



Dipartimento
Scienze Giuridiche ed Economiche

UnitelmaSapienza

Università degli Studi di Roma

**Master di I livello in
Infermieristica Forense**

Project Work del Master:

I Procedimenti Penali nella Professione Infermieristica: un'Analisi del 2023

Relatore
Prof. Leonardo Bugiolacchi

Candidato
Valerio Montesano
matricola n. 081734

Anno Accademico 2022/2023



Abstract

Negli Ultimi trent'anni la Professione Infermieristica è cresciuta in maniera considerevole, raggiungendo traguardi significativi.

Tale crescita ha contribuito a delineare la nuova figura dell'Infermiere: un Professionista Sanitario iscritto al rispettivo Ordine, che agendo in maniera consapevole, autonoma e responsabile, utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, prendendo tutte le decisioni necessarie a garantire le migliori prestazioni assistenziali e, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

È proprio dal concetto di Responsabilità che si realizza tale elaborato, analizzando principalmente la Responsabilità Penale dell'Infermiere.

La Responsabilità Professionale non viene valutata soltanto sulla base della propria professionalità ("*Saper, Saper Essere e Saper Fare*"), ma anche in un comportamento conforme alle Norme Giuridiche, ai Regolamenti delle Pubbliche Amministrazioni, al Contesto Organizzativo ed ai Principi Etici-Morali-Deontologici.

Il Risk Management, anche se concettualmente diverso dalla Responsabilità Penale, è strettamente correlato a quest'ultima, con l'obiettivo di prevenire un rischio clinico, una malpractice nei confronti dell'utenza ed un probabile reato da parte del professionista. Tutto ciò è realizzabile se l'attività del personale sanitario è conforme al sapere scientifico.

Quindi, il Reato può essere rappresentato come l'anello terminale di un processo. Un processo costituito da diverse fasi, da dove origina un *Errore Sanitario* che si propaga superando delle *Difese/Barriere*, e determina un *Incidente*. In base alla tipologia e/o gravità dell'incidente si può concretizzare o meno una colpa penale.

Le cause alla base di un reato sono molteplici, alcune strettamente correlate dal ruolo di professionista, altri da un atteggiamento deviante e illecito dell'essere umano.

È proprio da questo concetto che si delinea il *Profilo del Reo-Infermiere*, identificando i fattori che possono condurlo in un atteggiamento antisociale.

L'analisi delle Sentenze Penali dal 2018 al 2023, ha delineato ulteriormente la profilazione dell'Reo-Infermiere, identificando: gli Esiti delle Sentenze Penali; le Tipologie di Reati; la Visione Demografica dei reati; la classificazione di tre tipi di reati (*Reati Propri-Professionali, Reati per Condotta Umana, Reati Associativi e di Contiguità*).

In questo progetto, il Ruolo dell'Infermiere Forense sarà quello di analizzare i risultati dello Studio Condotta attraverso il *Forensic Nursing Process* coadiuvato da una Valutazione Multidisciplinare. Tale binomio permetterebbe di comprendere l'eventuale genesi del reato e le attività preventive da parte dell'Infermiere Specialista.



Indice

Introduzione	1
Capitolo Primo	
Le Responsabilità nella Pratica Infermieristica	4
1. L'infermiere e le Responsabilità	4
2. La Responsabilità Professionale.....	5
3. La Responsabilità Penale.....	6
4. Altre Forme di Responsabilità	9
4.1 La Responsabilità Civile.....	9
4.2 La Responsabilità Contrattuale ed Extracontrattuale.....	10
4.3 La Responsabilità Amministrativa, Deontologica e/o Disciplinare.....	12
5. I Principali Riferimenti Legislativi	13
5.1 Analisi della Legge Gelli-Bianco.....	13
5.2 La legge Gelli-Bianco a sei anni dall'entrata in vigore: verso una nuova riforma?.....	19
Capitolo Secondo	
La Correlazione tra Responsabilità, Risk Management ed il Reato	21
1. Introduzione.....	21
2. Il Governo Clinico ed il Clinical Risk Management	22
3. Le Linee Guida e le Buone Pratiche	25
4. Gli Enti e gli Strumenti per la Prevenzione del Rischio o del Reato.....	27
5. Il "Profiling" del Reo-Infermiere.....	29
Capitolo Terzo	
Analisi delle Sentenze di Cassazione: i Procedimenti Penali dal 2018 al 2023 attuati nei confronti dell'Infermiere	35
1. Introduzione.....	35
2. Materiali e Metodi	36
2.1 Obiettivo dello Studio	38
2.2 Esclusioni	38
2.3 Limitazioni dello Studio	38
2.4 Esclusione dei Risultati.....	39
2.5 Categorizzazione esito delle sentenze.....	40
3. Risultati.....	42
3.1 Risultati Preliminari.....	43
3.2 Risultati a confronto.....	47
3.3 Risultati: Sinossi delle Sentenze di Condanna	52
4. Lo Studio Condotta nel 2018.....	61
5. Discussione - Conclusione	63



Capitolo Quarto

Il Ruolo dell'Infermiere Forense in corrispondenza allo Studio condotto.....	65
1. Chi è l'Infermiere Forense?.....	65
2. Le Basi Teoriche dell'Infermieristica Forense	67
3. I reati Penali dal 2018 al 2023: Ruolo dell'Infermiere Forense.....	68
3.1 Valutazione dei Reati "Propri" della Professione.....	69
3.2 Valutazione dei Reati correlati alla Condotta Umana.....	75
3.2 Valutazione dei Reati Associativi e di Contiguità.....	77
Conclusioni.....	78
Allegati	81
Bibliografia.....	87
Riferimenti Legislativi.....	92
Riferimenti Siti Web	96



Introduzione

Il processo di aziendalizzazione della Sanità Italiana, iniziato nei primi anni '90, ha rivoluzionato il sistema gestionale e organizzativo delle strutture sanitarie ^{1 2}.

Contemporaneamente a tale evento, la Professione Infermieristica ha avviato un processo di autonomia e responsabilità, atto a far fronte ai continui cambiamenti sociali e culturali, rafforzati dai miglioramenti scientifici e dai concetti etici.

La nuova ed attuale figura dell'Infermiere è identificata dal Professionista Sanitario iscritto al rispettivo Ordine, che agendo in maniera consapevole, autonoma e responsabile, utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, prendendo tutte le decisioni necessarie a garantire le migliori prestazioni assistenziali e, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza ^{3 4}.

La responsabilità professionale non viene valutata soltanto sulla base della propria professionalità ("*Saper, Saper Essere e Saper Fare*"), ma anche in un comportamento conforme alle norme giuridiche, ai regolamenti delle pubbliche amministrazioni, al contesto organizzativo ed ai principi etici.

¹ D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 - *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.

² D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 - *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria*.

³ Art. 1 della LEGGE 10 agosto 2000, n. 251.

⁴ FNOPI. (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*. FNOPI, Consiglio Nazionale, Roma.



Da ricordare che nella valutazione della responsabilità professionale, l'infermiere è portatore del principio di garanzia⁵ e del principio di affidamento⁶.

Scopo di tale elaborato è quello di:

- fornire uno strumento al Professionista Infermiere che intende conoscere i rischi e le proprie responsabilità, consapevolizzandolo nelle attività quotidiane;
- esaminare le sentenze penali della Corte Suprema di Cassazione (da Gennaio 2018 ad Agosto 2023) identificando un profilo delle condanne ed analizzarlo sotto il punto di vista preventivo;
- identificare il ruolo dell'Infermiere Forense in corrispondenza agli esiti delle sentenze penali esaminate.

Il Project Work è articolato in 4 capitoli dove:

- il primo capitolo intende esporre le diverse tipologie di responsabilità che possiede il Professionista Sanitario, indipendentemente dal contesto lavorativo e tipologia contrattuale.

Il concetto di responsabilità giuridica trova la propria estensione attraverso il Codice Civile, Penale e due importanti riferimenti legislativi: la Legge Gelli-Bianco (L. 24/2017) e la Legge Balduzzi (L. 189/2012).

⁵ Il *P. di Garanzia* è rappresentato dall'obbligo giuridico di protezione e controllo del paziente; si configura dal momento della "presa in carico" dell'assistito e prosegue per un arco temporale correlato alla cura ed assistenza.

⁶ Il *P. di Affidamento* è la responsabilità che assume ogni singolo sanitario nell'esecuzione di una specifica attività. L'affidamento è associato propriamente con la divisione e la specializzazione dei compiti, assicurando il miglior adempimento dell'attività svolta.



- il secondo capitolo introduce i concetti di *Governo Clinico*, *Risk Management* e *Rischio Clinico*. Tali strumenti, anche se concettualmente diversi dalla Responsabilità Penale, sono strettamente correlati a quest'ultima, con l'obiettivo di prevenire un rischio, una malpractice nei confronti dell'utenza ed un probabile reato da parte del professionista. Tutto ciò è realizzabile se l'attività del personale sanitario è conforme al sapere scientifico. Però, i fattori che identificano il Reo-Infermiere non sono esclusivamente connessi al Governo Clinico; per questo motivo viene delineato il *profilo* dell'Infermiere, analizzando la sua attività in diverse fasi. L'attività di *Profiling* troverà applicazione secondo una valutazione multidisciplinare.
- nel terzo capitolo è stata visionata la *Banca Dati della Corte Suprema di Cassazione* per condurre uno Studio mediante l'analisi dei procedimenti penali dal 2018 al 2023 nei confronti degli Infermieri. I risultati ottenuti sono stati filtrati e classificati identificando: *gli Esiti delle Sentenze Penali; le Tipologie di Reati; la Visione Demografica* dei reati; la classificazione di tre tipi di reati (*Reati Propri-Professionali, Reati per Condotta Umana, Reati Associativi e di Contiguità*);
- il quarto e ultimo capitolo identifica il Ruolo dell'Infermiere Forense ed il contributo che può compiere in corrispondenza a allo Studio condotto. Tale ruolo si concretizza mediante un *Processo Infermieristico Forense* coadiuvato da una *Valutazione Multidisciplinare*. È grazie a tale multidisciplinarietà che si riesce ad analizzare le tre tipologie di reati identificati, sotto i diversi profili.



Capitolo Primo

Le Responsabilità nella Pratica Infermieristica

1. L'infermiere e le Responsabilità

Nell'introduzione, le parole "responsabile" e "responsabilità" sono state ripetute diverse volte, proprio per marcare il raggiungimento dello *Status infermieristico*, durante il percorso evolutivo delle *Leges Artis*⁷.

L'infermiere, oltre ad aver acquisito nuove competenze ed autonomie, intrinsecamente ha assunto il ruolo di un Professionista, e quindi responsabile. Una responsabilità identificata dal Codice Deontologico come un impegno professionale nell'interesse della salute-persona⁸.

La responsabilità professionale è tradizionalmente suddivisa in tre ambiti: penale, civile, disciplinare e/o deontologica⁹.

Inoltre, attraverso la Legge Gelli-Bianco e Balduzzi, è importante ricordare l'introduzione di un nuovo sistema di gestione della responsabilità sanitaria.

⁷ Le *Leges Artis* sono l'insieme delle regole giuridiche ed extra giuridiche che governano l'esercizio di una professione, la cui inosservanza censura e punisce la condotta del sanitario. Questo insieme di norme e saperi scientifici nella fattispecie sono rappresentate da: normative primarie e secondarie, linee guida, evidenze scientifiche, buone pratiche, ecc.

⁸ Silvestro A. (2009). *Commentario al Codice Deontologico dell'Infermiere 2009*. Mc Graw-Hill, p.129.

⁹ Benci L. (2012). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. McGraw-Hill, p.87.



2. La Responsabilità Professionale

Che cosa significa responsabilità? Il termine responsabilità deriva dal latino *respònsus*, cioè rispondere ad un qualcosa, ad un atto, un evento. Lo stesso termine inizia ad essere utilizzato in ambito giuridico nel *the Federalist di Hamilton (1787)* e successivamente nel *Codice napoleonico (1804)*¹⁰.

Dal *punto di vista filosofico*, la responsabilità è rappresentata da una conseguenza che deriva dalle proprie azioni, verso qualcuno o se stessi. La definizione potrebbe riassumersi e semplificarsi come un senso di consapevolezza: avere coscienza di chi siamo, di chi ci sta intorno, e di come le nostre azioni impattano su di loro.

Conoscere le proprie responsabilità è fondamentale nel settore sanitario; un sistema complesso costituito da persone che si prendono cura di altre persone, dove talvolta è facile “perdersi” nella burocrazia. Questo concetto è rivolto a tutti i professionisti sanitari per consapevolizzare e comprendere meglio le loro funzioni, le loro attività.

Nel Sistema Giuridico italiano possono concorrere diverse tipologie di responsabilità: quella *penale* (nel momento in cui viene commesso un reato), *civile* (che deriva da un atto illecito che ha prodotto un danno patrimoniale o extrapatrimoniale), *deontologica-disciplinare* (che discende dalla violazione di un Regolamento di Disciplina e/o il Codice Deontologico), *amministrativa* (che grava sui dipendenti per un danno patrimoniale).

¹⁰ Bonito Oliva R. (2007). *Responsabilità*. VII Appendice, Enciclopedia Italiana Treccani.



3. La Responsabilità Penale

La Responsabilità Penale è configurata dalla violazione di norme del Codice Penale (c.p.) avendo come atteggiamento il reato.

Per reato s'intende la violazione della legge penale, cioè l'infrazione di un comando o di un divieto contenuto nella stessa legge, che viene condannato mediante una pena. Nell'ambito del reato, il codice penale distingue la pena in: delitti e contravvenzioni¹¹.

Essendo il reato una violazione di un precetto posto a protezione di un bene giuridico, viene riconosciuto un soggetto attivo ed un soggetto passivo.

Il *soggetto attivo* del reato, o anche detto "*reo*", "*agente*", "*colpevole*", è necessariamente una persona umana, colui che materialmente compie l'illecito penale.

Quando il reato è commesso da qualsiasi persona viene definito "*reato comune*", viceversa quando il soggetto attivo è in possesso di particolari requisiti si tratta di "*reato proprio*" (nel quale è riconducibile la responsabilità professionale).

Il *soggetto passivo* del reato è la *vittima*, cioè la persona offesa che risulta titolare del bene protetto dalla norma incriminatrice.

¹¹ Codice penale, Art. 39 - *Reato: distinzione fra delitti e contravvenzioni*. (R.D. 1398/1930 aggiornato al D.L. 30 marzo 2023, n. 34). <https://www.brocardi.it/>



Secondo la concezione bipartita¹² il reato è caratterizzato da un elemento oggettivo ed un elemento soggettivo.

Tra gli *elementi oggettivi* ricordiamo:

- la *Condotta* che può consistere in una azione o in una omissione;
- l'*Evento* che rappresenta il risultato di un'azione o in una omissione;
- Il *Nesso di Casualità*, o meglio, il rapporto tra la condotta e l'evento.

Tra gli *elementi soggettivi* ¹³ ricordiamo:

- il *Dolo*¹⁴, la *Preterintenzione* e la *Colpa* che si distinguono tra di loro per la volontarietà della condotta.
- La *Colpa*¹⁵ (la non volontarietà del danno) a sua volta può essere causata da diversi atteggiamenti quali: *Negligenza* (atteggiamento di trascuratezza); *Imperizia* (una insufficiente preparazione); *Imprudenza*, caratterizzata da un comportamento avventato di un soggetto, che nonostante il pericolo e l'alta probabilità che quella condotta produca un evento dannoso, agisce lo stesso.

¹² Concas A. (2014, Settembre 18). *Il reato, definizione e classificazioni*. Portale Giuridico Diritto.it - Gruppo Maggioli. <https://www.diritto.it/il-reato-definizione-e-classificazioni/>

¹³ Codice penale, Artt. 42 e 43. (R.D. 1398/1930 aggiornato al D.L. 30 marzo 2023, n. 34). <https://www.brocardi.it/>

Art. 42, c.1: "Nessuno può essere punito per una azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà". Le parole chiave sono coscienza e volontà della condotta, che può essere accertata anche mediante perizia psichiatrica (nesso psichiatrico ed il fatto).

Art. 43, c.1: "Il delitto è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione".

¹⁴ In corrispondenza alla manifestazione, il dolo si può essere distinto tra: intenzionale, diretto ed eventuale.

¹⁵ Il *Reato Colposo* è identificato da tutti quegli elementi che accertino l'assenza di voler commettere volutamente l'illecito. La *Colpa* può distinguersi in: *Generica* (per Negligenza, Imprudenza o Imperizia) o *Specificata* (per l'inosservanza di Leggi, Regolamenti, Ordini o Discipline).



Così è responsabile di omicidio colposo l'infermiere che nella sua attività professionale somministra al paziente un farmaco sbagliato, causandone la morte (condotta commissiva), parimente commette lo stesso reato colui che omette di somministrare un farmaco per dimenticanza, derivando la morte del paziente stesso (condotta omissiva).

Dal punto di vista penale sono presenti le scriminanti¹⁶ (o esimenti) che sono *cause oggettive di esclusione del reato*. In particolari circostanze il soggetto commette un fatto-reato, ma l'ordinamento giuridico considera il fatto "non punibile".

Sono tassativamente previste dal codice penale^{17 18}, un esempio è rappresentato dallo *stato di necessità*.

A norma dell'Art. 17 c.p. le pene principali sono:

- per i «*delitti*»: l'ergastolo, la reclusione e la multa;
- per le «*contravvenzioni*»: l'arresto e l'ammenda.

Accanto alle pene principali poi, sono previste le pene accessorie che conseguono di diritto alla condanna (l'interdizione dai pubblici uffici; l'interdizione da una professione, etc.).

Uno stesso evento-condotta può evolversi sia per la responsabilità penale-civile che deontologica-amministrativa.

¹⁶ Franceschetti P. (2017, Marzo 9). *Le Scriminanti*. Altalex.it, Milano. <https://www.altalex.com/>

¹⁷ Il consenso dell'avente diritto (Art. 50 c.p.); l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere (Art. 51 c.p.); la legittima difesa (Art. 52 c.p.); l'uso legittimo delle armi (Art. 53 c.p.); lo stato di necessità (Art. 54 c.p.).

¹⁸ Codice Penale, Art. 393 bis - *Causa di non punibilità*. (R.D. 1398/1930 aggiornato al D.L. 30 marzo 2023, n. 34). <https://www.brocardi.it/>



4. Altre Forme di Responsabilità

Tra le altre forme di responsabilità, come accennato nel paragrafo 2, vi è quella Civile, Deontologica e Amministrativa. Quest'ultima è regolamentata dal "Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici"¹⁹.

4.1 La Responsabilità Civile

Il diritto civile, diversamente dall'ambito penale, presenta un diverso ambito e una diversa finalità, avvalendosi dell'utilizzo del Codice Civile (c.c.). Mentre il diritto penale è un diritto pubblico che punta a reprimere le violazioni dell'ordine giuridico generale mediante "punizioni", il diritto civile è un diritto privato che pone come finalità la tutela degli interessi privati e la reintegrazione del diritto leso.

Per rientrare nella responsabilità civile deve sussistere la presenza: del dolo o la colpa, il nesso di casualità e che il danno procurato sia ingiusto.

Le sanzioni previste dal Codice Civile sono sotto forma di risarcimento, in proporzione al danno biologico causato.

¹⁹ DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 aprile 2013, n. 62 - *Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.* (I3G00104) note: Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2013 (Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 29/06/2023)



4.2 La Responsabilità Contrattuale ed Extracontrattuale

Tale responsabilità è strettamente correlata a quella giuridica Civile, ed è dettagliata sia nel Codice Civile che nella Legge Gelli-Bianco, suddividendola in:

- *extracontrattuale*, determinata dall'inosservanza di un obbligo-dovere di non danneggiare gli altri ("*neminem laedere*"), anche in assenza di un precedente rapporto tra le parti.

Trova il suo riferimento normativo nell'Art. 2043 c.c.²⁰ dove l'evento doloso o colposo, che determini ingiustamente un danno altrui, obbliga il risarcimento del danno da parte di colui che lo ha commesso. Questo articolo trova un'interpretazione più ampia con l'Art.7 c.3 L. 24/2017, dove l'operatore sanitario risponde del proprio operato ai sensi dell'Art. 2043 c.c., ad eccezione di una precedente obbligazione contrattuale assunta con l'assistito.

- *contrattuale*²¹, dove le parti sono legati da un contratto (personale dipendente o prestatore d'opera). La mancata o inesatta prestazione ha originato un danno e ne consegue un risarcimento²². In tale tipologia "l'onere della prova" è a carico del professionista debitore, dimostrando di aver esercitato nel rispetto delle ultime Linee Guida, Procedure e/o Protocollo aziendali²³.

²⁰ Codice Civile, Art. 2043 - *Risarcimento per fatto illecito*. (R.D. 262/1942, aggiornato al 06/07/2023) <https://www.brocardi.it/>

²¹ Ivi Codice Civile, Art. 1218 - *Responsabilità del debitore*.

²² Nappi F. (2019). *La responsabilità professionale dell'infermiere secondo l'attuale legislazione*. OPI Cuneo. <https://opicuneo.org/attachments/article/848/001%20NAPPI.pdf>

²³ Giuseppe M. (2021). *L'onere della prova nel processo civile*. Napoli. <https://www.studiomarina.com/lonere-della-prova-nel-processo-civile/>



Sussistono importanti differenze tra responsabilità contrattuale e responsabilità extracontrattuale²⁴, riassumibili nella figura sottostante.

Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale	
Responsabilità contrattuale (1218 c.c. e ss.)	Responsabilità extracontrattuale (2043 c.c. e ss.)
Prescrizione: 10 anni (ordinario decennale dell'art. 2946 c.c.)	Prescrizione: 5 anni (termine speciale quinquennale prescritto dall'art. 2947 c.c.)
Risarcimento: danni prevedibili	Risarcimento: anche danni non prevedibili
Onere della prova: a carico del debitore inadempiente (è sufficiente allegare l'inadempimento)	Onere della prova: a carico del danneggiato (è necessario provare tutti gli elementi dell'illecito aquiliano)
capacità del danneggiante Necessaria la Capacità legale di agire	capacità del danneggiante sufficiente la Capacità di intendere e di volere

Fig. n.1 - Responsabilità Contrattuale ed Extra contrattuale.

FONTE:
NAPPI F. (Avv.), La responsabilità professionale dell'infermiere secondo l'attuale legislazione, OPI Cuneo, 2019, p.20.
<https://opicuneo.org/attachments/article/848/001%20NAPPI.pdf>

²⁴ Art. 7, L. 24/2017 - *Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitari.*
<https://www.gazzettaufficiale.it/>



4.3 La Responsabilità Amministrativa, Deontologica e/o Disciplinare

La responsabilità disciplinare può essere una conseguenza diretta alla responsabilità penale e civile, con un iter burocratico autonomo²⁵, ed è sanzionata dal datore di lavoro e/o dall' Albo Professionale, a seconda della tipologia di rapporto lavorativo.

Per tale motivo è possibile distinguere, in relazione al Ruolo del professionista in ²⁶:

- responsabilità amministrativo-disciplinare, per i professionisti dipendenti;
- responsabilità ordinistico-disciplinare per i liberi professionisti;
- responsabilità deontologica-disciplinare che discende dalla violazione di un regolamento di disciplina come il Codice Deontologico²⁷ ²⁸, indipendentemente dal tipo di rapporto lavorativo.

²⁵ Nota n. 3, Art. 14, D.lgs. 150/2009 "modifiche all'articolo 55-ter del D.lgs. 165/2001" - "[...] Il procedimento disciplinare, che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria, è proseguito e concluso anche in pendenza del procedimento penale [...]".
<https://www.gazzettaufficiale.it/> - <https://www.giustizia.it/giustizia/it/> - <https://www.bosettiegatti.eu/>

²⁶ Benci L. (2012). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. McGraw-Hill, p.275.

²⁷ FNOPI (N.D). (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*. Consiglio Nazionale, FNOPI, Roma.

²⁸ Nappi F. (2019). *La responsabilità professionale dell'infermiere secondo l'attuale legislazione*. OPI Cuneo.
<https://opicuneo.org/>



5. I Principali Riferimenti Legislativi

In aggiunta ai principali Codici, negli anni sono state introdotte delle norme specifiche per la responsabilità sanitaria, di cui è importante ricordare: la Legge 189/2012 (cd. Legge Balduzzi) e la Legge 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco).

La prima ha introdotto i profili di responsabilità sanitaria e di rischio clinico. Tale Legge ha presentato negli anni delle limitazioni con l'esigenza di modernizzarla e renderla operativa su alcuni temi.

