



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della Salute Umana

Corso di laurea in
INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica al paziente detenuto: analisi del caso Stefano Cucchi ed indagine sulle opinioni degli infermieri.

Relatore

Chiar. mo Prof. Marco Tanini

Correlatori

Avv. Dott.ssa Antonietta Marchionna

Avv. Dott. Giovanni Tarquini

Candidato

Tobia Vincenzo Galasso

Anno accademico 2019/2020

Indice

I. Introduzione

II. La detenzione in Italia

1. La teoria della retribuzione
2. La teoria della prevenzione generale
3. La teoria della prevenzione speciale

III. Classificazione degli istituti penitenziari

1. I molti nomi delle carceri

IV. Classificazione dei detenuti

V. Salute in carcere

VI. Ricostruzione degli eventi

VII. Processi

1. Primo processo
2. Corte di Appello
3. Processo presso Corte di Cassazione
4. Appello-bis
5. Cassazione-bis
6. Appello-ter
7. Secondo processo: processo conto agenti penitenziari
8. Il processo-bis
9. L'inchiesta-ter (depistaggio)

VIII. Cartella clinica

1. Cassazione penale, sez. V - 02/04/1971
2. Cassazione penale, sez. VI - 30/05/1975
3. Cassazione penale, sez. VI - 30/06/1975
4. Cassazione penale, sez. V-17/12/1982
5. Cassazione, penale, sez. V - 21/04/1983
6. Cassazione, penale, sez. V - 08/02/1990
7. Cassazione penale, sez. V - 21/04/1983 - 20/01/87 - 01/12/1987
8. Tribunale Roma, 28 gennaio 2002
9. Cassazione, sez. V, 17-02-2004
10. Cass. Pen., Sez. V, sentenza 13989/2004
11. Cass. Pen., Sez. V, sentenza 2669/2007
12. Corte di Cassazione a Sezioni Unite, sentenza n.577/2008
13. Corte di Cassazione, Sezione III Civ., Sentenza n. 1538 del 26 gennaio 2010
14. Cassazione penale, sez. V, sentenza 11/09/2013 n° 37314

IX. Analisi della cartella clinica ed infermieristica del ricovero di Stefano Cucchi presso l'ospedale Pertini

1. Analisi documentazione
2. Lesioni presenti sul corpo di Cucchi

X. Analisi delle Motivazioni

XI. Accertamento infermieristico

XII. Responsabilità infermieristica

- XIII. Materiali e metodi**
- XIV. Allegato 1: Questionario d'indagine**
- XV. Risultati**
- XVI. Discussione**
- XVII. Conclusioni**
- XVIII. Bibliografia**
- XIX. Sitografia**

Introduzione

Alla base di questo studio vi è l'assistenza infermieristica al paziente detenuto con analisi dettagliata del caso di cronaca di Stefano Cucchi, trentunenne romano, morto mentre si trovava in custodia cautelare.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema hanno una duplice natura. Inizialmente sono stato colpito dal forte impatto che il "Caso Cucchi" ha avuto sulla società attraverso telegiornali italiani, che per oltre 10 anni sono stati il palcoscenico di lunghi processi giudiziari che non vedevano una fine; ma anche attraverso pellicole cinematografiche e social network.

Successivamente, il mio percorso di studio, accompagnato da periodi di tirocinio, mi ha portato a vedere tale vicenda giudiziaria con occhi diversi, mi ha permesso di rivivere "Sulla mia pelle" cosa significhi prestare assistenza al paziente detenuto, mi ha permesso di capire meglio perché sorgono determinate problematiche e quali sono le lacune assistenziali che accomunano spesso i pazienti detenuti.

L'obiettivo di questa tesi di laurea è quello di fornire inizialmente conoscenze riguardanti la detenzione e lo stato di salute nelle carceri italiane. E' stata, inoltre, affrontata la ricostruzione storica degli eventi del caso Cucchi, sia dal punto di vista processuale che sanitario. Abbiamo valutato attentamente la documentazione sia giudiziaria che medica, andando a riscontrare in quest'ultima molte lacune. Abbiamo, quindi, riproposto un nuovo accertamento infermieristico e un diverso piano assistenziale. Dopodiché abbiamo somministrato un questionario ad infermieri, riguardante le percezioni che hanno nel prestare assistenza infermieristica a pazienti detenuti.

Grazie a questo lavoro è stato possibile analizzare alcuni importanti fattori legati alle variazioni di pensiero e alla nascita di pregiudizi nei confronti del paziente detenuto che rendono l'assistenza infermieristica non di tipo ottimale. Detto ciò, vogliamo citare gli articoli 3 e 32 della Costituzione

Italiana: *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E` compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”*

Articolo 32 della Costituzione Italiana: *“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.”.*

La carta costituzionale riconosce infatti il diritto alla salute come diritto universale per tutti gli individui, concetto poi ripreso dalla legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

I. La Detenzione in Italia

Il diritto penale è quella branca del diritto che indica il complesso delle norme che descrivono i reati e le conseguenze (pene) da essi derivanti. È un ramo dell'ordinamento giuridico e precisamente del diritto pubblico interno. Il diritto penale comprende tutte le norme relative ai reati e alle pene contenute nel Codice penale in cui elencati i comportamenti considerati dannosi dallo Stato e stabilisce la pena in relazione al reato.

La Costituzione italiana stabilisce che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione dei condannati (art. 27). In attuazione di tale principio, la l.n. 354/1975 ha dettato una nuova disciplina dell'ordinamento penitenziario e dell'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. Cardine della riforma è stata l'individuazione del trattamento rieducativo del condannato, per il quale è compilato un apposito programma che può essere integrato o modificato a seconda delle esigenze specifiche. Le finalità del reinserimento nella società sono poi alla base dell'introduzione di misure alternative alla detenzione, come l'affidamento in prova del condannato al servizio sociale fuori dall'istituto e l'ammissione al regime di semilibertà per partecipare ad attività di lavoro o d'istruzione¹.

Storicamente, già nel diritto romano, Platone aveva enunciato due importanti concetti relativi alla funzione della pena che sono: Emenda ed Espiazione.

Secondo la teoria dell'emenda e/o dell'espiazione la pena è la medicina dell'anima, in quanto attraverso la sofferenza che gli viene inflitta, il reo acquista una sorta di consapevolezza del male che ha provocato con in crimine perpetrato e realizza in questo modo la sua purificazione morale.

¹<http://www.treccani.it/enciclopedia/sistema-penitenziario/>

Tale teorica esprime profili di assolutezza giacchè la prospettiva di rigenerazione morale del reo è sempre contenuta in un ambito etico-individuale, come se lo scopo perseguito dallo Stato possa esser quello di promuovere il benessere morale dei singoli cittadini, indipendentemente dalle conseguenze dei loro comportamenti²

Ad oggi, le teorie prevalenti circa la funzione della pena sono riassumibili in tre principali concezioni che hanno nel tempo variamente improntato tutto il diritto penale in genere: la teoria della retribuzione (c.d. assoluta), la teoria della prevenzione generale (o della intimidazione) e la teoria della prevenzione speciale. Nonostante gli assunti, in alcuni casi diametralmente opposti, da cui le succitate concezioni muovono, si deve premettere, come dato inamovibile, la intrinseca "afflittività" della pena; afflittività che nello sviluppo delle varie civiltà, ha assunto la forma della vendetta, poi del "respingimento comunitario", fino alla privazione o diminuzione di singoli beni individuali come il patrimonio, l'onore, la libertà.

Quindi un primo dato pacifico è quello per cui la pena costituisce una "costante" riscontrabile in ogni periodo storico, le variabili essendo invece costituite dalla concezione, dalla tipologia e dalla esecuzione della pena.

I.1 La teoria della retribuzione

Nonostante le premesse fondamentalmente metagiuridiche di questa teoria - Kant su tutti ha influenzato moltissimo le elaborazioni successive della "idea-base retributiva" affermando che punire il colpevole risponde ad un imperativo categorico che trova la sua giustificazione nella coscienza umana e non in una qualsiasi utilità sociale esterna - i sostenitori dell'essenza

²Troncone P. Manuale di diritto penitenziario. G. Giappichelli Editore Torino

unicamente retributiva della pena difendono l'assunto per cui al bene segue il bene e al comportamento antisociale la reazione sociale negativa. L'uomo è responsabile delle sue azioni ed è quindi giusto che, per il bene e per il male, gliene derivi conseguenza. La pena viene applicata quia peccatum est cioè per effetto del reato commesso. La teoria in oggetto ha, di fatto, permesso di ottenere autentiche conquiste di civiltà soprattutto sotto l'aspetto della retribuzione giuridica - la retribuzione "morale" rimanendo ancorata ai presupposti spiritualistici ed esistenziali poco fa accennati. La retribuzione giuridica infatti individua il fondamento della pena non nella coscienza umana bensì nell'ordinamento giuridico, con la conseguenza che la sanzione non serve solo a "retribuire" il male commesso ma anche a riaffermare l'autorità della legge che è fonte della sanzione stessa.

Le conquiste a cui si accennava poc'anzi e che da sole potrebbero giustificare il principio retributivo anche di fronte alle incisive limitazioni e deroghe derivanti dalle altre concezioni, sono, oltre alla afflittività come comune denominatore, essenzialmente quattro: a) la personalità della pena, per cui il corrispettivo del male non può che essere applicato all'autore del male stesso; b) la determinatezza e c) la proporzionalità della pena per cui la legge deve concretamente prevedere e "determinare" una pena "proporzionata" al male commesso; d) infine l'inderogabilità della pena, nel senso che la stessa deve essere sempre e necessariamente scontata (questo è forse veramente l'unico aspetto ormai completamente rovesciato dagli sviluppi legislativi più recenti).

I.2 La teoria della prevenzione generale (o della intimidazione)

A seguito della graduale presa di coscienza che il crimine è espressione di un male non solo del singolo ma, in termini più generali, della società, si avvertiva - siamo nel periodo illuministico - la necessità di distogliere non più solo il singolo ma tutti i consociati dal compiere attività criminose. La pena ha un fondamento utilitaristico giacché essa mira a distogliere i consociati dal compiere atti criminosi. Fra i primi ad occuparsi di individuare tale fondamento "utilitaristico" ed in particolare "intimidatorio" della pena, sono senz'altro da annoverare J. Bentham, L. Feuerbach e, per l'Italia, G. D. Romagnosi. Esiste però anche una più moderna dottrina promossa da studiosi come l'Andenaes ed il Packer che è venuta accentuando, accanto all'effetto intimidatorio, altre funzioni. In particolare tre sarebbero gli effetti che la pena produrrebbe secondo questo indirizzo: un effetto di intimidazione, appunto; un effetto di moralizzazione ed educazione, avvicinandosi così a quelli che sarebbero poi stati i contenuti delle più moderne concezioni; infine, un effetto di

orientamento sociale attraverso la creazione di standards morali che sarebbero rispettati anche da coloro che, in prima istanza, rifiutano il comando normativo: in questo senso, per esempio, Walker ha affermato che la "legislazione di una generazione può diventare la morale della generazione successiva".

I.3 La teoria della prevenzione speciale

Rispetto alle due concezioni appena delineate, la teoria in oggetto, affermata solo nel secolo scorso con la Scuola positiva e sviluppata poi dalla Nuova difesa sociale, muove da un piano opposto: l'atteggiarsi del singolo, e non della società, nei confronti della minaccia della pena. Sia sul piano teorico che eminentemente pratico, questa teoria costituisce una netta rottura con le altre concezioni, in quanto, da un lato, vengono poste in crisi le tre grandi conquiste di civiltà ottenute con la teoria retributiva; dall'altro lato, si sacrificano i fini di intimidazione perseguiti dalla prevenzione generale.

Più analiticamente, il complesso di misure terapeutiche e rieducativo-risocializzatrici volte ad impedire che il singolo cada o ricada nel reato - e che costituiscono l'oggetto della prevenzione speciale - viene attuato rivisitando il principio di proporzionalità e quindi adeguando la pena non più alla gravità del reato e alla colpevolezza bensì alla personalità dell'autore; mettendo in discussione il principio di determinatezza, in quanto non è possibile sapere "a priori" quando la pena avrà permesso la risocializzazione del reo; demolendo il principio di inderogabilità, in quanto la pena viene considerata suscettibile di modificazioni quantitative e qualitative nell'arco della sua espiazione; infine trascurando gli intenti intimidatori, poiché in questo caso la prevenzione è realizzata quasi in concomitanza del singolo atto criminoso - si punisce *ne peccetur*: si parla infatti di prevenzione speciale *post delictum* per impedire che chi ha commesso un reato ne commetta altri; di prevenzione speciale *ante delictum* per evitare che un soggetto, in ragione della sua concreta pericolosità, cada nel delitto.

In definitiva, al carattere un insussistente e assoluto della pena in funzione retributiva o general-preventiva viene sostituito quello della "processualità" della pena, considerando questa come il punto di partenza di un più generale trattamento di risocializzazione del condannato³.

Con la legge 26 luglio 1975, n. 354 l'amministrazione penitenziaria ha acquisito l'indispensabile strumento normativo per adeguarsi ai precetti costituzionali dell'umanizzazione delle pene e del trattamento rieducativo dei condannati.

Per la prima volta la materia penitenziaria è stata disciplinata con legge anziché con atti amministrativi standard.

La Legge 354/75 evidenzia lo sfavore verso la completa esecuzione della pena inframuraria, e introduce la possibilità di ricorrere a misure alternative alla detenzione, sancendo la fine del principio assoluto di intangibilità della sentenza di condanna.

Il principio della funzione rieducativa della pena ha ispirato l'introduzione nel nostro ordinamento delle Misure alternative alla detenzione, le quali, sostituendosi alle pene detentive e abituando il condannato alla vita di relazione, rendono più efficace la risocializzazione.

Il condannato a pena detentiva non superiore a tre anni e al quale non sia stata applicata una misura di sicurezza può essere affidato al servizio sociale per un periodo di prova, può essere posto al di fuori dell'istituto di pena per l'intera la durata della pena ancora da scontare, salvo la revoca della misura.

I presupposti per ottenere tale beneficio consistono in pratica dopo l'introduzione della Legge Simeone (n. 165/98), nella durata della pena, che non deve superare i tre anni⁴.

³<http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/studi/milani/primo.htm>

⁴<https://www.diritto.it/la-funzione-rieducativa-della-pena-2/>

II. Classificazione degli istituti penitenziari

Ai sensi dell'art. 59 della legge 26 luglio 1975 n. 354 "*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*" gli istituti penitenziari per adulti si dividono in quattro categorie⁵:

1. istituti di custodia cautelare (156 istituti con 50.447 detenuti nelle case circondariali al 1.1.2014, di cui 28.662 condannati definitivamente, di regola a pene inferiori a tre anni);
2. istituti per l'esecuzione delle pene (42 case di reclusione con 10.822 detenuti al 1.1.2014, di cui 9.649 condannati definitivamente, di regola a pene superiori a tre anni complessivi);
3. istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (7 istituti in Italia con 1.221 reclusi al 1.1.2014);
4. centri di osservazione (nessun istituto operante).

II.1 I molti nomi delle "carceri"

Carcere (o Istituto Penitenziario): È il nome generico con il quale si indicano gli istituti di custodia preventiva, quelli per l'esecuzione delle pene e quelli per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

⁵dati del Ministero della Giustizia contenuti nel Decreto ministeriale 10 giugno 2014 - Approvazione del Piano della performance 2014-2016

Casa Mandamentale: Sono istituti, ormai quasi tutti dismessi, nei quali sono detenute le persone in attesa di giudizio per reati lievi, oppure condannate a pene fino a un anno.

Casa Circondariale: Sono gli istituti più diffusi, presenti praticamente in ogni città sede di Tribunale. Vi sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni).

Casa di Reclusione (o Casa Penale): Sono gli istituti adibiti all'espiazione delle pene. In molte Case Circondariali c'è una "Sezione Penale" e, in alcune Case di Reclusione, c'è una "Sezione Giudiziaria" destinata alle persone in attesa di giudizio.

Carcere "Speciale" (o "Supercarcere"): Con questo nome furono chiamati gli istituti costruiti all'epoca del terrorismo e poi destinati anche ai detenuti della criminalità organizzata di tipo mafioso. Oggi non esistono più carceri interamente riservate a questi detenuti, anche perché negli ultimi anni è aumentata di molto la presenza di condannati per reati di microcriminalità e tutti gli spazi disponibili sono stati occupati. Le vere "Supercarceri", pertanto, non esistono più.

Ospedale Psichiatrico Giudiziario: In questi istituti si trovano sia internati sia detenuti inviati in "osservazione" per motivi psichiatrici. Spesso le condizioni di vita sono peggiori di quelle della "normale" detenzione.

Centro Diagnostico Terapeutico (Centro Clinico): In genere non sono istituti a sé stanti, ma sezioni autonome di Case Circondariali o di Reclusione. In queste strutture i detenuti sono sottoposti alle cure che non possono essere prestate loro nelle infermerie delle varie carceri.

Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.): Sono istituti nati a partire dalle previsioni contenute nel Testo Unico sugli stupefacenti del 1990. Vi si svolgono numerose attività per la riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, anche in collaborazione con Comunità Terapeutiche esterne al carcere.

Istituto Penale Minorile: Sono istituti adibiti alla detenzione dei minorenni (oltre i 14 anni), sia in custodia cautelare, sia condannati alla pena della reclusione.

Casa di Lavoro: Alla Casa di Lavoro sono assegnate le persone dichiarate "delinquenti abituali, professionali o per tendenza", una volta che abbiano scontato la pena alla reclusione. Il regime, in questi istituti, è di normale detenzione e, spesso, manca pure la possibilità di lavorare.

Colonia Agricola: Alla Colonia Agricola sono assegnate le persone dichiarate "delinquenti abituali, professionali o per tendenza", una volta che abbiano scontato la pena alla reclusione. Il regime, in questi istituti, è di normale detenzione e, spesso, manca pure la possibilità di lavorare.

Casa di Cura e Custodia: In questi istituti sono "ricoverati" (una volta scontata la condanna), per un periodo minimo di un anno, i condannati che hanno usufruito di una diminuzione della pena a causa di una parziale infermità mentale.

Il carcere, o istituto penitenziario, nell'ordinamento giuridico italiano, è la sede in cui sono detenuti i condannati ad una pena detentiva (ergastolo, reclusione o arresto), nonché i destinatari di misure cautelari personali coercitive (custodia cautelare in carcere) o di misure precautelari (arresto in flagranza di reato).

Si può distinguere tra:

- casa circondariale, in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni, o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni;
- casa di reclusione, in cui sono detenuti coloro che abbiano riportato una condanna definitiva ad una pena non inferiore ai cinque anni;
- casa mandamentale, ossia gli istituti, pressoché tutti dismessi, in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio per reati lievi, oppure condannate a pene fino a un anno;
- carcere speciale, in cui sono reclusi i condannati per delitti di criminalità organizzata;

- il cosiddetto carcere minorile.

Un discorso a parte meritano la residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (ex ospedale psichiatrico giudiziario) e la comunità terapeutica, nonché la colonia agricola/casa di lavoro e la casa di cura e custodia, sedi di esecuzione di misure di sicurezza.

III. Classificazione dei detenuti

La classificazione dei detenuti, secondo la legge italiana, identifica i soggetti che si trovino in carcere o in stato di custodia cautelare o in stato di esecuzione penale. La normativa distingue chiaramente la posizione delle singole tipologie di detenuti.

Indagati

Sono indagati coloro che sono sottoposti a procedimento penale ma non ancora rinviati a giudizio. Mantengono lo status di "indagati" fino alla chiusura delle indagini preliminari.

