti. Nonostante le insistenze della donna ad entrare, facendo presente che la madre soffriva un po' di demenza, le veniva rifiutato l'ingresso in pronto soccorso.

Nel frattempo alla signora T. in seguito ai risultati degli esami, il medico prescrive una terapia diuretica.

L'infermiere le somministra in flebo (fisiologica) 2 fiale di lasix, più una fiala in bolo (direttive del medico) e lasciava la signora poggiata su una barella (i lettini tutti occupati da altri pazienti), in una stanza da sola e senza campanello, dicendole di stare tranquilla che sarebbe tornato dopo un po', perché doveva occuparsi di altri malati che nel frattempo erano giunti in pronto soccorso.

La signora T. chiede di far entrare la figlia, ma la sua richiesta rimane inascoltata.

Dopo due ore circa la signora T. chiama l'infermiere perché inizia ad avere lo stimolo di urinare, ma nessuno arriva perché impegnati nelle varie urgenze; trascorso ancora del tempo la signora continua a chiamare perché non ce la fa più e deve andare in bagno.

Visto che nessuno arrivava, la signora T. decide di alzarsi dalla barella ma, nello scendere, inciampava cadendo malamente a terra.

A seguito delle sue urla finalmente arriva l'infermiere che aiutato da un operatore socio sanitario rimettono sulla barella la signora, che continua ad urlare per il dolore.

L'infermiere si accorge subito che la paziente ha subito un danno, (femore rotto), perché presentava una extrarotazione e accorciamento dell'arto sinistro rispetto al destro.

Portata subito in radiologia per un rx urgente, la diagnosi veniva confermata; dopo la prassi per il ricovero, la signora T., accompagnata dalla figlia che nel frattempo era entrata, anche perché richiamata dalle urla della madre, viene ricoverata nel reparto di ortopedia con diagnosi di “ frattura pertrocanterica del femore sinistro”.

La signora viene operata, il decorso post-operatorio procede bene, dopo 8 giorni viene dimessa e accompagnata in un centro di riabilitazione.

Dopo qualche mese giunge all'Asrem da parte del legale della signora T., lettera di citazione per danni, provocati dalla caduta in pronto soccorso.

Questo caso si conclude con una mediazione, nominato un CTU (medico legale e non infermiere) che riscontra la non corretta procedura del processo assistenziale da parte dell'infermiere e dei sanitari che l'hanno presa in carico dal momento del suo arrivo in pronto soccorso, fino al momento della caduta della signora.

Ho esaminato questo caso e tanti altri, durante il tirocinio presso l'ufficio del medico legale.

La mia attenzione è stata subito richiamata dalla procedura assistenziale fatta alla signora T, dal collega di pronto soccorso; tutto regolare e perfetto fino al momento in cui veniva somministrata terapia con diuretico; da quel momento le cose non hanno più funzionato per la povera signora, lasciata da solo nella stanza.

Nella pratica da me esaminata, nelle dichiarazioni rilasciate dai sanitari del pronto soccorso, si evince come nel periodo che la signora T. ha trascorso nella stanza di attesa dove era stata collocata per la terapia infusioneale, giungevano altri pazienti tra cui: un codice rosso, due codici gialli e numerosi codici minori. Per cui, visto il poco personale a disposizione, solo due infermieri e due medici in turno, era praticamente impossibile fare di più per la signora T. che, a loro dire, aveva avuto tutta l'assistenza necessaria al suo caso.

Mi sono subito chiesta: perché non le è stato messo un catetere vescicale che i protocolli prevedono in caso di terapia infusioneale con diuretico?

Perché non è stata fatta entrare la figlia, che poteva accompagnare eventualmente la signora in bagno, dopo che gli accertamenti erano finiti e si doveva aspettare l'esito della terapia?

Perché la signora non è stata dotata di un campanello per le chiamate e ha dovuto urlare per farsi sentire per far valere un diritto (quello di andare in bagno) legittimo, di un bisogno primario?