Ciò ha permesso l'introduzione della Legge Gelli-Bianco, la quale ha modificato sensibilmente alcuni profili inerenti alla disciplina della responsabilità civile, sia per il professionista che per la struttura sanitaria, con una maggior articolazione dei temi di Prevenzione, Rischio Clinico e Risk Management.

5.1 Analisi della Legge Gelli-Bianco

Tale Legge revisiona e ridisegna il sistema di responsabilità sanitaria, perentoriamente assicurata, introducendo il concetto di rischio clinico, riduzione dei contenziosi e contenimento dei costi.

Tra gli obiettivi della legge è possibile individuare:

- lo sviluppo e diffusione delle "buone pratiche";
- la gestione del rischio clinico attraverso modelli per la prevenzione e monitoraggio;
- la tutela degli esercenti le professioni sanitarie e del danneggiato;
- il contenimento dei costi della spesa pubblica e medicina difensiva.



Il primo comma cita che *“la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute”*²⁹; anche se tale affermazione è lapalissiana è importante sottolinearlo, per garantire l’esigibilità dei diritti sociali esposti nella Costituzione³⁰. La sicurezza deve essere sempre al primo posto di qualsiasi attività, in particolar modo quella sanitaria.

L’attuazione viene realizzata attraverso le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico, utilizzando in maniera appropriata tutte le risorse a disposizione (strutturali, tecnologiche ed organizzative).

Tutto il personale sanitario è coinvolto in questo processo, compreso il singolo Professionista Sanitario, tenuto a segnalare ogni evento potenzialmente rischioso.

Tra le attività di prevenzione viene sottolineata l’importanza di adottare delle *“buone pratiche assistenziali”* secondo le più recenti raccomandazioni scientifiche e linee guida³¹.

In tali azioni, è fondamentale il continuo aggiornamento del professionista e l’organizzazione di corsi di aggiornamento da parte dell’Azienda Sanitaria.

Una delle principali novità, presente nell’Art.6 è l’introduzione dell’Art. 570 sexies c.p. che limita³² le scriminanti nei casi di colpa per imperizia³³, determinando punibili in ogni caso negligenza ed imprudenza.

²⁹ Art. 1, c.1, L. 24/2017 - *Sicurezza delle cure in sanità*. <https://www.gazzettaufficiale.it/>

³⁰ Art. 32, Costituzione della Repubblica Italiana. Corte Costituzionale. https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_della_Repubblica_italiana.pdf

³¹ Ivi Art. 5, L. 24/2017 - *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*.

³² L’art. 6 della Legge Gelli ha difatti abrogato l’Art.3 della Legge Balduzzi. Quest’ultima permetteva al professionista, che si atteneva alle linee guida e buone pratiche, di non rispondere penalmente per colpa lieve, non differenziando nei casi di imperizia, imprudenza e negligenza.

³³ Ivi Art. 6, L. 24/2017 - *Responsabilità penale dell’esercente la professione sanitari*.



Successivamente s'inizia a delineare la responsabilità del professionista in corrispondenza ai diversi rapporti lavorativi.

Le prestazioni sanitarie svolte in libera professione all'interno della struttura sanitaria rispondono del proprio operato ai sensi dell'Art. 2043 c.c., identificando sia una responsabilità extracontrattuale che contrattuale (Artt. 1218 e 1228 c.c.).

In tale senso, il libero professionista che esercita in una struttura sanitaria risponde di entrambe le responsabilità.

Diversamente è per coloro che svolgono la libera professione extramuraria rispondendo della sola responsabilità extracontrattuale³⁴.

Come già esposto nel Paragrafo 2.4, tale sistema Bipartito individua il soggetto nella tipologia di contesto lavorativo e/o contrattuale, identificando un iter burocratico differente per gli elementi di prova e le tempistiche di prescrizione.

L'azione di Rivalsa o Responsabilità Amministrativa³⁵ nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, può essere esercitata in caso di dolo o colpa grave, secondo alcuni parametri ³⁶.

³⁴ Ivi Art. 7, L. 24/2017 - *Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*.

³⁵ Ivi Art. 9, L. 24/2017 - *Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa*.

³⁶ L'*Azione di Rivalsa* può avvenire successivamente al risarcimento giudiziale o stragiudiziale, entro un anno dell'avvenuto pagamento, pena la decadenza. Inoltre, la *Misura di Rivalsa* non può superare tre annualità retributive, ad eccezione di colui che esercita la professione sanitaria in regime libero-professionale.



Il concetto di *Copertura Assicurativa* è rafforzato nell' Art. 10 della Legge Gelli-Bianco, in quanto, sia le strutture sanitarie che il singolo professionista sono obbligati a stipulare³⁷. Precedentemente, soltanto il Professionista in attività libero professionale ne era obbligato³⁸.

Le strutture sanitarie devono essere provviste di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi, compreso per il personale dipendente ed il personale prestatore d'opera³⁹. La tipologia assicurativa rispetta i criteri di trasparenza ed è pubblicata all'interno del rispettivo sito istituzionale ⁴⁰.

Quindi, viene confermato l'obbligo di copertura assicurativa per garantire efficacia alle azioni⁴¹, dove ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie pubbliche o private, provvede alla stipula di una polizza assicurativa conforme⁴².

Nell'ipotesi di contenzioso tra professionista ed assistito, la struttura sanitaria dovrà informare il collaboratore entro i termini previsti^{43 44}.

³⁷ Di Tanno A., Scudiero M. (2017). *Innovazione e sostenibilità delle nuove coperture assicurative per la responsabilità sanitaria*. Milano. <https://www.responsabilitasanitaria.it/>

³⁸ Art.3 c.5 lett. E, Decreto Legge 138/2011 - *Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria sviluppo* <https://www.normattiva.it/>

³⁹ Art. 10, c. 1, Legge 24/2017 - *Obbligo di assicurazione*.

⁴⁰ Ivi Art. 10, c. 4, L. 24/2017.

⁴¹ Ivi Art. 9 e Art. 13, c. 1, L. 24/2017.

⁴² Ivi Art. 9, L. 24/2017 - *Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa*.

⁴³ L'*Obbligo di Comunicazione* all'esercente professionale, dovrà avvenire entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, oppure entro quarantacinque giorni dall'avvio del contenzioso.

⁴⁴ Redazione (N.D). (2018, Ottobre 11). *Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità*. Protezione Professioni Sanitarie - Promesa.it, Alessandria. <https://www.promesa.it/>



Prima di procedere per via giudiziale, la L. Gelli introduce l'*Obbligo del Tentativo di Conciliazione (Procedura Extragiudiziale)*, al quale sono chiamate a partecipare entrambe le parti, unitamente dalle compagnie assicuratrici.

La mediazione ha come obiettivo la riduzione delle tempistiche di attuazione dei procedimenti civili, nel tentativo di raggiungere un accordo tra le parti (*Definizione Stragiudiziale della Controversia*).

Qualora non venga raggiunto un accordo⁴⁵ si procederà per via Giudiziale, dove l'Autorità competente affiderà l'espletamento della consulenza ai relativi specialisti, che sono in possesso dei requisiti di quanto in oggetto al procedimento⁴⁶.

Il Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU)⁴⁷ è lo specialista per il giudizio nell'ambito dei contenziosi e dei giudizi sanitari.

Come già accennato tra le modifiche della Legge Gelli vi è l'introduzione dell'**Art.590-sexies c.p.**⁴⁸. Tale articolo intende dettagliare la responsabilità colposa, identificando delle scriminanti che possono identificare le cause di non punibilità.

È doveroso precisare che i reati colposi per *negligenza*, quando il professionista sanitario non adotta tutte le accortezze e cautele durante l'incarico-atto, ed *imprudenza*, quando viene violata una regola cautelare con una condotta che poteva essere effettuata con modalità differenti e sicure per l'assistito, non presentano esimenti, e quindi sempre punibili.

⁴⁵ Steffano A. (2017, Novembre 17). *Dopo la legge Gelli: la responsabilità dell'intermediario, l'operatività dell'obbligo assicurativo e le soluzioni del mercato*. Milano. <https://www.responsabilitasanitaria.it/>

⁴⁶ La scelta avviene tra coloro che siano iscritti negli appositi Albi del Tribunale, garantendo che quest'ultimi non siano in posizione di conflitto di interessi per lo specifico procedimento

⁴⁷ Ivi Art. 15, L. 24/2017 - *Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria*.

⁴⁸ Art. 590 sexies, Codice penale - *Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*. (R.D. 1398/1930 aggiornato al D.L. 30 marzo 2023, n. 34). <https://www.brocardi.it/>



Diversamente è il reato colposo per *imperizia* dove le indicazioni di punibilità è strettamente correlata dalla condotta adottata-accertata e dal rispetto o meno delle linee guida.

Ebbene, la norma in oggetto intende esimere da responsabilità il sanitario che ha rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali, secondo gli ultimi aggiornamenti scientifici e che tali pratiche siano realmente proiettate con specificità nello scenario presentatosi ⁴⁹.

Come chiarito dalla Corte di Cassazione⁵⁰, le norme della legge Gelli-Bianco, in tema di responsabilità, non possono considerarsi retroattive⁵¹.

⁴⁹ O.N.A. (N.D.). (2022, Marzo 8). *Legge Gelli: causa di non punibilità penale*. Osservatorio Nazionale Amianto, Roma, 2022. <https://onaresponsabilitamedica.it/>

⁵⁰ Cassazione Civile, Sez. III, Sentenza n. 28994 dell'11 Novembre 2019.

⁵¹ Bagnato M.E. (2019, Dicembre, 23). *Responsabilità medica: leggi Balduzzi e Gelli irretroattive*. Altalex, Milano. <https://www.altalex.com/>



5.2 La legge Gelli-Bianco a sei anni dall'entrata in vigore: verso una nuova riforma?

A distanza di 6 anni dall'entrata in vigore delle Legge Gelli è possibile effettuare una valutazione del proprio operato.

Pochi giorni dopo l'anniversario della Legge, in un'intervista al *Messaggero*⁵² il Ministro della Salute Schillaci richiede una proposta di manutenzione e aggiornamento della stessa, proponendo l'introduzione del sistema "no fault" basato sul modello europeo⁵³.

Il termine "no fault" e quindi "senza colpa" intende introdurre un sistema già operante dal 2002 in Francia, dove il paziente può scegliere di ottenere un indennizzo economico rinunciando definitivamente all'azione legale, permettendo un risarcimento sicuro e contribuendo a snellire tempi burocratici dei tribunali.

Il Medico (e probabilmente qualsiasi sanitario) verrà giudicato per la professionalità della propria prestazione, e non per i risultati ottenuti. Lo stesso Ministro riferisce, che dal punto di vista statistico, i procedimenti civili terminano spesso con un'assoluzione.

Inoltre, la medicina difensiva non è stata ridotta in maniera sensibile, con accertamenti diagnostici che potrebbero essere mirati alle reali e specifiche necessità del paziente⁵⁴.

⁵² *Quotidianosanità.it* (N.D). (2023, Aprile 11). *Schillaci disegna la nuova sanità territoriale*. *Quotidiano Online d'Informazione Sanitaria*, Roma. <https://www.quotidianosanita.it/>

⁵³ La Pera A. (2015, Giugno 22). *Risarcimenti senza colpa*. EMPAM, Roma. <https://www.enpam.it/>

⁵⁴ *Ivi* *QuotidianoSanità.it* (2023).



Il concetto di Sanità Responsabile e Sostenibile alla base della Legge Gelli è stato pienamente raggiunto?

Se da un lato s'intende riformare, dall'altro si valorizza l'introduzione e la crescita della Gestione del Rischio Clinico. Uno strumento che tutela il cittadino mediante la prevenzione dei rischi e sicurezza delle cure, ripristinando l'alleanza terapeutica e la deflazione del contenzioso ⁵⁵.

In questi anni tale Legge si è scontrata al cambiamento fisiologico di alcuni decreti attuativi, ponendo continuamente l'attenzione:

- al sostegno della Legge rispettando i principi fondanti, nonostante il mancato completamento di alcuni decreti ministeriali ^{56 57};
- all'esigenza di revisione della stessa, considerando i nuovi scenari sanitari post-pandemici, la forte accelerazione tecnologica degli ultimi 10 anni e gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

⁵⁵ Nicastro O., Hazan M. (2022, Dicembre 12). *Risultati delle Survey rivolte a Direttori / Coordinatori dei Centri Regionali per la sicurezza delle cure e ai Clinical Risk Management*. Fondazione Italia in Salute, Roma. <https://www.fondazioneitaliainsalute.org/>

⁵⁶ Pieruccini, G. (2022). *Legge Gelli-Bianco, il primo decreto attuativo determina i requisiti obbligatori delle polizze assicurative*. Studio Legale Stefanelli & Stefanelli, Milano. <https://www.studiolegalestefanelli.it/>

⁵⁷ Iodice, A. (2023). *La legge Gelli-Bianco è una «riforma incompiuta»*. Periodico Online d'Informazione Sanitaria - Sanità Informazione, Roma. <https://www.sanitainformazione.it/>



Capitolo Secondo

La Correlazione tra Responsabilità, Risk Management ed il Reato

1. Introduzione

Come già esposto nel capitolo precedente, l'infermiere assume diverse responsabilità in corrispondenza dei diversi rischi, che devono essere preventivamente gestiti a tutela dell'individuo⁵⁸ mediante il *Risk Management*.

Le attività di prevenzione e gestione del rischio sono adottate su vari livelli⁵⁹ : Aziendale, Regionale e Nazionale.

Per *Rischio Clinico* si intende⁶⁰ la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, che subisca un danno imputabile anche se indirettamente alle cure prestate con il conseguente peggioramento delle condizioni di salute. La gestione del rischio⁶¹ permette di accertare ed eliminare le cause degli errori, dove l'approccio è di tipo: reattivo⁶² ed attivo⁶³.

Quindi, il Risk Management, i Protocolli, le Procedure e le Linee Guida sono importanti strumenti che salvaguardano il paziente dalla *Malpractice* ed allo stesso tempo forniscono ai professionisti gli strumenti per prevenire eventuali controversie civili o reati penali.

⁵⁸ Art. 1, L. 24/2017 - *Sicurezza delle cure in sanità*. <https://www.gazzettaufficiale.it/>

⁵⁹ Veronelli G. (2021). *Compendio di Diritto Sanitario*. Ed. Simone, p.244.

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Bollero E., Panà A., et Al. (2003). *L'epidemiologia degli errori in sanità*, Period. bimestrale, Vol LIX, 1-2., p.8.

⁶² *Reattivo*: caratterizzato da errori segnalati precedentemente, impedendo il ripetersi degli stessi errori.

⁶³ *Attivo*: analizza i «potenziali errori» che potrebbero manifestarsi, elaborando strategie preventive.



2. Il Governo Clinico ed il Clinical Risk Management

Il *Governo Clinico (G.C.)* o *Clinical Governance*⁶⁴, è un approccio integrativo di diversi elementi volti al miglioramento delle cure, con lo scopo di mantenere elevati gli standard, le performance, e lo sviluppo capacitivo del Servizio Sanitario Nazionale.

L'obiettivo del Governo Clinico è quello di garantire che le prestazioni sanitarie producano il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, tendendo ad un'assistenza equa, sicura, efficace, efficiente, tempestiva e con la massima soddisfazione dell'utenza (qualità).

L'attuazione del G.C. richiede un approccio sistematico realizzato mediante l'integrazione di numerosi determinanti. Questi ultimi, interconnessi e complementari tra loro⁶⁵ sono: la gestione; la formazione e valorizzazione del personale; il risk management; le evidenze scientifiche; le linee guida; gli audit; la gestione dei reclami e dei contenziosi; la gestione della documentazione (compresa l'informatizzazione della Cartella Unica Integrata); la ricerca e sviluppo; la valutazione degli esiti (performance); la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale; il coinvolgimento dei pazienti con un'informazione corretta e trasparente.

⁶⁴ Ministero della Salute (N.D.). (2022). *Cos'è il governo Clinico*. Roma. <https://www.salute.gov.it/>

⁶⁵ Ministero della Salute (N.D.). (2022). *Analisi e condivisione delle esperienze di governo clinico*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei LEA e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma. <https://www.salute.gov.it/>



Il *Clinical Risk Management* è appunto un aspetto del Governo Clinico. Sono molteplici le definizioni e riassumibili come: l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie riducendo il rischio di errore mediante un processo dinamico.

L'intero processo coinvolge in primo luogo la struttura sanitaria, tenuta a conoscere i rischi connessi alla propria attività, e le Regioni, a cui è demandato il processo di prevenzione e rischio clinico con monitoraggio dei dati regionali da parte dell'amministrazione centrale⁶⁶.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come precisa la L. 208/2015, è direttamente interessato a garantire la maggior appropriatezza delle risorse utilizzate a tutela del paziente⁶⁷. La Legge prevede che tutte le strutture predispongano di una relazione annuale consuntiva degli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura stessa, identificando le cause e gli interventi correttivi attuati.

Sebbene le origini del Rischio Clinico risalgano agli anni '50, la vera maturazione del concetto viene espressa negli anni '90⁶⁸ con un coinvolgimento-attuativo internazionale dopo il 2000⁶⁹.

⁶⁶ Art. 3bis, D.L. 158/2012. *Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari*. <https://www.salute.gov.it/>

⁶⁷ Artt. 547, 538, 539, Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*. <https://www.gazzettaufficiale.it/>

⁶⁸ Leape L.L. (1994). *Error in medicine*. JAMA, 272(23), 1851-1857. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7503827/>

Wilson R.M., Runciman W.B., et Al. (1995). *The Quality in Australian Health Care Study*. The Medical journal of Australia, 163(9), 458-471. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x/>

Reason J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. England: Ashgate Publishing. https://books.google.it/books/about/Managing_the_Risks_of_Organizational_Acc.html?id=ZnhRAAAAMAAJ&redir_esc=y

⁶⁹ Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To Error is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, National Academies Press.

Jarman B. (2000). *The Quality of Care in Hospital*, Journal of the Royal College of Physician of London, v. 34

Donaldson L. (2002). *An organisation with a memory*. Clinical Medicine (London, England), 2(5), 452-457. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452/>

Gandhi T.K., Weingart S.N., et Al. (2003). *Adverse drug events in ambulatory care*. The New England Journal of Medicine, 348(16), pp. 1556-1564. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020703/>



Il Ministero della Salute nel 2003 ha istituito una Commissione tecnica, realizzando un'indagine preliminare volta a conoscere lo stato di implementazione del sistema di gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie. Tale commissione ha elaborato nel periodo 2004-2006, un sistema per la segnalazione degli eventi sentinella ed alcune raccomandazioni⁷⁰.

Successivamente il D.M. 10.01.2007, il D.M. 11.12.2009, la Legge Balduzzi, la Legge 208/2015, La Legge Gelli-Bianco, hanno garantito l'attuazione di tali concetti.

Il Risk Management è caratterizzato da un processo strategico che include la partecipazione di diverse figure all'interno del contesto sanitario, articolandolo in tutte quelle aree ove l'errore può manifestarsi. Tale processo è costituito da diverse fasi⁷¹:

- conoscenza ed analisi dell'errore mediante report o revisione di documenti;
- utilizzo di indicatori;
- utilizzo della metodica I Root Causes Analysis (RCA) e audit clinici;
- analisi di processo;
- Failure Mode and Effect Analysis (FMEA);
- monitoraggio delle misure messe in atto;
- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

WHO (N.D.). (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>

Stephenson T. (2005). *The National Patient Safety Agency*. Archives of Disease in Childhood, 90(3), 226-228. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.065896>.

⁷⁰ Ministero della Salute (N.D.). (2008). *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III, Roma, p.21 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf

⁷¹ Ministero della Salute (N.D.). (2004). *Risk Management in Sanità, il problema degli errori*. Dipartimento Qualità - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 05.03.2003), Roma. <https://www.salute.gov.it>



3. Le Linee Guida e le Buone Pratiche

Le raccomandazioni contenute nelle *Linee Guida (L.G.)* rappresentano il sapere scientifico e tecnologico, guidando verso il giusto comportamento. Indirettamente le L.G. rappresentano degli obblighi esprimibili come un parametro legale, per la valutazione giudiziale di perizia e/o colpa ^{72 73}.

Esse contengono evidenze scientifiche oggettive ottenute da numerosi studi e redatte da una commissione, le quali individuano le modalità di approccio clinico verso una determinata situazione. Non sono rappresentate da un comportamento perentorio, bensì si distinguono in classi e permettono di adattare il comportamento ad una situazione specifica. La specifica adattabilità è supportata da ulteriori strumenti operativi ⁷⁴.

In sostegno alle L.G., i protocolli e procedure operative descrivono dettagliatamente le sequenze di attività da mettere in atto in maniera schematica, rispettando pur sempre il sapere scientifico. Inoltre, i professionisti sanitari sono tenuti ad adeguarsi alle buone pratiche clinico-assistenziali, in assenza o incompletezza degli strumenti appena descritti ^{75 76}.

⁷² Cassazione Penale, sez. IV, Sentenza n. 28187 del 20 aprile 2017.
<https://www.altalex.com/documents/news/2017/06/13/responsabilita-penale-medica-linee-guida-cassazione>
<https://www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2017/06/2017-28187.pdf>

⁷³ Gambardella M. (2018). *La responsabilità penale del medico: dal "ritaglio di tipicità" del Decreto Balduzzi alla "non punibilità" della legge Gelli-Bianco.*, Rivista Scientifica Archivio Penale Pisa, pp.303-323.
<https://archiviopenale.it/la-responsabilita-penale-del-medico-dal-ritaglio-di-tipicita-del-decreto-balduzzi-alla-non-punibilita-della-legge-gelli-bianco/articoli/16409>

⁷⁴ Gelli F., Hazan M., Zorzit, D. (2017). *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Commento sistematico alla legge 8 marzo 2017, n. 24.* Ed. Giuffrè, Milano, p.144.

⁷⁵ Art. 5, c. 1, L. 24/2017. *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida.*
[https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg./](https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg/)

⁷⁶ FNOPI (N.D.). (2023). *Legge 24/2017: cosa prevede e come cambia la responsabilità sanitaria*, FNOPI, Roma. <https://www.fnopi.it/>



Le Buone Pratiche Clinico-Assistenziali non sono rappresentate da una definizione ben specifica ⁷⁷ ⁷⁸, ma possono essere considerate come una raccolta di fonti scientifici eterogenee oppure basate sull'esperienza empirica e non necessariamente mediante studi randomizzati e controllati. Nonostante l'efficacia e la sicurezza possono rappresentare elementi discutibili⁷⁹, l'opinione unanime dei componenti la ritiene fondata, tanto da giustificare tale atteggiamento⁸⁰.

Le buone pratiche provengono da fonti di alto valore scientifico ma non sempre nazionali, e talvolta le indicazioni possono essere inapplicabili nel contesto italiano per normative di riferimento differenti come, ad esempio, le leggi nazionali o i regolamenti dei rispettivi ordini professionali e delle agenzie regolatorie.

Il concetto di "Buona Pratica Clinico-Assistenziale" viene richiamato anche nel Sistema Nazionale Linee Guida. Nel rispettivo web-site è presente una sezione nel quale vengono pubblicati i documenti relativi a questioni ed argomenti non coperti da L.G., al fine di offrire un valido supporto scientifico ai professionisti sanitari⁸¹.

⁷⁷ Redazione (N.D.). (2019, Dicembre, 12). *Linee guida e responsabilità medica*. Portale Giuridico Diritto.it - Gruppo Maggioli. <https://www.diritto.it/linee-guida-e-responsabilita-medica-le-risposte-alle-domande-piu-frequenti/>

⁷⁸ In realtà il D.M. 15/07/1997 definisce il Good Clinical Practise: «uno standard internazionale di etica e qualità scientifica per progettare, condurre, registrare e relazionare gli studi clinici che coinvolgono gli esseri umani».

⁷⁹ Regione Emilia Romagna (N.D.). (2020). *Raccomandazioni, Linee Guida e Buone Pratiche: definizioni e percorsi di elaborazione*. Documento di inquadramento tecnico, Bologna. www.RegioneEmiliaromagna.it/

⁸⁰ Gelli F., Hazan M., Zorzit D. (2017), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Commento sistematico alla legge 8 marzo 2017, n. 24*. Ed. Giuffrè, Milano, pp.179-181.