Imputati

Per imputati s'intendono coloro ai quali è stata formalmente contestata la commissione di un reato. Tale contestazione ha luogo attraverso il rinvio a giudizio o altro atto equipollente (art. 60 Codice Procedura Penale). Per essi, vige il principio di innocenza previsto dall'art. 27, comma 2, della Costituzione Italiana. Gli imputati sono distinti in: giudicabili, appellanti e ricorrenti.

Imputati giudicabili

Sono imputati giudicabili quei soggetti per i quali è stato avviato un procedimento penale, si è chiusa la fase delle indagini preliminari con il rinvio a giudizio e sono in attesa del giudizio di primo grado.

Imputati appellanti

Sono imputati appellanti quei soggetti contro i quali è stata emessa una sentenza penale di primo grado e che sono in attesa del giudizio di secondo grado.

Imputati ricorrenti

Sono imputati ricorrenti quei soggetti contro i quali è stata emessa una sentenza penale di secondo grado e che sono in attesa del giudizio di Cassazione.

Condannati

Per condannati s'intendono coloro che, a seguito di una condanna definitiva, si trovano negli istituti penitenziari per espiare la pena loro comminata. Si considerano condannati anche coloro per i quali sia stata disposta una misura alternativa alla detenzione (affidamento, detenzione domiciliare, ...) nonché quelli sottoposti a una sanzione sostitutiva (semidetenzione, libertà

controllata, pena pecuniaria, lavoro sostitutivo). A seconda della pena loro inflitta, i condannati sono distinti in: arrestati, reclusi ed ergastolani.

Arrestati

Sono arrestati i detenuti condannati alla pena dell'arresto (dunque da cinque giorni a tre anni).

Reclusi

Sono reclusi i detenuti condannati alla pena della reclusione (dunque da quindici giorni a ventiquattro anni).

Ergastolani

Sono condannati ergastolani i detenuti condannati alla pena dell'ergastolo.

Internati

Per internati s'intendono coloro che sono sottoposti all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (colonia agricola, casa di lavoro, casa di cura e custodia, ospedale psichiatrico giudiziario).

IV. Salute in carcere

A seguito di una riforma avviata nell'anno 1998 e conclusa nel 2008, la tutela della salute delle persone detenute è affidata al servizio sanitario nazionale, che assicura ai detenuti prestazioni sanitarie analoghe alle persone in stato di libertà. L'assistenza è erogata attraverso le Regioni e le ASL che organizzano presidi sanitari all'interno degli Istituti Penitenziari. Tali presidi sono parte integrante della rete assistenziale della Regione.

“Le indagini nazionali sullo stato di salute della popolazione generale non includono quasi mai le persone detenute: ciò vale ad esempio per il National Health Interview Survey (Stati Uniti) e per le indagini ISTAT sulla popolazione italiana”, Le Regioni dovrebbero attivare in tutti gli istituti di pena una rilevazione sistematica dei dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo altresì condizioni e fattori di rischio che ne favoriscano l'insorgenza o ne ostacolano la cura. In realtà, sono poche le Regioni che hanno avviato tale rilevazione sistematica, tanto meno in ogni Istituto di pena.

Unitamente al test HIV particolare attenzione va posta alla diagnosi di altre patologie infettive ad alta prevalenza negli Istituti Penitenziari Italiani con HBV, HCV e TBC per la particolare serietà e la complessità nel trattamento di tali infezioni.

Un aspetto estremamente importante della salute nelle carceri è rappresentato dalla patologia psichica e dal rischio suicidario a cui la popolazione dei detenuti è particolarmente soggetta. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità viene commesso un tentativo di suicidio circa ogni tre secondi, un suicidio completato ogni minuto nella popolazione generale. Sempre l'OMS identifica come gruppi ad alto rischio:

giovani maschi (dai 15 ai 49 anni);

persone anziane, soprattutto maschi;

persone con malattie mentali;

persone con abuso di alcol o di sostanze;

persone che hanno già effettuato un precedente tentativo di suicidio;

i detenuti.

La detenzione in sé e per sé è un evento stressante anche per i detenuti non affetti da patologie psichiche, privando la persona di risorse basilari. Nel rapporto del 2007 inerente la prevenzione

del suicidio nelle carceri, si evidenzia che i detenuti costituiscono un gruppo di popolazione ad alto rischio di suicidio. Secondo l'OMS (2008): il tasso medio di suicidio nella popolazione mondiale è di 1,6 su 10.000 persone.

Il rischio di suicidio in carcere risulta di 11-14 volte più frequente nella popolazione carceraria rispetto a quella generale, i detenuti in attesa di giudizio ed i detenuti condannati avrebbero un tasso di suicidio rispettivamente di 7,5 e 6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.⁶

⁶Jenkins R. et al. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2): 257-269

V. Ricostruzione degli eventi

L'arresto:

Giovedì 15 Ottobre

h. 23:30-1:00

Stefano Cucchi viene fermato in zona Appio Claudio da una pattuglia di Carabinieri della stazione di Roma Appia, i quali notano un giovane con un cane intento a cedere degli involucri trasparenti ad un altro giovane in cambio di una banconota. I due vengono bloccati ed identificati, (Cucchi il cedente, Mancini Emanuele l'acquirente) così vengono condotti in caserma e Cucchi viene accusato di cessione di sostanze stupefacenti.⁷

A questo punto si procede con l'arresto dove Cucchi però non nomina il suo avvocato di fiducia perché in quel momento non ricorda il nome e non vuole avvertire la famiglia del suo arresto, così viene nominato l'avvocato d'ufficio Riccardo Sforza. Al momento dell'arresto le uniche sue particolarità evidenti, nel suo aspetto fisico, erano la sua magrezza e le occhiaie marroni (cfr Mandolini pg 8/9 trascrizione del 28/04/11). Inoltre a riguardo del suo stato di salute, aveva dichiarato di avere problemi al fegato e di essere epilettico.

⁷ Cucchi viene trovato in possesso di n.12 pezzi di varia grandezza di sostanza stupefacente poi risultata hashish; n.1 "canna" di hashish già confezionata, (per un totale di n.54 singoli dosi medie d'uso di hashish); n. 3 confezioni in cellophane termosaldate di sostanza stupefacente poi risultata cocaina, (per un totale di n.3-4 singole dosi medie d'uso); n.2 pasticche poi risultate: una, composta da solo materiale inerte e l'altra, composta da un tipo benzodiazepina commercializzata come farmaco con la denominazione di "Rivotril". (Motivazione della sentenza di primo grado, pg 1).

La perquisizione domiciliare:

Venerdì 16 Ottobre 2019

h. 1:30-2:00

Due pattuglie, insieme all'arrestato si recano presso l'abitazione dei genitori, dove Cucchi aveva riferito di andare talvolta a dormire (residenza anagrafica), omettendo di rivelare di abitare stabilmente in un appartamento a Morena. Terminata con esito negativo la perquisizione, i carabinieri insieme a Cucchi fanno rientro in caserma. I genitori dichiarano che durante la perquisizione domiciliare Stefano stava benissimo, camminava bene e non aveva segni particolari sul volto.

L'accompagnamento e la permanenza presso la caserma della Stazione Roma Tor

Sapienza:

h3:00-9:00

In base alle disposizioni impartite alla Polizia Giudiziaria dal Pubblico Ministero, l'arrestato doveva essere portato quella mattina, presso le aule del tribunale di Roma per la celebrazione del processo e quindi avrebbe dovuto passare la notte nelle camere di sicurezza della caserma. Ma essendo di "seconda fascia" la caserma di Roma Appia, quindi operativa solo dalle 8:00 alle 22:00 e non h24, Cucchi è stato portato presso la caserma di Tor Sapienza, per fargli trascorrere la notte, dai carabinieri Nicolardi e Speranza; i quali dichiareranno successivamente (udienza del 28/04/2011, cfr. Nicolardi, pg 149): "Non era sofferente, non aveva segni sul volto, anche se appariva molto scarnito". All'arrivo in caserma Nicolardi insieme al piantone di Tor Sapienza Colicchio hanno provveduto all'espletamento delle pratiche del caso: controllo della busta contenente gli effetti personali dell'arrestato e una sommaria ispezione corporale per togliergli tutte le cose con cui avrebbe potuto compiere gesti autolesionistici. A tal proposito, afferma Colicchio, alla sua richiesta nei confronti del Cucchi di togliersi la cintura, egli affermava "che ve devo dà pure sta cintura che m'avete rotto?", senza chiarire chi gliel'avesse rotta. A questo punto viene accompagnato nella cella, dove circa mezz'ora dopo inizia a suonare il campanello e si lamentava: "*sto male, ci ho freddo, me.. me.. me fa male la testa, soffro di epilessia*", (cfr. pg 185); così Colicchio chiama il 118 e riferisce le problematiche di Cucchi, chiama immediatamente dopo

la pattuglia per assicurare scorta e piantonamento in un eventuale ricovero in ospedale. Utili per la ricostruzione della scena, sono riportate in seguito le dichiarazioni di Colicchio (cfr. pp. 187/188) e dell'infermiere Ponzo del 118 (cfr. pp. 48/74 trascrizioni del 16/05/2011): (motivazioni da pg 5-8). Dopo tutto ciò Cucchi si addormenta nella sua cella dove resta fino alle ore 9, quando viene una pattuglia a prenderlo per portarlo in tribunale; al suo risveglio, il carabiniere Di Sano (colui che ha dato il cambio a Colicchio) dichiara di averlo visto camminare con un po' di fatica, con occhiaie rossastre e il viso un po' gonfio.

Nelle celle del tribunale h10:00-12:30:

Cucchi intorno alle ore 10:00 arriva al tribunale, ma in attesa della sua udienza viene trasferito nella cella ubicata nei sotterranei. In questo lasso di tempo, secondo le testimonianze del detenuto Samura Yaya è avvenuto il pestaggio di Cucchi, (motivazioni pg 16-18).

Udienza:

h 12:35-13:45

Durante l'udienza Cucchi mostra seria difficoltà nel rispondere alle domande del giudice, appare visivamente sofferente; si dichiara tossicodipendente, colpevole per quanto riguarda la detenzione per uso personale ma innocente per quanto riguarda lo spaccio. Afferma inoltre di essere stato seguito per il suo stato di tossicodipendenza dal Sert di Torpignattara, da villa Maraini e dalla comunità Ceis. Terminata l'udienza il giudice stabilisce che Cucchi dovrà rimanere in custodia cautelare al Regina Coeli in attesa del processo che si terrà il mese successivo.

Visita medica:

h 14:00

Al termine dell'udienza Cucchi viene visitato dal dottor Ferri, medico dell'ambulatorio della città giudiziaria di piazzale Clodio e certifica: " Alle h14.05 si assiste all'assunzione di Rivotril compresse, 2 mg, una compressa. Riferisce anche di assumere Gabapentin. Si rilevano lesioni ecchimotiche in regione palpebrale inferiore bilateralmente di lieve entità e colorito purpureo. Riferisce dolore e lesioni anche alle regioni del rachide e agli arti inferiori, ma rifiuta anche l'ispezione. Evasivamente riferisce caduta per le scale avvenuta ieri".

Trasferimento al Regina Coeli:

h 15:00

Arrivato al carcere intorno alle ore 15:45, Cucchi si sottopone alla perquisizione e alla presa in carico degli oggetti personali con l'agente di turno Mastrogiacomo Bruno, il quale riferisce: ("Motivazioni pg 36 riga 3-16"). Successivamente viene sottoposto alla visita medica cui vengono sottoposti i "i nuovi giunti", viene visitato dal dottor Angioli Rolando, il quale certifica: "Roma 16/10/2009, ore 16,35 Nuovi Giunti Urgente art. 17 Ordinamento Penitenziario. Cognome: Cucchi, nome: Stefano, Sezione: Nuovi Giunti. Alla visita Nuovi Giunti il detenuto riferisce 'caduta accidentale ieri dalle scale'. Presente ecchimosi sacrale coccigea, tumefazione del volto bilaterale periorbitaria, algia della deambulazione arti inferiori. Pressione arteriosa: 90/60, frequenza cardiaca: 60 ritmico apiretico. Riferisce senso di nausea ed astenia. Si richiede RX cranio, si richiedono esami RX regione sacrale, non effettuabili nel pomeriggio in Istituto, visita neurologica. Diagnosi: lesioni ecchimotiche di natura da determinare. Indicazioni della sede di ricovero: Pronto Soccorso Ospedale Fatebenefratelli. Mezzo comune: no. Ambulanza: Sì, convenzionata." Cucchi parte per l'ospedale Fatebenefratelli soltanto alle ore 19:50, perchè la scorta si sarebbe resa disponibile solo alle ore 18:00 (poiché contemporaneamente c'era stato un altro detenuto da mandare in urgenza al pronto soccorso) ma l'ambulanza arriva soltanto alle 19:30.

Trasferimento in ospedale:

h 20:00

Arrivati al Pronto Soccorso Cucchi viene visitato dal medico di guardia Calderini, successivamente dal dottor Farina che gli ha dato il cambio. Viene eseguita una radiografia della colonna che evidenzia una frattura del corpo vertebrale di L3 e una frattura della 1° vertebra coccigea. All'esame obiettivo il paziente presenta dolore acuto alla palpazione a livello della regione sacrale e assenza di deficit neurologici, gli vengono prescritti 25 giorni di prognosi, ma Stefano rifiuta il ricovero e ritorna in carcere verso le 23. Alle 23.20 viene annotato sul suo diario clinico: "*Rientra dal P.S Fatebenefratelli Isola Tiberina dove rifiuta ricovero. Riferisce morbo celiaco e microcitemia. Rif. TD eroina e cannabinoidi. Saltuariamente cocaina. Riferisce crisi comiziali. Riferisce terapia con Gabapentin e Rivotril*". Il medico di turno nel carcere, il dottor

Consoli, presa visione della documentazione sanitaria del Fatebenefratelli e del rifiuto al ricovero di Cucchi, ne dispone l'immediato trasferimento, a mezzo barella, dato che Stefano lamentava forti dolori alla schiena, presso il Centro Clinico del carcere. Intorno alle ore 11:00 il dottor Piccirillo, medico di turno del penitenziario viene chiamato dall'infermiera perché Stefano lamentava nausea e dolenzia diffusa, aveva brividi di freddo, ma non febbre e diceva di non potersi alzare per il gran dolore, così intorno alle ore 12 Stefano viene portato nuovamente al Fatebenefratelli dove questa volta però viene convinto ad accettare il ricovero; in questa circostanza Stefano afferma: *"I servitori dello stato mi hanno fatto questo"*. Al P.S. viene eseguito inoltre un emocromo dal quale viene riscontrato un decremento dell'emoglobina, un aumento dell'azotemia così venne inoltrata la richiesta di ricovero a tutti gli ospedali di Roma, come da prassi, ma questa volta nessuno aveva un posto letto disponibile, tranne l'ospedale Pertini; per accedere alla struttura però c'era bisogno di varie autorizzazioni, le quali arrivarono soltanto in serata. Il detenuto fu ricoverato presso la Struttura Protetta soltanto alle ore 19:40.

Il primo giorno di ricovero all'ospedale S.Pertini:

Sabato 17/10

Alle ore 19:45 circa l'infermiere Lo Bianco procede alla compilazione della cartella infermieristica, viene sottoposto ad ECG, dal quale si rileva un ritmo atriale basso, o giunzionale, di 46 bpm; l'ECG però risulta incompleto e viene ripetuto pochi minuti dopo, ottenendo però il solito risultato. Nella cartella clinica si legge nell'anamnesi patologica remota: "uso di cannabinoidi dall'età di 12 anni ed in seguito di cocaina ed eroina... crisi epilettiche dall'età di 18 anni in terapia. Riferisce morbo celiaco diagnosticato circa due settimane fa". Vengono rilevate le abitudini tabagistiche (un pacchetto al giorno) e l'assunzione di caffè (7/8 tazzine al giorno). L'anamnesi patologica prossima riferisce: " Trasferito dall'ospedale Fatebenefratelli dell'isola Tiberina dove è stato condotto in seguito a nausea e dolenzia diffusa e.....in regione sacroiliaca (il paziente riferisce caduta accidentale avvenuta in data 30/09/09). Presso il PS del Fatebenefratelli ha effettuato videat neurologico: non impaccio motorio né disturbi della sensibilità. Rx colonna L-S e sacrococcigea: frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sx e frattura della 1°vertebra coccigea. Videat⁸ ortopedico: riposo a letto , osservazione e controllo

⁸Visita specialistica

seriato dell'emocromo". All'esame obiettivo viene rilevato uno stato nutrizionale "discreto", un apparato muscolare "tonico, trofico", un sottocutaneo "iporappresentato", "ecchimosi palpebrali bilaterali superiori e inferiori", schiena "dolente in sede lombo-sacrale e coccigea" ma non viene segnalato il posizionamento del catetere vescicale. Inoltre il criterio "Nutrizione" nell'Indice di Braden viene compilato con "eccellente".

Domenica 18/10

Nel diario clinico del 18 ottobre si legge: "Paziente molto polemico. Si gira con la testa mantenendo la posizione prona. Si convince a farsi visitare ma è comunque scarsamente collaborante. Presenta verosimile ematoma regione glutea sinistra. Vistoso ematoma ed ecchimosi periorbitaria sinistra. Rifiuta di continuare a parlare. Rifiuta elastomero. Proseguire contramal 1 fl al bisogno. Impossibile proseguire la visita. Nel pomeriggio ripete emocromo".

Lunedì 19/10

Nel diario infermieristico viene annotato che il paziente "non ha cenato". Viene riscontrata una severa ipoglicemia (40 mg/dl), che non verrà più registrata nei giorni seguenti; anche i valori ematici dell'urea risultano alterati (161 mg/dl). Inoltre vengono registrate le seguenti annotazioni: "Paziente non accessibile al colloquio. Rifiuta la visita medica. Si sollecita consulenza ortopedica." Successivamente alla consulenza ortopedica viene registrato "Paziente in scadute condizioni generali rispetto all'età. Viva dolorabilità alla digitopressione sul tratto L2-L4 compatibile con diagnosi fratturativa di L3 recente. Algia sacrococcigea viva. Paziente in decubito prono coatto. Si consiglia esecuzione di rx del tratto lombare mirata su L3 e del bacino + sacro. Eventuale approfondimento TC lombare ove esistessero avallamenti e/o scomposizioni. Da rivedere dopo rx..."

Martedì 20/10

Nel diario infermieristico si legge che il paziente “rifiuta vitto (dieta per celiaci)”, nel diario clinico: “ rifiuta visita medica riferendo dolorabilità diffusa ... rifiuta ECG (bradicardia)”, e inoltre: “ Azotemia 61mg/dl; aumento di amilasi, lipasi, GOT, GPT. Si propone al paziente terapia infusione con Sol. Fisiologica che il paziente rifiuta. Si raccomanda pertanto idratazione orale (il paziente tuttavia esprime disinteresse per le proprie condizioni di salute)...”. Quel giorno scrive una lettera ad un operatore della comunità Ceis, dalla quale si legge: “ Caro Francesco, sono al S.Pertini in stato di arresto, scusami se ora sono di poche parole, ma sono giù di morale e posso muovermi poco. Volevo sapere se puoi fare qualcosa per me. Adesso ti saluto a te e agli altri operatori. CIAO STEFANO CUCCHI P.S. PER FAVORE ALMENO RISPONDIMI, A PRESTO”.