Nel fascicolo esaminato il medico di pronto soccorso dichiara che il catetere vescicale non è stato posizionato per evitare inutili infezioni e danni alla signora, visto che era autonoma.

Ma, invece, l'autonomia infermieristica che abbiamo preteso da anni e finalmente ottenuta, dove sta in questo caso?

È vero che la paziente era autonoma, ma è pur vero che non è stata messa in grado di andare in bagno da sola. Il pronto soccorso è un reparto dove si lavora tantissimo e non si ha il tempo di poter dare assistenza come si vorrebbe, allora, in questo caso, il collega infermiere in piena autonomia poteva decidere di mettere un catetere vescicale alla signora (rispettando le procedure in modo da evitare eventuali infezioni), evitandole la caduta dalla barella; visto che era ben cosciente del fatto che non avrebbe potuto dare assistenza continua, viste le numerose utenze che continuavano a giungere in pronto soccorso.

Infatti i protocolli di una terapia infusiva con diuretico, prevedono l'inserimento di un catetere vescicale, soprattutto negli anziani.

E fin qui l'imperizia; inoltre c'è stata anche negligenza, perché l'infermiere non si è preoccupato di far avere alla signora il minimo dei presidi (campanello) per farla stare tranquilla e, tantomeno ha fatto entrare la figlia per farle compagnia.

Il CTU nella sua relazione tecnica ha evidenziato queste problematiche, sottolineando maggiormente la responsabilità medica, in quanto medico legale; magari se fosse stato nominato un CTU infermiere forense, probabilmente avrebbe messo in risalto di più le responsabilità dell'infermiere, perché il compito del CTU infermiere forense sarebbe stato quello di andare a controllare se tutte le procedure di presa in carico e del processo assistenziale alla paziente, erano state svolte correttamente.

Il caso si conclude dopo due anni con una transazione; ovvero le parti giungono ad un accordo e l'Azienda risarcisce la signora T. con un indennizzo congruo al danno ricevuto.

Resta, da parte mia, la perplessità di un evento avverso che si poteva evitare.

Lavoriamo tutti o quasi, in maniera meccanica, perdendo di vista quello che è l'obiettivo primario del nostro lavoro: il paziente.

Durante il mio percorso di tirocinio qui nell'ufficio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria del Molise a Campobasso, ho avuto modo di confrontarmi con un lavoro molto diverso da quello che svolgo; lavoro da molti anni nell'emergenza (set 118) presso centrale operativa, dove operiamo in contesti di grande autonomia professionale, godendo particolarmente dell'ausilio dei protocolli operativi e in ogni caso siamo a forte rischio di essere personalmente individuati in caso di **malpractice**.

Passare da un lavoro "manuale", ad uno "cartaceo", per i primi tempi non è stato facile; poi con il tempo ho imparato ad apprezzare questo lavoro per me diverso; entrare in un mondo nuovo come quello della medicina legale e forense è stato motivo di crescita professionale e culturale.

Il dott. Scarano mio tutor, che mi ha guidato in questi mesi, è stato molto paziente e disponibile a farmi capire quelli che sono i compiti legali ed istituzionali di un medico/infermiere forense insegnandomi le basi, facendomi assistere ad Audit e visite medico-legali, proprio per farmi rendere conto di persona delle difficoltà che si incontrano in questo tipo di lavoro.

L'esperienza vissuta mi è stata di notevole gratificazione; il professionista infermiere non deve mai limitare la propria visione ad un aspetto clinico-assistenziale ma è indispensabile motivare i colleghi affinché la famiglia professionale motivi le proprie conoscenze.

Oggi le competenze e le abilità che abbiamo, ci hanno proiettato in un vortice di grande responsabilità pertanto bisogna investire sulla formazione individuale e collettiva., quindi, non si può più pensare di girarsi dall'altra parte e far finta di niente. L'infermiere è responsabile del suo operato così come il medico e mi sembra giusto cominciare a pensare di essere giudicati, là dove c'è n'è bisogno, non più dalla figura medica, ma da un infermiere legale, che con le abilità e competenze acquisite con il master è in grado di valutare il lavoro degli infermieri.