⁸¹ Ivi Redazione (2019)



4. Gli Enti e gli Strumenti per la Prevenzione del Rischio o del Reato

Nel corso del tempo il Ministero della Salute ha messo in atto una serie di azioni, tra le quali:

- l'istituzione del DM 10.1.2007, costituendo il canale per facilitare gli operatori sanitari ad ottenere informazioni utili relativi alla sicurezza del paziente;
- l'attivazione del "*Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità*" (S.I.M.E.S.), la cui istituzione è da scriversi al D.M. 11.12.2009. Esso è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella e alla denuncia dei sinistri. Il Monitoraggio degli eventi sentinella, attivato nel 2005 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, oltre alla raccolta ed analisi dei dati, si occupa della produzione e della revisione di Raccomandazioni, atte a prevenire e ridurre al minimo gli eventi avversi, accrescendo la cultura della sicurezza;
- l'introduzione del *Sistema Nazionale delle Linee Guida* (S.N.L.G.) mediante D.M. 30.06.2004 e riorganizzato con la Legge Gelli. È l'Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.) che provvede alla valutazione, al giudizio di ammissibilità e pubblicazione delle L.G.;
- l'istituzione del "*Centro per la gestione del rischio clinico sanitario e sicurezza del paziente*"⁸² per il monitoraggio a livello regionale (Legge Gelli);

⁸² Ministero della Salute (N.D.). (2022). *Sistema nazionale Linee guida*. aggiornamento al 12.09.2022, Roma. <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=4835&area=qualita&menu=lineeguida/>



- l’emanazione di raccomandazioni per prevenire gli eventi avversi⁸³;
- l’aggiornamento continuo ed obbligatorio del professionista⁸⁴;
- il coinvolgimento dei cittadini, quali protagonisti della propria salute e dei percorsi assistenziali, mediante il decentramento del “paternalismo medico”.

Tutti questi interventi ed emendamenti sono sufficienti?

Il rischio non potrà mai essere pari a zero in quanto “*the Error is Human*”. Considerando tale processo costituito da atti umani, nonostante la legislazione di riferimento e il potenziamento delle capacità tecnico-scientifiche, sono presenti ulteriori elementi indipendenti dalla formazione ed aggiornamento del professionista.

⁸³ Ministero Della Salute. (2022). *Raccomandazioni del Ministero*. aggiornamento al 07.09.2022, Roma. <https://www.salute.gov.it/>

⁸⁴ Il Dlgs 229/1999 ha attivato dal 2002 il sistema di *Educazione Continua in Medicina (ECM)* con l'obiettivo di aggiornamento professionale obbligatorio per tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dal contesto lavorativo.

In supporto al Dlgs 229/1999 viene approvato il documento “*La formazione continua nel settore Salute*”, con criteri di assegnazione della specifica attività (Accordo del 02.02.2017).

Inoltre, La L. 56/2002 (conversione in legge con modificazioni del D.L. 8/2002) identifica la formazione sanitaria e gli ordinamenti didattici universitari.

I professionisti che non adempiono al numero di crediti nel triennio previsto, oltre ad una violazione deontologica, devono tener conto delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

Alle sanzioni tradizionali si aggiunge la L. 233/2021 (art. 38 bis) dove, dal triennio 2023-2025 l'efficacia delle polizze assicurative stipulate in base alla L. 24/2017 (Responsabilità Professionale) è condizionata dall'assolvimento di almeno il 70% dell'obbligo formativo triennale.



5. Il "Profiling" del Reo-Infermiere

I paragrafi precedenti hanno esposto alcuni concetti fondamentali del Governo Clinico, gli strumenti a disposizione del professionista e l'intervento delle Istituzioni per la prevenzione e attuazione dei diversi rischi a tutela dell'utenza.

In questo paragrafo s'intende analizzare il Professionista Sanitario sotto ulteriori aspetti, cercando di esporre diversi parametri per creare un profilo di colui che potrà commettere un errore/reato in sanità.

Le cause alla base del reato sono molteplici e riconducibili ad una serie di variabili, alcune strettamente correlate dal ruolo di Professionista, altri da un atteggiamento deviante e/o da una condotta illecita dell'essere umano.

I reati di violenza sessuale (13,6%)⁸⁵ e peculato (15,5%) sicuramente non possono essere ascritti ad una inosservanza del Governo Clinico. Per questo motivo, le attività esposte finora non sono da considerarsi valide per i reati appena citati e nei casi di⁸⁶: estorsione (0,9%), corruzione (0,9%), concussione (3,6%), associazione per delinquere (2,7%), omicidio volontario (0,9%).

Potendo rappresentare l'attività infermieristica, è possibile suddividere gli errori in diverse fasi mediante la "teoria del formaggio svizzero". Nella Fig. n.2, è possibile osservare due elementi chiave: la *linea rossa* che indica l'errore, ed il *foro* che rappresenta una falla sul controllo. Nella condizione in cui tutti i fori si allineano, l'errore si propaga nelle diverse fasi, determinando un incidente.

⁸⁵ Ferrario M., Sponton A. (2018). *L'Infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche*. FNOPI - Rivista L'Infermiere n° 6/2018, p.8. <https://www.infermiereonline.org/>

⁸⁶ Ibidem

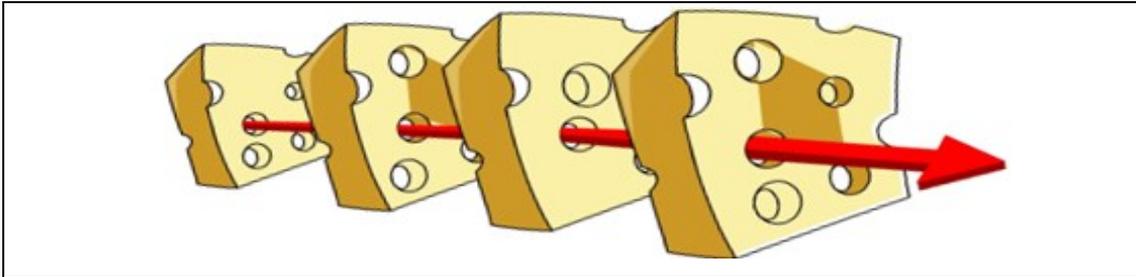


Fig. n.2 - The Swiss Cheese Model

Reason J. (2000). Human error: models and management. BMJ vol. 320 p.769
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>

Rappresentando dettagliatamente la *Fig.n.2*, si ottiene la Flow-Chart in *Fig.n.3*. Quest'ultima illustra i fattori e le problematiche che si possono presentare nelle diverse fasi.

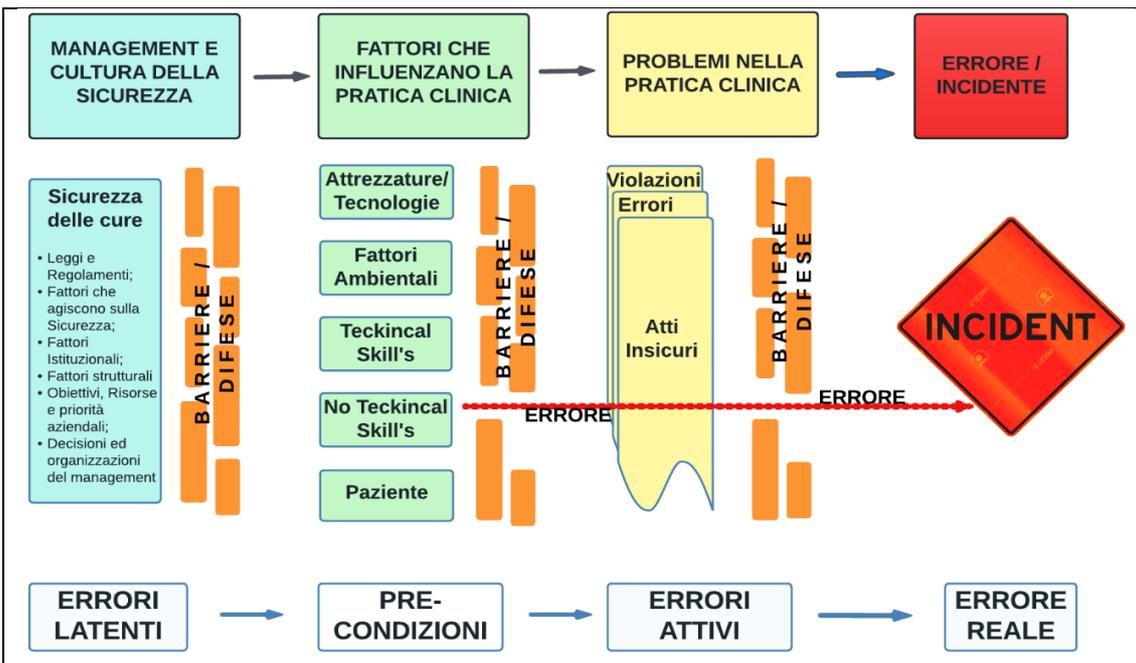


Fig. n.3 - "Rappresentazione dettagliata "Modello del Formaggio Svizzero" applicato ad un errore nelle No Teckincal Skill's"

Flow Chart realizzata con supporto del sito: <https://www.lucidchart.com/pages/examples/diagram-maker/>

Nello specifico, ipotizzando un *Errore nelle No Teckincal Skills*, questo si propaga e, superando *le Barriere*, si concretizza in un *Errore Reale*.



Nell'attività di profilazione è necessario soffermarsi nelle caratteristiche individuali dell'Infermiere (*Conoscenze, Atteggiamenti, Motivazione e Personalità*) correlate alle attività di "No Teckincal Skill's", valere a dire:

Fattori Cognitivi <ul style="list-style-type: none">- Decision Making;- Task Management.	Fattori Personali <ul style="list-style-type: none">- Gestione dello stress;- Gestione della stanchezza.
Fattori Relazionali <ul style="list-style-type: none">- Comunicazione personale e di gruppo;- Teamworking e teambuilding;- Cooperazione e Coordinazione;- Abilità di leadership.	Altri Fattori <ul style="list-style-type: none">- Patologie Neurologiche;- Patologie Psichiatriche;- Sociali e/o Psicologici.

Secondo il 1° rapporto del Monitoraggio degli Eventi Sentinella⁸⁷, il *Fattore Comunicativo* è al secondo posto come causa e fattore di rischio clinico. Tale dato è rafforzato dall'aggiornamento del medesimo rapporto (2005-2011)⁸⁸.

In quest'ultimo, la prima causa di eventi e segnalazioni è determinata dall'inosservanza di "*Linee-Guida, Raccomandazioni, Protocolli e Procedure*". I fattori ambientali, umani e tecnologici, seppur con dati minori, presentano delle determinanti⁸⁹.

⁸⁷ Ministero della Salute (N.D.). (2007). *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 1° Rapporto - (Settembre 2005 - Febbraio 2007)*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, p.4 https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_676_allegato.pdf

⁸⁸ Ministero della Salute (N.D.). (2013). *Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 4° Rapporto - (settembre 2005 - febbraio 2011)*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf

⁸⁹ Ivi Ministero della Salute. (2013). p.14.



In qualsiasi contesto una “cattiva” comunicazione compromette, sia il passaggio dell’informazione, che l’attività di cooperazione e coordinazione con scarsa fiducia di leadership e difficoltà di teambuilding o teamworking. Migliorare i processi di comunicazione tra gli operatori ed operatori-pazienti è uno dei diversi interventi promossi dal Ministero⁹⁰.

Proseguendo con l’attività di profilazione del Reo-Infermiere ed esaminare le condotte correlate all’essere umano, è doverosa l’esposizione degli Omicidi Seriali.

Questi fenomeni sono estremamente rari, nonostante la particolare diffusione da parte dei Media e Piattaforme Streaming⁹¹.

Per questa tipologia di reato, come per altri, è necessario analizzare il profilo dell’individuo sotto l’aspetto psico-criminologico, identificando le cause ed i fattori all’origine del gesto compiuto.

L’FBI, pioniere ed esperto in materia, non identifica un profilo generico dei serial killers, in quanto, questi differiscono tra loro per motivazione e comportamento. I diversi esperti hanno identificato alcuni tratti comuni, tra cui: la ricerca di sensazioni diverse, la privazione di rimorso e/o senso di colpa, l’impulsività, il bisogno di controllo e l’atteggiamento predatorio⁹².

⁹⁰ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (N.D.). (2009). *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*. Osservatorio Nazionale Eventi Sentinella, Ufficio III, Roma. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf

⁹¹ Nel 2022 Netflix ha inserito nella propria piattaforma streaming diversi documentari e serie tv sulla storia d’Infermieri Serial Killer. Ne è un esempio “The Good Nurse”, che racconta la storia dell’infermiere statunitense Charles Cullen colpevole di centinaia di omicidi, atti ad “alleviare la sofferenza dei pazienti”.

⁹² NCACV (N.D.). *Serial Murder Multi-Disciplinary Perspectives for Investigators*. National Center for the Analysis of Violent Crime - US Department of Justice. Federal Bureau of Investigation, p.14. <https://www.fbi.gov/stats-services/publications/serial-murder#:~:text=Serial%20killers%20differ%20in%20many,for%20control%2C%20and%20predatory%20behavior.>



Tali tratti e comportamenti sono coerenti con il disturbo psicopatico di personalità. Conoscere e comprendere tale psicopatia, in relazione all'omicidio seriale, è importante in termini di prevenzione.

Uno studio condotto nel 2015, ha rilevato dei tratti comuni per gli infermieri condannati per omicidio seriale⁹³. Questi, definiti dai ricercatori come "*Red Flags*", individuano degli atteggiamenti che potrebbero ricondurre al profilo di un Infermiere Serial Killer.

Inoltre, gli esperti affermano che i datori di lavoro del settore sanitario dovrebbero prestare attenzione a questi "*campanelli d'allarme*" per accertare l'affidabilità del dipendente.

I principali indicatori o "*Red Flags*" sono⁹⁴:

- *Maggiore incidenza di decessi durante le attività.*

Nel 94% dei casi l'infermiere era presente durante il decesso o antecedeva il turno.

Tale elemento, come confermato dai ricercatori, preso singolarmente non può considerarsi un elemento determinante, in quanto potrebbe portare ad errori giudiziari.

- *Storia di instabilità mentale o depressione.*

Con un'incidenza del 63% dei casi studiati. È importante ponderare correttamente tale indicatore perché potrebbe stigmatizzare eventuali problematiche psicologiche non correlate con le attività seriali.

⁹³ Dean E. (2015). *How to spot a nurse killer*. Nursing standard, 29(21), 20-22.
<https://doi.org/10.7748/ns.29.21.20.s26/>
<https://journals.rcni.com/nursing-standard/how-to-spot-a-nurse-killer-ns.29.21.20.s26/>

⁹⁴ Ibidem



- *Rende i colleghi ansiosi o sospettosi.*

Il professor Wilson afferma che nel 60% dei casi, il personale cooperante riferiva: "una scarsa fiducia circa le capacità-attività professionali dell'Infermiere". Inoltre dal punto di vista relazionale, i colleghi avvertivano nei suoi confronti un senso d'ansia e/o inquietudine.

- *Detenzione di sostanze stupefacenti.*

Nel 50% del campione analizzato sono state rinvenute sostanze stupefacenti all'interno delle abitazioni e degli armadietti dei serial killers. Nello studio non viene specificato se la detenzione fosse finalizzata all'uso personale o utilizzate per "colpire" le vittime.

- *Ipotesi di un disturbo di personalità.*

Nel 50% dei casi i colleghi riferivano dei comportamenti inquietanti, tali da far presumere un disturbo di personalità dell'Infermiere.

Questi "Campanelli di Allarme" probabilmente non saranno in grado di prevenire tali reati, ma contribuiscono ad esporre alcuni elementi che non devono essere sottovalutati.



Capitolo Terzo

Analisi delle Sentenze di Cassazione: i Procedimenti Penali dal 2018 al 2023 attuati nei confronti dell'Infermiere

1. Introduzione

Qualsiasi Infermiere assume diverse responsabilità in corrispondenza al proprio Status e Ruolo operativo. Difatti, il Professionista operante nell'area di Urgenza-Emergenza avrà un maggior confronto con gli aspetti giuridico-legali rispetto ad un collega che svolge attività di campionamento venoso presso un Ambulatorio.

Lo Studio Condotta non pone come mero obiettivo l'identificazione dei principali reati, ma vuole enfatizzare l'importanza della responsabilità infermieristica, basando l'attività su solide conoscenze teoriche e pratiche. Sono proprio tali conoscenze, che devono essere periodicamente rafforzate mediante l'aggiornamento, l'aderenza alle procedure e prevenzione dei rischi nella specifica Unità Operativa.

Per l'analisi dello Studio sono state visionate le Sentenze della Corte Suprema di Cassazione⁹⁵ dal 2018 al 2023, ottenendo dei risultati che sono stati filtrati e classificati in corrispondenza all'obiettivo prefissato.

⁹⁵ Corte Suprema di Cassazione - web site: <http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>



2. Materiali e Metodi

Nel seguente studio è stato visionato il *Sito Istituzionale della Corte di Cassazione*, dove, nella sezione "Servizi Online - Sentenze Web" (Fig. n.4) è possibile consultare le sentenze civili e penali.

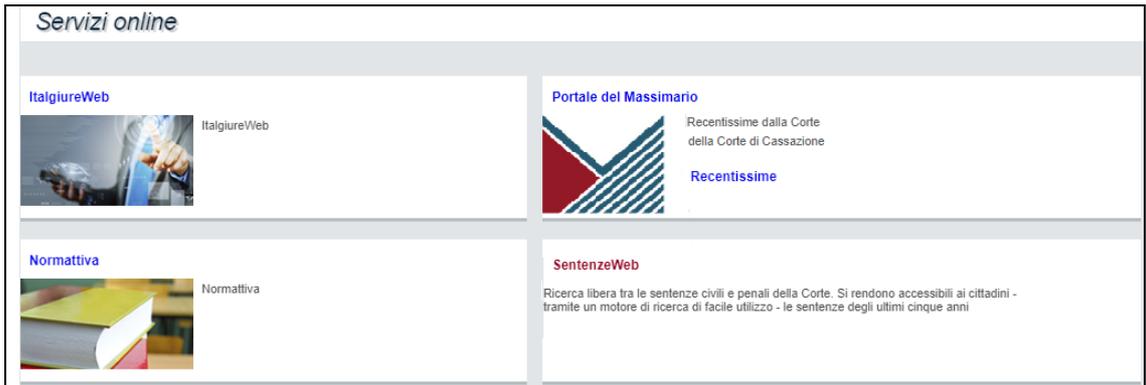


Fig. n.4 - Servizi on line del sito istituzionale della Corte di Cassazione

FONTE: https://www.cortedicassazione.it/corte-di-cassazione/it/servizi_online.page

La Banca dati permette una ricerca personalizzata e filtrata, inoltre garantisce il rispetto dei criteri di privacy (Fig. n.5)

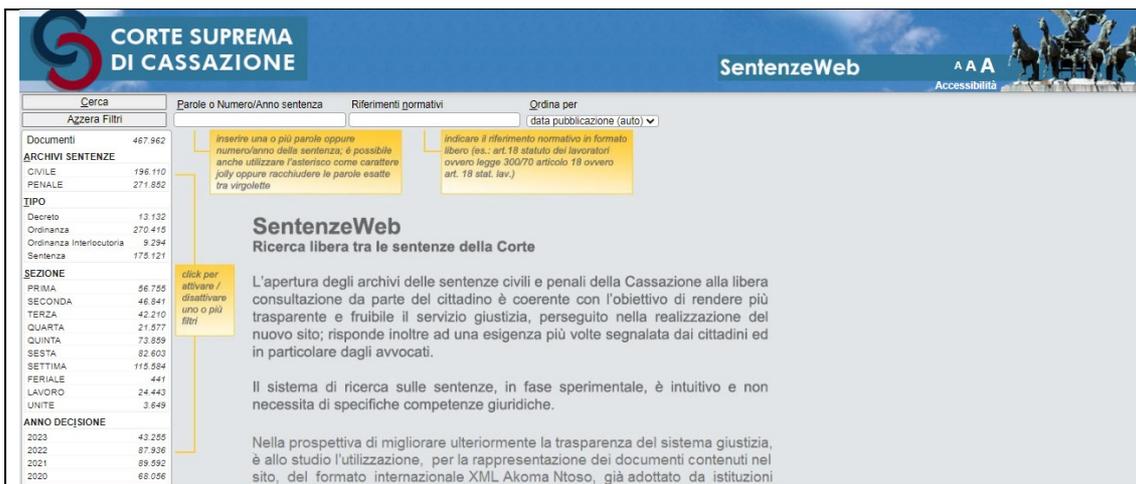


Fig. n.5 - Database della Corte Suprema di Cassazione

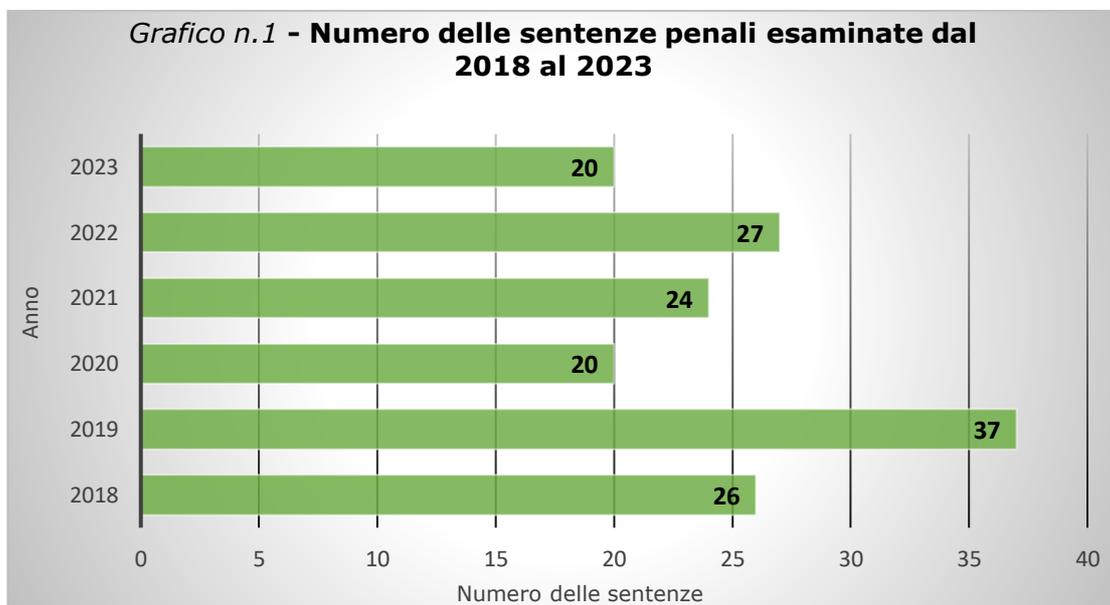
FONTE: <https://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>



È stato inserito nel motore di ricerca la parola “*Infermiere*”, ottenendo 269 documenti, di cui 142 sono i provvedimenti in ambito penale e le restanti 127 sono sentenze civili.

I risultati ottenuti⁹⁶ sono stati filtrati, e di queste 142 sono presenti: 26 Ordinanze e 116 Sentenze.

In aggiunta al sito ufficiale della Corte di Cassazione è stato utilizzato un sito minore (<https://juriswiki.it>), che permette di aggiungere ulteriori dati nonostante l’esiguo database.



Inoltre è importante precisare che le date delle sentenze non corrispondono ad un avvenimento accaduto nel medesimo anno, in quanto le tempiste giuridiche definitive, tra appelli e ricorsi, sono prolungate ⁹⁷.

⁹⁶ I risultati ottenuti sono aggiornati al 31 agosto 2023.

⁹⁷ Ad esempio, la Sentenza Penale n.27934/2022 si riferisce ad eventi accaduti nel 2010.



2.1 Obiettivo dello Studio

Obiettivo di tale Studio è identificare i principali reati del personale infermieristico avvenuti durante lo svolgimento della propria attività lavorativa ed eventuale correlazione con gli aspetti del Governo Clinico e/o altri Fattori.

2.2 Esclusioni

Sono stati esclusi dallo studio i reati commessi al di fuori del contesto lavorativo-professionale, in quanto non rispecchiano l'obiettivo predefinito.

2.3 Limitazioni dello Studio

Durante la lettura ed analisi delle sentenze, alcune di queste sono state oscurate dal Sito Istituzionale. Questo per permettere un intervento di manutenzione e garantire i criteri di privacy.

Inoltre il Sito, offrendo un servizio gratuito ed accessibile a qualsiasi utente, limita la visualizzazione agli ultimi sei anni.