Mercoledì 21/10

Dagli esami ematici del 21 è stato riscontrato un ulteriore aumento dell'urea (183 mg/dl), un'alterazione del sodio (156 mEq/L), così anche degli enzimi epatici GOT (270U/I), GPT (189 U/I) e la bilirubina totale (2,34 mg/dl). Viene annotata sul diario clinico una nuova consulenza ortopedica: “Preso visione rx eseguite sacro coccige non apparenti lesioni fratturative. RACHIDE LOMBARE frattura disco somatica L3 (emisoma). Necessita di riposo a letto indifferente posizione per altri 15-20 gg (possibile anche non in ricovero sanitario)...”. Lo stesso giorno si leggono sul diario inoltre due ulteriori annotazioni. La prima: “Continua a rifiutare terapia idratante per via endovenosa. Rifiuta, inoltre, TC cerebrale ed ECG”. La seconda annotazione del giorno è anche l'unica in tutto il diario clinico controfirmata da Stefano Cucchi: “Visti gli esami ematochimici eseguiti questa mattina, si propone nuovamente al paziente reidratazione endovenosa ma il paziente rifiuta perché vuole parlare prima con il suo avvocato e con l'assistente della comunità Ceis di Roma. Lo stesso rifiuta anche di alimentarsi, come sta facendo dall'ingresso, per lo stesso motivo. Per lo stesso motivo rifiuta anche di effettuare ecografia dell'addome”. Segue la firma di Stefano Cucchi. L'annotazione poi prosegue: “Il paziente accetta comunque idratazione orale. Ha un atteggiamento oppositivo e diffidente. E' polemico sul vitto che gli viene portato, affermando di non poter mangiare riso, patate e carne in quanto celiaco, come gli sarebbe stato comunicato dal medico che gli ha diagnosticato la malattia. Si cerca di spiegare al paziente che quegli alimenti non sono affatto contenenti glutine e possono essere assunti tranquillamente dai pazienti affetti da celiachia, ma appare diffidente. Si consegna al paziente la lista degli alimenti privi e contenenti glutine, scaricato dal sito dell'associazione italiana celiaci. Predispongo, in accordo con il direttore (dott. Fierro) Relazione clinica da inviare domattina al magistrato”. La relazione clinica viene in effetti preparata dalla Dottoressa Corbi il giorno 21, ma non verrà mai inviata al magistrato dal momento che la mattina successiva Stefano

Cucchi morirà. Ecco il testo della lettera: “(...) il paziente in oggetto è stato ricoverato presso il nostro reparto in data 17 ottobre u.s., trasferito dall’ospedale Fatebenefratelli di Roma. Presso il suddetto ospedale era stata documentata radiograficamente la presenza di frattura vertebrale L3 e frattura della 1a vertebra coccigea a causa di un trauma. Il paziente è in condizioni generali molto scadute, riferisce di essere affetto da crisi epilettiche, per cui sta effettuando terapia, da malattia celiaca diagnosticata 15 giorni fa e da “anoressia” non meglio specificata. Il signor Cucchi ha un atteggiamento oppositivo, per nulla collaborante e di fatto rifiuta ogni indagine anche non invasiva. Ha rifiutato una visita oculistica che avrebbe dovuto effettuare per la presenza di vistosi ematomi del volto e perioculari e ha rifiutato di sottoporsi ad ecografia dell’addome, proposta per il rialzo dei livelli di transaminasi e bilirubina. Ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia reidratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione e ha affermato anche di rifiutare anche di alimentarsi, accettando di bere liquidi ed assumere la terapia orale, finché non parlerà con il suo avvocato. Quanto sopra per informarLa delle attuali condizioni di salute del paziente e delle difficoltà della gestione clinica. Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti”. Nel diario infermieristico del 21 ottobre si legge: “N.B. Non si è alimentato a cena. Segnalare quanta acqua beve e controllare se beve!”.

La morte:

Giovedì 22/10

L’ultima annotazione nel diario clinico di Stefano Cucchi, ore 6.15 del 22 Ottobre: “Vengo chiamata dal personale infermieristico in quanto il paziente non risponde agli stimoli. All’ingresso nella stanza trovo il personale infermieristico che ha già iniziato rianimazione cardiopolmonare. Posizionamento cannula di Mayo. Ossigenoterapia al 100%. Massaggio cardiaco. Posizionamento di monitor ECG che mostra in più derivazioni asistolia. Si prosegue rianimazione cardiopolmonare fino alle ore 6.45. Al monitor persiste asistolia. Si esegue ECG. Si sospendono le manovre rianimatorie. Decesso alle 6.45”. Nel certificato di morte si legge: “Si certifica che il Sig. Cucchi Stefano, nato a Roma il 01/10/1978, è deceduto per presunta morte naturale in data odierna alle ore 6.45, presso il reparto di Medicina protetta”.

VI. Processi

VI.1 Primo processo

Primo grado, imputati: personale sanitario e polizia penitenziaria

13/12/2012

Nel processo di primo grado è stato stabilito che Cucchi è morto per mancanza di cure mediche e per grave carenza di cibo e liquidi. Le lesioni possono avere come causa sia un eventuale pestaggio sia una caduta accidentale. Il 5 giugno 2013 la III Corte di Assise di Roma condanna in primo grado quattro medici dell'ospedale Sandro Pertini di Roma a 1 anno e 4 mesi e il Direttore di Struttura a 2 anni di reclusione per omicidio colposo (con pena sospesa), un medico a 8 mesi per falso ideologico, mentre assolve 6 tra infermieri e agenti della Polizia Penitenziaria, i quali, secondo i giudici, non avrebbero in alcun modo contribuito alla morte di Cucchi.

VI.2 Corte di appello

Il 31 ottobre 2014, con sentenza della Corte d'appello di Roma, vengono assolti tutti gli imputati, fra cui i medici: a seguito di ciò il legale della famiglia Cucchi preannuncia un ricorso alla Corte di Cassazione, mentre la sorella Ilaria dichiara che avrebbe chiesto ulteriori indagini al Procuratore della Repubblica Pignatone e che avrebbe continuato le sue campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul caso. L'incontro tra la signora Cucchi e Pignatone avviene il 3 novembre e, stando alle parole della donna, il procuratore si impegna a rivedere tutti gli atti dell'indagine sin dall'inizio. Lo stesso giorno, il sindacato di Polizia Penitenziaria deposita una querela contro Ilaria Cucchi perché ella «istiga all'odio e al sospetto nei confronti dell'intera categoria di soggetti operanti nell'ambito del comparto sicurezza»

VI.3 Processo presso corte di Cassazione

La Cassazione nell'udienza pubblica del 15 dicembre 2015, dispone il parziale annullamento della sentenza di appello, ordinando un nuovo processo per 5 dei 6 medici (in particolare il primario Aldo Fierro, Stefania Corbi, Flaminia Bruno, Luigi Preite De Marchis e Silvia Di Carlo), dell'Ospedale Pertini, precedentemente assolti. Secondo la sentenza, gli stati patologici di Cucchi, preesistenti e concomitanti con il politraumatismo per il quale fu ricoverato, avrebbero dovuto imporre maggiore attenzione e approfondimento da parte dei sanitari.

VI.4 Appello-bis

Il 18 luglio 2016 la Corte d'Appello di Roma assolve i 5 medici dall'accusa di omicidio colposo perché "il fatto non sussiste"

VI.5 Cassazione-bis

La I Sezione Penale della Cassazione, nell'udienza pubblica del 19 aprile 2017, dispone l'annullamento dell'ulteriore sentenza di appello, ordinando un nuovo processo per i 5 medici dell'Ospedale Pertini. Secondo la Corte, i sanitari avevano dimostrato gravi negligenze per ritardi sia nella diagnosi, sia nelle cure, e per tale motivo la sentenza di assoluzione è contraddittoria ed illogica. Il giorno seguente scatta peraltro la prescrizione per il reato contestato.

VI.6 Appello-ter

Il 23 marzo 2018 si apre il nuovo processo d'appello davanti alla II Sezione della Corte d'Appello di Roma. Si costituisce parte civile anche il Comune di Roma. Nell'ambito del procedimento, viene eseguita una nuova perizia tecnica sulle cause della morte di Stefano Cucchi, che secondo la pubblica accusa e gli avvocati di parte civile evidenzia le negligenze nell'operato degli imputati. Nell'udienza del 6 maggio 2019 il procuratore generale chiede il "non doversi procedere" nei loro confronti, per intervenuta prescrizione del reato di omicidio colposo, richiesta che prelude ad un loro proscioglimento in sede penale, ma non ai fini della responsabilità civile. Con la sentenza del 14 novembre 2019, i giudici assolvono perché il fatto non sussiste la dottoressa Stefania Corbi e dichiarano il "non doversi procedere" per intervenuta prescrizione del reato nei confronti del primario Aldo Fierro e dei medici Flaminia Bruno, Luigi De Marchis Preite e Silvia Di Carlo.

VI.7 Secondo processo: processo conto agenti penitenziari

L'inchiesta-bis (omicidio preterintenzionale)

Su espressa richiesta dei familiari, nel settembre 2015 la Procura della Repubblica di Roma riapre un fascicolo d'indagine sul caso, affidandolo al sostituto procuratore Giovanni Musarò. Il legale della famiglia aveva in precedenza esposto al magistrato che un militare dei Carabinieri, Riccardo Casamassima, aveva ricevuto minacce al fine di rendere testimonianza negativa nell'ambito del processo d'appello, e che l'interessato aveva motivo di credere che tali minacce provenissero da uno o più ex-colleghi coinvolti nel caso.

Il 30 giugno 2015 Riccardo Casamassima aveva frattanto reso spontanee dichiarazioni al sostituto Musarò, convincendolo della necessità di riaprire l'indagine, rivolta in particolare ai carabinieri presenti nelle due caserme dov'era avvenuta dapprima l'identificazione, quindi la custodia in camera di sicurezza di Stefano Cucchi, tra la sera del 15 e la mattina del 16 ottobre 2009, data dell'udienza del processo per direttissima.

Il 17 gennaio 2017, alla conclusione delle indagini preliminari, viene chiesto il rinvio a giudizio per omicidio preterintenzionale e abuso di autorità nei confronti dei militari dell'Arma dei Carabinieri Alessio Di Bernardo, Raffaele D'Alessandro e Francesco Tedesco, accusati di aver colpito Cucchi con schiaffi, pugni e calci, facendolo cadere e procurandogli lesioni divenute mortali per una successiva condotta omissiva da parte dei medici curanti, e per averlo comunque sottoposto a misure restrittive non consentite dalla legge. Tedesco, insieme con Vincenzo Nicolardi e il maresciallo Roberto Mandolini, deve altresì rispondere dell'accusa di falso e calunnia, per l'omissione nel verbale d'arresto dei nomi di Di Bernardo e D'Alessandro, e per l'accusa di aver testimoniato il falso al processo di primo grado, avendo fatto dichiarazioni che portarono all'accusa di tre agenti della polizia penitenziaria per i reati di lesioni personali e abuso di autorità nei confronti di Cucchi.

Il 24 febbraio 2017 vengono precauzionalmente sospesi a tempo indeterminato dall'impiego i tre militari accusati di omicidio preterintenzionale.

Il 10 luglio 2017 il GUP del Tribunale di Roma accoglie la richiesta di rinvio a giudizio degli indagati, salvo il non doversi procedere per il reato di abuso di autorità per intervenuta prescrizione.

VI.8 Il processo-bis (omicidio preterintenzionale).

La prima udienza del Processo-bis contro i primi 5 militari, a vario titolo per omicidio preterintenzionale, falso e calunnia si tiene il giorno 16 novembre 2017 davanti alla I Corte di assise di Roma.

Nell'udienza dell'11 ottobre 2018, il PM rende nota la denuncia presentata da Francesco Tedesco, informando la corte di quanto frattanto emerso dalle indagini, e in particolare dei tentativi di depistaggio.

Con la sentenza emessa in data 14 novembre 2019, la I Corte di assise di Roma riconosce i carabinieri scelti Alessio Di Bernardo e Raffaele d'Alessandro colpevoli di omicidio preterintenzionale, condannandoli a 12 anni di reclusione e l'interdizione perpetua dai pubblici

uffici, oltre al pagamento delle spese legali e di centomila euro a titolo di provvisoria ad ognuno dei genitori della vittima. Il carabiniere Francesco Tedesco viene assolto dal reato di omicidio preterintenzionale, ma viene condannato a 2 anni e mesi 6 di reclusione per falso, stesso reato per cui il maresciallo dei carabinieri Roberto Mandolini viene condannato a 3 anni e mesi 8 di reclusione e l'interdizione per 5 anni dai pubblici uffici. Assolti invece perché il fatto non costituisce reato, Tedesco, Mandolini e il carabiniere Vincenzo Nicolardi dall'accusa di calunnia. Con sentenza a parte la Corte quantificherà in seguito i risarcimenti definitivi ai genitori Cucchi e alle parti civili (Roma Capitale, Cittadinanzattiva e i tre agenti della polizia penitenziaria).

VI.9 L'inchiesta-ter (depistaggio)

Il 20 giugno 2018 Francesco Tedesco, uno degli imputati del c.d. "processo-bis" presenta alla Procura della Repubblica di Roma una denuncia contro ignoti, nella quale lamenta la scomparsa di un'annotazione di servizio da lui redatta il 22 ottobre 2009 e indirizzata ai suoi superiori, nella quale esponeva i fatti accaduti nella notte fra il 15 e il 16 ottobre precedente. In particolare egli descriveva di avere assistito al pestaggio del geometra romano presso la caserma dei carabinieri di Roma Casilina da parte dei propri colleghi Alessio Di Bernardo e Raffaele D'Alessandro, violenza a cui inutilmente aveva cercato di porre fine.

A seguito di tale denuncia, la Procura avvia un'indagine affidata allo stesso sostituto procuratore Musarò, il quale iscrive nel registro degli indagati cinque militari dell'Arma dei carabinieri, Francesco Cavallo, Luciano Soligo, Massimiliano Colombo Labriola, Nico Blanco e Francesco Di Sano, tutti con l'accusa di falso, per un inquinamento probatorio che aveva ottenuto di sviare i processi verso persone che non avevano alcuna responsabilità.

Inizialmente sentito dalla procura di Roma come persona informata dei fatti, nel febbraio 2019 viene iscritto nel registro degli indagati per falso ideologico anche il generale di brigata dei carabinieri Alessandro Casarsa, all'epoca comandante del Gruppo carabinieri di Roma. Concluse le indagini, il 14 aprile 2019 viene complessivamente chiesto il rinvio a giudizio di 8 militari dell'Arma: Alessandro Casarsa, Francesco Cavallo, Luciano Soligo, Massimiliano Colombo Labriola e Francesco Di Sano per falso ideologico; Lorenzo Sabatino e Tiziano Testarmata per omessa denuncia e favoreggiamento, e infine Luca De Cianni per falso ideologico e calunnia.

La prima udienza preliminare si è tenuta il 21 maggio 2019 e, il 16 luglio 2019, il GUP del Tribunale di Roma ha accolto tutte le richieste del PM e disposto il rinvio a giudizio di tutti gli imputati.

Il nuovo processo ha visto la prima udienza il 12 novembre 2019, mentre giovedì 14 novembre arriva la sentenza di primo grado contro i carabinieri. Alessio Di Bernardo e Raffaele D'Alessandro accusati del pestaggio sono stati condannati a 12 anni per omicidio preterintenzionale. L'imputato-teste Francesco Tedesco invece è stato condannato a 2 anni e 6 mesi per falso ed è stato assolto dall'accusa di omicidio preterintenzionale.

VII. Cartella clinica

La cartella clinica viene definita, così come dichiarato dal Ministero della Salute, come l'insieme di documenti che registrano un complesso eterogeneo di informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, aventi lo scopo di rilevare il percorso diagnostico-terapeutico di un paziente al fine di predisporre gli opportuni interventi sanitari e di poter effettuare indagini scientifiche, statistiche e medico-legali. Rappresenta, quindi, lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. È quindi il documento informativo deputato a rilevare le informazioni anagrafiche e cliniche relative al ricovero di un paziente. (Ministero Della Sanità, 1992). Dunque essa rappresenta il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni degente, delle decisioni assunte, degli interventi effettuati e quindi del comportamento della struttura ospedaliera. Secondo un orientamento giurisprudenziale oramai consolidato, la cartella clinica costituisce un "atto pubblico di fede privilegiata" ed il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria.

La cartella clinica deve contenere:

- generalità del paziente
- motivo del ricovero
- regime di ricovero
- data e Struttura di ammissione
- provenienza del paziente
- anamnesi
- esame obiettivo
- referti di esami diagnostici e specialistici
- terapia
- consensi e dichiarazioni di volontà
- decorso della malattia
- epicrisi

- data e struttura di dimissione

Vengono inoltre inclusi il verbale chirurgico e scheda anestesiologicala, la relazione alla dimissione e la scheda di dimissione ospedaliera.

Integrano il reato di falso anche le alterazioni compiute con lo scopo di ristabilire il vero: in altre parole le cancellature eseguite posteriori per rimediare ad un errore materiale integrano il reato di falso se alterano in maniera irreversibile quanto precedentemente scritto. Ogni correzione deve essere quindi compiuta in maniera da lasciare leggere quanto erroneamente scritto.

È prosritto l'uso di correttori chimici o pennarelli proprio per lasciare la possibilità di leggere il testo erroneo. La correzione deve avvenire tracciando una linea su quanto erroneamente scritto o incasellando la frase da correggere ed apponendo a lato la dicitura "scritto erroneo" con data ora e firma di chi apporta la correzione. I dati contenuti nelle cartelle cliniche non possono essere cancellati, ma è ammessa una loro rettifica od integrazione. I principali requisiti sostanziali della cartella clinica sono:

- Veridicità: effettiva corrispondenza tra quanto eseguito ed osservato e quanto scritto;
- Rintracciabilità: ovvero la possibilità di poter risalire a tutte le attività agli esecutori, ai materiali ed ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero
- Completezza e Precisione: si intende l'effettiva e completa trascrizione di ciò che si è obiettato;
- Chiarezza: dei dati diagnostici e terapeutici riportati in cartella.
- Accuratezza: relativamente ai dati ed alle informazioni prodotte.
- Pertinenza: ovvero la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite

I requisiti di correttezza formale a cui la cartella clinica deve necessariamente obbedire sono rappresentati dall'indicazione della data, dall'ora dell'accertamento, dalla precisazione del nome e cognome, come firma del medico/sanitario, dalla precisazione della fonte, dell'anamnesi dalla intelligibilità, della grafia, dalla presenza di accorgimenti particolari in caso di correzioni di errori materiali.

Il venire meno di tale requisito può configurare il delitto di "falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (479 c.p.)". Quando, invece, è alterata l'essenza materiale del documento, la cosiddetta non genuinità della cartella clinica, quando vi è presenza di una

divergenza tra autore apparente e autore reale del documento (cartella contraffatta), oppure quando si apportano modifiche successive alla stesura definitiva (cartella alterata) allora si configura il delitto di falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (476 c.p.)”.

La giurisprudenza in tema di documentazione sanitaria è ampia, di seguito alcune sentenze che rappresentano delle vere pietre miliari per quanto attiene la cartella clinica.

VII.1 Cassazione penale, sez. V - 02/04/1971

Stabilisce che la cartella clinica è un atto in cui il sanitario annota "oltre alla diagnosi, l'andamento della malattia e la somministrazione delle terapie di volta in volta adottate".