CONCLUSIONI

L'Italia non possiede ancora le caratteristiche per essere considerato un paese all'avanguardia nel campo dell'Infermieristica Forense, anche se ultimamente gli infermieri forensi stanno cominciando a farsi sentire all'interno della comunità, offrendo spontaneamente pareri legali su casi di responsabilità professionale, su competenze avanzate e comma 566, sugli orari di lavoro e sul demansionamento.

Le posizioni che questi professionisti potrebbero occupare sarebbero molte, ma poche di queste ad oggi sono da loro effettivamente ricoperte e c'è ancora molto lavoro da fare. Ottenere un albo per i CTU infermieri in tutti i tribunali italiani sarebbe una prima conquista.

L'operato dei professionisti sanitari nei casi discussi davanti ad un giudice viene spesso valutato ancora da un medico legale, ma chi meglio di un infermiere può valutare la correttezza del processo assistenziale attuato da un collega?

L'attività di consulenza si potrebbe estendere al di fuori delle aule di giustizia, negli studi legali, prima di tutto, poi nelle agenzie assicurative e nei collegi provinciali, nelle stesse aziende sanitarie, principalmente nell'area della gestione del rischio clinico. Qui l'infermiere forense occuperebbe un ruolo centrale nella stesura di nuove procedure e linee guida, nonché nella ricerca al miglioramento della documentazione infermieristica.

Un traguardo importante sarebbe l'utilizzo di queste risorse competenti e formate nell'ambito della medicina legale, sulla scena di un crimine (per una prima raccolta dati in attesa del patologo), nelle sale settorie come "strumentisti", a supporto dell'attività medico legale.

Gli infermieri forensi potrebbero assumere un ruolo importante anche nella gestione dei decessi, nelle strutture pubbliche o private. In che modo darebbe un valore aggiunto all'assistenza?

Permetterebbe agli infermieri di reparto di continuare la loro attività a favore degli altri pazienti, traferendo la cura del paziente deceduto e il supporto alla famiglia ad un professionista dedicato, che si occuperebbe di fornire informazioni sull'iter che seguirà la salma.

Le potenzialità di questo professionista sono davvero tantissime, c'è da chiedersi se il nostro paese sia pronto culturalmente ad accettare questa figura nella sua totalità. Ciò non toglie che il crescente sviluppo della libera professione infermieristica possa aprire delle nuove e molteplici strade. La sfida

sarà in mano a tutti quegli infermieri che hanno deciso e decideranno di intraprendere questa specialità; dovranno mettersi in gioco e scoprire percorsi ancora poco battuti.

Pronti ad affrontare il cambiamento, noi infermieri, quotidianamente impegnati su ogni fronte possibile, ripartiamo dalle parole di Florence Nightingale, capostipite dell'infermieristica moderna, la quale affermava che potrebbe quasi apparire strano che la prima qualità di un ospedale debba essere quella di non nuocere. E siamo pronti a farlo in gruppo, concorrendo al risultato, insieme agli altri professionisti, nel rispetto delle competenze e dei valori di ciascuno, proprio per centrare il bersaglio più significativo che permetterà di abbattere il fenomeno "errore in medicina".

Parliamo della fiducia, parametro assolutamente misurabile, da ottenere soltanto con il coraggio e anche la voglia di confrontarsi, abbandonando i fronzoli del tecnicismo e soprattutto da infermiere ad infermiere, ciascuno con la propria capacità di comprendere il messaggio che si vuol far passare.

Bibliografia

- Cittadinanza Attiva tribunale per i diritti del malato. Rapporto PIT Salute 2010
- www.assimedici.it/Rapporto PIT salute 2010
- www.ipasvi.it/norme e codici/deontologia 2009
- Lattarulo P, Martorana M, Etica e sicurezza nelle cure 2011
- Bioetica e deontologia professionale, Milano: McGraw-Hill, 2011
- www.Nurse24.it
- Associazione infermieri legali e forense
- www.AILF.eu
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri IPASVI
- Pratica medica e aspetti legali 2011: narsing malpractice