Talvolta le sentenze esaminate non presentano una completezza d'informazioni di carattere sanitario, impedendo l'ampliamento dello studio secondo ulteriori criteri.



2.4 Esclusione dei Risultati

Sono stati esclusi dai risultati le condanne avvenute per⁹⁸:

- esercizio abusivo della professione infermieristica, in quanto i soggetti non appartenenti allo Status di Infermiere svolgevano abusivamente le attività della professione e quindi non riconducibile ad un reato di categoria (Sentenza Penale 41743/2019);
- attività illecite avvenute al di fuori del proprio Ruolo, come ad es. il reato commesso per dinamiche inerenti ad attività al di fuori della propria competenza professionale (Sentenza Penale 21946/2023);
- attività di depistaggio e frode processuale per dichiarazioni non veritiere rispetto i fatti, al fine di depistare le Autorità nella ricostruzione della verità processuale (Sentenza Penale 19946/2021).

Nonostante nella sentenza possa emergere un atteggiamento riconducibile ad un "*falso in atto pubblico*" con relativa condanna secondo gli Artt.374 e 375 c.p., si è ritenuto opportuno escludere il reato in quanto non avvenuto durante le attività lavorative.

⁹⁸ Negli Allegati queste tipologie di condanne, avvenute al di fuori del contesto lavorativo o del proprio ruolo, vengono codificate nelle tabelle con la dicitura "**Condanna NON in itinere**".



2.5 Categorizzazione esito delle sentenze

Per poter semplificare l'esito delle sentenze, quest'ultime sono state classificate nella seguente maniera:

- *CONDANNA*
dove l'Infermiere, dopo i vari gradi di giudizio viene condannato per i reati a lui ascritti secondo il Codice Penale.

- *PROSCIoglimento*
raggruppando tutte quelle situazioni dove l'Infermiere non viene identificato come Reo secondo i seguenti sottotipi:
 - o "non doversi a procedere", nei casi in cui l'azione penale non deve essere proseguita (Art.529 c.p.) per prova insufficiente, reato estinto o prescrizione del reato;
 - o "assoluzione", nelle situazioni dove: il fatto non sussiste, il soggetto non ha commesso reato oppure il fatto non costituisce reato.

- *RINVIO A GIUDIZIO*
Trattandosi della Corte di Cassazione, e quindi l'ultimo grado di giudizio, tale risultato è apparentemente anomalo.
Confrontando le Sentenze 50814/2019 e 50815/2019, queste si differenziano tra loro per la progressività numerica e per l'esito della sentenza. Rimane invariata la dinamica descritta ed i soggetti coinvolti. Da ciò si deduce un "rinvio della sentenza", per motivi di vario genere, e conclusasi nella stessa giornata.
Altra dinamica è l'"annullamento con rinvio", che si determina quando la Corte necessita di un ulteriore giudizio di merito per poter concludere il ricorso.



- *TESTE*

Nella fattispecie è il Testimone, l'Infermiere che ha svolto attività di testimonianza diretta e indiretta in corrispondenza all'accaduto.

Per *testimonianza diretta* s'intende la deposizione del soggetto presso l'aula di tribunale secondo quanto previsto dalla Legge.

Nella *testimonianza indiretta* si raggruppano tutte quelle situazioni dove non sono presenti degli elementi che conducono a una testimonianza in tribunale, bensì ad una dichiarazione in forma scritta o verbalizzata al di fuori delle Aule.

- *CITAZIONE DIRETTA/INDIRETTA*

È la citazione diretta ed indiretta della parola "*Infermiere*".

In alcune sentenze la "*parola*" viene citata per argomentare la dinamica senza un vero e proprio coinvolgimento del personale infermieristico⁹⁹ (*Citazione Indiretta*).

Nella *Citazione Diretta* il personale infermieristico viene citato direttamente in alcune dinamiche, ma non vi sono elementi che lo identificano come testimone¹⁰⁰.

⁹⁹ [...] In definitiva, le terapie necessarie dovevano essere somministrate da centri muniti di medici fisiatristi e infermieri specializzati nella riabilitazione della colonna vertebrale e delle gambe". (Sentenza Penale, Sez. I, n. 52539, del 21/11/2018)

¹⁰⁰ "[...] il ricorrente è stato condannato per i reati di violenza privata ed ingiuria, segnatamente per aver costretto l'assistente della Polizia penitenziaria ed un infermiere della casa circondariale di Fuorni a sospendere il giro delle celle per la consegna della terapia medica, pronunciando frasi minatorie, e per avere offeso l'assistente della Polizia penitenziaria". (Sentenza Penale, Sez. V, n. 39483, del 03/09/2018).



3. Risultati

Tutti i dati raccolti sono stati sviluppati con il "Foglio di Calcolo - Excel 2016", sia per i calcoli che per i grafici.

I risultati ottenuti possono essere suddivisi in:

– *PRELIMINARI*

Con la rappresentazione grafica ed annuale degli: "Esiti delle Sentenze" e "Tipologie di Reati";

– *A CONFRONTO*

Confrontando i dati preliminari in un unico grafico ed avere una visione globale dal 2018 al 2023;

– *DEMOGRAFICI*

mediante la "distribuzione geografica" e la differente condotta tra "genere maschile e femminile";

– *RIASSUNTO DELLE PRINCIPALI SENTENZE DI CONDANNA*

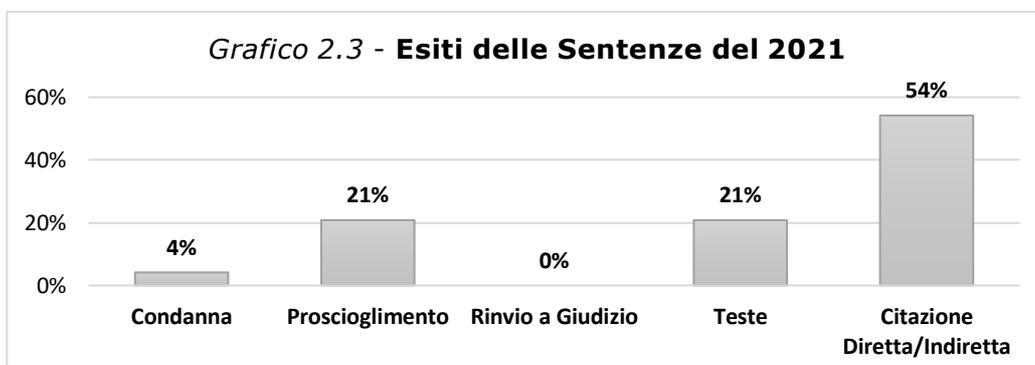
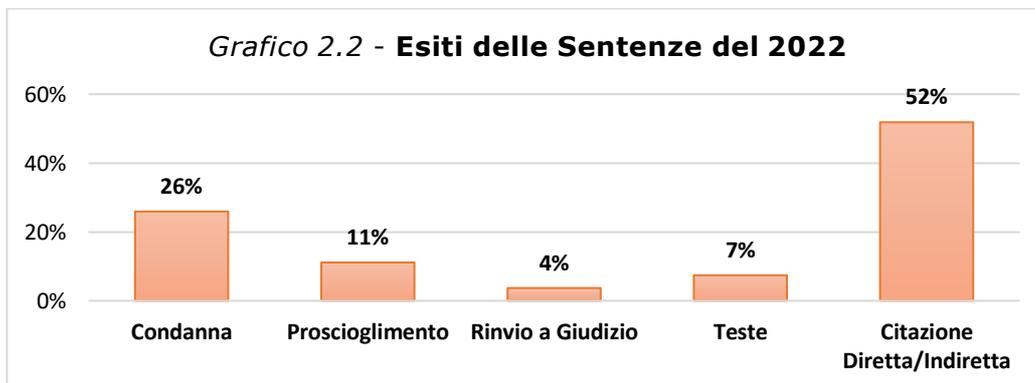
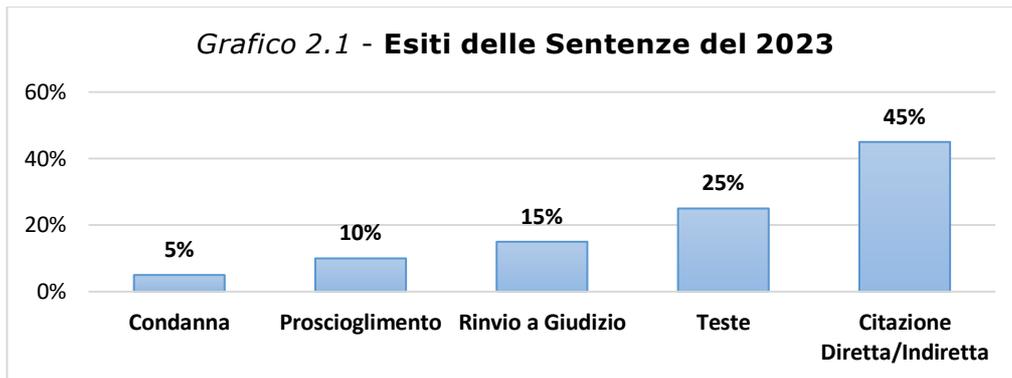
Inserendo nel testo gli elementi essenziali della sentenza: la descrizione degli avvenimenti; ed i reati ascritti al Reo.

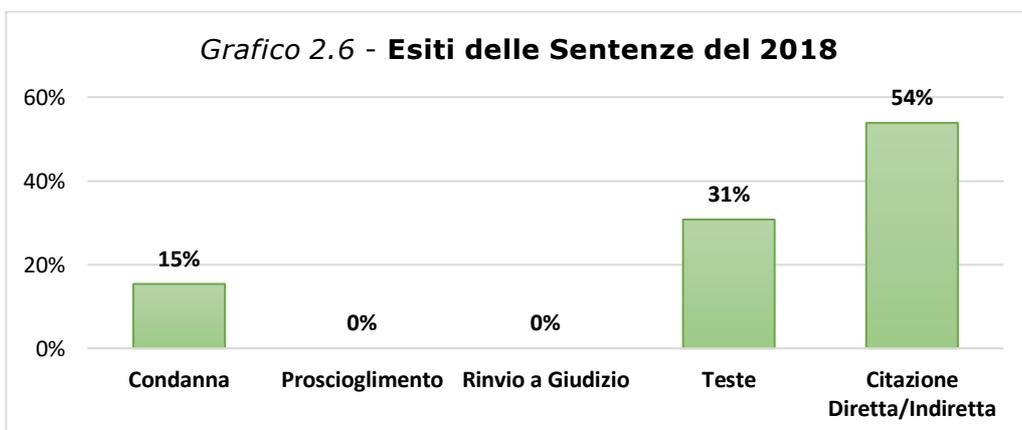
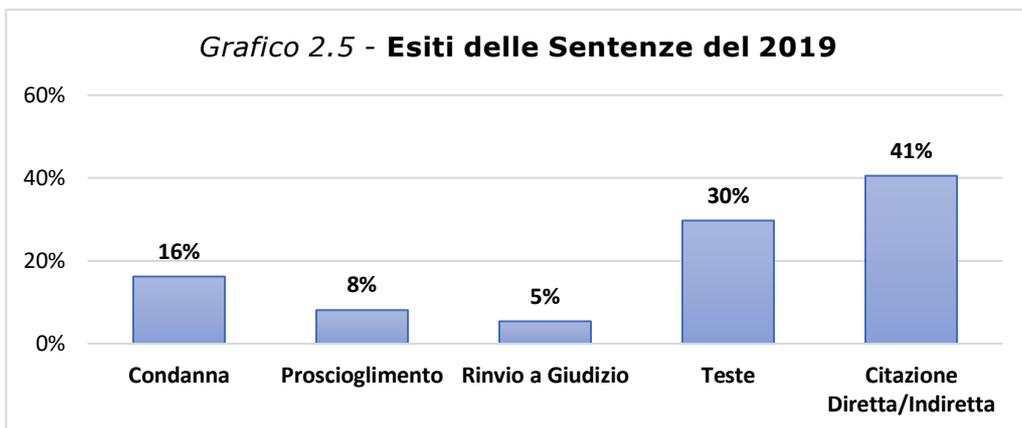
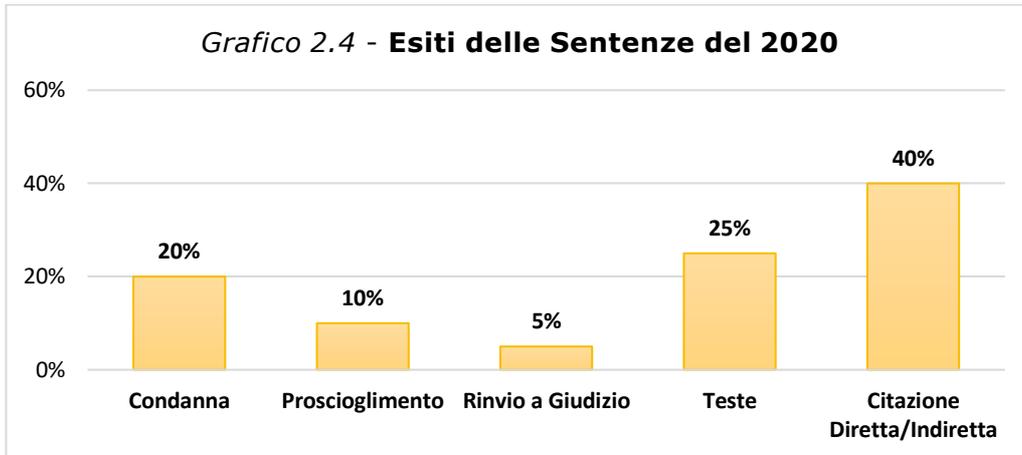
Per visionare l'identità di genere del Professionista e la collocazione geografica, è necessario visionare gli Allegati a fine elaborato.



3.1 Risultati Preliminari

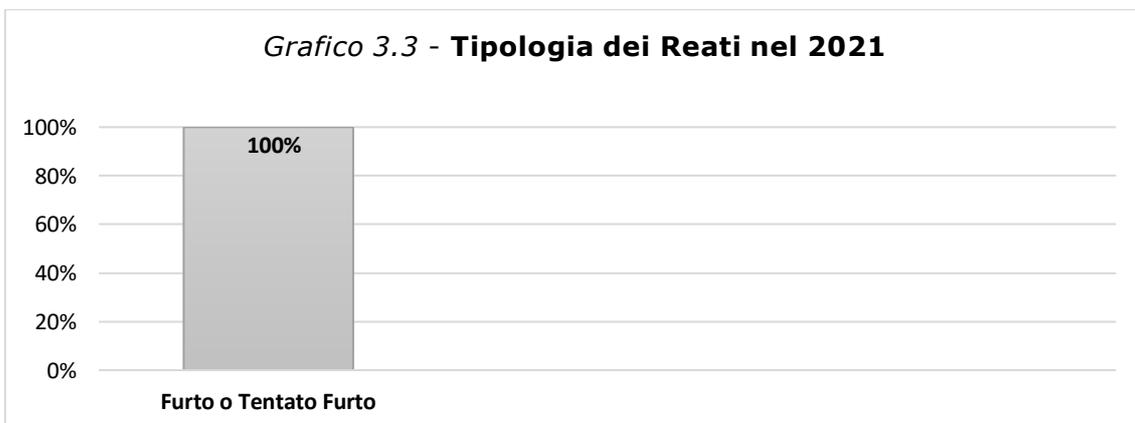
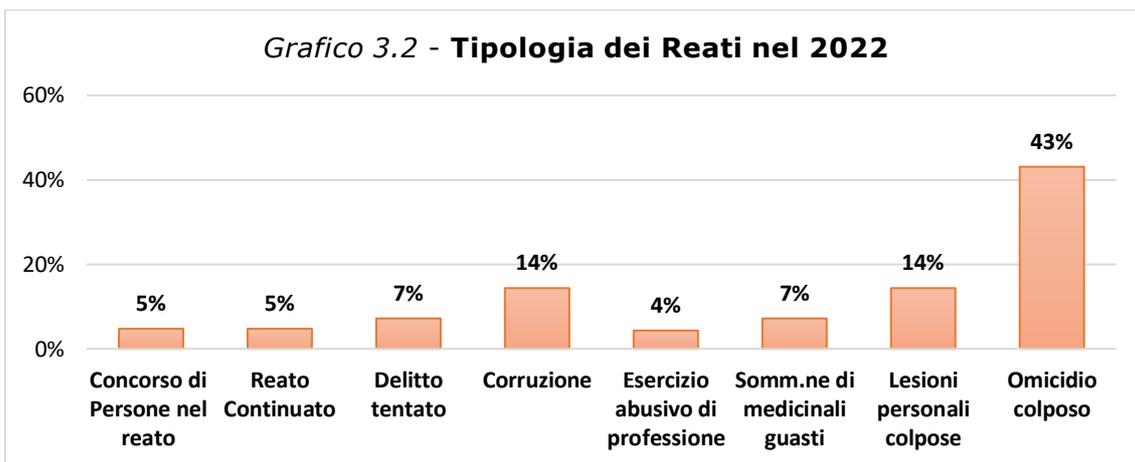
Elaborando gli esiti delle sentenze nei rispettivi anni si ottengono i seguenti grafici:

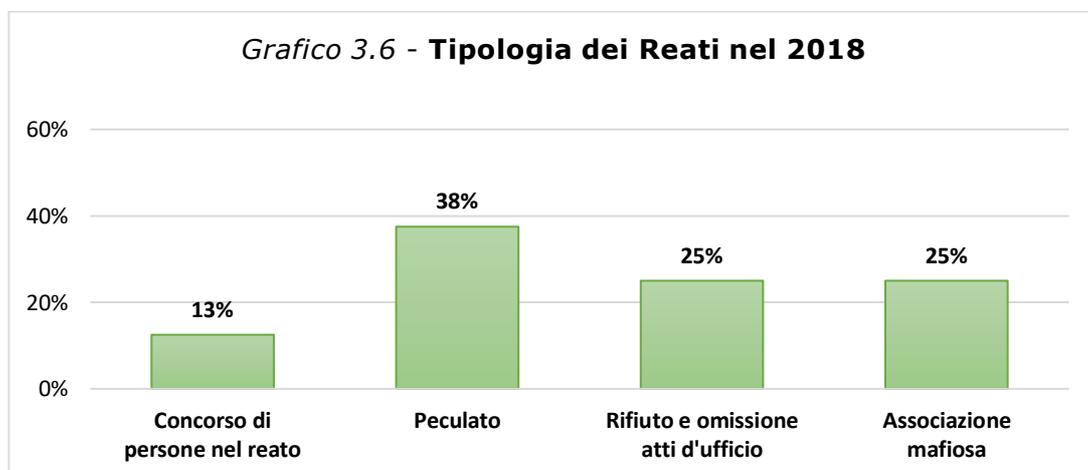
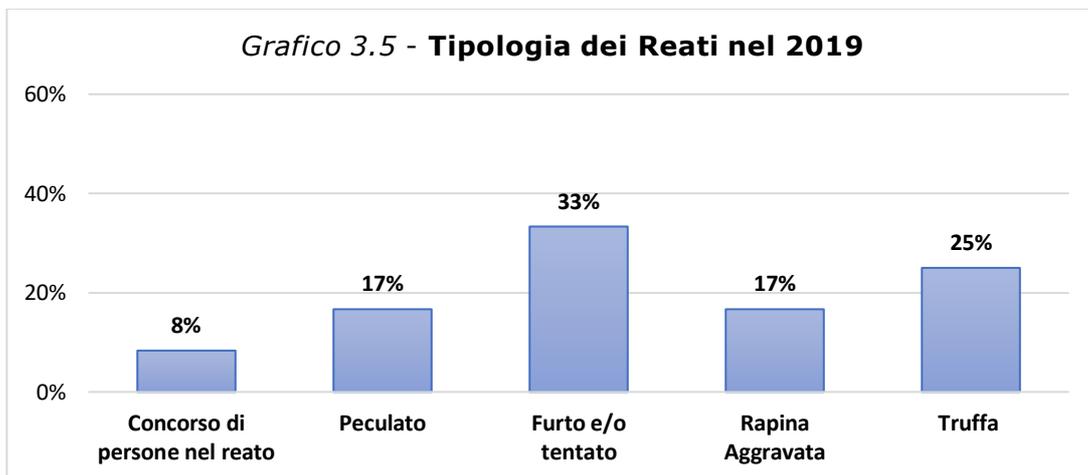
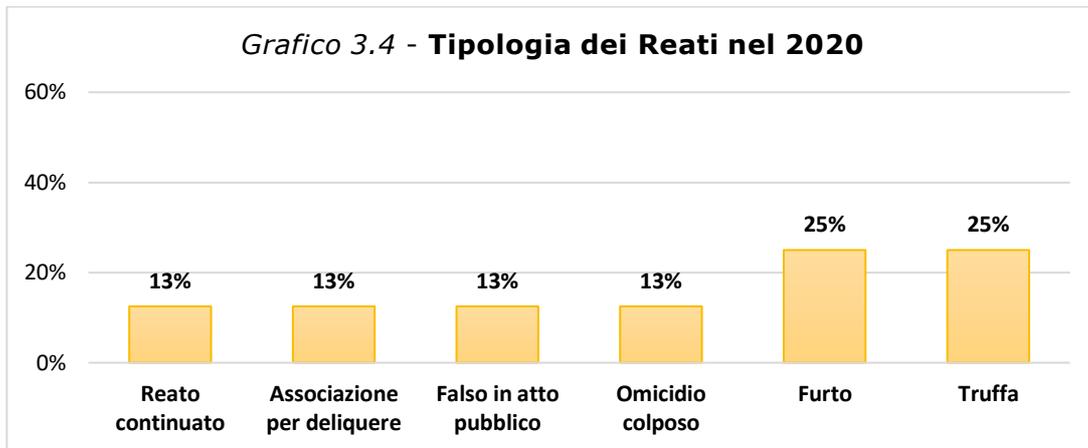






I principali reati possono essere rappresentati preliminarmente con i seguenti grafici:

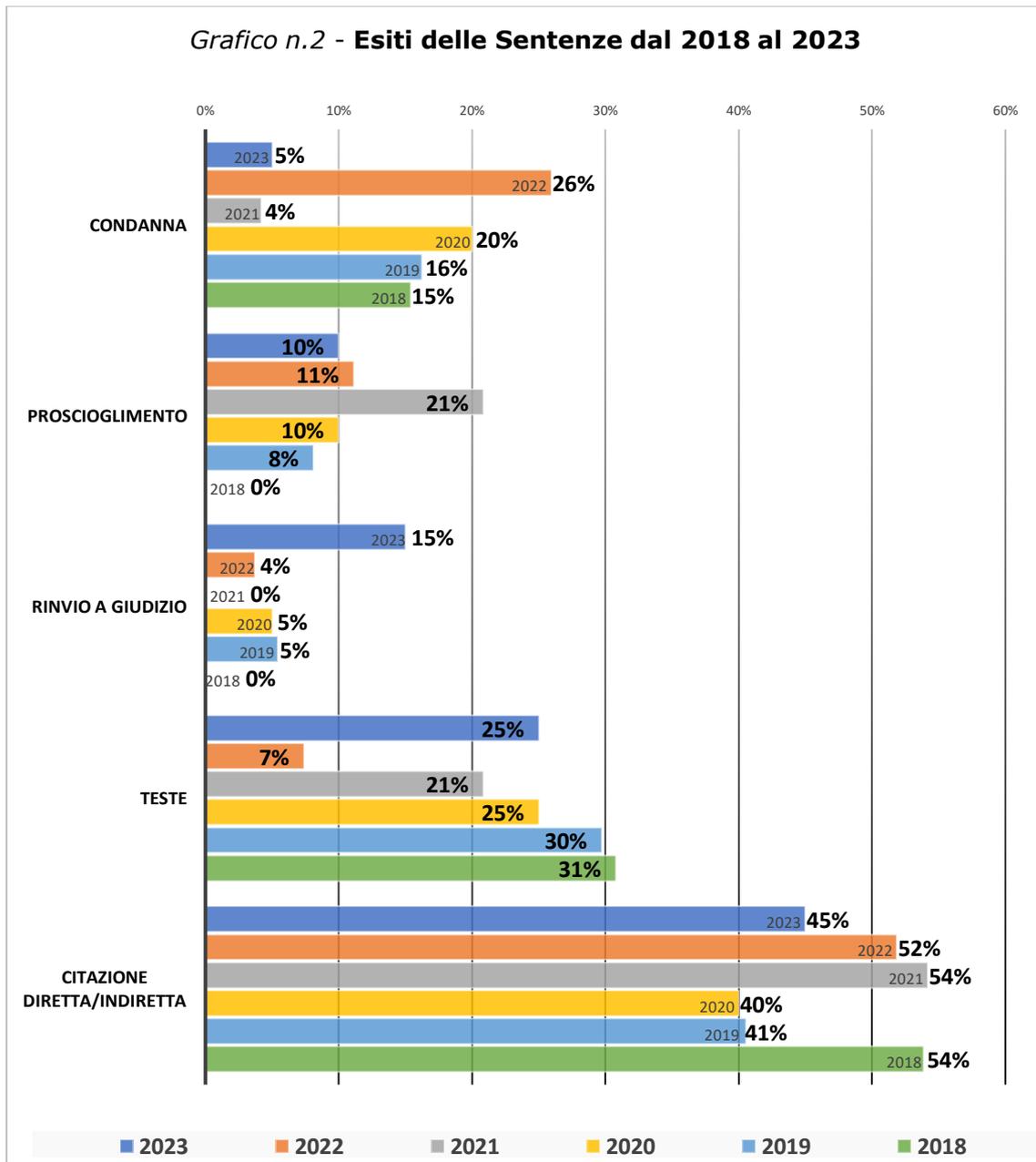






3.2 Risultati a confronto

Potendo confrontare gli esiti delle sentenze, dal 2018 al 2023 è possibile visualizzare il *Grafico n.2* ¹⁰¹.