VII.2 Cassazione penale, sez.VI - 30/05/1975

"Un Atto esiste anche se incompleto e la sua falsificazione integra reato ancorché la sottoscrizione non sia stata ancora apposta e sia stata rinviata al momento in cui il documento assuma la sua forma definitiva. In particolare, i documenti ospedalieri (verbali di ricovero, verbali di Pronto soccorso, cartelle cliniche, etc.). Vengono ad esistenza nel momento stesso in cui sono formati e spiegano effetto, consentendo l'ammissione dell'infermo in ospedale e l'erogazione delle prime terapie; ne consegue che ogni falsità commessa durante l'iter formativo è di per sé sola punibile, a prescindere dal completamento o meno del documento e dalla sua finale sottoscrizione".

VII.3 Cassazione penale, sez.VI - 30/06/1975

"La Cartella clinica documenta l'andamento della malattia, i medicinali somministrati le terapie e gli interventi praticati, l'esito della cura e la durata della degenza dell'ammalato". La Cartella clinica è un atto pubblico in quanto è compilata da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni; i dati che in essa figurano hanno rilevanza giuridica. La Cartella clinica è un documento originale, fonte primaria di quanto in essa riportato.

VII.4 Cassazione penale, sez.V-17/12/1982

La Cartella clinica non perde la qualifica di atto pubblico anche "se manchi della sottoscrizione, salvo che non esista la possibilità di identificare l'autore e sempre che la legge non richieda ad substantiam la sottoscrizione stessa poiché tale requisito concerne l'integrità formale dell'atto e non già la sua esistenza giuridica e la sua validità". Per la tutela della riservatezza tutte le informazioni contenute nella cartella clinica sono, per legge, considerate strettamente riservate e

personali e, di conseguenza, non possono essere divulgate a meno che non vi sia una richiesta dell'interessato.

VII.5 Cassazione, penale, sez. V - 21/04/1983 Cassazione, penale, sez. V - 08/02/1990

La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il Primario, adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti. tra questi, rientrano le informazioni che il paziente fornisce al sanitario ai fini della ricostruzione dell'anamnesi. La cartella clinica, inoltre, acquista il carattere della definitività una volta compilata e sottoscritta, in relazione ad ogni singola annotazione, con la conseguenza che "l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico, di cui all'art. 476 del Codice Penale".

VII.6 Cassazione penale, sez. V - 21/04/1983 - 20/01/87 - 01/12/1987

Per quanto attiene alla cronologia della compilazione, l'annotazione postuma da parte del Medico costituisce falso punibile "ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità in attesa della trasmissione alla Direzione Sanitaria per la definitiva custodia". Pertanto "ogni annotazione assume autonomo valore documentale (...) con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità in attesa della trasmissione alla Direzione Sanitaria per la definitiva custodia". Ne consegue che (all'infuori della correzione di meri errori materiali) le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici". La cartella clinica è elemento essenziale di prova allorché si debba valutare il comportamento medico, proprio a motivo della sua natura di cui la veridicità è carattere privilegiato.

VII.7 Tribunale Roma, 28 gennaio 2002:

"Quando la corretta esecuzione di un intervento chirurgico richiede il compimento di una determinata operazione, e questa non risulti dalla cartella clinica, sussiste una presunzione "juris tantum" di omissione a carico del medico, il quale avrà l'onere, se vuole andare esente da responsabilità, di provare di avere effettivamente compiuto l'operazione non annotata nella cartella clinica".

VII.8 Cassazione, sez. V, 17-02-2004:

"La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie alla funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; attesa siffatta funzione

i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi e pertanto tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico”.

VII.9 Cass. Pen., Sez. V, sentenza 13989/2004:

“La documentazione clinica, in virtù della sua funzione pubblica, non appartiene a colui che la redige. È quindi vietato alterare il significato della cartella, anche se il documento rimane nella disponibilità materiale del medico. Nell'ipotesi di una annotazione errata, è quindi lecito solo ripetere successivamente l'annotazione corretta, senza modificare le precedenti scritture”.

VII.10 Cass. Pen., Sez. V, sentenza 2669/2007:

“sussiste il delitto di falso ideologico nella compilazione della cartella clinica se nella stesura viene consapevolmente omessa dai chirurghi l'indicazione dell'errore trasfusionale commesso dall'anestesista durante l'intervento, in seguito al quale la paziente è poi deceduta”.

VII.11 Corte di Cassazione a Sezioni Unite, sentenza n.577/2008:

“va condiviso l'orientamento giurisprudenziale (Cass. 21.7.2003, n. 11316; Cass. 23.9.2004, n. 19133), secondo cui la difettosa tenuta della cartella clinica naturalmente non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici e la patologia accertata, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato, nel quadro dei principi in ordine alla distribuzione dell'onere della prova ed al rilievo che assume a tal fine la "vicinanza alla prova", e cioè la effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla”.

VII.12 Corte di Cassazione, Sezione III Civ., Sentenza n. 1538 del 26 gennaio 2010:

“In tema di responsabilità professionale del medico, le omissioni nella tenuta della cartella clinica al medesimo imputabili rilevano sia ai fini della figura sintomatica dell'inesatto adempimento, per difetto di diligenza, in relazione alla previsione generale dell'art. 1176, secondo comma, cod. civ., sia come possibilità di fare ricorso alla prova presuntiva, poiché l'imperfetta compilazione della cartella non può, in linea di principio, tradursi in un danno nei confronti di colui il quale abbia diritto alla prestazione sanitaria”.

VII.13 Cassazione penale, sez. V, sentenza 11/09/2013 n° 37314:

“sussiste il reato di falso ogni qual volta si intervenga con modifiche su di un atto già definitivamente formato, pur quando l'intento dell'agente sia quello di renderne il contenuto

conforme al vero. Se così è, ne deriva che la coscienza e la volontà di operare un tale intervento non può non equivalere a quella di realizzare una diretta, effettiva e riconoscibile lesione proprio del bene giuridico protetto dalla norma, a nulla rilevando che, per mero errore di diritto circa la effettiva portata della norma medesima, di detta lesione il soggetto possa non avere piena consapevolezza". I dati del paziente oltre che corrispondenti al vero, devono essere annotati nello specifico momento in cui rilevano; la cartella, infatti, acquisisce carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione "ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata". Nel caso di specie una dipendente ospedaliera è stata sottoposta a procedimento penale per il reato di falso materiale in atto pubblico (art. 476, c.p.), per aver apposto, a distanza di molto tempo, una dicitura specificativa su una cartella clinica relativa all'esito di un esame della quale il paziente non era stato notiziato. All'esito del giudizio di primo grado il Gip assolveva l'imputata, ritenendo assente l'elemento soggettivo del reato, sul presupposto della natura sostanzialmente veritiera della aggiunta apposta sulla cartella clinica, a nulla rilevando la ritardata comunicazione al paziente di quanto rettificato. I giudici di appello ritenevano, invece, che l'aggiunta incriminata dovesse considerarsi penalmente rilevante, non potendosi ammettere integrazioni della cartella clinica dei pazienti con efficacia «ora per allora», se si considera come la funzione tipica della cartella sia quella di rappresentare, sottoforma di «diario», l'esatto decorso dello stato di salute dell'interessato.

Il DPR 128/1969 art 7 sancisce che la figura denominata un tempo "Primario" a cui viene ricondotta l'attuale figura del Direttore di Struttura, è responsabile della tenuta e dell'archiviazione, da intendersi come correttezza dell'invio all'archiviazione, delle cartelle cliniche. Lo stesso DPR stabilisce la responsabilità del Direttore Sanitario relativamente alle cartelle cliniche quando il paziente è dimesso. La stessa norma precisa che il direttore sanitario: "vigila sull'archivio vigila sull'archivio delle cartelle cliniche e rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale". Analogamente il direttore sanitario cura l'elaborazione dei dati statistici sanitari ed ogni indagine concernente la casistica dei ricoveri per il monitoraggio dell'attività dell'andamento della struttura. In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, la sua cartella clinica rimane conservata nell'archivio centrale della struttura ospedaliera in cui è avvenuto il primo ricovero, assieme ai referti degli esami effettuati e alle consultazioni degli specialisti. In tal caso, sarà cura del Responsabile della unità in cui era ricoverata la persona, trasmettere una relazione che accompagni il paziente nel suo trasferimento e che riporti gli esami effettuati, allegando eventuali copie dei referti delle analisi radiografiche e ogni altra informazione

utile per comprendere il caso clinico. Quando il paziente raggiunge la nuova struttura viene aperta una nuova pratica ed inizia la compilazione di una nuova cartella clinica. Relativamente alla conservazione, la citata norma, stabilisce che questa è illimitata in quanto rappresenta un atto ufficiale a garantire la certezza del diritto.

Per la conservazione della cartella si ritengono applicabili le leggi in materia archivistica (D.Lgs. 30 settembre 1963, n.1409) in quanto sotto il profilo oggettivo la cartella clinica deve ritenersi un documento finalizzato all'esercizio di un pubblico servizio e, quindi, un bene patrimoniale indisponibile (art. 830 Codice Civile). L'archivio assume rilevanza per:

- la tutela degli utenti
- la tutela dei principi costituzionali
- la raccolta di informazioni.

Caratteristiche dell'archivio sono la centralizzazione, la semplicità e precisione nell'archiviazione, la rapidità di consultazione. Ciò sarà facilitato anche dalla progressiva informatizzazione degli archivi. La documentazione sanitaria è bene pubblico ed in particolare bene patrimoniale indisponibile; la qualifica di bene pubblico del resto non può essere disconosciuta, trattandosi non solo di bene appartenente ad un Ente pubblico (Azienda Sanitaria), ma anche di bene destinato alla immediata soddisfazione di bisogni considerati di importanza sociale.

La cartella clinica non lascia l'archivio della struttura ospedaliera neppure su richiesta del malato. In questo caso alla persona viene rilasciata una fotocopia autenticata del documento. Gli aventi diritto, cui è riservato il rilascio del materiale sanitario (copia della cartella clinica), sono:

- il paziente
- la persona fornita di delega, conformemente alle disposizioni di legge
- il parente più prossimo (erede) in caso di decesso
- i genitori in caso di minore
- il tutore in caso di interdizione
- gli Enti previdenziali (INAIL, INPS)
- l'Autorità Giudiziaria

- Avvocati difensori (cartella della controparte)⁹

Le informazioni contenute nella cartella clinica, ai sensi del D.Lgs. 282/1999, D.P.R. 28/07/1999 n.318 e D.Lgs. 196/2003 sono considerate strettamente personali e non possono essere rivelate tranne nei casi in cui vi sia la richiesta dell interessato, degli aventi titolo, o dell' autorità giudiziaria.

Quanto scritto in cartella clinica è soggetto al segreto professionale e segreto d' ufficio. La documentazione infermieristica, quando sia distinta dalla cartella clinica, deve essere considerata come l'insieme di strumenti che guidano l'agire assistenziale. È ormai auspicabile che cartella clinica e documentazione infermieristica si integrino a formare un unico documento. Le finalità della documentazione infermieristica sono rappresentate da:

- documentare tutte le attività messe in campo dall'infermiere nel proprio agire quotidiano
- personalizzare l'intervento assistenziale sulle necessità proprie di ciascun paziente
- ridurre il passaggio di informazione verbale da un operatore all'altro nell'avvicendamento dei turni di servizio
- rilevare alcuni rischi a cui la persona può andare incontro durante il proprio percorso di cura
- rappresentare uno strumento operativo che si integra con quello utilizzato da altri professionisti
- dare evidenza di ciò che si fa in caso di controversie legali
- costituire elemento da cui trarre "dati" per scopi di ricerca scientifica.

I fondamenti legislativi che sono alla base della documentazione infermieristica sono gli stessi che hanno determinato la legittimità ed autonomia professionale delle professioni sanitarie, è dal processo di riconoscimento dell'autonomia professionale di tali profili che si ha la necessità di avere una traccia scritta dell'agire professionale. la legge n° 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" definisce il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere richiamando

⁹http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_60_allegato.pdf

il profilo professionale definito dal D.M. n° 739/94 art. 1, c. 3: “l’infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica (...), formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (...)”. La legge 42 richiama inoltre il “Codice Deontologico” dell’infermiere emanato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, 1999, in cui al punto 4.7 è scritto che: “l’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi”.

Con la legge 251/2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica” viene infine ribadita la necessità di una pianificazione assistenziale per obiettivi enfatizzando i contenuti del profilo professionale. Comunemente nella pratica clinica si trovano quali strumenti di pianificazione assistenziale la cartella infermieristica o la scheda infermieristica. Quest’ultima rappresenta una modalità meno evoluta della cartella e solitamente contiene alcuni dati anagrafici ed alcune informazioni essenziali per impostare l’assistenza. La cartella infermieristica rappresenta lo strumento cartaceo su cui l’infermiere documenta per ogni persona assistita la pianificazione dell’assistenza e la sua attuazione. Tutte le attività devono avere evidenza nella cartella infermieristica con la data e l’ora di esecuzione. Ogni organizzazione deve assicurare la rintracciabilità univoca dell’operatore responsabile della esecuzione della attività e della relativa registrazione.

La struttura della cartella infermieristica prevede le seguenti parti:

- dati di identificazione della cartella infermieristica ovvero codice RI
- dati di identificazione della persona assistita
- raccolta dati per la valutazione iniziale all’ammissione
- identificazione dei bisogni assistenziali
- identificazione degli obiettivi
- identificazione degli interventi
- diario assistenziale
- valutazione dei risultati

La raccolta dei dati va iniziata all'ingresso e completata entro le 24 ore dal ricovero; gli infermieri che raccolgono i dati appongono data e firma. Ulteriori informazioni rilevate successivamente vanno riportate nel diario assistenziale. La interpretazione dei dati permette di identificare i bisogni assistenziali e i fattori correlati, gli obiettivi, gli interventi adeguati al raggiungimento degli obiettivi. L'identificazione dei bisogni assistenziali "costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire gli esiti di cui l'infermiere è responsabile".¹⁰

L'obiettivo è la descrizione di una situazione finale verso la quale l'infermiere e il paziente devono indirizzare i loro sforzi e operare le loro scelte. Per ogni bisogno assistenziale possono essere formulati uno o più obiettivi. Il piano di assistenza deve essere definito entro le 24 ore dal ricovero. La pianificazione degli interventi infermieristici va dettagliata, laddove indicato, con la frequenza di esecuzione degli stessi. Nel diario assistenziale vanno segnalate tutte le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nella condizione della persona. Nella valutazione dei risultati si riportano le osservazioni circa il grado di raggiungimento degli obiettivi stabiliti. La cartella infermieristica va archiviata con la cartella clinica. L'affermarsi del processo di riconoscimento dell'autonomia delle professioni sanitarie e la crescente importanza del ruolo di queste all'interno del processo di cura, hanno determinato una sempre maggiore rilevanza della tracciabilità del loro operato. Si sottolinea che sempre più l'assistenza operata dalle professioni sanitarie non mediche si compenetra nel processo clinico diagnostico e terapeutico che è alla base del processo di cura. Tale importanza riconosciuta alle professioni sanitarie ha determinato al contempo, un progressivo coinvolgimento di tali professioni, nel contenzioso medico legale. Allo scopo di migliorare la tracciabilità delle responsabilità cliniche ed assistenziali, è necessario che la cartella clinica si integri con la documentazione infermieristica dando vita alla cartella clinica integrata.

La cartella clinica integrata ha lo scopo di: eliminare duplicazione di dati e di conseguenza eliminare errori da trascrizione, migliorare il livello di interazione professionale, integrare il piano assistenziale, migliorare il livello e la completezza delle informazioni. Nella cartella clinica

¹⁰North American Nursing Diagnosis Association 1990

integrata convergono tutte le diverse registrazioni dei vari professionisti (medico, infermiere, fisioterapista, dietista...), che intervengono nel processo di cura e di assistenza secondo modalità condivise e complementari. Richiede un alto livello di integrazione dell'équipe e modalità condivise di passaggio di informazione. Per essa valgono tutti i principi, responsabilità, requisiti, modalità di archiviazione e conservazione già indicati.

La cartella clinica e la cartella clinica integrata devono rispondere alla necessità di consentire la raccolta delle informazioni relative ai dati relativi ai pazienti dimessi. Tale flusso informativo è stato normato con il decreto del Ministero della Sanità 28 dicembre 1991 che ha istituito la scheda di dimissione ospedaliera (SDO). La SDO è parte integrante della cartella, ha valore medico legale, è obbligatoria per gli istituti di ricovero pubblici e privati. Racchiude la sintesi delle informazioni cliniche e delle attività diagnostiche e terapeutiche intraprese verso quel singolo paziente. Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale. Nata per finalità di carattere prettamente amministrativo del setting ospedaliero, la SDO, grazie alla ricchezza di informazioni contenute, non solo di carattere amministrativo ma anche clinico, è divenuta un irrinunciabile strumento per un'ampia gamma di analisi ed elaborazioni, che spaziano dagli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché per analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito. A tal proposito, la banca dati SDO è un elemento fondamentale del Programma Nazionale Esiti¹¹. Le successive Linee Guida del 17 giugno 1992 forniscono indicazioni puntuali sulle modalità di compilazione, codifica e gestione del flusso SDO, definendo la cartella clinica come “il chi, cosa, perché, quando e come dell'assistenza al paziente nel corso dell'ospedalizzazione” ed attribuendo alla SDO rilevanza medico-legale al pari della cartella clinica, di cui costituisce parte integrante. Il decreto 26 luglio 1993 disciplina il flusso informativo delle dimissioni ospedaliere, definendo in particolare le informazioni che costituiscono “debito

¹¹http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto

informativo” nei confronti del Ministero della Salute e definisce le relative modalità di trasmissione; il suddetto d.m. stabilisce, inoltre, che a partire dal 1 Gennaio 1995 il flusso SDO sostituisce la preesistente rilevazione dell’attività ospedaliera che veniva svolta con il modello ISTAT/D10. In seguito, il decreto ministeriale del 27 ottobre 2000, n. 380, ha aggiornato il contenuto informativo della SDO, ampliandone il tracciato record ed adottando la classificazione ICD-9-CM versione 1997 (International classification of diseases, Clinical modification) per la codifica delle diagnosi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, in sostituzione della precedente classificazione ICD9. La classificazione ICD-9-CM è stata nuovamente aggiornata con il d.m. 21 novembre 2005, adottando la versione 2002 a partire dal primo gennaio 2006, e successivamente dal d.m. 18/12/2008, che ha adottato la versione 2007 a partire dal primo gennaio 2009. La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche¹² Quest’ultimo decreto, inoltre, ha introdotto l’aggiornamento biennale dei sistemi di classificazione adottati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera, ovvero la classificazione ICD-9-CM e il sistema DRG. Il d.m. 8 luglio 2010, n. 135, infine, ha ulteriormente ampliato il contenuto informativo del flusso SDO, modificando inoltre la periodicità di invio dei dati, precedentemente semestrale e divenuta trimestrale per l’anno 2010 e mensile a partire dall’anno 2011. La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO presso gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori ed epidemiologici. Per questo nel tempo sono state prodotte diverse linee guida per precisare le corrette modalità di compilazione delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera. Oltre alle già citate Linee guida del 1992, è stata prodotta la Circolare 23 ottobre 2008, approvata dalla Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, recante "Indicazioni per la

¹²http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=ricoveriOspedalieri&menu=classificazione

compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della SDO"; successivamente, con l'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 è stato delineato un ulteriore aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della Scheda di Dimissione Ospedaliera .