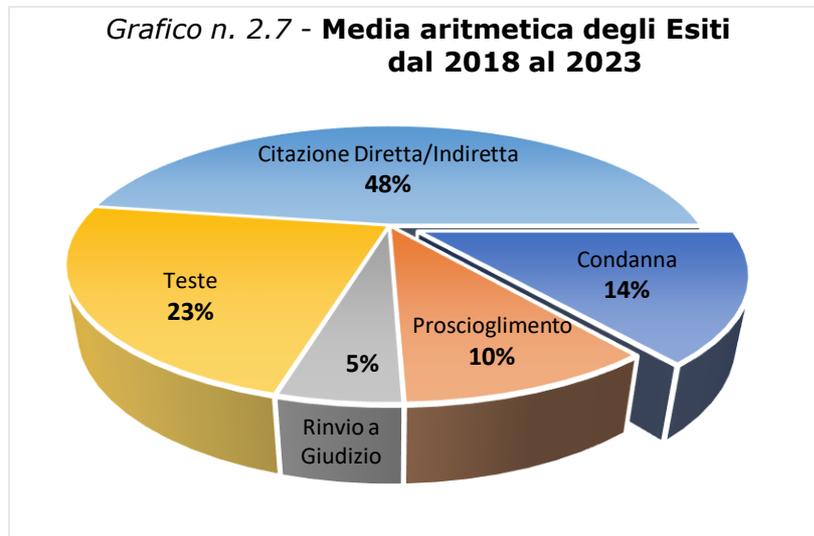
¹⁰¹ È importante evidenziare, come già esposto nel paragrafo 2.5 che la "Citazione Diretta ed Indiretta" si riferisce a quelle situazioni in cui la parola "Infermiere" è citata nella sentenza senza un reale coinvolgimento.



Effettuando una media matematica degli Esiti, è possibile rappresentare graficamente i risultati (*Grafico n. 2.7*).

Per il 52% dei casi, l'infermiere è stato coinvolto in un processo penale, con esiti differenti, in cui:

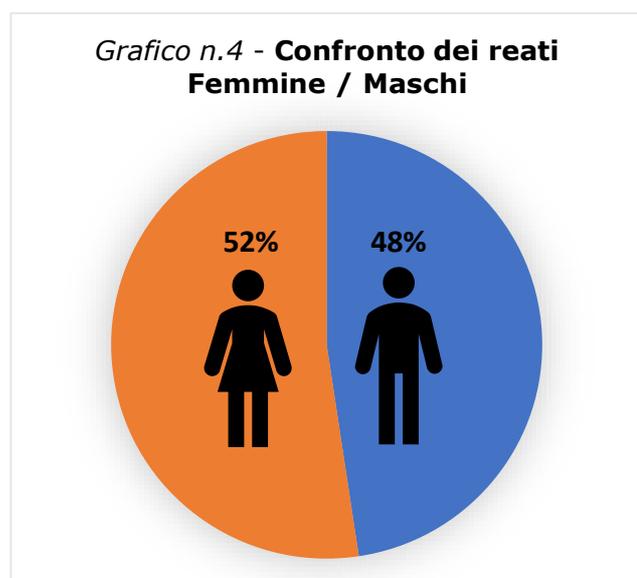
- il 14% degli Infermieri sono stati condannati;



- il 10% è stato assolto; - il 23% ha ricoperto il ruolo di testimone.

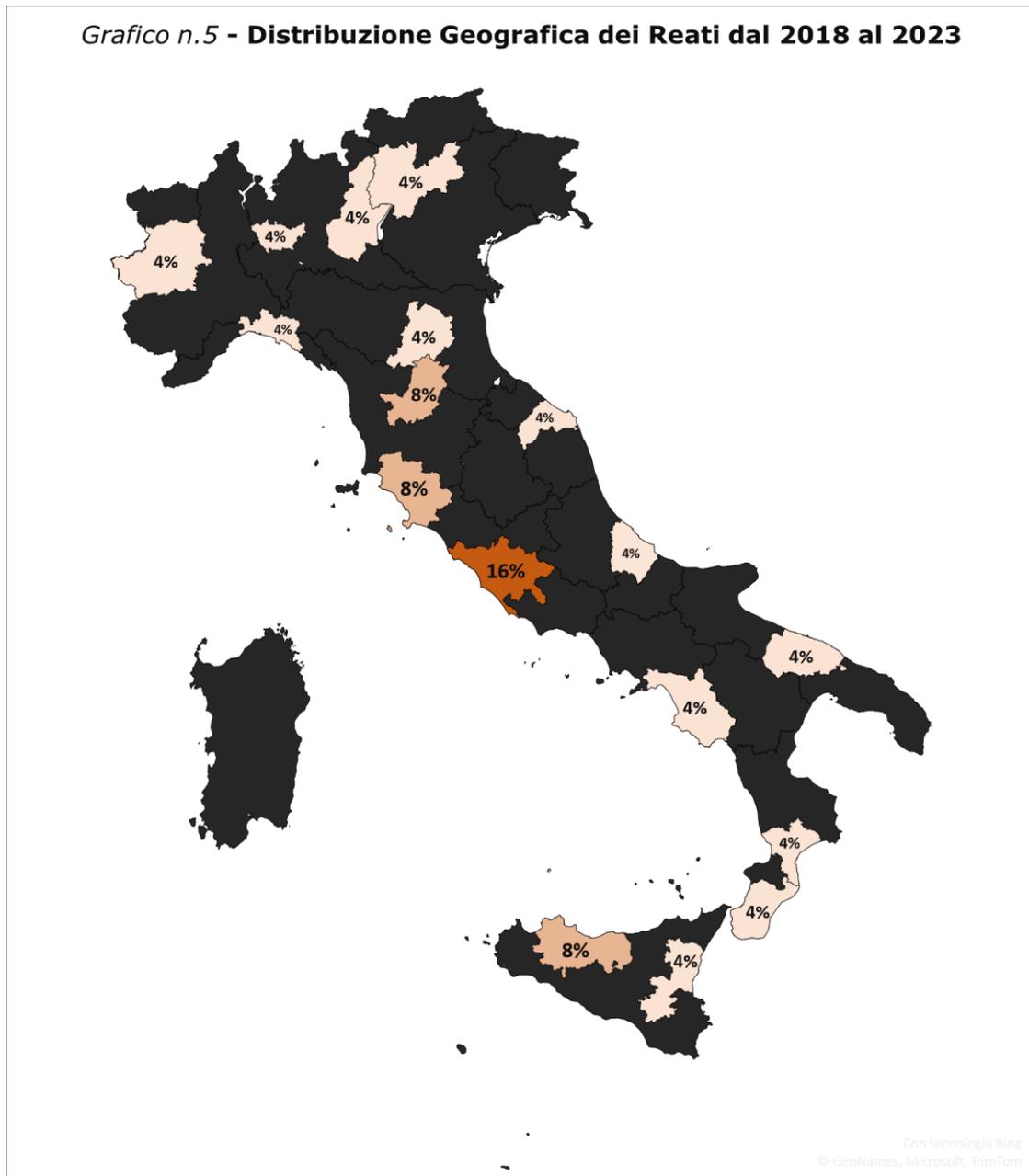
Tra il Coinvolgimento dell'Infermiere e la Citazione Diretta/Indiretta vi è circa un rapporto di 1:2.

Potendo confrontare la percentuale dei reati commessi dal Personale Sanitario maschile e femminile, non vi sono elementi determinanti, come è possibile visualizzare nel *Grafico n.4*.



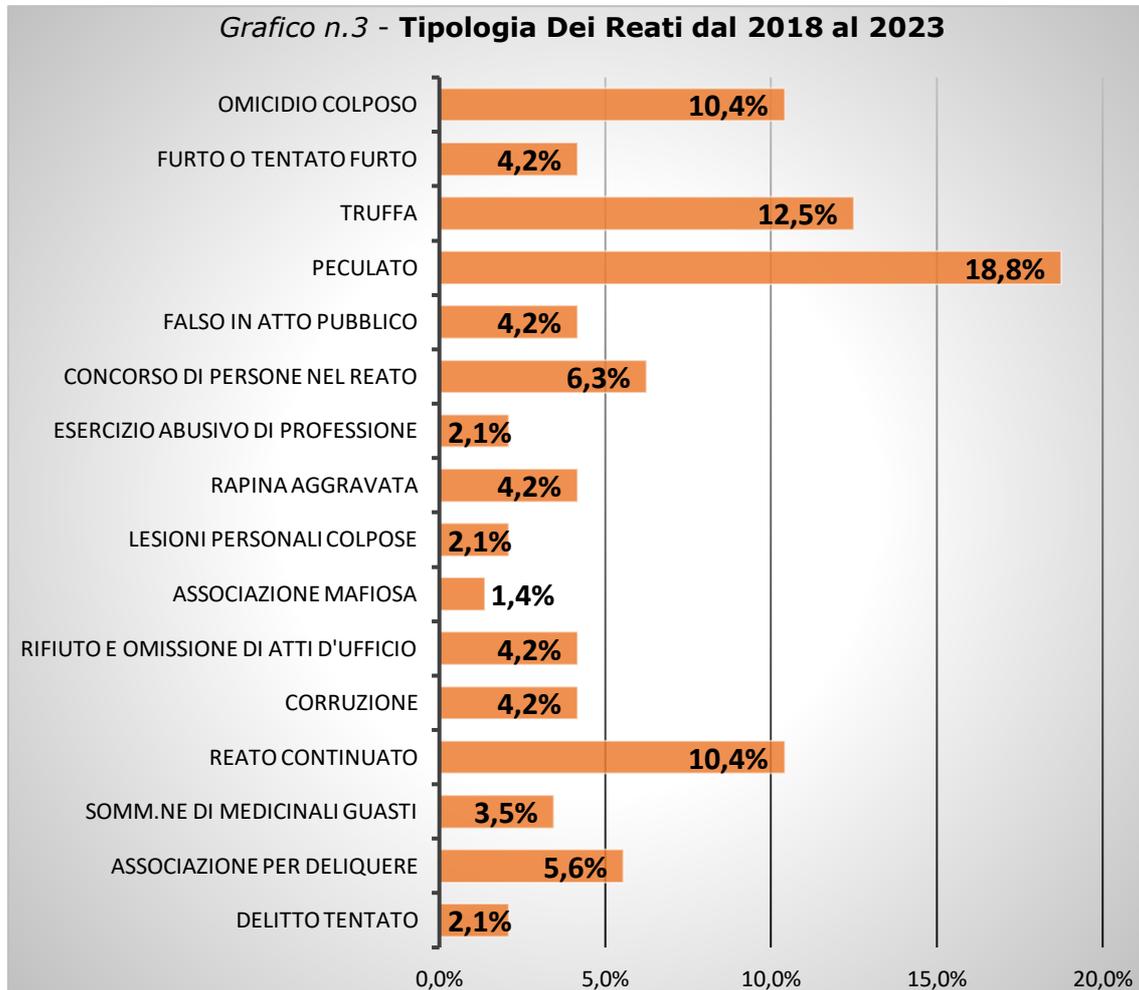


Rispetto la distribuzione geografica dei reati, si può osservare (*Grafico n.5*) una distribuzione nel territorio italiano piuttosto uniforme, con maggior prevalenza a Roma (16%), Firenze, Grosseto e Palermo (8%).





Dalle condanne esaminate, i reati rilevati sono esposti nel *Grafico n.3*



In materia penale i reati con maggior incidenza sono:

Peculato (18,8%), *Truffa* (12,5%), *Omicidio Colposo* (10,4%), *Concorso di Persone nel Reato* (6,3%).

Per i reati inferiori e/o uguali al 5% si susseguono:

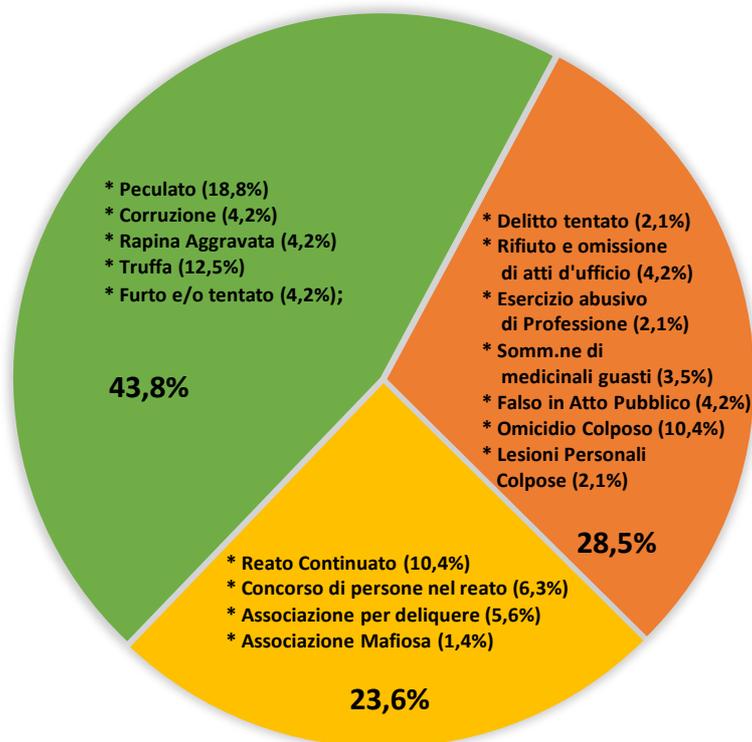
Associazione per Delinquere (5,6%), *Furto e/o tentato*, *Rapina Aggravata*, *Rifiuto ed Omissione Atti d'Ufficio*, *Corruzione*, *Falso in Atto Pubblico* (4,2%), *Somministrazione di Farmaci Guasti* (3,5%), *Lesioni Personali Colpose*, *Esercizio Abusivo di Professione*, *Delitto Tentato* (2,1%) ed *Associazione Mafiosa* (1,4%).



Al fine di definire le attività dell'Infermiere Forense, si è ritenuto opportuno suddividere i reati in:

- *Reati Propri-Professionali* (28,5%), causati da inadempimenti per imprudenza, imperizia e negligenza;
- *Reati per Condotta Umana* (43,8%), con violazione dei principi morali, etico-deontologici e sociali;
- *Reati Associativi e di Contiguità* (23,6%) quali, associazioni per delinquere, concorsi di persone nel reato, etc.

Grafico n.6 - Classificazione dei Reati degli Infermieri dal 2018 al 2023





3.3 Risultati: Sinossi delle Sentenze di Condanna

Di seguito si esporranno le sentenze penali nei confronti del personale infermieristico. L'esposizione non è integrale ma rappresentata da una sua sintesi, al fine di garantire una chiara e rapida comprensione della dinamica accaduta ed il reato ascritto.

Per visionare il testo integrale è sufficiente collegarsi al link a piè di pagina o utilizzare la banca dati inserendo nel motore di ricerca la sentenza di riferimento.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. V, SENTENZA N.16285, DEL 17.04.2023 ¹⁰²

L'infermiere in servizio presso una clinica convenzionata SSN risponde del *reato di cui all'Art. 479 c.p.* aggravato ai sensi dell'Art. 476 c.p., per aver apportato un'annotazione falsa sul modulo della cartella clinica. Nello specifico, venivano trascritti i parametri vitali della paziente alle ore 6,30 del 12 dicembre 2016, valore certamente non veritiero in quanto la paziente era deceduta in orario antecedente.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. IV, SENTENZA N.25334, DEL 01.06.2022 ¹⁰³

Un infermiere di 118 viene condannato per *omicidio colposo (Art.589 c.p.)*. L'infermiere, in qualità di team leader dell'equipaggio, operava una valutazione superficiale delle condizioni cliniche della paziente, ed ipotizzando una diagnosi errata, senza avere le competenze mediche e scientifiche, ometteva il necessario ricovero in ospedale.

¹⁰²<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=./20230417/snpn@s50@a2023@n16285@tS.clean.pdf>

¹⁰³<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=./20220704/snpn@s40@a2022@n25334@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.22415, DEL 31.05.2022 ¹⁰⁴

La Corte condanna la coordinatrice infermieristica per concorso di reato formale continuato, cui agli *Artt. c.p. 110, 81 c.2, ed esercizio abusivo di una professione (Art. 348 c.p.)*, per avere concorso nella consumazione all'esercizio abusivo della professione medica.

Nonostante precedenti segnalazioni, la coordinatrice favoriva gli infermieri della RSA a svolgere le tecniche di debridement chirurgico sui pazienti.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. IV, SENTENZA N.4323, DEL 08.02.2022 ¹⁰⁵

Medico ed Infermiera di un ospedale di Grosseto sono stati condannati, per *omicidio per colpa generica e specifica*, avendo cagionato in cooperazione tra loro la morte del paziente durante una emotrasfusione, non rispettando il protocollo ospedaliero ed effettuando così una trasfusione di sangue non compatibile, provocando un brusco peggioramento del quadro clinico e la conseguente morte del paziente.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. III, SENTENZA N.1, DEL 03.01.2022 ¹⁰⁶

Un'infermiera di terapia intensiva è stata condannata di *omicidio colposo*, per aver disattivato il sistema di allarme del monitoraggio posizionato sul paziente, impedendo la rilevazione tempestiva di una crisi cardiaca e la successiva morte.

¹⁰⁴<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20220608/snpen@s60@a2022@n22415@tS.clean.pdf>

¹⁰⁵<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20220208/snpen@s40@a2022@n04323@tS.clean.pdf>

¹⁰⁶<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20220103/snpen@s30@a2022@n00001@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. I, SENTENZA N.18002, DEL 22.02.2022 ¹⁰⁷

La Corte di Bari condanna l'infermiera colpevole del delitto di cui agli *Artt. 56, 443 c.p.*, per avere, in concorso con il Direttore sanitario, detenuto ed utilizzato confezioni di medicinali di vario genere scaduti di validità.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. IV, SENTENZA N.392, DEL 11.01.2022 ¹⁰⁸

La Corte di Palermo condanna Chirurgo ed Infermiere, responsabili dei reati all'*Art. 590 c.p. (lesioni personali colpose)*, per colpa consistita in negligenza, imprudenza, ed imperizia, cagionando al paziente complicanze cliniche a seguito della dimenticanza nell'addome di una garza laparotomica.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.22422, DEL 08.06.2022 ¹⁰⁹

Presso il Tribunale di Ancona, l'infermiere reo confesso, addetto all'effettuazione di vaccinazioni presso l'hub vaccinale Covid-19, conferma la sua *corruzione* previa somma di denaro, nel simulare l'inoculazione del siero vaccinale Covid-19, per il rilascio di certificazione attestante l'avvenuta vaccinazione.

¹⁰⁷<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=/20220505/snpn@s10@a2022@n18002@tS.clean.pdf>

¹⁰⁸<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=/20220111/snpn@s40@a2022@n00392@tS.clean.pdf>

¹⁰⁹<http://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=/20220608/snpn@s60@a2022@n22422@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. VII, SENTENZA N.15244, DEL 22.04.2021 ¹¹⁰

L'infermiere viene condannato per *i reati di Furto e Furto Tentato* per aver sottratto materiale medico-sanitario dalla struttura ove lavorava; inoltre, veniva colto in fragranza di reato nel tentativo di sottrarre alcuni bancali di cavi in rame, di proprietà dell'Ospedale "San Raffaele" di Milano.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. II, SENTENZA N.23354, DEL 30.07.2020 ¹¹¹

All'infermiere dell'Asl n.2 di Lanciano Vasto e Chieti, viene riconosciuta la *falsa attestazione degli orari e dei turni di lavoro*, inducendo in errore l'amministrazione circa il reale svolgimento delle attività e dei relativi corrispettivi economici non spettanti. Viene altresì, accertata un'azione delittuosa reiterata nel tempo; per questo la Corte confermava l'accertamento di responsabilità in relazione al *reato di truffa ai danni dello Stato*.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. IV, SENTENZA N.13864, DEL 07.05.2020 ¹¹²

La sentenza conferma la condotta *dell'infermiera che si era impossessata di alcuni gioielli di una paziente*, riposti nell'armadietto della stanza di degenza. La condotta delittuosa è considerata *aggravata dall' Art. 625 c.p. e per le condizioni di menomata difesa dell'assistita*. Nel dettaglio, la paziente veniva trasportata in sala operatoria per un intervento chirurgico e l'infermiera approfittava della sua assenza per commettere tale reato.

¹¹⁰<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=./20210422/snpen@s70@a2021@n15244@tO.clean.pdf>

¹¹¹www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=./20200730/snpen@s20@a2020@n23354@tS.clean.pdf

¹¹²<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=./20200507/snpen@s40@a2020@n13864@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. II, SENTENZA N.16585, DEL 01.06.2020 ¹¹³

La sentenza in questione ha desunto il coinvolgimento dell'imputato, che sfruttando il suo ruolo d'infermiere, *favoriva la stesura di certificati medici falsificati, utilizzati per dei sinistri simulati.*

Il favoreggiamento dell'infermiere si consolidava grazie al suo accesso nelle stanze ove erano riposti certificati e timbri dell'azienda sanitaria. I diretti e stabili rapporti personali con i promotori dell'associazione, condannano l'infermiere per *associazione per delinquere.*

CASSAZIONE PENALE, SEZ. IV, SENTENZA N.5993, DEL 17.02.2020 ¹¹⁴

L'infermiere di Centrale Operativa 118-Roma viene condannato per il *reato di cui agli Artt. 589 e 479 cod. pen., per alterazione delle schede di centrale operativa, indicando un «orario di arrivo autoambulanza» non reale.* Tale "alterazione" aveva cagionato la morte di un paziente al quale era stato inviato un mezzo di soccorso. Nel dettaglio, era stata inviata un'ambulanza tardivamente rispetto i reali orari, e questo ha favorito quella condizione per recare un "danno grave ed irreparabile".

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VII, SENTENZA N.43758, DEL 28.10.2019 ¹¹⁵

La Corte, su elementi di fatti, dimostra la *somministrazione da parte dell'imputata di farmaci inducenti sonno e spossatezza per sottrarre oggetti di valore ai degenti, e rivendere i monili trafugati in un negozio di "compro oro".* Per tale condotta, l'infermiera è stata condannata per *delitto di rapina aggravata.*

¹¹³<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20200601/snpen@s20@a2020@n16585@tS.clean.pdf>

¹¹⁴<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20200217/snpen@s40@a2020@n05993@tO.clean.pdf>

¹¹⁵<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20191028/snpen@s70@a2019@n43758@tO.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. II, SENTENZA N.42579, DEL 17.10.2019 ¹¹⁶

Dagli accertamenti della Polizia Giudiziaria, l'infermiera dell'Azienda ospedaliera salernitana, nel periodo 16-20 febbraio 2015 - *si allontanava dall'ospedale per un tempo non inferiore alle cinque/sei ore, per dedicarsi ad incombenze di vario tipo.*

Secondo quanto deciso dalla Corte, il rilevato assenteismo sul luogo di lavoro, è riconducibile al *reato di truffa aggravata*, oltre al risarcimento dei danni civili al rispettivo nosocomio.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.39435, DEL 26.09.2019 ¹¹⁷

Alla coordinatrice infermieristica è contestato il *reato di peculato* assieme al medico con cui lavorava. I due svolgevano attività Intramoenia in violazione delle disposizioni che impongono la prenotazione e pagamento previo CUP.