VIII. Analisi della cartella clinica ed infermieristica del ricovero di Stefano Cucchi presso l'ospedale Sandro Pertini

VIII.1 Analisi documentazione

Glicemia di 40mg/dl: il giorno 19/10/2009 alle h6:00 attraverso un prelievo ematico è stata diagnosticata una glicemia di 40mg/dl, interpretata come un errore di laboratorio, a fronte di assenza di sintomatologia specifica (sudorazione, alterazione dello stato di vigilanza). Tale dato invece poteva essere riconducibile ad un esaurimento di glicogeno, ovvero alla classica ipoglicemia asintomatica, indice di digiuno protratto in malnutrizione importante¹³. E' frutto della reazione protettiva al digiuno che riduce l'insulinemia e potenzia gli ormoni controregolatori (glucagone, catecolamine) perché il glucosio neo-prodotto non venga captato dai tessuti insulino-dipendenti, ma sia a disposizione del solo fabbisogno giornaliero del SNC, cellule ematiche e corticale renale. La mancata manifestazione dei sintomi è quindi dovuta al fatto che il fabbisogno del SNC di glucosio è garantito. Nei giorni seguenti non risulta traccia di monitoraggio della glicemia.

Indice di Braden uguale a 13: tale dato, raccolto dagli infermieri all'ingresso (ore 19:45 del 17/10/2009), appare discordante dal resto della documentazione e dalle condizioni reali del

¹³M. Winick, Malnutrition and brain development, Oxford e New York 1976

paziente. Precisamente il parametro “Nutrizione Eccellente”, il quale sta ad indicare che il paziente: “Mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori”¹⁴. Tale descrizione risulta errata e totalmente discordante con le abitudini alimentari del Cucchi durante il ricovero; dalle rilevazioni sia mediche che infermieristiche si evince che Cucchi rifiuta quasi sempre i pasti, dunque è possibile affermare che tali dati sono incongruenti.

La Scala di Braden è utilizzata per la valutazione del rischio di danno all'integrità cutanea, prende in considerazione fattori come:

- la percezione sensoriale intesa come abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione;
- il grado di esposizione della pelle all'umidità;
- il grado di attività fisica;
- la capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo;
- lo stato nutrizionale;
- Frizione e scivolamento.

Ad ogni fattore può essere attribuito un punteggio variabile da 1 a 4, dove 1 è considerata la condizione peggiore e 4 la condizione migliore.

Per la valutazione del rischio di compromissione dell'integrità cutanea si sommano i punti attribuiti ad ogni fattore. In base al punteggio ottenuto, il rischio, si può classificare come:

• ¹⁴ Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V.
The Braden scale for predicting pressure sore risk.
Nursing Research. 1987; **36**: 205-210

- Severo rischio di compromissione dell'integrità cutanea se il valore totale è inferiore a 9;
- Alto rischio di compromissione dell'integrità cutanea se il valore totale è tra 10-12;
- Moderato rischio di compromissione dell'integrità cutanea se il valore totale è tra 13-14;
- Medio rischio di compromissione dell'integrità cutanea se il valore totale è compreso tra 15-18.

BRADEN SCALE – For Predicting Pressure Sore Risk

SEVERE RISK: Total score ≤ 9		HIGH RISK: Total score 10-12		DATE OF ASSESS					
MODERATE RISK: Total score 13-14		MILD RISK: Total score 15-18							
RISK FACTOR	SCORE/DESCRIPTION				1	2	3	4	
SENSORY PERCEPTION Ability to respond meaningfully to pressure-related discomfort	1. COMPLETELY LIMITED – Unresponsive (does not moan, flinch, or grasp) to painful stimuli, due to diminished level of consciousness or sedation, OR limited ability to feel pain over most of body surface.	2. VERY LIMITED – Responds only to painful stimuli. Cannot communicate discomfort except by moaning or restlessness, OR has a sensory impairment which limits the ability to feel pain or discomfort over ½ of body.	3. SLIGHTLY LIMITED – Responds to verbal commands but cannot always communicate discomfort or need to be turned, OR has some sensory impairment which limits ability to feel pain or discomfort in 1 or 2 extremities.	4. NO IMPAIRMENT – Responds to verbal commands. Has no sensory deficit which would limit ability to feel or voice pain or discomfort.					
MOISTURE Degree to which skin is exposed to moisture	1. CONSTANTLY MOIST – Skin is kept moist almost constantly by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time patient is moved or turned.	2. OFTEN MOIST – Skin is often but not always moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. OCCASIONALLY MOIST – Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. RARELY MOIST – Skin is usually dry; linen only requires changing at routine intervals.					
ACTIVITY Degree of physical activity	1. BEDFAST – Confined to bed.	2. CHAIRFAST – Ability to walk severely limited or nonexistent. Cannot bear own weight and/or must be assisted into chair or wheelchair.	3. WALKS OCCASIONALLY – Walks occasionally during day, but for very short distances, with or without assistance. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. WALKS FREQUENTLY – Walks outside the room at least twice a day and inside room at least once every 2 hours during waking hours.					
MOBILITY Ability to change and control body position	1. COMPLETELY IMMOBILE – Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. VERY LIMITED – Makes occasional slight changes in body or extremity position but unable to make frequent or significant changes independently.	3. SLIGHTLY LIMITED – Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. NO LIMITATIONS – Makes major and frequent changes in position without assistance.					
NUTRITION Usual food intake pattern ^{NPO} : Nothing by mouth. ^{IV} : Intravenously. ^{TPN} : Total parenteral nutrition.	1. VERY POOR – Never eats a complete meal. Rarely eats more than 1/3 of any food offered. Eats 2 servings or less of protein (meat or dairy products) per day. Takes fluids poorly. Does not take a liquid dietary supplement. OR is NPO ¹ and/or maintained on clear liquids or IV ² for more than 5 days.	2. PROBABLY INADEQUATE – Rarely eats a complete meal and generally eats only about ½ of any food offered. Protein intake includes only 1 serving of meat or dairy products per day. Occasionally will take a dietary supplement. OR receives less than optimum amount of liquid diet or tube feeding.	3. ADEQUATE – Eats over half of most meals. Eats a total of 4 servings of protein (meat, dairy products) each day. Occasionally refuses a meal, but will usually take a supplement if offered, OR is on a tube feeding or TPN ³ regimen, which probably meets most of nutritional needs.	4. EXCELLENT – Eats most of every meal. Never refuses a meal. Usually eats a total of 4 or more servings of meat and dairy products. Occasionally eats between meals. Does not require supplementation.					
FRICTION AND SHEAR	1. PROBLEM – Requires moderate to maximum assistance in moving. Complete lifting without sliding against sheets is impossible. Frequently slides down in bed or chair, requiring frequent repositioning with maximum assistance. Spasticity, contractures, or agitation leads to almost constant friction.	2. POTENTIAL PROBLEM – Moves freely or requires minimum assistance. During a move, skin probably slides to some extent against sheets, chair, restraints, or other devices. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. NO APPARENT PROBLEM – Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move. Maintains good position in bed or chair at all times.						
TOTAL SCORE	Total score of 12 or less represents HIGH RISK								
ASSESS	DATE	EVALUATOR SIGNATURE/TITLE		ASSESS	DATE	EVALUATOR SIGNATURE/TITLE			
1	/ /			3	/ /				
2	/ /			4	/ /				
NAME-Last	First	Middle	Attending Physician	Record No.	Room/Bed				

Form 1188P BRADEN, Use Mowers, 14 11/04 (08) J47-2142 www.dhs.gov
NAME PRINTED IN U.S.A.

Source: Barbara Braden and Nancy Bergstrom. Copyright, 1982.
 Reprinted with permission. Permission should be sought to use this tool at www.bradenscale.com

BRADEN SCALE

Use the form only for the approved purpose. Any use of the form in publications (other than internal policy manuals and training material) or for profit-making ventures requires additional permission and/or payment.

Dati prelevati da documentazione cartacea infermieristica e medica:

Data:	Diario infermieristico
18/10	“non ha cenato”
19/10	“richiesta vitto per celiaci”
20/10	“rifiuta vitto”
21/10	“non si è alimentato a cena”
	Diario clinico
20/10	“Si propone al paziente terapia infusione con sol. fisiologica che il paziente rifiuta, si raccomanda pertanto idratazione orale (il paziente tuttavia esprime disinteresse per le proprie condizioni di salute)”
21/10	“Rifiuta di alimentarsi come sta facendo fin dall’ingresso”

Peso: tale parametro era del tutto assente nell’accertamento infermieristico, l’unica prova del suo peso risale alla misurazione effettuata il 16/10 alla casa Circondariale Regina Coeli alle ore 16:35, che afferma che Cucchi pesasse 52 Kg. La seconda misurazione è stata effettuata in sede autoptica, durante tale esame il corpo di Cucchi pesava 37 kg . E’ stato inoltre calcolato un BMI di 16,38 Kg/m².

Malnutrizione e disidratazione: nella documentazione manca il bilancio idrico, che poteva risultare di fondamentale importanza per prevenire la morte del paziente. Non è stata mai segnalata in cartella la quantità precisa di liquidi assunti. L’esame che doveva allarmare particolarmente i sanitari doveva essere l’esame delle urine del 19/10 dal quale era possibile individuare un’assenza di chetoni, indice di un esaurimento del catabolismo dei grassi. Gli esami ematici dello stesso giorno indicavano un aumento della creatinemia e dell’azotemia, dovute ad un catabolismo proteico catastrofico.

Data:	Esami ematochimici
-------	--------------------

16/10	Hb 11,6 g/dl; Ht 34,9 %;
17/10, ore: 22:43	Hb 9,9 g/dl; Ht28,9 %; creatinina 0,6 mg/dl; Na 151 mEq/L; K 3,8 mEq/L; glicemia 80mg/dl
18/10, ore: 6:53	Hb10,7 g/dl; Ht 31,5%
18/10, ore 17:55	Hb 10,4 g/dl; Ht 31,3%
19/10, ore 9:38	Hb 11,1 g/dl; Ht 33,9 %; Glucosio 40 mg/dl; proteine totali 5,4g/gl; Lipasi 315 U/l; Alfa amilasi 135U/l; ALT 104; AST 51; Urea 161mg/dl; creatinina 0,93 mg/dl
21/10, ore 9:00	Hb 11,8 g/dl; Ht 35,7 %; Ast 270 U/I; Alt 189 U/I; creatinina 0,95 mg/dl; Urea 183 mg/dl; Na 156 mEq/L; K 4,4 mEq/L

Bradycardia: il giorno 17/10 è stata riscontrata una bradicardia di 46 bpm, giustificata con il fatto che il paziente fosse un atleta, ma un precedente ECG dimostrava una frequenza cardiaca di 70 bpm, discordante con la bradicardia cronica degli atleti. La frequenza cardiaca di 46 BPM poteva essere riconducibile a cause molteplici: deficit metabolici della cellula miocardica dovuti anch'essi ad una grave malnutrizione che a causa di deficit vitaminici ed elettrolitici comportano gravi alterazioni a livello miocardico come aritmie; progressi effetti tossici di abuso di sostanze stupefacenti ed alcool; effetti bradicardizzanti della terapia antiepilettica oltre che antidolorifica a base di tramadolo (Contramal), un analgesico oppiaceo, di Gabapentin, un farmaco anti-epilettico e del clorazepam (Rivotril); tutto questo può aver portato all'annullamento della risposta fisiologica all'ipovolemia e all'ipoperfusione dei distretti vitali.

Alterazioni epatiche: il giorno 19/10 attraverso gli esami ematici è stato individuato un aumento degli enzimi epatici e pancreatici indice sia di abuso di farmaci/alcool/stupefacenti ma anche di malnutrizione multifattoriale.

In definitiva sia l'assistenza sia la terapia si dimostrano assolutamente inadeguate, alcune parti della cartella sono palesemente carenti: dalla temperatura corporea registrata alcuni giorni due volte al dì altre una; al dato della temperatura corporea del 21/10 scritto in uno spazio ad esso non dedicato; nella mancata registrazione della frequenza cardiaca dal 18/10 al 21/10; nella confusa registrazione della diuresi; nell'assenza di qualsiasi riferimento ad eventuali scariche alvine; nella mancata registrazione del peso corporeo; nell'assenza di qualsivoglia segnalazione sulle pratiche

di igiene personale; nelle mancate registrazioni di assunzione di liquidi. I sanitari (almeno fino al 21/10/09) non sembrano particolarmente allarmati delle condizioni di Cucchi in quanto ne ignorano la fisiopatologia e non comprendono la possibile e rapida evoluzione di una sindrome da inanizione, ovvero una sindrome sostenuta da mancanza (o grande carenza) di alimenti e liquidi: può presentarsi “in modo acuto per totale sottrazione di ogni cibo e bevande: o in modo cronico per una loro continuata riduzione o somministrazione insufficiente”¹⁶, programmano come unica terapia la semplice reidratazione (anche se poi non riescono ad attuarla per l’opposizione del paziente), evitano di ristabilire l’equilibrio elettrolitico, vitaminico energetico del paziente. Viene inoltre a mancare un’adeguata e corretta informazione al paziente del suo gravissimo stato di salute e della possibile prognosi di morte nel caso avesse continuato a rifiutare cibi e liquidi.

VIII.2 Lesioni presenti sul corpo di Cucchi:

Le lesioni presenti sul cadavere sono evidenziabili in 2 diversi esami necroscopici: autopsia del 23/10/09 e autopsia post esumazione del 23/11/09. In particolare, all’esame esterno del cadavere durante la prima autopsia viene rilevato: “piccolo ematoma in regione sopraccigliare sinistra, escoriazioni sul dorso delle mani, lesioni escoriate in regione para-rotulea bilaterale, lesioni escoriate (non recenti) in corrispondenza della cresta tibiale sinistra, piccole escoriazioni a livello lombare para-sacrale e del gluteo destro.”

I consulenti tecnici e il Pubblico Ministero hanno giudicato le soffusioni peri-orbitarie: “Essere riconducibili ad un origine diffusiva dell’infiltrazione emorragica di un trauma del massiccio facciale”. Per quanto attiene le lesioni para-rotule, gli stessi periti le hanno definite compatibili con dinamica da caduta. All’esame autoptico: “infiltrazione nel contesto del muscolo del quadrato

¹⁶

Carrara- Romanese, pag. 177, UTET, Torino, 1971

dei lombi a sinistra e del muscolo ileo-psoas a destra, a livello della sua inserzione”. E’ da segnalare che in questa sede era stato evidenziato dalla radiografia eseguita in pronto-soccorso al Fatebenefratelli una deformazione del soma vertebrale a livello di L3, i periti aggiungono che: “le infiltrazioni emorragiche - riscontrate all’esame autoptico nelle seguenti strutture muscolari endoaddominali - erano espressione di vitalità e acuzie: si trattava cioè lesioni la cui epoca di produzione era recente e poteva essere verosimilmente compatibile con un fatto traumatico riportato dal soggetto i giorni precedenti al decesso”. Gli stessi hanno dichiarato nelle conclusioni che le citate lesioni avevano determinato per il Cucchi l’insorgere di una malattia che intesa come incapacità di intendere alle ordinarie occupazioni che (...) si sarebbe protratta per un periodo superiore ai 20 giorni e inferiore ai 40 e non avrebbe determinato alcun postumo configurante un indebolimento permanente ai sensi dell’articolo 583 c.p.. Di conseguenza (...) le suddette lesioni non avevano avuto alcun ruolo causale e/o concausale nel determinismo della morte del soggetto.

Durante il secondo esame autoptico post-estumulazione veniva eseguita una Tomografia Assiale Computerizzata che: “Dimostrava bene la frattura con cedimento strutturale della porzione postero-superiore del corpo vertebrale L3 con presenza di frammento osseo da riferire a distacco osseo di natura post-traumatica che sporgeva nel canale midollare e improntava il sacco durale. Il frammento osseo non mostrava alcuna irregolarità periferica nè iniziali fenomeni riparativi (...) a dimostrazione della recente epoca di insorgenza.”

IX. Analisi delle motivazioni

Abbiamo scelto di analizzare le motivazioni della sentenza del 5/06/2013 in quanto decretano la responsabilità dei sanitari relativamente alla morte del Cucchi.

Tale sentenza è stata poi largamente sconfessata dagli altri gradi di giudizio che hanno concentrato le responsabilità sul pestaggio subito dal sig. Cucchi.

Il nesso causale del decesso, secondo le sentenze successive, sarebbe, quindi, da ricondurre, in prima istanza, alle lesioni patite da questo. Tale sentenza non chiarisce comunque se vi sia una causalità tra traumatismo e successiva assistenza sanitaria nel determinismo dell'exitus.

Ci è sembrato giusto, analizzare con senso critico, l'operato dei professionisti sanitari, senza entrare nel merito e senza voler indagare su quale sia stato l'esatto accadimento dei fatti e senza nessuna volontà di stabilire quale ricostruzione abbia dignità di verità storica, ci siamo voluti limitare ad analizzare la reportistica clinica e, dell'assistenza infermieristica in particolare, per prendere spunto per un'indagine sulla sanità penitenziaria e sui sentimenti che il personale infermieristico prova nei confronti del paziente detenuto.

Secondo le ricostruzioni dei CCTT del PM risulta che: “non era stato disposto un doveroso accertamento specialistico cardiologico volto ad approfondire le cause della bradicardia”. In merito poi ai rifiuti delle terapie e degli accertamenti da parte di Cucchi, non risultano annotazioni controfirmate, quindi: “Non risulta in alcun modo che il paziente sia stato informato sulla gravità ovvero sulle potenzialità evolutive del proprio quadro clinico: ciò consente di ritenere che i dissensi relativi a diagnosi e terapie opposti dal Cucchi non possano essere considerati come validi.(...) Il rifiuto al trattamento sanitario costituisce di per sé una determinazione che il paziente è libero d'assumere previa costante, completa e corretta informazione sul proprio stato di salute e dei rischi che esso corre”.

Non risulta, inoltre, un adeguato monitoraggio della glicemia successivamente al valore del 19/10/09 pari a 40mg/dl.

Dalla prima autopsia è stato riscontrato un globo vescicale di circa 1400 cc di urina, considerando che il Cucchi era cateterizzato, è possibile dedurre che oltre all'ostruzione/spostamento del catetere si è verificato un accumulo di urine in vescica che non si è riversato nel sacchetto, quindi: “Non può non rilevarsi come l'atteggiamento mantenuto dal personale sanitario sia stato connotato da evidente negligenza per non aver controllato né il corretto posizionamento del catetere, né il suo efficace drenaggio, sicché l'accumulo di urine determinò un abnorme dilatazione della vescica.”

Inoltre, non c'è stato un completo monitoraggio dell'assetto elettrolitico del paziente: “non può non rilevarsi un atteggiamento imprudente (...) a fronte di stati di alterata idratazione, ed in presenza di un contesto cachettico, assumono grande valore le modificazioni di tasso ematico degli elettroliti (...) anche per l'influenza negativa che tale squilibrio elettrolitico esercita sulla attività cardiocircolatoria che, nel soggetto de quo, era già compromessa da evidente bradicardia.”

Dalle indagini necroscopiche, inoltre, è stata esclusa sia la genesi traumatica, come precedentemente descritto, sia la presenza di sostanze esogene come cause di decesso.

La mancanza di una cartella clinica integrata informatizzata, inoltre, ha sicuramente alterato la presa in carico e l'assistenza di Cucchi, in quanto essa garantisce una visione documentale d'insieme del paziente fruibile a più professionisti; permette un maggior controllo e monitoraggio delle attività svolte, delle condizioni cliniche, degli esami effettuati e della programmazione di attività future; garantisce maggior sicurezza e privacy della documentazione del paziente; permette una standardizzazione dei dati, rendendoli più chiari e completi, quest'ultimi, specialmente nel caso in questione, sono stati in parte mancanti e di difficile interpretazione; la presenza di allarmi e avvisi diminuisce inoltre la probabilità di errore e avrebbe senz'altro allarmato i sanitari delle condizioni di Cucchi.

In conclusione: “La sottovalutazione del complesso morboso di cui era portatore il Cucchi, con tutti i relativi subentranti riflessi disfunzionali, è stata certamente antecedente causale determinante nel produrre l'evento morte del Cucchi. Come sopra citato tali circostanze si sono concretizzate per il comportamento imprudente e negligente dei sanitari che avevano in cura il soggetto, dovendosi quindi ritenere che il comportamento degli stessi abbia avuto una essenziale rilevanza causale nel determinismo della morte del soggetto: si può quindi affermare in termini controfattuali che in assenza di tale condotta e con un iter diagnostico-terapeutico tempestivo ed adeguato nonché con una puntuale e completa informazione, il decesso del Cucchi si sarebbe potuto evitare con elevatissima probabilità logica e credibilità razionale”.

X. Accertamento Infermieristico

Per evidenziare quelle che sono, a nostro parere, le lacune che ci sono state da parte del personale sanitario, abbiamo riproposto qui di seguito un accertamento infermieristico inerente al caso Cucchi, analizzando alcuni degli 11 modelli funzionali della Gordon¹⁷, in un paziente che presentava:

- Politraumatismo acuto: frattura con cedimento strutturale della porzione postero-superiore del corpo vertebrale L3, ematoma in regione sopraccigliare sinistra, escoriazioni sul dorso delle mani, lesioni escoriate in regione para-rotulea bilaterale, lesioni escoriate

17

M. Gordon propone 11 modelli funzionali all'interno dei quali si possono raggruppare i comportamenti e le necessità degli esseri umani:

1. Modello di percezione e gestione della salute: definisce la visione che la persona assistita ha della propria salute e di come la gestisce.
2. Modello nutrizionale e metabolico: viene definito la tipologia di alimentazione assunta, l'apporto metabolico di sostanze e nutrienti. Ne fanno parte anche la valutazione di sistemi correlati alla tipologia di alimentazione, come ad esempio le condizioni della pelle, delle mucose, dell'altezza e del peso.
3. Modello di eliminazione: viene definita l'eliminazione intestinale ed urinaria dell'individuo nelle sue caratteristiche di maggior interesse: frequenza, quantità, qualità e tipologia.
4. Modello di attività ed esercizio fisico: all'interno di questo modello vengono analizzati tutti i comportamenti della vita quotidiana, dalle attività più semplici a quelle più complesse, comprendendo anche lo sport.
5. Modello di riposo e sonno: l'alternanza circadiana di sonno, veglia e riposo vengono analizzate nel loro susseguirsi, sia a livello qualitativo che quantitativo
6. Modello cognitivo e percettivo: vista, udito, tatto, gusto ed olfatto: i 5 sensi presi in considerazione in base a come funzionano e se hanno bisogno di ausili o apparecchiature esterne, compreso il dolore.
7. Modello di percezione di sé: viene messo in evidenza il rapporto che ogni singolo individuo ha con se stesso, gli atteggiamenti nei propri confronti.
8. Modello di ruoli e di relazioni: viene sottolineato il rapporto che ogni singolo individuo ha con le persone circostanti e le relazioni che riesce ad instaurare.
9. Modello di sessualità e riproduzione: rappresenta la percezione del singolo individuo in rapporto alla propria sfera sessuale; comprende il momento riproduttivo vissuto dalla donna (pre o post menopausa) e le problematiche percepite correlate ad esso.
10. Modello di coping e di tolleranza allo stress: si sottolinea come un individuo risponde allo stress a cui è sottoposto, le capacità di controllo e tolleranza.
11. Modello di valori e convinzioni: vengono riportati i valori e le convinzioni (religiose o meno) che influiscono sul processo di cura della persona

M.Gordon. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazione Marjory Gordon. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. CEA 2009. ISBN 8808182886

in corrispondenza della cresta tibiale sinistra, piccole escoriazioni a livello lombare parasacrale e del gluteo destro.

- Morbo celiaco
- Epilessia
- Stato di malnutrizione grave
- Tossicodipendenza da molti anni
- Ridotta compliance e adherence¹⁸ da parte del paziente

X.1 Accertamento effettuato attraverso i modelli funzionali della Gordon:

- Modello attività ed esercizio: sarebbe stato necessario ispezionare attentamente le sedi traumatiche e dolenti, effettuare Rx, Tac o Risonanza Magnetica per andare a valutare la presenza di eventuali fratture; valutare le capacità di svolgere attività di vita quotidiana attraverso la IADL e BADL¹⁹, misurare la circonferenza delle braccia e delle gambe per

18

Compliance: “agire in accordo con”, in ambito medico s’intende accondiscendere al trattamento sanitario.
Adherence: impegno del paziente ad attenersi al regime terapeutico.

19

IADL Scale (Instrumental activities daily living)

Prende in considerazione 8 parametri, ciascun parametro a sua volta può avere differenti gradi di autonomia, a ciascun grado di autonomia è possibile attribuire il valore 1 o il valore 0, per un massimo complessivo di 8 punti. Tale scala prende in considerazione la capacità nell’ usare il telefono, fare acquisti, preparazione del cibo, governo della casa, biancheria, mezzi di trasporto, responsabilità nell’uso dei farmaci, capacità di maneggiare il denaro.

La **BADL Scale** si basa su una valutazione di dipendenza o autonomia ed è fondamentale per la pianificazione assistenziale.

I parametri presi in considerazione sono 6: capacità di fare il bagno, capacità di vestirsi, uso di servizi, capacità di spostarsi, continenza, capacità di alimentarsi, autonomia totale, necessità di aiuto, dipendenza totale

Riguardo all’assegnazione dei valori, si avvale di questi parametri:

- autonomia si attribuisce il valore 0
- dipendenza il valore 1
- la necessità di aiuto varia il proprio punteggio in base al parametro di appartenenza.

Eseguendo la somma tra i punteggi attribuiti, il valore 0 rappresenta la totale autonomia, il valore 6 invece la totale dipendenza.

In base a tale valore si può stabilire una valutazione quanto più oggettiva dell’autonomia del paziente.

Questa risulta importante nella pianificazione assistenziale che sarà quanto più personalizzata e improntata sulle esigenze della persona che si assiste.

valutare la muscolatura del paziente. A questo punto sarebbe stato necessario stabilire un piano terapeutico dove il paziente necessitava di immobilizzazione della colonna vertebrale, mobilizzazione passiva ogni 2h per evitare lo sviluppo di lesioni da pressione, specialmente sulle prominenze ossee. Utile, inoltre, somministrare terapia anticoagulante per evitare lo sviluppo di tromboembolie; monitorare i parametri vitali del paziente ed educare al corretto posizionamento.

- Modello nutrizionale metabolico: sarebbe stato necessario andare a misurare il peso corporeo del paziente all'ingresso, l'altezza e calcolare il BMI; valutare lo stato di malnutrizione attraverso MUST²⁰; era importante, inoltre, andare a misurare la plica

www.evidencebasednursing.it

20

La **Scala Must** (Malnutrition universal screening tool), è la più diffusa scala di valutazione sulla **malnutrizione**. Prende in considerazione 3 parametri fondamentali: BMI; calo di peso; assunzione/non assunzione del cibo.

BMI (body mass index).

Il BMI è un indice che calcola la massa corporea mettendo in relazione peso in Kg e altezza grazie alla formula: kg/m^2

Se maggiore di 20 il punteggio è = 0;

Tra 18.5 e 20 il punteggio è = 1;

Se inferiore a 18.5 il punteggio è = 2.

Nel caso in cui non sia possibile reperire peso ed altezza della persona, si può ricorrere alla misurazione della circonferenza del braccio non dominante, nell'esatta metà del braccio con il gomito flesso di 90°.

Se la circonferenza è minore di 23.5 si attribuisce il valore 1, nel caso sia maggiore si attribuisce il valore 0.

Calo di peso.

Il calo di peso deve essere non pianificato ed essere in atto a partire dai 3/6 mesi precedenti. I valori sono così assegnati:

- In un calo ponderale minore del 5 % il punteggio è = 0;
- Se il calo risulta tra 5 e 10 % il punteggio è = 1;
- Se il calo è maggiore del 10 % il punteggio è = 2.

Assunzione/non assunzione del cibo.

Si prende in considerazione la non assunzione o la probabile non assunzione di apporto nutrizionale per una durata di più di 5 giorni

- Nel caso in cui non si sia verificata o non sia prevista, il punteggio attribuibile è 0;
- Nel caso in cui tale evento si sia verificato o sia previsto allora il punteggio attribuibile è 2.

Eseguendo la somma dei singoli valori, gli scenari che si possono presentare sono i seguenti:

- Punteggio 0: basso rischio, rivalutazione settimanale
- Punteggio 1: rischio medio, documentare l'apporto alimentare per 3 giorni e in seguito rivalutare. Se l'assunzione risulta valida rivalutare dopo una settimana, se non risulta valida provvedere con la segnalazione del rischio di malnutrizione alle figure competenti.
- Punteggio 2 o superiore: rischio alto, segnalare alle figure competenti il **rischio di malnutrizione**, verificare l'assunzione dei pasti e l'aderenza alla dieta prescritta. Eseguire rivalutazione periodica.

cutanea E analizzare i segni di disidratazione come la secchezza delle mucose. Fondamentale era somministrare la scala di Braden al paziente, al quale, secondo la documentazione accessibile, potrebbe essere assegnato un punteggio di 12:

-Percezione sensoriale: 4, ovvero “non limitata, risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriali che limitino la capacità di sentire ed esprimere dolore o disagio”.

-Umidità: 4, ovvero “raramente bagnato, la pelle abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine”. Il paziente presentava un catetere vescicale quindi, se non vi era presenza di perdite, la cute si sarebbe mantenuta asciutta.

-Attività: 1, ovvero “completamente allettato. Costretto a letto”.

-Mobilità:1, ovvero “completamente immobile”.

-Nutrizione:1, ovvero “molto povera, non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di un terzo di qualsiasi cibo offerto, due o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore”.

-Frizione e scivolamento:1, ovvero “richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti”.

Per questa tipologia di paziente sarebbe stato necessario effettuare quotidianamente un bilancio idrico²¹ E esami ematochimici per valutare l’assetto coagulativo e le alterazioni

www.evidencebasednursing.it

21

Insieme di processi che consentono di bilanciare l’assunzione e la perdita di liquidi nel corso delle 24 ore. Il bilanciamento tra ingressi e uscite deve essere finemente regolato, allo scopo di mantenere costanti, nell’ambito dei valori fisiologici per il nostro organismo, volume di acqua e concentrazioni delle sostanze in soluzione. Il mantenimento di volumi e composizioni relativamente stabili dei liquidi del nostro organismo è essenziale per la nostra sopravvivenza, in quanto il volume di acqua condiziona spiccatamente la pressione arteriosa, mentre le concentrazioni dei soluti, in particolare degli elettroliti, permettono il corretto funzionamento di sistemi vitali come, tra gli altri, quello nervoso e quello muscolare.

Il maggior quantitativo di acqua è introdotto con l’alimentazione (circa 2.100 ml al giorno), mentre circa 200 ml sono ascrivibili alle reazioni metaboliche che hanno l’acqua tra i loro prodotti. Le uscite sono invece rappresentate da numerose voci: la sudorazione insensibile (perspiratio insensibilis), che ammonta a circa 350 ml al giorno, l’emissione

elettrolitiche del paziente. Stefano, infatti, oltre a presentare una grave disidratazione, soffriva di epilessia; tale patologia ha tra i principali fattori di rischio lo squilibrio metabolico, il quale può provocare l'insorgenza di gravi crisi epilettiche quindi sarebbe stato necessario somministrare una dieta corretta, con dosi calcolate di proteine e grassi, perchè quest'ultimi quando metabolizzati producono chetoni che inibiscono lo sviluppo delle crisi. Di fondamentale importanza, inoltre, sarebbe stato stabilire la giusta dieta per il paziente, integrando con la consulenza da parte di un medico nutrizionista perché il paziente oltre a presentarsi malnutrito e disidratato, era affetto dal morbo celiaco. Dopo aver informato Stefano sui rischi ai quali poteva essere soggetto a causa del suo atteggiamento oppositivo e dopo aver fatto chiarezza sul suo reale rischio di vita, sarebbe stato giusto valutare metodi alternativi all'alimentazione, come l'inserimento di un sondino naso gastrico oppure l'utilizzo di un'alimentazione parenterale. In una simile condizione sarebbe stato necessario monitorare quotidianamente il peso corporeo e lo stato di disidratazione, specialmente nei pazienti in stato detentivo che spesso in segno di protesta attuano lo sciopero della fame. Sarebbe stato fondamentale, inoltre, bagnare le labbra e le mucose del cavo orale, che, a causa della disidratazione, avrebbero potuto lesionarsi. Da non sottovalutare, oltretutto, l'importanza dell'educazione del paziente, anche attraverso il fornimento di opuscoli, ad attenersi a una dieta adeguata al morbo della celiachia.

- Modello cognitivo percettivo: dalla disamina della documentazione emerge che in più occasioni il paziente ha lamentato algia, in questo caso sarebbe stato

di vapor acqueo durante la respirazione (altri 350 ml), la sudorazione, circa 100 ml (ma in condizioni di esercizio fisico intenso può giungere a 1/2 l l'ora), le feci (in condizioni normali circa 100 ml al giorno) e le urine che eliminano circa 1.400 ml al giorno.

Così come gli ingressi possono variare molto in base all'assunzione di liquidi e, più in generale, all'alimentazione (una porzione di pomodori non si beve, ma contiene molta acqua rispetto a un analogo quantitativo di pane), anche le uscite possono subire considerevoli variazioni, in particolare, in base alla sudorazione. È quindi necessario che quanto entrato e quanto eliminato siano bilanciati. A tal fine interviene primariamente l'eliminazione urinaria, avendo il rene, tra i suoi compiti principali, quello di bilanciare le entrate di liquidi, tenendo conto delle altre uscite. Le altre vie di eliminazione di acqua non svolgono infatti tale funzione in base alle entrate, ma allo scopo di eliminare calore (la sudorazione) o aiutare altre funzioni (respirazione, defecazione). In tal senso il volume urinario potrà oscillare marcatamente, riducendosi o aumentando in funzione del raggiungimento del bilanciamento tra entrate e uscite.

Jannice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. CEA, 2017

necessario valutare sede e intensità del dolore del paziente, almeno ogni 2h, attraverso somministrazione di scale come la NRS²², la VAS²³ o anche della VRS²⁴; nel caso in cui

22

L’NRS scale è uno strumento di valutazione del dolore molto diffuso per la sua semplicità di somministrazione. Si tratta di una scala di tipo unidimensionale, ovvero che va a considerare soltanto il dolore e nessun altro fattore. L’NRS consiste in una scala numerica da 0 a 10 dove:

- Il valore 0 indica dolore assente.
- Il valore 10 indica dolore massimo.
- I valori tra 1 e 9 compresi indicano una ingravescente presenza di dolore

www.evidencebasednursing.it

23

La Scala di valutazione visivo/analogica (VAS) appartiene alla categoria delle scale unidimensionali di valutazione del dolore.

Essa viene rappresentata da un segmento lungo 10 centimetri, alle estremità del quale si trovano i due parametri:

- dolore assente a sinistra
- massimo dolore a destra.

Il paziente, a cui viene somministrata tale scale, deve indicare con una X lungo il segmento la quantità di dolore percepito. Il somministratore deve in seguito misurare la distanza dalla X agli estremi. Più l’X è spostata a sinistra e meno dolore il paziente prova, più è a destra e maggiore sarà il dolore percepito.

Tra i vantaggi della scala VAS troviamo l’alta sensibilità.

Gli svantaggi invece sono innumerevoli:

- È una scala soggettiva, in quanto misura la percezione del dolore da parte del paziente, quindi il valore di massimo dolore varia da soggetto a soggetto, può rappresentare il massimo dolore di cui il paziente ha esperienza o il massimo dolore che il paziente può sopportare.
- Necessita di una forma cartacea.
- Necessita di pazienti senza deficit fisici o cognitivi.
- Necessita di pazienti collaboranti.

www.evidencebasednursing.it

24

La scala di valutazione verbale (VRS) appartiene alla categoria delle scale unidimensionali di valutazione del dolore. Essa viene rappresentata visivamente da un segmento all’interno del quale si trovano 5 aggettivi che quantificano il dolore.

Al paziente a cui si somministra questa scala si richiede di dare un aggettivo al dolore percepito.

Partendo da sinistra verso destra troviamo le seguenti opzioni:

0 – Dolore assente;

Stefano si fosse rifiutato o fosse stato impossibilitato a rispondere sarebbe stato utile valutare il linguaggio del corpo e la mimica facciale. Si sarebbe potuto considerare anche l'impiego di tecniche alternative agli antidolorifici, i quali hanno azione bradicardizzante, come il posizionamento adeguato e impacchi freddi.

- Modello di eliminazione: all'ingresso in Pronto Soccorso è stato posizionato un catetere vescicale perché il paziente non riusciva ad urinare, sarebbe stato utile quindi andare a valutare quantità e qualità delle urine nella sacca, valutare che il catetere non sviluppasse lesioni sulla cute, che non ci fossero piegamenti o ostruzioni, sarebbe stato utile eseguire quotidianamente esami delle urine e, successivamente rivalutare la ripresa della funzionalità urinaria rimuovendo il catetere. L'infermiere avrebbe dovuto inoltre, monitorare l'eliminazione intestinale, che a causa dell'immobilizzazione, sarebbe potuta risultare alterata, in particolare avrebbe potuto sviluppare stipsi, sarebbe stato utile, quindi, educare Stefano ad una dieta ricca di fibre e liquidi; palpare l'addome ed eseguire un'ispezione rettale per valutare la presenza di feci a livello dell'ampolla rettale e l'eventuale presenza di fecalomi, ed effettuare eventualmente, un clistere evacuativo.
- Modello di percezione e gestione della salute: Stefano da anni abusava di sostanze stupefacenti, assumeva circa 7 caffè al giorno, fumava quotidianamente un pacchetto di sigarette e aveva perso molto peso per rientrare nella categoria di boxe, non comprendeva gli effetti negativi del suo stile di vita, non conosceva la dieta adeguata alla celiachia, oltretutto non collaborava con il piano terapeutico indispensabile alla salvaguardia della

1 – Dolore lieve;

2 – Dolore moderabile;

3 – Dolore forte;

4 – Dolore insopportabile.

I vantaggi sono innumerevoli, ovvero: semplice e pratico nella somministrazione, non necessita di supporto cartaceo, in quanto può essere somministrato anche solo verbalmente, offre maggior spazio alla descrizione qualitativa più che quantitativa.

www.evidencebasednursing.it

sua vita. Sarebbe stato, quindi, fondamentale fin da subito stabilire un percorso educativo e mettere a conoscenza Stefano delle proprie condizioni.

- Modello di coping e tolleranza dello stress: da un'anamnesi accurata e dalle cartelle cliniche del paziente era possibile riscontrare una difficoltà nella tolleranza allo stress, si può supporre, infatti, che l'utilizzo di sostanze stupefacenti potesse essere un metodo di coping. Per questo motivo era possibile riscontrare in Stefano una fragilità nei confronti di eventi stressogeni, come il trauma fisico e la detenzione. Sarebbe stato nostro compito educare il paziente a trovare metodiche alternative ad affrontare il forte stress psico-fisico che stava attraversando, solo così sarebbe stato possibile rendere il paziente collaborante e propositivo nell'affrontare e migliorare la propria condizione di salute.
- Modello di ruolo e relazioni: da una profonda anamnesi, ma anche dalla vera e propria osservazione di Stefano, era possibile riscontrare un paziente in stato di detenzione, diffidente e poco collaborante, con rapporti familiari difficili; tanto bastava per dimostrare che questo modello risultasse alterato. Sarebbe stato quindi fondamentale, per instaurare un rapporto di fiducia e un colloquio efficace con il paziente, cercare di intraprendere un percorso educativo e relazionale basato sull'empatia e l'ascolto attivo, in modo da aiutarlo a partecipare attivamente all'assistenza sanitaria.