Sulla base di deposizioni, conversazioni e filmati, si evidenzia come il medico tramite la cooperazione della "caposala", aveva incassato somme di denaro versate dai pazienti, omettendo di riversare quanto dovuto all'azienda ospedaliera. Indipendentemente dal fatto che la "caposala" fosse o meno in parte beneficiaria delle somme incassate (elemento non pienamente dimostrabile), vengono entrambi condannati.

¹¹⁶<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/.20191017/snpen@s20@a2019@n42579@tS.clean.pdf>

¹¹⁷<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/.20190926/snpen@s60@a2019@n39435@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.26233, DEL 13.06.2019 ¹¹⁸

La Corte dichiara inammissibile il ricorso nei confronti dell'imputata che viene inizialmente condannata dal Tribunale di Genova, con rito abbreviato, *per essersi appropriata di farmaci e materiale sanitario di cui disponeva per il suo ruolo.*

Nel caso in esame, il successivo Tribunale aveva assolto l'imputata escludendo l'offensività della condotta in considerazione del modesto valore (50 euro), mentre *la Corte di appello precisa che il danno economico (seppur modesto) aveva inciso sull'efficienza e la qualità del servizio ospedaliero.*

CASSAZIONE PENALE, SEZ. V, SENTENZA N.15048, DEL 05.04.2019 ¹¹⁹

A Firenze, l'infermiera di una casa di cura *aveva approfittato in più occasioni dello stato di sedazione dei pazienti, per sottrarre e/o tentare di sottrarre a loro effetti personali di valore e denaro.* Alla base della ricostruzione delle dinamiche sono presenti le videoriprese effettuate nelle zone interessate, previa autorizzazione del Pubblico Ministero. Per questo, *l'infermiera viene condannata per furto e tentativo di furto commessi all'interno della struttura sanitaria.*

¹¹⁸<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20190613/snpen@s60@a2019@n26233@tS.clean.pdf>

¹¹⁹<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=/20190405/snpen@s50@a2019@n15048@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. V, SENTENZA N.18914, DEL 06.05.2019 ¹²⁰

L'infermiera in servizio presso l'Ospedale di Lugo di Romagna - avrebbe cercato di impossessarsi di un portafoglio, di proprietà del congiunto di una paziente ricoverata presso il nosocomio.

Dalle ricostruzioni processuali, l'imputata è stata sorpresa in ginocchio, nei pressi del letto della degente, con il portafoglio in mano aperto a libretto. In virtù degli elementi in ricorso, viene confermata la condanna dal Tribunale di Ravenna, per *delitto tentato di furto aggravato*.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.39989, DEL 05.09.2018 ¹²¹

All'imputato, infermiere dell'ospedale Santa Corona di Pietra Ligure, è contestata la *commercializzazione e/o cessione di farmaci*.

L'infermiere si era appropriato di Eritropoietina e altro materiale sanitario di cui aveva disponibilità in relazione al ruolo. Ad attestazione di tale avvenimento è il risultato della perquisizione avvenuta all'interno del proprio armadietto e della propria abitazione dove vengono rinvenuti i farmaci ed i dispositivi sanitari sottratti.

A seguito della misura interdittiva, il Reo confessa il reato di sottrazione di tale materiale, seppur negando di averli ceduti a terzi.

In considerazione a quanto esposto, i reati a lui ascritti sono: *Artt. 81 c.2, 314 c.p., 110 c.p., Art.9 c.7 della L.376/2000*.

¹²⁰<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=./20190506/snpen@s50@a2019@n18914@tS.clean.pdf>

¹²¹<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpen&id=./20180905/snpen@s60@a2018@n39989@tS.clean.pdf>



CASSAZIONE PENALE, SEZ. V, SENTENZA N.45840, DEL 10.10.2018 ¹²²

Un infermiere, operante nell'infermeria della Casa Circondariale di Reggio Calabria "Panzera", viene condannato per il reato di *partecipazione ad associazione mafiosa (Art. 416-bis c.p.)*.

L'infermiere svolgeva attività di "messaggero" per la cosca mafiosa, introducendo all'interno dell'Istituto oggetti senza l'osservanza delle specifiche procedure. Inoltre, viene confermata la sua partecipazione a riunioni ed incontri con esponenti del clan.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VII, SENTENZA N.24248, DEL 30.05.2018 ¹²³

Viene condannata l'infermiera in riferimento all'Art. 328 c.p. Per dinamiche non specificate nella sentenza, all'infermiera/imputata non viene contestata "un'attività pericolosa-superficiale-sbrigativa-incompleta", bensì la *mancata redazione dell'atto* sulla specifica documentazione.

CASSAZIONE PENALE, SEZ. VI, SENTENZA N.13308, DEL 22.03.2018 ¹²⁴

Un'infermiera viene giudicata dal Tribunale di Catania per le condotte di *appropriazione reiterata di farmaci e/o presidi sanitari* all'interno del reparto di ortopedia di un ospedale pubblico in Vittoria, al fine di cedere gli stessi a familiari e/o pazienti che assisteva al di fuori del contesto ospedaliero.

¹²²<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=./20181010/snpn@s50@a2018@n45840@tS.clean.pdf>

¹²³<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=./20180530/snpn@s70@a2018@n24248@tO.clean.pdf>

¹²⁴<https://www.italgiure.giustizia.it/xway/application/nif/clean/hc.dll?verbo=attach&db=snpn&id=./20180322/snpn@s60@a2018@n13308@tS.clean.pdf>



4. Lo Studio Condotta nel 2018

Il complesso studio pubblicato nel 2018, condotto da Marzia Ferrario e Anna Sponton ¹²⁵, prende in considerazione sia le sentenze penali che civili, analizzando le fonti Ufficiali delle Banche Dati Giuridiche ¹²⁶.

Nella ricerca sono state analizzate le sentenze dal 2005 al 2016. In corrispondenza alla tipologia di ricerca, i risultati sono stati filtrati ed elaborati, ottenendo dati statistici in merito a:

- l'esito della sentenza (condanna, assoluzione, estinzione);
- la tipologia di reato e di condotta (dolosa o colposa);
- la collocazione geografica e l'ambito lavorativo (tipologia di struttura, reparto operativo e turno di lavoro).

Nell'estrapolazione dei dati, la Condotta Penale è di tipo Dolosa per il 47,7% dei casi, mentre il restante 52,3% è di tipo Colposa; di quest'ultima:

- il 64,2% è stato commesso per *negligenza*;
- il 29,5% per *imprudenza*;
- il 6,3% per *imperizia*;
- il 3,1% per *colpa specifica*, vale a dire l'inosservanza di protocolli, procedure e linee guida.

La condotta colposa è considerata di tipo "*generica*" con prevalenza della *negligenza* del professionista sanitario.

¹²⁵ Ferrario M., Sponton A. (2018). *L'Infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche*, FNOPI - Rivista L'Infermiere n° 6/ 2018. <https://www.infermiereonline.org/>

¹²⁶ <https://www.iusexplorer.it/> - <http://www.altalex.com/> <http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>



Dall'analisi dello studio, come visualizzato nella *Figura n.5*, in materia penale il reato più frequente è rappresentato dall'Omicidio Colposo (30%), a seguire vi è il Peculato (15,5%), la Violenza Sessuale (13,6%) e le Lesioni Personali Colpose (10,9%).

Dal grafico si evidenziano ulteriori reati con percentuali minori, ma con un'importanza che non deve essere sottovalutata.

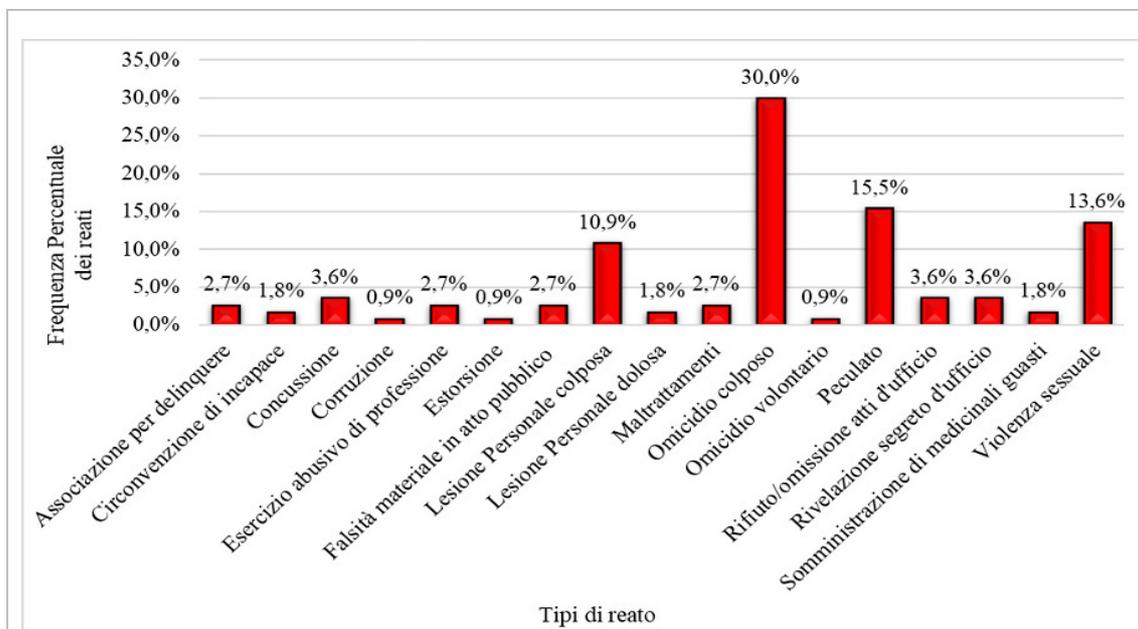


Fig. n.5 - La tipologia dei reati penali dal 2005 al 2016

FONTE:

Ferrario M., Sponton A., L'Infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche, FNOPI - Rivista L'Infermiere n° 6/2018, p.8.

<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2019/12/L-Infermiere-2018-n6.pdf>



5. Discussione - Conclusione

In questo capitolo è stato esposto lo Studio del Project Work (*I Reati dell'Infermiere dal 2018 al 2023*) ed uno studio antecedente della Ferrario e Sponton. Ritengo non sia corretto poter fare un confronto tra i due studi, in quanto sono state utilizzate banche dati differenti ed un diverso obiettivo.

I reati di Peculato (18,8%), Truffa (12,5%), Reato Continuato (10,4%) non possono essere riconducibili ad una problematica di malpractice, o inefficienza del governo clinico, a differenza dell'Omicidio Colposo (10,4%) che rispecchia una problematica sul proprio Ruolo e Professione.

Se da una parte non è corretto confrontare i due studi, dall'altra è possibile individuare come alcuni reati correlati al governo clinico e/o responsabilità operativa, siano in apparente miglioramento.

L'agire professionale deve essere sempre correlato alla consapevolezza in ogni attività clinico-assistenziale che l'Infermiere svolge; la giurisprudenza lo dimostra considerando l'Infermiere come un soggetto con autonomia professionale, valutativa ed analisi critica.

Nonostante gran parte degli utenti non conosce pienamente il ruolo dell'Infermiere nella società moderna, e talvolta, la sua figura viene tutt'ora discriminata come ci fosse una scala gerarchica, è importante riconoscersi nel proprio Ruolo e nella propria Responsabilità.



Altro aspetto su cui è importante porre particolare attenzione, sono i reati correlati alle No-Technical Skills, in particolare modo "i Fattori Umano-Personali".

Per quale motivo un professionista sanitario commette reati quali: peculato, furto o tentato furto, truffa, rapina, corruzione?

Risultato di tale atteggiamento è sicuramente un tornaconto economico al quale è correlata una condotta dell'essere umano, aggravata dal ruolo che si ricopre.

Ma quali sono le cause che inducono un Professionista Sanitario a commettere tali reati?

L'utente che si rivolge ad un servizio sanitario non si rivolge solamente a delle persone, ma a dei professionisti in cui riporre la propria fiducia, sia per il proprio percorso di cura e/o accertamento sanitario che per l'aspetto sociale.

Oltre alla violazione del Codice Penale vi è un'antitesi deontologica e morale, di chi dovrebbe promuovere la cura ed il prendersi cura degli altri.



Capitolo Quarto

Il Ruolo dell'Infermiere Forense in corrispondenza allo Studio condotto

1. Chi è l'Infermiere Forense?

L'infermiere Forense è colui che ha conseguito il titolo universitario in Infermieristica, con specifica formazione in campo Forense.

In Italia la formazione specifica si consolida attraverso l'introduzione del Master di I livello, individuando "*l'Infermiere specialista in Metodologia ed Analisi della responsabilità professionale*¹²⁷, mentre l'APSILEF (Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi), associa una connotazione più sintetica: *Infermiere Legale e Forense*.

Sono diverse le attività riconducibili al ruolo dell'Infermiere Forense ¹²⁸ ¹²⁹ con possibili attività all'interno di tribunali, strutture sanitarie, universitarie, di ricerca e/o scolastico-educative.

Il campo di azione è particolarmente esteso, ma attualmente il principale riconoscimento è consolidato dal *Protocollo d'Intesa tra CSM-CNF-FNOPI*, inserendo la figura d'Infermiere Forense all'interno dei Tribunali come Perito o Consulente Tecnico ¹³⁰.

¹²⁷ IPASVI (N.D.). (2007). *Speciali competenze / L'Infermiere specialista in Metodologia e Analisi della responsabilità professionale nell'Area infermieristica*. Rivista L'infermiere, 4/2007, pp.32-33. <http://www.area-c54.it/public/analisi%20delle%20competenze.pdf>

¹²⁸ APSILEF (N.D.). (2023). *Attività di Consulenza dell'Infermiere Forense*. Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi, Rovigo. <https://www.apsilef.it/>

¹²⁹ Ivi IPASVI (2007).

¹³⁰ Mascherin A., Mangiacavalli B., Legnini G. (2018, Maggio 24). *Protocollo d'intesa tra Consiglio Superiore della Magistratura (CSM), Consiglio Nazionale Forense (CNF), Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)*, Roma. <https://www.consiglionazionaleforense.it/>



Al di fuori del contesto italiano, la figura dell'Infermiere Forense si consolida ulteriormente con specializzazione in determinati settori, integrandolo maggiormente in un contesto formativo-sociale ¹³¹ ¹³².

Secondo l'*American Nurses Association & International Association of Forensic Nurses*, gli Infermieri Forensi possono esercitare attraverso specializzazioni in diversi contesti¹³³, mediante accertamenti in: Aggressioni Sessuali¹³⁴, Violenza Domestica, Abuso e/o Abbandono di minori, Maltrattamenti sugli Anziani, Tanatologia¹³⁵, etc.

Inoltre, possono fornire assistenza a pazienti che hanno subito conseguenze sanitarie associate a vittimizzazione e violenza per esigenze probatorie non soddisfatte.

¹³¹ IAFN (N.D). (2023). *Areas of Forensic Nursing Practise*. American Nurse Association e International Association of Forensic Nurses, Elkridge (USA). <https://www.forensicnurses.org/>

¹³² Pais dei Mori L. (2019). *L'infermiere legale e forense: identità, funzioni, competenze e responsabilità*. FNOPI, Roma. https://www.fnopi.it/archivio_news/documenti/208/Slide%20Luigi%20Pais.pdf

¹³³ Ibidem

¹³⁴ I Sexual Assault Nurse Examiners (SANE) sono infermieri che hanno ottenuto una specifica formazione con requisiti teorico-pratici sia per utenza adulta (SANE-A®) che pediatrica (SANE-P®).

¹³⁵ La Tanatologia forense è una branca della medicina legale che studia le cause del decesso. È suddivisa in due macroaree: la *tanato-diagnosi* (per accertare ed identificarne le cause) e *tanato-cronologia* (per identificare i fenomeni post-mortem, permettendo di stabilire un orario e/o un intervallo di tempo).



2. Le Basi Teoriche dell'Infermieristica Forense

Le basi teoriche¹³⁶ per l'assistenza infermieristica forense sono state stabilite per la prima volta attraverso un modello concettuale, il "*Modello di Pratica Integrata per la scienza infermieristica forense*", sviluppato da Virginia Lynch come progetto di tesi ¹³⁷.

Nel 1992, i pionieri dell'assistenza infermieristica forense¹³⁸ fondarono the "*International Association of Forensic Nurses*" (IAFN). Tre anni dopo, l'American Nurses Association ha riconosciuto la disciplina forense come una specialistica all'assistenza infermieristica.

Negli ultimi 30 anni, tale specialistica è progredita, passando dall'introduzione della prima teorica ad una migliore comprensione dei ruoli, delle responsabilità, delle linee guida formative e delle priorità professionali ¹³⁹.

Attualmente la Scienza Infermieristica Forense è una specialistica multifattoriale con delle basi teoriche altrettanto estese. Le diverse teoriche di riferimento permettono di creare le basi e le applicazioni di utilizzo.

¹³⁶ Valentine J.L., Sekula LK., Lynch V.A. (2020). *Evolution of Forensic Nursing Theory-Introduction of the Constructed Theory of Forensic Nursing Care: A Middle-Range Theory*. Journal of Forensic Nursing, 16(4), 188-198. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000287/>

¹³⁷ Lynch V.A. (1990). *Clinical forensic nursing: A descriptive study in role development* (Published master's thesis). The University of Texas, Arlington.

¹³⁸ Lynch V.A., Duval J.B. (2006). *Forensic nursing*. Elsevier Mosby.

¹³⁹ Price B., Maguire K. (2015). *Core curriculum for forensic nursing*. Wolters Kluwer.



3. I reati Penali dal 2018 al 2023: Ruolo dell'Infermiere Forense

Per poter delineare il ruolo dell'Infermiere Forense in questo studio, è importante analizzare i risultati ottenuti e il campo di applicazione.

Il *Processo Infermieristico Forense* è dinamico e centrato sull'individuo, con cicli di feedback per la rivalutazione e l'aggiornamento dei piani di trattamento¹⁴⁰. L'utilizzo del *Processo Infermieristico Forense*¹⁴¹ potrebbe individuare una metodologia mediante la quale si indentifica:

- *l'Assessment*, l'identificazione di informazioni, che nel caso specifico è avvenuto attraverso lo Studio;
- il *Planning*, la pianificazione delle attività atte alla prevenzione e correzione di alcune dinamiche che potrebbero diventare illecite;
- *l'Intervention*, la descrizione delle attività del piano programmato per il raggiungimento degli obiettivi;
- *l'Evaluation*, la valutazione dei risultati in corrispondenza all'obiettivo prefissato.

Il *Forensic Nursing Process* permetterebbe all'Infermiere Forense di cooperare efficacemente¹⁴² ¹⁴³ nell'ambito della prevenzione e formazione dei rischi nel contesto lavorativo, con specifica consulenza nell'ambito legale, forense, deontologico, giuridico ed organizzativo della struttura sanitaria. Inoltre, può partecipare nelle aree di ricerca e negli incontri di audit clinici.

¹⁴⁰ Hammer R.M., Moynihan B., Pagliaro E.M. (2011). *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*, Jones & Bartlett Learning, 2nd Edition, pp.8-9.

¹⁴¹ Lynch V.A., Duval J.B. (2010). *Forensic Nursing Science*. Elsevier Health Sciences, pp.6-7.

¹⁴² Ivi Lynch V.A., Duval J.B. (2010). p.204.

¹⁴³ Ivi Hammer R.M et Al. (2011). p.7.



3.1 Valutazione dei Reati "Propri" della Professione

Per *Reati Propri* s'intendono quelle condotte illecite che hanno identificato il Reo-Infermiere per i reati di: Omicidio Colposo (10,4%), Falso in Atto Pubblico, Rifiuto e omissione di atti d'ufficio (4,2%), Somministrazione di medicinali guasti (3,5%), Delitto tentato, Esercizio abusivo di Professione e Lesioni Personali Colpose (2,1%).

Potendo ipotizzare un'eventuale consulenza all'interno di uno specifico contesto sanitario, i Processi Infermieristici Forensi per la prevenzione di tali reati possono orientarsi nella seguente analisi:

FORENSIC NURSING PROCESS N. 1

Planning

Il 52% degli infermieri è stato coinvolto in un processo penale, individuando tale figura come protagonista, attore o comparsa di questo scenario (*Grafico n.2.7*).

- Informare, sensibilizzare e consapevolizzare il personale infermieristico sulle probabilità di essere coinvolti in un'aula di tribunale potrebbe far comprendere l'importanza di conoscere il proprio ruolo in virtù dell'attuale legislazione, lavorando per obiettivi e non per meri compiti, preoccupandosi delle attività clinico-assistenziali ¹⁴⁴ e della corretta compilazione della documentazione sanitaria ¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Cassazione Penale, Sez. III, n.1/2022 - "Un'infermiera di terapia intensiva è stata condannata di omicidio colposo, per aver disattivato il sistema di allarme del monitoraggio posizionato sul paziente, impedendo la rilevazione tempestiva di una crisi cardiaca e la successiva morte".

¹⁴⁵ Cassazione Penale, Sez. V, n. 16285/2023 - "L'infermiere aveva apportato un'annotazione falsa sul modulo della cartella clinica; nello specifico venivano trascritti i parametri vitali della paziente alle ore 6,30 del 12 dicembre 2016, valore certamente non veritiero in quanto la paziente era deceduta in orario antecedente".



- Consapevolizzare il Professionista, circa il proprio status e ruolo, non si conclude con l'acquisizione del titolo accademico ma deve ampliarsi periodicamente mediante la formazione personale, l'adesione a corsi di formazione, con aggiornamenti specifici e/o di settore.
- Verificare se l'Azienda Sanitaria (di riferimento) organizza annualmente dei corsi trasversali e settoriali per il personale infermieristico operante in quella struttura. Questo garantirebbe l'aggiornamento personalizzato, una maggior consapevolezza delle attività, delle EBN e un refresh su attività meno frequenti, migliorando il proprio outcome professionale.

Intervention

- Promuovere, organizzare, e attuare corsi aziendali per informare/sensibilizzare i partecipanti a standardizzare gli atteggiamenti mediante procedure interne ed EBN specifiche del contesto lavorativo;
- Favorire l'adesione ai corsi con modalità e-learning per garantire sia le attività di aggiornamento che di servizio;
- Effettuare monitoraggi annuali per confermare: il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata, l'adesione alle procedure clinico-assistenziali con cambiamenti a livello individuale, di team e/o di servizio ¹⁴⁶.

¹⁴⁶ National Institute for Clinical Excellence (N.I.C.E.). (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press, pp.48-52.



FORENSIC NURSING PROCESS N.2

Planning

Se la formazione inizia all'interno delle aule universitarie e delle "corsie", addestrare del *Personale Infermieristico nel ruolo di Tutors*¹⁴⁷, migliora i criteri di valutazione e misurazione delle competenze, garantendo la crescita professionale degli studenti con una formazione completa e standardizzata.

Intervention:

- Inserimento di una procedura aziendale, in accordo con l'Università di riferimento, per permettere uno standard conforme tra gli insegnamenti universitari ed il relativo tirocinio clinico¹⁴⁸;
- Garantire la formazione e valutazione degli Studenti Infermieri mediante *Tutors*;
- Garantire la presenza di un numero di Tutors sufficienti all'interno di ogni Dipartimento, Distretto o Presidio Ospedaliero;
- Raggiungimento degli obiettivi di tirocinio ricoprendo le aree¹⁴⁹ di interesse della professione infermieristica.

¹⁴⁷ Cucchi C. (2023). *Tutor di tirocinio: il percorso formativo*, Corso ECM. Fondazione PTV, Roma.

¹⁴⁸ Alvaro R., Vellone E., Fierro A., et Al. (2009). *Strumenti e metodi per migliorare il tirocinio clinico degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: Esperienza dell'Università di Roma Tor Vergata*. Professioni Infermieristiche, Gennaio-Marzo 2009, Vol.62, n.1, pp.32-40.

¹⁴⁹ Art.5, DM 739/1994 - *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*.



FORENSIC NURSING PROCESS N.3

Planning

La scorretta comunicazione comporta inevitabilmente eventi avversi¹⁵⁰, come ad esempio: una somministrazione erranea della terapia, i trattamenti sanitari scorretti, posticipati, omessi, etc.

La comunicazione deve essere di interesse per l'interlocutore, priva di dispersione, distrazioni, simulazioni d'ascolto ed interruzioni; insomma, bisogna essere un buon emittente ed un buon ricevente¹⁵¹.