Gli undici modelli funzionali della Gordon servono a semplificare la valutazione delle varie sfere personali di un individuo, applicando un approccio olistico. Di tale valutazione la figura infermieristica, a seguito della nascita del Profilo dell'Infermiere²⁵, ne è responsabile. In base alla

25

D.M. 14 settembre 1994, n. 739: (...) l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. 2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. 3. L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale. 4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca. 5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree: a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica; b) pediatria: infermiere pediatrico; c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico; d) geriatria: infermiere geriatrico; e) area critica: infermiere di area critica. 6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1870_allegato.pdf

gravità dello stato del paziente sarà necessario focalizzarsi più su alcuni modelli che su altri, ma tutti dovranno essere valutati, poichè spesso, per arrivare al superamento di determinati obbiettivi vitali sarà necessario attuare interventi che possano sembrare banali, come per esempio, instaurare un rapporto con la persona.

XI. Responsabilità infermieristica

Sulla base del decreto legge n.42/1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”²⁶, della Legge n.251/2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica”²⁷ e infine della Legge

26

Legge 26 febbraio 1999, n. 42

Disposizioni in materia di professioni sanitarie

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999

Art. 1.

(Definizione delle professioni sanitarie)

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria"(...) è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".
2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione *post-base* nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali. (...)

Art. 3.

(Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175)

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni: (...)

c)

all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

d)

all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";

e)

all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221"; (...)

27

Legge 10 agosto 2000, n. 251

"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

(Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000)

Art. 1.

n.43/2006 “ Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”²⁸ è espresso il concetto di autonomia della professione infermieristica. Tale autonomia comporta, in caso di violazione degli obblighi professionali, la responsabilità

(Professioni
e professione sanitaria ostetrica)

sanitarie

infermieristiche

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell’assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell’esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all’integrazione dell’organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell’Unione europea.(...)

a) l’attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell’organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata. (...)

28

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"
pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 40 del 17 febbraio 2006

ART.

1.

(Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell’individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

ART.

2.

(Requisiti).

1. L’esercizio delle professioni sanitarie di cui all’articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all’esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell’articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull’intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d’intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni(...)

4. L’aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.(...)

infermieristica in ambito penale, civile e disciplinare²⁹. L'infermiere sarà quindi chiamato a rispondere del danno prodotto dalle sue azioni e/o omissioni.

Nonostante l'avanzamento professionale, continuano ad esserci vecchie concezioni riguardanti la subordinarietà dell'infermiere al medico, non solo in ambito socio-culturale bensì anche a livello giuridico, dove vengono pronunciate sentenze non tenendo di conto le responsabilità infermieristiche, regolamentate già da tempo. Uno di questi esempi è la sentenza del 5/06/2013 della corte di Assise di Roma relativa alla morte di Stefano Cucchi, dove più infermieri sono stati assolti pur non rispettando i propri doveri professionali, sottolineati più e più volte nel Profilo e nel codice deontologico.

29

–**Responsabilità civile:** situazione giuridica di obbligo gravante su un soggetto e che si instaura o per inadempimento di un obbligo, definita responsabilità contrattuale, o per qualsiasi atto illecito, sia esso doloso o colposo, che rechi danno ad altri, definita responsabilità extracontrattuale. Il diritto privato distingue all'interno della responsabilità civile più categorie: diretta (quando l'illecito è causato dal soggetto stesso) oppure indiretta (quando l'illecito è commesso da altro di cui il soggetto risponde). La sanzione prevista dall'ordinamento è di natura risarcitoria, al fine di riparare del pregiudizio economico subito dal danneggiato.

Esempio: se una persona, nell'esercizio della professione di infermiere, durante manovre di igiene del paziente rompe un impianto ortodontico, sarà chiamato a rispondere per il danno economico.

–**Responsabilità penale:** conseguente alla commissione di un illecito penale. Tale responsabilità è sempre personale. Il danno può essere commesso direttamente dal reo (colpevole) nei confronti della vittima (colui che subisce danno) o per dolo (seguendo l'intenzione), o in modo preterintenzionale (gli effetti realizzatisi superano quelli previsti), o per colpa (senza volontà di procurare il danno stesso). I danni possono essere causati anche per imperizia, negligenza, inesperienza. Va ricordato che il danno è tale pure se omissivo. La sanzione prevista dall'ordinamento va dal pagamento di ammenda sino alla reclusione.

Esempio: se un professionista sanitario non soccorre in caso di necessità un passante sentitosi male, il professionista sarà chiamato a rispondere per omissione di soccorso.

–**Responsabilità ordinistico-disciplinare:** violazione di un regolamento che disciplina l'Ordine professionale. La sanzione prevista va dall'avvertimento alla radiazione dall'Ordine.

–**Responsabilità amministrativo-disciplinare:** violazione da parte dei funzionari nei confronti di terzi di un regolamento di disciplina adottato dal datore di lavoro, sia esso un'azienda privata o un ente pubblico. Si verifica qualora un funzionario venga meno a un dovere d'ufficio. La sanzione prevista va dal rimprovero verbale al licenziamento.

L.Poli; R.S.Albertini; I.Del Giglio. La responsabilità infermieristica. Il manuale dell'infermiere professionale. Diritto, deontologia e casi pratici. Higeia Press 2013

XII. Materiale e metodi

Abbiamo deciso di indagare il pensiero del personale infermieristico, relativamente alla tematica dell'assistenza al paziente detenuto. Nel periodo compreso tra il 1 Gennaio al 31 Luglio è stato somministrato un questionario self-made a personale infermieristico reclutato tramite web (Google moduli).

Il questionario è composto da 23 domande totali di cui 2 con l'utilizzo della scala Likert, 20 a risposta multipla, 1 a risposta aperta. L'adesione al questionario è stata libera e anonima e sottoposta all'accettazione di un consenso informato espresso direttamente sulla piattaforma. Sono stati presi in considerazione solo i soggetti che hanno sottoscritto il consenso informato. Sono stati inclusi nell'indagine solo i questionari a cui l'intervistato ha risposto alla totalità dei requisiti. Sono stati raccolti un totale di 188 questionari, che sono poi stati analizzati con foglio di calcolo Excel e programma SPSS per la statistica. Oltre alla statistica descrittiva, sono stati analizzati associazioni e fattori di confondimento con programma SPSS.

XIII. Allegato 1: Questionario d'indagine



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Questionario d'indagine sull'assistenza infermieristica a pazienti detenuti.

Gentilissimo/a,

Le chiediamo un po' del Suo tempo per la compilazione del questionario, in forma anonima.

Il questionario fa parte di un'indagine riguardante le percezioni che gli infermieri hanno nel prestare assistenza infermieristica a pazienti detenuti. La ricerca è svolta da Prof. Marco Tanini, Avv. Dott.ssa Antonietta Marchionna, Avv. Dott. Giovanni Tarquini e il laureando Tobia Vincenzo Galasso.

Il progetto viene condotto nel rispetto delle disposizioni del codice di deontologia e buona condotta per il trattamento di dati personali, per scopi statistici e scientifici ed unicamente con operazioni strettamente indispensabili alla conduzione dello studio.

Il consenso alla partecipazione all'indagine è ritenuto acquisito nel momento in cui viene compilato il questionario.

Età

La tua risposta

Sesso

- M
- F

Figli

- si
- no

Stato civile

- Nubile/Celibe
- Coniugato
- Separato
- Divorziato
- Vedovo

Titolo di studio

- Diploma
- Scuola diretta a fini speciali
- Laurea
- Laurea Magistrale
- Master

E' un dipendente pubblico o lavora nel privato?

- Pubblico
- Privato

Le piacerebbe lavorare in un reparto penitenziario?

- Si
- No

Le è mai capitato di prestare assistenza infermieristica a pazienti detenuti?

- Si
- No

Se ha risposto 'Si' alla domanda precedente, è mai stato/a aggredito/a verbalmente o fisicamente dal paziente detenuto?

- Si
- No

Reputa che sia necessaria una formazione speciale per prestare assistenza a pazienti detenuti?

- Si
- No

Secondo lei, i pazienti detenuti necessitano di un piano di assistenza infermieristica diverso?

- Si
- No

Si sentirebbe a suo agio qualora dovesse rapportarsi con un paziente detenuto?

- Si
- No

Secondo lei, è importante conoscere il tipo di reato commesso dal proprio paziente per eseguire al meglio la sua professione?

- Si
- No

Secondo lei un paziente detenuto, può avvertire discriminazione in ospedale?

- Si
- No

Per quella che è la sua esperienza, i pazienti detenuti vengono discriminati dal sistema sanitario?

- Si
- No
- Non so

Secondo lei, la presenza di guardie penitenziarie in ospedale durante il ricovero di un paziente detenuto, è:

- una fonte di sicurezza
- un ostacolo per l'attività infermieristica
- un ostacolo per il rapporto infermiere/paziente
- dipende dal tipo di reato
- altro
- non so

Reputa che sia i pazienti detenuti che i pazienti ordinari debbano avere i soliti diritti?

- Pienamente d'accordo
- in parte d'accordo
- pienamente in disaccordo
- dipende dal reato
- Non so

Secondo lei, è giusto che i detenuti vengano ricoverati in:

- reparti penitenziari
- reparti normali con sorveglianza penitenziaria H24
- infermeria del carcere

Secondo lei, è giusto che i pazienti detenuti che si trovano in strutture ospedaliere

- possano ricevere visite quotidianamente dai familiari
- non abbiano variazioni sul numero di visite, rispetto all'ordinaria detenzione
- non so

Secondo lei, lo stato di detenzione può influire sulla qualità dell'assistenza sanitaria?

Esprima il suo giudizio scegliendo la risposta più adatta riportata nella scala sottostante, in cui il valore 1 corrisponde ad assolutamente in disaccordo e il valore 10 a pienamente d'accordo.

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Secondo lei, è giusto che la tipologia del reato commesso possa sconsigliare il ricovero in ospedale?

- Si
- No

Secondo lei, i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere?

Esprima il suo giudizio scegliendo la risposta più adatta riportata nella scala sottostante, in cui il valore 1 corrisponde ad assolutamente in disaccordo e il valore 10 a pienamente d'accordo.

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Secondo lei, un paziente detenuto aumenta la responsabilità infermieristica?

- Si
- No

XIV. Risultati

Alla prima domanda abbiamo chiesto, agli intervistati, di indicare la loro età. E' emerso che il più giovane ha 22 anni; il più anziano ha 57 anni; il valore modale è di 23 anni; l'età media è di

Con il secondo quesito abbiamo indagato il genere degli intervistati, è emerso che la maggioranza è rappresentata da donne, 170 (90%); mentre gli uomini sono 18 (10%).

Grafico 1: rappresentazione del genere degli intervistati (ricordatevi che le didascalie vanno scritte in 10)

Con il quesito numero tre abbiamo indagato la presenza o meno di figli, la maggioranza non ha figli, 164 (87%); mentre i restanti 24 (13%) sì.

Grafico 2: rappresentazione della presenza di figli

Alla domanda numero quattro abbiamo chiesto agli intervistati di rispondere relativamente allo stato civile, è emerso che la maggioranza (152), pari all'81% è nubile/celibe; il 15% (29) è coniugato; il restante 4% è rappresentato da divorziati e separati.

Grafico 3: rappresentazione dello stato civile degli intervistati

Al quesito numero cinque è stato analizzato il titolo di studio degli intervistati, è emerso che la maggioranza (154), ovvero l'81% possiede la laurea; il 9% (17) possiede il diploma; in 5, il 3% , hanno frequentato la scuola diretti a fini speciali; 13 intervistati, ovvero il 7% possiede un master.

Grafico 4: rappresentazione del titolo di studio degli intervistati

Alla sesta domanda abbiamo analizzato il settore di occupazione degli intervistati: è emerso che 124 intervistati (66%) lavorano nel settore pubblico; mentre il restante 34% (64) lavora nel settore privato.

Grafico 5: rappresentazione del settore occupazionale

Al quesito numero sette abbiamo analizzato il giudizio degli intervistati nell'appetibilità nel lavorare in un reparto penitenziario. E' emerso che 95 intervistati (51%) ci lavorerebbero volentieri, mentre i restanti 93 (49%) hanno espresso parere negativo.

Grafico 6: rappresentazione del giudizio sulla volontà nel lavorare in un reparto penitenziario

All'ottava domanda abbiamo indagato se gli intervistati hanno mai prestato assistenza al paziente detenuto. E' emerso che in 113 (60%) hanno dato risposta positiva, mentre i restanti 75(40%) negativa.

Grafico 7: rappresentazione dell'esperienza lavorativa con pazienti detenuti

Al quesito numero nove abbiamo chiesto agli intervistati se hanno mai subito aggressioni verbali/fisiche dal paziente detenuto: in 99 (88%) hanno dato risposta negativa, mentre i restanti 14 (12%) hanno dato risposta positiva.

Grafico 8: rappresentazione delle aggressioni verbali/fisiche subite dagli intervistati

Alla decima domanda è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, sia necessaria una formazione speciale per prestare assistenza al paziente detenuto: in 137 (73%) hanno risposto: “Sì”, mentre in 51 (27%) hanno dato risposta negativa.

Grafico 9: rappresentazione sul parere degli intervistati a riguardo la necessità di una formazione speciale per prestare assistenza al paziente detenuto.

Al quesito numero undici è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, i detenuti necessitano di un piano di assistenza infermieristica diverso: è emerso che in 103 (55%) intervistati non sono favorevoli ad un diverso piano assistenziale, mentre 85 (45%) sono d'accordo con l'affermazione che i pazienti detenuti necessitano di un piano assistenziale apposito.

Grafico 10: rappresentazione dell'opinione degli intervistati a riguardo del fatto che i detenuti possano necessitare di un piano assistenziale diverso.

Alla domanda numero dodici è stato chiesto agli intervistati se si sentirebbero a loro agio nel rapportarsi con il paziente detenuto, ne è emerso che: 147 (78%) intervistati si sentirebbero a proprio agio, mentre i restanti 41 (22%) hanno dato parere negativo.

Grafico 11: Rappresentazione del parere degli intervistati riguardante il piacere nel rapportarsi con il paziente detenuto.

Al tredicesimo quesito è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, conoscere il tipo di reato del paziente sia importante. Ne è emerso che: 133 (71%) intervistati pensano non sia importante conoscerlo, mentre per i restanti 55 (29%) lo è.

Grafico 12: rappresentazione del parere degli intervistati riguardante la necessità di conoscere il tipo di reato.

Alla domanda numero quattordici è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, i pazienti detenuti possano avvertire discriminazione in ospedale. Ne è emerso che: per 169 intervistati (90%) la risposta è positiva, mentre per i restanti 19 (10%) la risposta è negativa.

Grafico 13: rappresentazione del parere degli intervistati riguardante la possibilità per il paziente detenuto di avvertire discriminazione in ospedale.

Al quindicesimo quesito è stato chiesto agli intervistati se, secondo la loro esperienza, i pazienti detenuti vengono discriminati dal Sistema Sanitario Nazionale. Ne è emerso che: in 65 hanno dato risposta affermativa (35%), in 62 hanno dato risposta negativa (33%), in 61 hanno risposto che non lo sanno (32%).

Grafico 14: rappresentazione del parere degli intervistati riguardante la discriminazione dei pazienti detenuti da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

Alla domanda numero sedici è stato chiesto agli intervistati cosa rappresenti, secondo loro, la presenza di guardie penitenziarie durante un ricovero, è emerso che: per 116 infermieri (62%), la loro presenza rappresenta una fonte di sicurezza; per 6 (3%) rappresenta un ostacolo per l'attività infermieristica; per 10 (5%) rappresenta un ostacolo per il rapporto infermiere-paziente; per 37 infermieri (20%) varia in base al tipo di reato commesso; 8 intervistati (4%) non hanno riscontrato, nelle seguenti opzioni, la loro giusta motivazione; i rimanenti 11 (6%) non hanno saputo rispondere

Grafico 15: rappresentazione delle opinioni degli intervistati riguardanti la presenza delle guardie penitenziarie durante il ricovero del paziente detenuto.

Al diciassettesimo quesito è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, i pazienti detenuti e i pazienti ordinari debbano avere i soliti diritti, è emerso che: in 146 (78%) reputano che sia giusto; in 32 (17%) sono in parte d'accordo; in 5 sono pienamente in disaccordo; in 2 reputano che dipenda dal tipo di reato; i restanti 2 non hanno saputo rispondere.

Grafico 16: rappresentazione del parere degli infermieri riguardante i diritti dei pazienti detenuti rispetto ai pazienti ordinari.

Alla domanda numero diciotto è stato chiesto agli intervistati dove sia più giusto ricoverare i pazienti detenuti, è emerso che: per 96 intervistati (51%) è giusto ricoverarli in reparti normali con sorveglianza H24, in 79 (42%) hanno risposto "Reparti penitenziari", mentre per i restanti 13 è giusto ricoverarli nell'infermeria del carcere.

Grafico 17: rappresentazione del parere degli infermieri riguardante il giusto luogo di ricovero dei pazienti detenuti.

Al diciannovesimo quesito è stato chiesto agli infermieri il loro parere riguardo la possibilità dei pazienti detenuti di ricevere visite: 41 intervistati (22%) credono sia giusto che ricevono quotidianamente visite dai familiari; in 130 (69%) pensano che non debbano avere variazioni sul

numero di visite, rispetto all'ordinaria detenzione; i restanti 17 (9%) non sanno quale sia, secondo loro, la scelta più adatta.

Grafico 18: rappresentazione del parere degli infermieri, riguardante il giusto numero di visite che possono ricevere i pazienti detenuti.

Alla domanda numero venti è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, lo stato di detenzione possa influire sulla qualità dell'assistenza infermieristica, dando un giudizio da 1 a 10. Dalle 188 risposte è emerso che: la moda è 6, la media ponderata è 5.696

Grafico 19: rappresentazione del parere degli infermieri sull'influenza che può avere lo stato di detenzione sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Al ventunesimo quesito è stato chiesto agli infermieri se, secondo loro, la tipologia di reato commesso possa sconsigliare il ricovero in ospedale, è emerso che: 126 hanno risposto di no (67%), mentre i restanti 62 (33%) hanno dato risposta affermativa.

Grafico 20: rappresentazione del parere degli infermieri riguardanti l'influenza che ha la tipologia di reato commesso sul possibile ricovero in ospedale.

Alla ventiduesima domanda è stato chiesto agli intervistati attraverso una scala Likert, se, secondo loro, i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere. Dalle 188 risposte è emerso che: la moda è 8, la media ponderata è di 6.548.

Grafico 21: rappresentazione del parere degli intervistati riguardante il fatto che i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere.

Alla domanda numero ventitré è stato chiesto agli intervistati se, secondo loro, il paziente detenuto aumenta la loro responsabilità infermieristica; è emerso che per 100 intervistati (53%) la risposta è affermativa, mentre per i restanti 88 (47%) la risposta è negativa.