La comunicazione richiede del tempo, sia in forma scritta che in forma orale ad es., il tempo dedicato per la corretta compilazione dei documenti inerenti all'attività, lo scambio di informazioni tra professionisti e l'attività di counseling rivolta all'assistito.

Intervention

- Affinché la comunicazione sia efficace, bisogna evitare il più possibile quelli che vengono definiti i *killers della comunicazione*¹⁵², cioè le modalità che riducono le possibilità di comprensione tra le parti¹⁵³.

¹⁵⁰ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali (N.D.). (2009). *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella*, Osservatorio Nazionale Eventi Sentinella, Ufficio III, Roma.

¹⁵¹ Ministero della Salute (N.D.). (2015). *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - I Modulo - Elementi teorici della comunicazione*. Direzione Generale della Programmazione Sanitari, Ufficio III, Roma, pp.28-30. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2385_allegato.pdf

¹⁵² Ivi Ministero della Salute (N.D.). (2015). p.31.

¹⁵³ Fioretto F. (2015). *Il Metodo CASE*, Molfetta, La Meridiana, p.37.



- Scambiarsi informazioni secondo schemi comunicativi ¹⁵⁴.
Il passaggio di consegne tra personale sanitario è un momento fondamentale, dove l'utilizzo di schemi comunicativi condivisi (es. lo SBAR Tool¹⁵⁵), permetterebbe di decrementare gli errori fino al 30%¹⁵⁶.
- In caso di comunicazione o prescrizione scritta, per permettere una chiara interpretazione ed evitare errori, è opportuno rispettare una certa nomenclatura, usando acronimi e abbreviazioni standardizzate¹⁵⁷.
- Lavorare in un sistema organizzativo che rispetti pienamente il fabbisogno dell'organico-assistiti, permetterebbe una comunicazione non frettolosa ed un'assistenza secondo gli standard qualitativi.

¹⁵⁴ Marron G. (2005). *Lavorare in Team, I rischi da cattivo coordinamento*. *Rischio Sanità*, 17:7-13.

¹⁵⁵ Rea T., Simeone S., et Al. (2018). *Effectiveness of the Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR) methodology in patient handovers between nurses*. *Igiene e Sanità Pubblica*, 2018 May-Jun;74(3):279-293.

¹⁵⁶ Bellandi T. (2015). *Errori in sanità*. *Quotidiano Sanità*, Roma.
Donaldson (OMS): «Ogni anno 43 mln pazienti subiscono danni da cure sbagliate in ospedale. Riduzioni fino al 50% se migliora la comunicazione tra gli operatori».

¹⁵⁷ Ministero della Salute (N.D.). (2008). *Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Raccomandazione n.7*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, pp.12-13. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=675/



FORENSIC NURSING PROCESS N.4

Planning:

Informare e consapevolizzare il personale infermieristico in materia di Responsabilità Sanitaria mediante corsi di formazione specifici. Affrontare delle tematiche per: individuare tutte le figure presenti in un contesto sanitario, rafforzare le proprie conoscenze sulla responsabilità sanitaria e l'evoluzione storico-normativa, concretizzare l'argomento con casi realmente accaduti.

Il coinvolgimento di un team multidisciplinare permetterebbe una completa esposizione di Professionisti in campo Sanitario, Giuridico, Psicologico, Organizzativo e Sindacale.

Intervention:

- Promuovere, organizzare ed attuare corsi aziendali per addestrare il personale ai principali temi, quali: *la compilazione della documentazione sanitaria, la somministrazione della terapia farmacologica, l'adesione alle procedure aziendali, il consenso informato, la sicurezza del paziente, la correlazione tra risk management e responsabilità, etc;*
- Favorire l'adesione ai corsi con modalità e-learning per garantire sia le attività di aggiornamento che di servizio;
- Effettuare monitoraggi annuali per confermare: il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata, l'adesione alle procedure clinico-assistenziali con cambiamenti a livello individuale, di team e/o di servizio ¹⁵⁸.

¹⁵⁸ National Institute for Clinical Excellence (N.D.). (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press, pp.48-52.



3.2 Valutazione dei Reati correlati alla Condotta Umana

I Reati di Condotta Umana (43,8%), con violazione non solo dei principi penali, ma etici, deontologici, sociali e morali, non possono essere attribuiti al Governo Clinico. Tali reati sono riconducibili ad una mera condotta dell'essere umano, manifestandosi in qualsiasi contesto lavorativo e sociale.

Se il reato è la conseguenza di un atteggiamento, è importante comprendere perché un professionista sanitario ricorra a delle condotte riconducibili a: Peculato (18,8%), Truffa (12,5%), Corruzione, Rapina e Furto (4,2%). Per analizzare correttamente tali risultati è necessario una valutazione multidisciplinare ¹⁵⁹.

Ad es. il fenomeno della Corruzione che presenta diverse definizioni e descrizioni, ognuna con un aspetto significativo e differente ¹⁶⁰, non è possibile prevenirlo identificando il profilo diagnostico del Corrotto, in quanto, siamo tutti potenzialmente a rischio dinanzi a comportamenti corruttivi ¹⁶¹. Medesima riflessione può considerarsi valida per gli altri reati della condotta umana.

D'altronde, potendo approfondire l'argomento sotto il punto di vista della Psicologia del Lavoro, è possibile differenziare diverse personalità del lavoratore, individuando ¹⁶²:

¹⁵⁹ Hammer R.M., Moynihan B., Pagliaro E.M. (2011). *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*. Jones & Bartlett Learning, 2nd Edition, pp.8-9.

¹⁶⁰ Calcagno A. (2022). *Analisi psicologica dei fenomeni corruttivi*. Rivista scientifica mensile Economia & Diritto. <https://www.economiaediritto.it/analisi-psicologica-dei-fenomeni-corruttivi/>

¹⁶¹ Ambrosiano L., Sarno M. (2015). *Corruttori e Corrotti. Ipotesi psicoanalitiche*. Mimesis-Frontiere della Psiche, p.23.

¹⁶² Tosi H.L., Pinati M. (2008). *Comportamento Organizzativo. Attori, relazioni, organizzazione, management*. Egea, p.5.



- *L'istituzionalizzato*, colui che s'identifica con l'azienda e dimostra un forte impegno nel contesto lavorativo. Si relaziona rispettando le scale gerarchiche indipendentemente dal desiderio di carriera.
- *Il professionista*, colui che s'identifica con il proprio status, ruolo e valore ideologico della professione. È in disaccordo con l'autorità organizzativa e si scontra continuamente con il sistema di regole e norme aziendali.
- *L'indifferente*, che svolge correttamente la propria attività senza particolare coinvolgimento ideologico. Considera il lavoro come un mezzo economico per soddisfare i bisogni di stima e autorealizzazione, al di fuori del contesto lavorativo.

Di questi profili, *il Professionista*, che non si riconosce con l'autorità organizzativa, potrebbe ricercare dinamiche per un tornaconto personale (illecito) e compensare dei benefici che l'organizzazione stessa non garantisce.

Probabilmente le azioni repressive non saranno mai sufficienti per arginare questi reati, in quanto le persone che ricoprono un Ruolo Sociale devono trovare una sana gratificazione nel loro lavoro, senza che questa gratificazione muti in una forma di narcisismo¹⁶³, con la violazione dell'interesse comune al fine di ottenere vantaggi speciali.

L'Infermiere Forense potrebbe promuovere, ove non presenti, delle procedure aziendali per: *gestire/monitorare il materiale sanitario di consumo, gestire gli effetti personali dei degenti* ed un sistema per promuovere *l'Auto-motivazione* ed un *Sistema Premiante*¹⁶⁴.

¹⁶³ Calcagno A. (2022). *Analisi psicologica dei fenomeni corruttivi*. Rivista scientifica mensile Economia & Diritto. <https://www.economiaediritto.it/analisi-psicologica-dei-fenomeni-corruttivi/>

¹⁶⁴ Calamandrei C., Orlandi C.(2015). *Manuale di management per le professioni sanitarie*. Mc Graw Hill, p.814



3.2 Valutazione dei Reati Associativi e di Contiguità

Questi reati sono caratterizzati da una qualsiasi condotta antiggiuridica programmata e plurisoggettiva¹⁶⁵, mediante suddivisione dei compiti per un obiettivo comune¹⁶⁶. Le principali caratteristiche sono: un accordo iniziale, la sua stabilità e durata¹⁶⁷.

In alcune conformazioni sociali, nei quali si sviluppa una cultura criminogena, *l'associazione* può determinare un'esperienza primaria di socializzazione ed integrazione in un gruppo, rendendo problematico il concetto stesso di rieducazione o riabilitazione della pena¹⁶⁸.

Un'analisi psicoanalitica¹⁶⁹ rileva che: "i detenuti riconoscono la colpa dei propri reati, contestando la validità dei reati associativi o delle loro implicazioni, rispetto il reato primario"¹⁷⁰.

Probabilmente la visione del Reo-Infermiere potrebbe essere simile, sminuendo l'importanza della condotta illecita in cooperazione con altre persone.

¹⁶⁵ Fiandaca G. (1991). *Criminalità organizzata e controllo penale*. L'indice penale: Rivista Giuridica e Criminologica, p.23.

¹⁶⁶ Manzione D. (1992). *Una normativa d'emergenza per la lotta alla criminalità organizzata e la trasparenza e il buon andamento dell'attività amministrativa (DL 152/1991 e L. 203/1991): uno sguardo d'insieme*. Periodico Legislazione Penale, an. 12 (1992), fasc. 4, pt. 4, p.843. <https://bdp.camera.it/>

¹⁶⁷ Alparone D. (2018). *Dell'ignoranza della Legge. Una riflessione tra psicoanalisi e filosofia del diritto*. Tigor: Rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica - A.X. (2018) n. 2, p.94.

¹⁶⁸ Ivi Alparone D. (2018). p.102.

¹⁶⁹ Ivi Alparone D. (2018). p.94

¹⁷⁰ Ibidem



Conclusioni

Negli ultimi trent'anni l'assistenza infermieristica italiana è cresciuta in maniera considerevole raggiungendo traguardi significativi: il riconoscimento di professione intellettuale, l'inserimento della docenza universitaria, l'istituzione dei livelli di dirigenza e ricerca infermieristica.

Nell'odierna situazione si assiste alla dinamica di mancata attrattività della professione^{171 172}, probabilmente perché non sono state completamente soddisfatte le necessità formative e remunerative¹⁷³. Presumibilmente il riconoscimento della Responsabilità Professionale non è adeguato alla valorizzazione del professionista ed al costo della vita, tanto da indurre molti colleghi ad abbandonare la professione¹⁷⁴.

Per rendere la professione infermieristica adeguata alle attuali esigenze, è necessario prospettare in un futuro a breve termine: l'annullamento del vincolo di esclusività, favorendo lo sviluppo della libera professione ed il riconoscimento delle competenze specialistiche sia in ambito clinico-organizzativo che territoriale-ospedaliero¹⁷⁵-istituzionale.

¹⁷¹ FNOPI (N.D), (2023), *Rapporto CREA: infermieri pochi, sottopagati, professione con scarsa attrattività: subito riforme efficaci*, FNOPI, Roma. www.fnopi.it/

¹⁷² Spandonaro F., D'Angela D., Polistena B., (2022) *Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi - 18° Rapporto Sanità*, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), Dicembre. www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/01/rapporto-CREA-N-18.pdf

¹⁷³ Redazione (N.D). (2023). *Infermiere: professione che ha le ore contate?*. Redazione NurseTimes, Bari, 12.09.2023. <https://nursetimes.org/> - "[...] negli anni '90 lo stipendio di un operaio era mediamente di 1.100.000 lire; un infermiere con un percorso intrapreso a 16 anni, con scuola regionale di 3 anni, a 19 anni poteva guadagnare circa 2.000.000 di lire".

¹⁷⁴ Tavolaro A. (2022). *Sempre più infermieri vogliono abbandonare la professione*. Quotidiano Nurse24, Rimini. <https://www.nurse24.it/>

¹⁷⁵ <https://centrodiexcellenza.eu/>



È proprio dal riconoscimento delle competenze specialistiche che l'Infermiere Forense Italiano può emergere e confrontarsi pienamente con i colleghi anglosassoni.

Diversi studi denunciano la necessità di infermieri con competenze forensi (medico-legali e giudiziarie) adeguate alla gestione delle vittime di violenza, sottolineando la discrepanza fra le conoscenze possedute dai singoli operatori e quelle richieste nei casi concreti^{176 177}.

L'infermiere Forense Ospedaliero, in qualità di esperto, potrebbe fornire un'assistenza specifica e garantire l'affidabilità del percorso assistenziale mediante consulenze e collaborazioni specializzate.

Inoltre, tale figura potrebbe contribuire positivamente nell'attuazione di politiche ed iniziative educative a livello sanitario e scolastico, proprio per soddisfare al meglio l'esigenza dei giovani e dei familiari nei casi di violenze intenzionali e non¹⁷⁸.

Nello specifico Project Work, i Reati del Personale Infermieristico sono stati analizzati mediante il Forensic Nursing Process, dove l'Infermiere diventa il collagene di un processo nel quale sono coinvolti diversi professionisti, che analizzano il dato secondo la loro specifica competenza.

¹⁷⁶ Wolf L.A., Perhats C., Delao A., (2022), *Educational Needs of U.S. Emergency Nurses Related to Forensic Nursing Processes*, Journal of Trauma Nursing, Volume 29, Number 1, January/February 2022, pp.12-20(9) DOI: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000627>

¹⁷⁷ Svlpadma K., (2022), *A Study To Assess The Knowledge Regarding The Need Of Forensic Nursing In Emergency Department Among The Staff Nurses In A Selected Hospital At Visakhapatnam*, International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 12, Issue 1, January 2022, p.219. DOI:10.13140/RG.2.2.31787.52003

¹⁷⁸ Berishaj K., Christina M., Boyland C., Reinink K., Lynch V., (2020), *Forensic Nurse Hospitalist: The Comprehensive Role of the Forensic Nurse in a Hospital Setting*, Journal of Emergency Nursing, May 2020, 46(3):286-293 - DOI: 10.1016/j.jen.2020.03.002



Per l'infermiere, come per il medico, è importante conoscere ogni singolo attore all'interno del proprio contesto lavorativo. In quest'ambiente si deve fornire l'opportunità ai singoli operatori, con capacità diverse ma sinergiche, di lavorare su obiettivi comuni.

Proprio per questo, tutto il Personale Sanitario appartiene ad un sistema complesso che determina dei risultati, dove nessun professionista è l'unico responsabile degli stessi.

La pratica collaborativa rimuove quel concetto di "isolamento", fornendo al professionista una chiara visione dell'insieme, permettendo di liberare energie dirette ed orientare le attività di miglioramento.

Il lavoro di gruppo è efficace quando gli obiettivi vengono stabiliti con chiarezza e negoziati in anticipo, laddove i metodi di discussione e pianificazione sono condivisi da tutti i componenti.

Quando la comunicazione è chiara ed organizzata, il clima del gruppo produce calore, sostegno, riconoscimento ed apertura¹⁷⁹.

La corretta formazione, la partecipazione al governo clinico, il confronto tra più esperienze e l'aggiornamento in tema di comunicazione, riducono gli errori da variabili improvvise e garantiscono l'erogazione dei servizi secondo i criteri di performance.

¹⁷⁹ Bochicchio F., Di Sabato T., (2011), *Complessità organizzativa e risorse umane. Prospettive interpretative e strumenti operativi*, Libellula Edizioni, p.226.



Allegati

Allegato n.1 - LE SENTENZE ESAMINATE DEL 2023

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	REATO	SESSO	CITTA'
25924	7	15/06/2023	DI			
24604	6	07/06/2023	RG			
23253	6	26/05/2023	A			
22635	5	24/05/2023	RG			
16952	5	20/04/2023	DI			
16285	5	17/04/2023	C	Artt. 479, 476 c.p.	M	Roma
15812	4	17/04/2023	T			
20109	7	11/05/2023	DI			
15664	2	13/04/2023	T			
21946	1	22/05/2023	DI*	Artt. 416, 110, 432, 56, 575, 635		
21945	1	22/05/2023	RG			
7570	6	21/02/2023	DI			
7567	6	21/02/2023	T			
6932	5	17/02/2023	T			
8062	2	23/02/2023	DI			
5398	4	08/02/2023	T			
9996	1	09/03/2023	A			
2548	1	20/01/2023	DI			
23574	6	30/05/2023	DI			
1711	7	18/01/2023	DI			

Leggenda Esiti:

C: Condanna
DI*: Condanna NON "in itinere"
T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio
DI: Citazione Diretta/Indiretta
A: Proscioglimento

ESITI 2023	N.	%
Condanna	1	5%
Proscioglimento	2	10%
Rinvio a Giudizio	3	15%
Teste	5	25%
Citazione Diretta/Indiretta	9	45%
TOT	20	

degli Infermieri condannati nel 2022, gli articoli a loro ascritti sono:

ART	REATO	n.	%
479 476	Falso in Atto Pubblico	1,0	100%



Allegato n.2 - LE SENTENZE ESAMINATE DEL 2022

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	REATO	SESSO	CITTA'
25334	4	01/06/2022	C	Art. 589 c. p.	M	Trento
22415	6	31/05/2022	C	Artt. 110, 81 c.2, 348 c.p.	F	Torino
4323	4	08/02/2022	C	Art. 589 c. p.	F	Grosseto
1	3	03/01/2022	C	Art. 589 c. p.	F	Catanzaro
18002	1	22/02/2022	C	Artt. 56, 443 c.p.	F	Bari
392	4	11/01/2022	C	Art. 590 c.p.	M	Palermo
22422	6	08/06/2022	C	Art. 318 c.p.	M	Ancona
47701	6	16/12/2022	DI			
39320	6	18/10/2022	DI			
32946	1	07/09/2023	DI*	Art. 589 c.p.		
22435	6	08/06/2022	RG			
27909	1	18/07/2022	T			
29662	6	25/07/2022	DI			
36722	5	28/09/2022	DI			
23613	6	16/06/2022	A			
27934	6	18/07/2022	A			
14490	7	13/04/2022	DI			
15272	5	20/04/2022	DI			
10299	1	23/03/2023	DI			
14150	6	13/04/2022	DI			
2438	5	20/01/2022	DI			
1765	5	17/01/2023	T			
1042	5	13/01/2023	DI			
48352	5	21/12/2022	DI			
18025	6	05/05/2022	A			
11521	6	29/03/2022	DI			
5173	7	14/04/2022	DI			

Leggenda Esiti:

C: Condanna

DI*: Condanna NON "in itinere"

T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio

DI: Citazione Diretta/Indiretta

A: Proscioglimento

ESITI 2022	N.	%
Condanna	7	26%
Proscioglimento	3	11%
Rinvio a Giudizio	1	4%
Teste	2	7%
Citazione Diretta/Indiretta	14	52%
TOT	27	

degli Infermieri condannati nel 2022, gli articoli a loro ascritti sono:			
ART	REATO	n.	%
110	Concorso di Persone nel reato	0,3	5%
81	Reato Continuato	0,3	5%
56	Delitto tentato	0,5	7%
318	Corruzione	1,0	14%
348	Esercizio abusivo di professione	0,3	4%
443	Somm.ne di medicinali guasti	0,5	7%
590	Lesioni personali colpose	1,0	14%
589	Omicidio colposo	3,0	43%
	TOT	7	



Allegato n.3 - LE SENTENZE ESAMINATE DEL 2021

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	REATO	SESSO	CITTA'
42228	7	18/11/2021	DI			
37795	4	21/10/2021	DI			
35536	2	27/09/2021	A			
39281	2	02/11/2021	DI			
28284	2	21/07/2021	DI			
31672	5	13/08/2021	A			
34527	6	16/09/2021	A			
21900	1	03/06/2021	A			
21013	6	27/05/2021	DI			
19853	6	19/05/2021	DI			
19497	7	18/05/2021	DI			
16463	6	29/04/2021	DI			
32637	3	02/09/2021	T			
23034	5	10/06/2021	T			
12791	2	02/04/2021	DI			
14886	5	20/04/2021	A			
19946	5	19/05/2021	DI*	Artt. 374-375 c.p.		
15414	7	23/04/2021	T			
9769	4	11/03/2021	T			
5590	7	12/02/2021	T			
3487	4	28/01/2021	DI			
5810	4	15/02/2021	DI			
15244	7	22/04/2021	C	Art 624 c.p.	M	Milano
3529	7	28/01/2021	DI			

Leggenda Esiti:

C: Condanna

DI*: Condanna NON "in itinere"

T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio

DI: Citazione Diretta/Indiretta

A: Proscioglimento

ESITI 2021	N.	%
Condanna	1	4%
Proscioglimento	5	21%
Rinvio a Giudizio	0	0%
Teste	5	21%
Citazione Diretta/Indiretta	13	54%
TOT	24	

degli Infermieri condannati nel 2021, gli articoli a loro ascritti sono:			
ART	REATO	n.	%
624	Furto o Tentato Furto	1,0	100%
	TOT	1	



Allegato n.4 - LE SENTENZE ESAMINATE DEL 2020

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	REATO	SESSO	CITTA'
37730	6	29/12/2020	DI			
33226	4	26/11/2020	DI*	Artt. 589-bis e 589-ter		
28130	6	08/10/2020	DI			
28771	6	16/10/2020	RG			
25961	5	11/09/2020	T			
25310	7	08/09/2020	DI			
23354	2	30/07/2020	C	Art. 640 c. p.	M	Chieti
22981	7	29/07/2020	DI			
13864	4	07/05/2020	C	Art 624 c.p.	F	Brescia
27928	5	07/10/2020	T			
8170	4	02/03/2020	T			
16585	2	01/06/2020	C	Artt. 81, 416 c.p.	M	Firenze
6692	7	20/02/2020	T			
5993	4	17/02/2020	C	Artt. 589, 479 c.p.	M	Roma
11676	1	08/04/2020	DI			
5335	4	10/02/2020	A			
1831	6	17/01/2020	DI			
14124	7	08/05/2020	DI			
14090	7	08/05/2020	T			
11536	4	07/04/2020	A			

Leggenda Esiti:

C: Condanna
DI*: Condanna NON "in itinere"
T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio
DI: Citazione Diretta/Indiretta
A: Proscioglimento

ESITI 2020	N.	%
Condanna	4	20%
Proscioglimento	2	10%
Rinvio a Giudizio	1	5%
Teste	5	25%
Citazione Diretta/Indiretta	8	40%
TOT	20	

degli Infermieri condannati nel 2020, gli articoli a loro ascritti sono:

ART	REATO	n.	%
81	Reato continuato	0,5	13%
416	Associazione per delinquere	0,5	13%
479	Falso in atto pubblico	0,5	13%
589	Omicidio colposo	0,5	13%
624	Furto	1,0	25%
640	Truffa	1,0	25%
	TOT	4	



Allegato n.5 - SENTENZE ESAMINATE DEL 2019

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	ART c.p.	SESSO	CITTA'
50815	6	16/12/2019	DI			
50814	6	16/12/2019	RG			
51223	5	19/12/2019	T			
40053	5	30/09/2019	DI			
43758	7	28/10/2019	C	Art. 628 c. p.	F	Roma
42579	2	17/10/2019	C	Art. 640 c. p.	F	Salerno
45720	F	11/11/2019	DI			
33810	4	25/07/2019	T			
39435	6	26/09/2019	A			
39435	6	26/09/2019	C	Artt. 640, 314 c.p.	F	Palermo
28873	4	02/07/2019	DI			
27672	5	20/06/2019	RG			
25962	7	12/06/2019	T			
31587	6	17/07/2019	DI			
28051	5	26/06/2019	T			
26362	6	14/06/2019	DI			
41743	7	11/10/2019	DI			
24598	7	03/06/2019	T			
37520	6	10/09/2019	A			
26577	4	17/06/2019	T			
25069	6	05/06/2019	A			
19842	2	09/05/2019	DI			
26233	6	13/06/2019	C	Artt. 110, 314 c.p.	F	Genova
18793	4	06/05/2019	T			
29903	6	08/01/2019	DI			
19785	6	08/05/2019	DI			
19260	5	07/05/2019	DI			
15048	5	05/04/2019	C	Artt. 624, 625 c.p.	F	Firenze
6816	6	12/02/2019	DI			
9133	6	01/03/2019	DI			
2979	6	22/01/2019	T			
4850	6	30/01/2019	T			
520	1	08/01/2019	T			
12866	4	25/03/2019	DI			
1928	5	16/01/2019	T			
18914	5	06/05/2019	C	Artt. 624, 625 c.p.	F	Bologna
1311	6	11/01/2019	DI			

Leggenda Esiti:

C: Condanna

DI*: Condanna NON "in itinere"

T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio

DI: Citazione Diretta/Indiretta

A: Proscioglimento

ESITI 2019	N.	%
Condanna	6	16%
Proscioglimento	3	8%
Rinvio a Giudizio	2	5%
Teste	11	30%
Citazione Diretta/Indiretta	15	41%
TOT	37	

degli Infermieri condannati nel 2019, gli articoli a loro ascritti sono:

ART	REATO	n.	%
110	Concorso di persone nel reato	0,5	8%
314	Peculato	1,0	17%
624 625	Furto e/o tentato	2,0	33%
628	Rapina Aggravata	1,0	17%
640	Truffa	1,5	25%
	TOT	6	



Allegato n.6 - LE SENTENZE ESAMINATE DEL 2018

SENTENZA	SEZ.	DATA	ESITO	REATO	SESSO	CITTA'
57082	5	18/02/2018	T			
51364	6	12/11/2018	T			
53201	5	27/11/2018	T			
52539	1	21/11/2018	DI			
53368	2	28/11/2018	DI			
39483	5	03/09/2018	DI			
50901	1	08/11/2018	DI			
43273	6	01/10/2018	DI			
34881	4	23/07/2018	DI			
39989	6	05/09/2018	C	Artt. 110, 314 c.p.	M	Pietra Ligure
37675	7	03/08/2018	DI			
53417	5	28/11/2018	DI			
45840	5	10/10/2018	C	Art 416 bis c.p.	M	Reggio Calabria
39125	4	29/08/2018	T			
24248	7	30/05/2018	C	Art 328 c.p.	F	Roma
41560	1	25/09/2018	DI			
22733	7	22/05/2018	T			
25065	7	05/06/2018	T			
22027	4	18/05/2018	T			
21331	6	14/05/2018	DI			
13308	6	22/03/2018	C	Art. 314 c.p.	F	Catania
193	6	08/01/2018	DI			
25161	1	05/06/2018	T			
41325	7	25/09/2018	DI			
10248	6	06/03/2018	DI			
54859	1	07/12/2012	DI			

Leggenda Esiti:

C: Condanna
DI*: Condanna NON "in itinere"
T: Teste

RG: Rinvio a Giudizio
DI: Citazione Diretta/Indiretta
A: Proscioglimento

ESITI 2018	N.	%
Condanna	4	15%
Proscioglimento	0	0%
Rinvio a Giudizio	0	0%
Teste	8	31%
Citazione Diretta/Indiretta	14	54%
TOT	26	

degli Infermieri condannati nel 2018, gli articoli a loro ascritti sono:			
ART	REATO	n.	%
110	Concorso di persone nel reato	0,5	13%
314	Peculato	1,5	38%
328	Rifiuto e omissione atti d'ufficio	1,0	25%
416 bis	Associazione mafiosa	1,0	25%
	TOT	4	



Bibliografia

ALPARONE D., Dell'ignoranza della Legge - una riflessione tra psicoanalisi e filosofia del diritto, *Tigor: Rivista di scienze della comunicazione e di argomentazione giuridica* - A.X, 2018 n. 2, 2018, p.94.

ALVARO R., VELLONE E., FIERRO A. ET AL., Strumenti e metodi per migliorare il tirocinio clinico degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: Esperienza dell'Università di Roma Tor Vergata, *Professioni Infermieristiche*, Gennaio-Marzo 2009, Vol.62, n.1, 2009, pp.32-40.

AMBROSIANO L., SARNO M., *Corruttori e Corrotti. Ipotesi psicoanalitiche*, Mimesis - Frontiere della Psiche, 2015, p.23.

APSILEF (N.D.), *Attività di Consulenza dell'Infermiere Forense*, Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi, Rovigo, 2023. <https://www.apsilef.it/>

BAGNATO M.E., *Responsabilità medica: leggi Balduzzi e Gelli irretroattive*, Altalex, Milano, 2019.

BELLANDI T., *Errori in sanità*, Quotidiano Sanità, Roma, 2015.

BENCI L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw-Hill, 2012.

BERISHAJ K., CHRISTINA M., BOYLAND C., REININK K., LYNCH V., *Forensic Nurse Hospitalist: The Comprehensive Role of the Forensic Nurse in a Hospital Setting*, *Journal of Emergency Nursing*, May 2020, 46(3):286-293 - DOI:10.1016/j.jen.2020.03.002

BOCHICCHIO F., DI SABATO T., *Complessità organizzativa e risorse umane. Prospettive interpretative e strumenti operativi*, Libellula Edizioni, 2011, p.226.

BOLLERO E., PANÀ A., ET AL., *L'epidemiologia degli errori in sanità*, *Periodico bimestrale*, Volume LIX, 1-2. 2003, p.8.

BONITO OLIVA R., *Responsabilità*, *Treccani Enciclopedia Italiana*, VII Appendice, 2007.

CALAMANDREI C., ORLANDI C., *Manuale di management per le professioni sanitarie*, Mc Graw Hill, 2015, p.814.

CALCAGNO A., *Analisi psicologica dei fenomeni corruttivi*. *Rivista scientifica mensile Economia & Diritto*, Settembre 2022.

CONCAS A., *Il reato, definizione e classificazioni*, *Portale Giuridico Diritto.it - Gruppo Maggioli*, 2014.

CUCCHI C., *Corso ECM - Tutor di tirocinio: il percorso formativo*, Fondazione PTV, Roma, 2023.

DEAN E., *How to spot a nurse killer*, *Nursing standard*, 29(21)2015, 20-22. <https://doi.org/10.7748/ns.29.21.20.s26/>

DI TANNO A., SCUDIERO M., *Innovazione e sostenibilità delle nuove coperture assicurative per la responsabilità sanitaria*, Milano, 2017.



DONALDSON L., An organisation with a memory, *Clinical Medicine* (London, England), 2(5)2002, 452-457. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452/>

FERRARIO M. SPONTON A., L'Infermiere e i suoi reati: la responsabilità infermieristica attraverso l'analisi delle sentenze giuridiche, *FNOPI - Rivista L'Infermiere* n° 6/2018.

FIANDACA G., Criminalità organizzata e controllo penale. L'indice penale: *Rivista Giuridica e Criminologica*, 1991, p.23.

FIORETTO F., *Il Metodo CASE*, Molfetta, La Meridiana, 2015.

FNOPI (N.D), *Legge 24/2017: cosa prevede e come cambia la responsabilità sanitaria*, FNOPI, Roma, 2023.

FNOPI (N.D), *Rapporto CREA: infermieri pochi, sottopagati, professione con scarsa attrattività: subito riforme efficaci*, FNOPI, Roma, 25.01.2023. www.fnopi.it/

FRANCESCHETTI P., *Le Scriminanti*, Altalex, Milano, 2017.

GAMBARDELLA M., La responsabilità penale del medico: dal "ritaglio di tipicità" del Decreto Balduzzi alla "non punibilità" della legge Gelli-Bianco, *Rivista Scientifica Archivio Penale Pisa*, 2018, pp.303-323.

GANDHI T.K., WEINGART S.N., ET AL., Adverse drug events in ambulatory care, *The New England Journal of Medicine*, 348(16), 2003, 1556-1564. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa020703/>

GELLI F., HAZAN M., ZORZIT D., *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione - Commento sistematico alla legge 8 marzo 2017, n. 24*, Ed. Giuffrè, Milano, 2017.

GIUSEPPE M., *L'onere della prova nel processo civile*, Napoli, 2021. <https://www.studiomarino.com/>

HAMMER R.M., MOYNIHAN B., PAGLIARO E.M., *Forensic Nursing: A Handbook for Practice*, Jones & Bartlett Learning, 2nd Edition, 2011.

IAFN (N.D). *Areas of Forensic Nursing Practise*, American Nurse Association e International Association of Forensic Nurses, 2023. <https://www.forensicnurses.org/>

IODICE, A., La legge Gelli-Bianco è una «riforma incompiuta», *Periodico Online d'Informazione sanitaria - Sanità Informazione*, Roma, 2023. <https://www.sanitainformazione.it/>

IPASVI (N.D.), *Speciale competenze / L'Infermiere specialista in Metodologia e Analisi della responsabilità professionale nell'Area infermieristica.*, *Rivista L'infermiere* 4/2007, pp.32-33.

JARMAN B., *The Quality of Care in Hospital.*, *Journal of the Royal College of Physian of London*, v. 34, 2000.

KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., & DONALDSON, M. S., *To Error is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, National Academies Press, 2000.

LA PERA A., *Risarcimenti senza colpa*, ENPAM, Roma, 2015.

LEAPE L.L., *Error in medicine*. *JAMA*, 272(23), 1994,1851-1857.



LYNCH V.A., JANET BARBER DUVAL J.B., Forensic Nursing Science. Elsevier Health Sciences, 2010.

LYNCH V.A., DUVAL J.B., Forensic nursing., Elsevier Mosby, 2006.

LYNCH V.A., Clinical forensic nursing: A descriptive study in role development, (Published master's thesis). The University of Texas at Arlington, 1990.

MANZIONE D., Una normativa d'emergenza per la lotta alla criminalità organizzata e la trasparenza e il buon andamento dell'attività amministrativa (DL 152/1991 e L.203/1991): uno sguardo d'insieme, Periodico Legislazione Penale, an. 12 (1992), fasc. 4, pt. 4, p.843. <https://bdp.camera.it/>

MARRON G., Lavorare in Team, I rischi da cattivo coordinamento, Rischio Sanità, 17:7-13-2005.

MASCHERIN A., MANGIACAVALLI B., LEGNINI G., Protocollo d'intesa tra Consiglio Superiore della Magistratura (CSM), Consiglio Nazionale Forense (CNF), Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), Roma, 2018. <https://www.consiglionazionaleforense.it/>

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI (N.D.), Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Osservatorio Nazionale Eventi Sentinella, Ufficio III, Roma, 2009.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D), Analisi e condivisione delle esperienze di governo clinico, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei LEA e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, 2022.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D), Cos'è il governo Clinico, Roma, 2022.

MINISTERO DELLA SALUTE(N.D.), Raccomandazioni del Ministero, Roma, 2022.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D.), Sistema nazionale Linee guida, Roma, 2022.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D.), Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti - I Modulo - Elementi teorici della comunicazione, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio III, Roma, 2015.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D.), Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 4° Rapporto - (settembre 2005 - febbraio 2011), Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, 2013.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D), *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, 2008.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D.), Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - Raccomandazione n. 7, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, 2008.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D.), Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 1° Rapporto - (Settembre 2005 - Febbraio 2007), Dipartimento della



Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Roma, 2007.

MINISTERO DELLA SALUTE (N.D), Risk Management in Sanità, il problema degli errori. Dipartimento Qualità - Commissione Tecnica sul Rischio clinico (DM 05.03.2003), Roma, 2004.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (N.D), Principles for Best Practice in Clinical Audit, Radcliffe Medical Press, 2002 pp.48-52

NAPPI F. (Avv.), La responsabilità professionale dell'infermiere secondo l'attuale legislazione, OPI Cuneo, 2019.

NCACV (N.D.), Serial Murder Multi-Disciplinary Perspectives for Investigators, National Center for the Analysis of Violent Crime - US Department of Justice. Federal Bureau of Investigation, 2005.

NICASTRO O., HAZAN M., Risultati delle Survey rivolte a Direttori/Coordinatori dei Centri Regionali per la sicurezza delle cure e ai Clinical Risk Management, Fondazione Italia in Salute, Roma, 2022.

O.N.A. (N.D.), Legge Gelli: causa di non punibilità penale, ONA - Osservatorio Nazionale Amianto, Roma, 2022.

PAIS DEI MORI L., L'infermiere legale e forense: identità, funzioni, competenze e responsabilità, FNOPI, Roma, 2019.

PIERUCCINI, G., Legge Gelli-Bianco, il primo decreto attuativo determina i requisiti obbligatori delle polizze assicurative, Studio Legale Stefanelli & Stefanelli, Milano, 2022. <https://www.studiolegalestefanelli.it/>

PRICE B., MAGUIRE K., Core curriculum for forensic nursing, Wolters Kluwer, 2015.

QUOTIDIANOSANITÀ.IT (N.D), Schillaci disegna la nuova sanità territoriale, Quotidiano Online d'Informazione Sanitaria, Roma, 2023.

REA T., SIMEONE S., ET AL., Effectiveness of the Situation - Background - Assessment - Recommendation (SBAR) methodology in patient handovers between nurses, Igiene e Sanità Pubblica, 2018 May-Jun;74(3)2018:279-293

REASON J., Managing the risks of organizational accidents. England, Ashgate Publishing, 1997.

REDAZIONE (N.D), Infermiere: professione che ha le ore contate?, Redazione NurseTimes, Bari, 2023. <https://nursetimes.org/>

REDAZIONE (N.D), Linee guida e responsabilità medica, Portale Giuridico Diritto.it - Gruppo Maggioli, 2019.

REDAZIONE (N.D.), Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità, Protezione Professioni Sanitarie - Promesa.it, Alessandria, 11 ottobre 2018.

REGIONE EMILIA ROMAGNA (N.D.), Raccomandazioni, Linee Guida e Buone Pratiche: definizioni e percorsi di elaborazione, Documento di inquadramento tecnico, Bologna, Febbraio 2020.



SILVESTRO A., Commentario al Codice Deontologico dell'Infermiere 2009, Mc Graw-Hill, 2009.

SPANDONARO F., D'ANGELA D., POLISTENA B., Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi - 18° Rapporto Sanità, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), Dicembre 2022.
www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/01/rapporto-CREA-N-18.pdf

STEFFANO A., Dopo la legge Gelli: la responsabilità dell'intermediario, l'operatività dell'obbligo assicurativo e le soluzioni del mercato, Milano, 2017.

STEPHENSON T., The National Patient Safety Agency, Archives of Disease in Childhood, 90(3)2005, 226-228. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.065896>.

SVLPADMA K., A Study To Assess The Knowledge Regarding The Need Of Forensic Nursing In Emergency Department Among The Staff Nurses In A Selected Hospital At Visakhapatnam, International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 12, Issue 1, January 2022, p.219. DOI:10.13140/RG.2.2.31787.52003

TAVOLARO A., Sempre più infermieri vogliono abbandonare la professione, Quotidiano Nurse24, Rimini, 18.05.22. <https://www.nurse24.it/>

TOSI H.L., PINATI M., Comportamento Organizzativo. Attori, relazioni, organizzazione, management, Egea, 2008, p.5.

VALENTINE J.L., SEKULA L.K., LYNCH V. (2020). Evolution of Forensic Nursing Theory-Introduction of the Constructed Theory of Forensic Nursing Care: A Middle-Range Theory, Journal of Forensic Nursing, 16(4),2020,188-198. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000287>

VERONELLI G., Compendio di Diritto Sanitario, Ed Simone, 2021.

WHO (N.D), World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005, World Health Organization, 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>

WILSON R.M., RUNCIMAN, W.B., ET AL., The Quality in Australian Health Care Study. The Medical journal of Australia, 163(9), 1995, 458-471. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>

WOLF L.A., PERHATS C., DELAO A., Educational Needs of U.S. Emergency Nurses Related to Forensic Nursing Processes, Journal of Trauma Nursing, Volume 29, Number 1, January/February 2022, pp.12-20(9).
DOI: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000627>



Riferimenti Legislativi

CODICE CIVILE, Art. 2043 - *Risarcimento per fatto illecito.* (R.D.262/1942, aggiornato al 06/07/2023)

Codice Civile, **Art. 1218** - *Responsabilità del debitore.*

CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE 2019, FNOPI - Consiglio Nazionale, del 13 aprile 2019.

CODICE PENALE, Art. 17 - *Pene principali: specie.* (R.D. 1398/1930 aggiornato al D.L. 30 marzo 2023, n. 34)

Codice penale, **Art. 39** - *Reato: distinzione fra delitti e contravvenzioni.*

Codice Penale, **Art. 42** - *Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva.*

Codice Penale, **Art. 43** - *Elemento psicologico del reato.*

Codice Penale, **Art. 50** - *Consenso dell'avente diritto.*

Codice Penale, **Art. 51** - *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere.*

Codice Penale, **Art. 52** - *Difesa legittima.*

Codice Penale, **Art. 53** - *Uso legittimo delle armi.*

Codice Penale, **Art. 54** - *Stato di necessità.*

Codice Penale, **Art. 56** - *Delitto tentato.*

Codice Penale, **Art. 81** - *Concorso formale. Reato continuato.*

Codice Penale, **Art. 110** - *Pena per coloro che concorrono nel reato.*

Codice Penale, **Art. 314** - *Peculato.*

Codice Penale, **Art. 318** - *Corruzione per l'esercizio della funzione.*

Codice Penale, **Art. 320** - *Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio.*

Codice Penale, **Art. 328** - *Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione.*

Codice Penale, **Art. 348** - *Esercizio abusivo di una professione.*

Codice Penale, **Art. 393 bis** - *Causa di non punibilità.*

Codice Penale, **Art. 416** - *Associazione per delinquere.*

Codice Penale, **Art. 416 bis** - *Associazioni di tipo mafioso anche straniere.*

Codice Penale, **Art. 443** - *Commercio o somministrazione di medicinali guasti.*

Codice Penale, **Art. 479** - *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.*



Codice Penale, **Art. 589** - *Omicidio colposo*.

Codice Penale, **Art. 590** - *Lesioni personali colpose*.

Codice Penale, **Art. 590 sexies** - *Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*.

Codice Penale, **Art. 624** - *Furto*.

Codice Penale, **Art. 625** - *Circostanze aggravanti del Furto*.

Codice Penale, **Art. 628** - *Rapina*.

Codice Penale, **Art. 640** - *Truffa*.

COSTITUZIONE della Repubblica Italiana, Art. 32 - *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*. (redatto e aggiornato: marzo 2023).

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione III **Civile**, Sentenza dell'11 novembre 2019, n. 28994.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione V **Penale**, Sentenza del 17/04/2023, n.16285.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 01/06/2022, n. 25334.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 31/05/2022, n. 22415.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 08/02/2022, n. 4323.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione III Penale, Sentenza del 03/01/2022, n. 1.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione I Penale, Sentenza del 22/02/2022, n. 18002.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 11/01/2022, n. 392.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 08/06/2022, n. 22422.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VII Penale, Sentenza del 22/04/2021, n. 15244.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione II Penale, Sentenza del 30/07/2020, n. 23354.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 07/05/2020, n. 13864.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione II Penale, Sentenza del 01/06/2020, n. 16585.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 17/02/2020, n. 5993.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VII Penale, Sentenza del 28/10/2019, n. 43758.

CORTE DI CASSAZIONE, Sezione II Penale, Sentenza del 17/10/2019, n. 42579.



CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 26/09/2019, n. 39435.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 13/06/2019, n. 26233.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione V Penale, Sentenza del 05/04/2019, n. 15048.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione V Penale, Sentenza del 06/05/2019, n. 18914.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 05/09/2018, n. 39989.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione V Penale, Sentenza del 10/10/2018, n. 45840.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VII Penale, Sentenza del 30/05/2018, n. 24248.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione VI Penale, Sentenza del 22/03/2018, n. 13308.
CORTE DI CASSAZIONE, Sezione IV Penale, Sentenza del 20 aprile 2017, n. 28187.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 aprile 2013, n. 62 - Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (13G00104) note: Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2013 (Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 29/06/2023)

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158 - *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.* (12G0180) (GU Serie Generale n.214 del 13-09-2012) note: Entrata in vigore del provvedimento: 14/09/2012. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189 (in S.O. n. 201, relativo alla G.U. 10/11/2012, n. 263).

DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158, **Art. 3-bis** - *Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari.* (14 Gennaio 2013)

DECRETO-LEGGE 13 agosto 2011, n. 138 - *Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo.* (11A12346) (GU Serie Generale n.216 del 16-09-2011)

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 - *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 479.* (GU Serie Generale n.165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132)

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 - *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria.* (GU Serie Generale n.293 del 15-12-1993 - Suppl. Ordinario n. 113) note: Entrata in vigore del decreto: 30/12/1993

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992 n. 502 - *Riordino della disciplina in materia sanitaria.* (GU Serie Generale n.4 del 07-01-1994 - Suppl. Ordinario n. 3 - note: Entrata in vigore degli articoli del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517: per gli articoli 13 e 20: 1-1-1993 per gli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 9-bis, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 e 19: 30-12-1993).

DECRETO MINISTERIALE 15 luglio 1997 - *Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali.* (GU Serie Generale n.191 del 18-08-1997 - Suppl. Ordinario n. 162).

DECRETO MINISTERIALE 14 settembre 1994, n. 739 - *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.* (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995) note: Entrata in vigore del decreto: 24/1/1995



LEGGE 29 dicembre 2021, n. 233 - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose.* (21G00257) (GU Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 48) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/01/2022

LEGGE 29 dicembre 2021, n. 233 - **Articolo 38 bis** - *Disposizioni in materia di formazione continua in medicina.*

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 - *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.* (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017)

LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 - *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).* (15G00222) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70) note: Entrata in vigore del provvedimento: 1/1/2016, ad eccezione delle disposizioni di cui ai commi 20, 671, 678, 684, 735, 837 e 838 che entrano in vigore il 30/12/2015 e delle disposizioni di cui ai commi 172, 173, 174, 175 e 569 che entrano in vigore il 31/12/2015.

LEGGE 4 aprile 2002, n. 56 - *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 febbraio 2002, n. 8, recante proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definito, farmaci, formazione sanitaria, ordinamenti didattici universitari e organi amministrativi della Croce Rossa.* pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 85 dell'11 aprile 2002

LEGGE, 10 agosto 2000, n. 251 - *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.* (GU Serie Generale n.208 del 06-09-2000) note: Entrata in vigore della legge: 21-9-2000)



Riferimenti Siti Web

<https://www.altalex.com/>
<http://www.apsilef.it/>
<https://www.archiviopenale.it/>
<https://www.books.google.it/>
<https://www.bosettiegatti.eu/>
<https://www.brocardi.it/>
<https://centrodiexcellenza.eu/>
<https://clinicalriskmanagement.it>
<https://www.cochrane.it/>
<https://www.consiglionazionaleforense.it/>
<https://consulcesi.it/>
<https://www.cortecostituzionale.it/>
<https://www.diritto.it/>
<https://www.economiaediritto.it/>
<https://www.enpam.it/>
<https://www.fbi.gov/>
<https://www.fondazioneitaliainsalute.org/>
<https://www.fnopi.it/>
<https://www.gazzettaufficiale.it/>
<https://www.giurisprudenzapenale.com/>
<https://www.giustizia.it/>
<https://www.infermiereonline.org/>
<http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>
<https://library.uvm.edu/>
<https://www.lucidchart.com/>
<https://www.normattiva.it/>
<https://www.nurse24.it/>
<https://nursetimes.org/>
<https://nursejournal.org/>
<https://opicuneo.org/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
<https://www.quotidianosanita.it/>
<https://www.rcn.org.uk>
<https://www.researchgate.net/>
<https://www.responsabilitasanitaria.it/>
<https://www.salute.gov.it/>
<https://salute.regione.emilia-romagna.it/>
<https://www.studiomarino.com/>
<https://treccani.it/>
<https://www.who.int/>



RINGRAZIAMENTI

Poche parole per ringraziare la mia famiglia nativa, grazie a loro ho ricevuto il bene più prezioso: la Vita.

E non solo, grazie al loro accudimento, educazione e supporto, sono riuscito a diventare la persona che sono adesso.

Un ulteriore ringraziamento è rivolto a mio fratello Francesco, che mi ha fatto conoscere la Professione, dandomi consigli preziosi e importanti per continuare a crescere professionalmente.

UN PARTICOLARE RINGRAZIAMENTO È RIVOLTO ALLA MIA ATTUALE FAMIGLIA:
a Chiara, che è arrivata nella mia vita come un uragano,
sconvolgendo ogni piano della mia vita. Una vita che voglio
percorrere affianco a lei;

a Byron, colui che mia ha scelto come suo «amico del cuore». Grazie per il tuo amore, per la tua pazienza e per la tua quotidianità.

Ultimo ringraziamento, non certo in ordine d'importanza, è rivolto ai Docenti del Master in Infermieristica Forense in particolar modo al Prof. Bugiolacchi che mi ha seguito nel percorso finale di questo Master.

A tutte queste persone va parte dei meriti di questa Tesi.