Grafico 22: rappresentazione sul parere degli infermieri riguardante il variare della responsabilità infermieristica con paziente detenuto.

Abbiamo poi indagato se vi fossero delle correlazioni tra le risposte date, nello specifico abbiamo verificato quante persone che hanno risposto affermativamente alla domanda numero 8: "Le è mai capitato di prestare assistenza infermieristica a pazienti detenuti?". In 111 hanno risposto affermativamente. Di questi 111 abbiamo verificato come hanno risposto alla domanda numero 10: "Reputa che sia necessaria una formazione speciale per prestare assistenza a pazienti detenuti?". In 68 hanno risposto affermativamente dimostrando una correlazione tra l'esperienza con pazienti detenuti e il ritenere necessario una formazione specifica.

Grafico 23: Il grafico illustra l'incidenza delle persone che ritengono che sia necessaria una formazione specifica raffrontato con il gruppo che ha avuto esperienza di assistenza ai detenuti.

Analogamente abbiamo verificato quante delle persone che hanno risposto affermativamente al quesito 8 hanno risposto affermativamente al quesito 11, ovvero che i detenuti necessitano di un piano di assistenza infermieristica diverso. Di questi, 85 hanno risposto positivamente alla domanda 11.

Grafico 24: Illustrazione dell'incidenza degli intervistati che dichiarano necessario un piano di assistenza specifica raffrontato con il gruppo di persone che ha avuto esperienza di assistenza ai detenuti.

Inoltre abbiamo verificato quanti intervistati hanno risposto affermativamente alla domanda 8 e alla domanda 12: "Si sentirebbe a suo agio qualora dovesse rapportarsi con un paziente detenuto?" Notiamo un'ottima correlazione in quanto 100 soggetti su 111 hanno dato risposta affermativa ad entrambi i quesiti.

Grafico 25: Il grafico rappresenta l'incidenza di persone che dichiarano di sentirsi a proprio agio con pazienti detenuti raffrontato a infermieri che hanno avuto esperienza di assistenza al paziente detenuto.

Sempre relativamente alla domanda numero 12: " Si sentirebbe a suo agio qualora dovesse rapportarsi con un paziente detenuto?" abbiamo verificato che 42 soggetti hanno dichiarato di non sentirsi a proprio agio; abbiamo quindi verificato come questi hanno risposto alla domanda numero 13: "Secondo lei è importante conoscere il tipo di reato commesso dal proprio paziente per eseguire al meglio la sua professione?", di questi, in 16 hanno dato risposta affermativa; dimostrando che non vi è una stretta correlazione tra chi pensa di non sentirsi a suo agio con un paziente detenuto ed il ritenere importante conoscere il tipo di reato commesso. Dimostrando quindi che chi non si sente a proprio agio con il detenuto, prova questa sensazione a prescindere dal reato commesso.

Grafico 26: Rappresentazione dell'incidenza di persone che dichiarano l'importanza di conoscere il tipo di reato a confronto con coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto.

Sempre sui soggetti che hanno espresso disagio nel rapportarsi con il paziente detenuto abbiamo indagato la loro opinione riguardo la presenza di agenti penitenziari in ospedale in reparto. E' interessante osservare che tra le persone che esprimono di potersi sentire a disagio nessuno ha indicato risposte riferibili ad una possibile interferenza nella relazione infermiere-paziente data dalla presenza di agenti penitenziari. Tra le risposte indicate prevale l'opinione che l'agente penitenziario sia una fonte di sicurezza. Inoltre in 15 hanno affermato che l'utilità di avere un agente penitenziario possa dipendere dal tipo di reato.

Grafico 27: Il grafico rappresenta l'incidenza del giudizio degli intervistati circa la presenza di agenti penitenziari messo a confronto con la rappresentazione dell'incidenza del giudizio di coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto.

Sempre relativamente alla sensazione di disagio, espressa dalla domanda numero 12, abbiamo indagato quale sia il pensiero di queste persone relativamente al fatto che i detenuti e i pazienti ordinari debbano avere i soliti diritti (domanda 17). E' emerso che in 28 hanno risposto che sono pienamente d'accordo sul fatto che i pazienti detenuti debbano avere i soliti diritti dei pazienti ordinari; mentre in 4 sono in parte d'accordo sul concedere loro i soliti diritti.

Grafico 28: Il grafico rappresenta l'incidenza del giudizio degli intervistati circa i diritti che dovrebbero avere i pazienti detenuti rispetto ai pazienti ordinari a confronto con coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto.

Le persone che si sentono a disagio con il paziente detenuto (domanda 12) hanno espresso (domanda numero 18) che il giusto reparto per un detenuto è: reparto penitenziario (15); infermeria del carcere (7); reparti normali con sorveglianza penitenziaria H24 (19).

Grafico 29: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che si sentono a proprio agio con il paziente detenuto a confronto con il loro giudizio circa il giusto reparto di ricovero.

Tra le 42 persone che hanno affermato di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto, 16 hanno dichiarato che la tipologia di reato può scongiurare il ricovero in ospedale.

Grafico 30: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che dichiarano che la tipologia di reato può scongiurare il ricovero in ospedale a confronto con coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto.

Analogamente a come è stato visto nel grafico precedente siamo andati a valutare tra coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto, in quanti hanno dichiarato, sempre attraverso la domanda numero 21, che la tipologia di reato non deve scongiurare il ricovero ospedaliero; è emerso che su 42 intervistati che dichiarano di non sentirsi a proprio agio, in 26 non scongiurano il ricovero in ospedale in base al tipo di reato.

Grafico 31: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che dichiarano che la tipologia di reato può scongiurare il ricovero in ospedale a confronto con coloro che dichiarano di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto.

Nel grafico qui di seguito è stata rappresentata la risposta affermativa al quesito 21: "E' giusto che la tipologia del reato commesso possa scongiurare il ricovero in ospedale?" a confronto con la domanda 14, ovvero, se secondo gli intervistati il paziente detenuto può avvertire discriminazione in ospedale.

E' emerso che la maggior parte di coloro che hanno risposto affermativamente alla domanda numero 21, lo hanno fatto anche per il quesito 14.

Grafico 32: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che dichiarano che un paziente detenuto può avvertire discriminazione in ospedale a confronto di coloro che sconsigliano il ricovero in base alla tipologia del reato commesso.

Nel grafico successivo sono state analizzate le risposte negative alla domanda numero 21, ovvero: "E' giusto che la tipologia del reato commesso possa sconsigliare il ricovero in ospedale?" a confronto con le risposte al quesito numero 15. E' emerso che circa un terzo degli intervistati presi in considerazione (chi reputa che la scelta del ricovero non vada presa in base al tipo di reato commesso) non pensa che i detenuti siano discriminati dal SSN, un terzo non ha saputo rispondere, mentre i restanti 41, in base alla loro esperienza, credono che lo siano.

Grafico 33: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che dichiarano che la tipologia di reato commesso non può sconsigliare il ricovero in ospedale a confronto con il loro giudizio riguardante la discriminazione dei pazienti detenuti da parte del SSN.

Nei grafici qui di seguito abbiamo deciso di valutare le risposte che gli intervistati hanno dato alla domanda numero 18: "Secondo lei, è giusto che i detenuti vengano ricoverati in:" e alla domanda numero 20: "Secondo lei lo stato di detenzione può influire sulla qualità dell'assistenza sanitaria?". Abbiamo deciso di analizzare in una classe cumulata i punteggi estremi della scala Likert; abbiamo quindi incluso in un gruppo il numero di persone che ha indicato i punteggi 1,2,3 e in un altro gruppo le persone che hanno indicato un punteggio di 8,9,10. E' emerso che 38 persone su 188 hanno dato un punteggio di 1,2 o 3 alla domanda numero 20. Di questi 38, in 3 hanno dato come risposta alla domanda numero 18: "infermeria del carcere"; in 19 hanno risposto: "Sorveglianza H24" e i rimanenti 16: "Reparto penitenziario". Inoltre, ci sono state 43 intervistati che hanno risposto alla domanda 20 con un punteggio di 8,9 o 10. Di questi 43, in 20 hanno dato come risposta alla domanda numero 18: "Reparto penitenziario", in 19 hanno risposto: "Sorveglianza H24", i rimanenti 4 hanno risposto: "infermeria del carcere".

Grafico 34: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che reputano che lo stato di detenzione influenzi poco l'assistenza sanitaria a confronto con il loro pensiero inerente al giusto reparto di ricovero per il paziente detenuto.

Grafico 35: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che reputano che lo stato di detenzione influenzi molto l'assistenza sanitaria a confronto con il loro pensiero inerente al giusto reparto di ricovero per il paziente detenuto.

Nei grafici qui di seguito abbiamo deciso di valutare le risposte che gli intervistati hanno dato alla domanda numero 12: "Si sentirebbe a suo agio qualora dovesse rapportarsi con un paziente detenuto?" e alla domanda numero 22: "Secondo lei, i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere?". Abbiamo deciso di analizzare in una classe cumulata i punteggi estremi della scala Likert; abbiamo quindi incluso in un gruppo il numero di persone che ha indicato i punteggi 1,2,3 e in un altro gruppo le persone che hanno indicato un punteggio di 8,9,10. Dal grafico 36 è emerso che 61 intervistati su 146 (il totale di coloro che si sentono a proprio agio a prestare assistenza a

pazienti detenuti) reputano che i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere. Dal grafico 37 invece, è possibile notare che solo 5 intervistati, sui 146 totali, non reputano che i detenuti fingono.

Andando poi a considerare una popolazione totale differente, ovvero coloro che non si sentono a proprio agio con pazienti detenuti (42 intervistati) è emerso che: 11 persone reputano che i detenuti fingono malattie per uscire dal carcere e solo in 4 pensano il contrario.

Grafico 36: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che si sentono a proprio agio con i pazienti detenuti a confronto con il loro parere affermativo inerente all'idea che i pazienti detenuti fingono malattie per uscire dal carcere.

Grafico 37: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che si sentono a proprio agio con i pazienti detenuti a confronto con il loro parere negativo inerente all'idea che i pazienti detenuti fingono malattie per uscire dal carcere.

Grafico 38: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che non si sentono a proprio agio con i pazienti detenuti a confronto con il loro parere affermativo inerente all'idea che i pazienti detenuti fingono malattie per uscire dal carcere.

Grafico 39: Il grafico rappresenta l'incidenza delle persone che non si sentono a proprio agio con i pazienti detenuti a confronto con il loro parere negativo inerente all'idea che i pazienti detenuti fingono malattie per uscire dal carcere.

XV. Discussione

Dalla nostra indagine è emerso che la maggioranza degli intervistati è donna, dato in linea con la predominanza del genere femminile nelle professioni sanitarie. La maggioranza degli intervistati è in possesso di laurea triennale, l'elemento che può essere correlato alla giovane età degli intervistati, valore modale dell'età di 23 anni.

E' interessante notare che circa la metà degli intervistati ha espresso di non aver piacere di lavorare in un reparto penitenziario. La maggioranza degli intervistati (60%) ha anche dichiarato di aver avuto esperienza lavorativa con paziente detenuto, si può quindi dedurre che aver avuto esperienza di assistenza nell'ambito carcerario possa essere definita negativa dagli operatori che hanno avuto

questa esperienza. Una quota rivelante (12%) riferisce di essere stata aggredita verbalmente/fisicamente da pazienti detenuti. Il giudizio negativo sul paziente detenuto è confermato dal fatto che la maggioranza degli intervistati (73%) ritiene che sia necessaria una formazione specifica per prestare assistenza a pazienti detenuti.

L'opinione che possa essere necessaria una formazione specifica emerge in modo più evidente analizzando la correlazione tra la domanda numero 8 e 10. In pratica abbiamo selezionato i 111 operatori che hanno risposto di aver avuto esperienza lavorativa con pazienti detenuti ed abbiamo verificato come questi hanno risposto alla domanda numero 10: "Reputa sia necessaria una formazione specifica per prestare assistenza infermieristica a pazienti detenuti?" in questo caso possiamo notare che le persone che hanno vissuto questo tipo di esperienza ritengono utile una formazione su tale argomento.

Sebbene vi sia l'espressione degli intervistati che possa essere necessaria una formazione specifica, non vi è lo stesso riconoscimento verso le necessità del paziente in quanto la maggioranza 55% ritiene che non vi sia necessità di un piano di assistenza infermieristica diverso per pazienti detenuti. È importante ricordare che nel piano assistenziale l'infermiere deve tener conto dei bisogni di salute fisica e psichica del paziente, e il detenuto ha sicuramente bisogni diversi dal paziente ordinario.

Sottolineiamo che correlando le domande 8 e 11 emerge che le persone che hanno avuto esperienza di assistenza a pazienti detenuti pensano anche che, questo tipo di pazienti, necessiti di un piano assistenziale diverso. Infatti, su 111 persone che hanno avuto esperienza con pazienti detenuti, 85 soggetti dichiarano che il paziente detenuto necessita di un apposito piano assistenziale.

È quindi, con buone probabilità, l'assenza di esperienza lavorativa con pazienti detenuti che genera i maggiori pregiudizi.

Infatti, correlando le domande 8 e 12 emerge che i 111 infermieri che hanno dichiarato di aver avuto esperienza con pazienti detenuti, 100 hanno affermato di sentirsi a proprio agio con questa tipologia di pazienti.

Pur giudicando necessaria una formazione specifica per lavorare con i detenuti, la maggioranza degli intervistati ha risposto che si sentirebbe a suo agio qualora dovesse rapportarsi con un paziente detenuto.

Un possibile pregiudizio, da parte degli intervistati, emerge dalle risposte date dalla domanda numero 14 in quanto il 90% degli intervistati ha dichiarato che un paziente detenuto può avvertire

un senso di discriminazione durante l'ospedalizzazione. Tale risposta è in linea con il pensiero che per lavorare con i detenuti sia necessaria una formazione specifica e con il numero rilevante di persone che hanno riferito di aver subito un'aggressione da parte dei pazienti detenuti. E' invece in contrasto con quanto emerso alla domanda numero 12 ovvero che la maggioranza degli intervistati 78% si sentirebbe a proprio agio con pazienti detenuti.

Questa contraddizione degli intervistati è spiegabile con il fenomeno della Social Desirability, ovvero un fenomeno indagato nell'ambito della metodologia delle scienze sociali che costituisce un bias dovuto al fatto che gli intervistati rispondono con affermazioni che secondo loro sono in linea con quello che l'intervistatore, o il contesto, gradirebbe sentirsi dire.³⁰

A questo proposito è interessante osservare che la stragrande maggioranza degli intervistati ha affermato che un paziente detenuto può avvertire discriminazione in ospedale, tale affermazione ci obbliga a riflettere su quali figure, secondo gli intervistati possono essere responsabili della discriminazione, ci sembra quindi di poter confermare un giudizio falsato alla domanda 12, dove la maggioranza ha espresso di non provare disagio con i pazienti detenuti.

Sembra di poter intravedere di nuovo un pregiudizio da parte degli intervistati verso i pazienti detenuti, in quanto il 29% di loro afferma che sia importante conoscere il tipo di reato, mentre la maggioranza degli stessi non ritiene necessario un piano di assistenza infermieristica elaborato appositamente per il paziente detenuto. A nostro giudizio, gli infermieri si dovrebbero preoccupare maggiormente di personalizzare il piano assistenziale rispetto che conoscere il tipo di reato.

Relativamente al giudizio sulla possibile discriminazione del paziente detenuto ospedalizzato, gli intervistati, pensano che tale discriminazione, come abbiamo già detto, esista, ma che sia proprio a carico degli operatori sanitari, in quanto, di fronte al quesito 15, dove veniva chiesto di esprimere la loro opinione relativamente all'affermazione che un paziente detenuto possa essere discriminato dal SSN e venivano loro proposte le alternative:

30

Sì; No; Non so; abbiamo assistito al fatto che gli intervistati si sono divisi tra le tre opzioni in modo pressoché identico. Infatti ognuna delle tre è stata scelta da circa un terzo degli intervistati.

E' interessante osservare che alla domanda: "Cosa rappresenta la presenza di guardie penitenziarie durante un ricovero?", la maggioranza delle risposte sono state: "Una fonte di sicurezza", la prima, con il 62% e la seconda: "Dipende dal tipo di reato" con il 20%. Mentre le opzioni: "Un ostacolo per l'attività infermieristica" e "Un ostacolo per il rapporto infermiere- paziente" sono state scelte da un totale del 16,8% degli infermieri. A nostro giudizio, gli operatori hanno anteposto la sicurezza personale e l'onere di sorveglianza all'empatia, ovvero il giusto rapporto che non deve mancare tra il professionista e il paziente.

Gli intervistati riconoscono, in maggioranza, che i pazienti detenuti debbano avere gli stessi diritti degli altri pazienti, tuttavia il 22% degli intervistati non è completamente d'accordo nel riconoscere gli stessi diritti ai pazienti detenuti e si dichiarano d'accordo solo in parte, o in totale disaccordo, o reputano che i diritti del paziente carcerato debbano dipendere dal tipo di reato commesso.

Circa la metà degli intervistati reputa che vi debba essere una sede apposita di ricovero per i pazienti detenuti (49%). Tale affermazione ci sembra essere pregiudizievole della salute di questi pazienti, in quanto non tiene conto che i reparti penitenziari e l'infermeria del carcere possano non essere il luogo di ricovero idoneo per patologie più complesse.

Sempre su questa tematica segnaliamo che circa un terzo (33%) degli intervistati ritiene che la tipologia del reato commesso possa scongiurare l'ospedalizzazione. Questo potrebbe far presupporre l'idea di lasciare senza cure adeguate gli autori dei crimini più odiosi.

Possiamo interpretare quanto emerso dall'analisi della domanda numero 20, analogamente a quanto detto circa una non piena attenzione ai bisogni dei detenuti espressa dai nostri intervistati. Infatti, alla domanda: se lo stato di salute possa influire sulla qualità dell'assistenza sanitaria, la maggioranza degli intervistati ha espresso giudizi di bassa influenza dello stato di detenzione sull'assistenza sanitaria. Il giudizio modale espresso nella scala Likert è il punteggio 6, con una variabilità di 2.3 punti di deviazione standard.

Una possibile spiegazione dei giudizi negativi espressi nelle risposte già analizzate potrebbe essere spiegabile dal fatto che la maggioranza degli infermieri (53%) ritiene che il paziente detenuto determini un aumento della responsabilità infermieristica.

La maggioranza degli intervistati ritiene che vi sia un'attitudine dei detenuti a fingere malattie per poter uscire dal carcere (punteggio modale 8, variabilità di 3.4 punti di deviazione standard), tale affermazione conferma che vi possa essere un pregiudizio verso i pazienti detenuti e sulla non necessità del loro ricovero ospedaliero.

Gli intervistati sono anche convinti che lo stato di detenzione influisca poco sulla qualità dell'assistenza sanitaria, giudizio che a nostro avviso non corrisponde con la realtà.

Altro dato interessante è che le persone che non si sentono a proprio agio con il paziente detenuto hanno manifestato, in certo modo, di pensare che la presenza degli agenti penitenziari non sia un ostacolo per l'attività infermieristica e per il rapporto infermiere-paziente, infatti raffrontando le risposte date alla domanda 12 in cui si chiedeva se nell'ipotesi di assistere un paziente detenuto l'operatore si sarebbe sentito a proprio agio, tutti quelli che hanno espresso un disagio a questa domanda non hanno preso in considerazione le opzioni ostacolo per l'attività infermieristica e ostacolo per il rapporto infermiere-paziente alla domanda numero 16 in cui si chiedeva di esprimere il proprio giudizio sulla presenza di agenti penitenziari nel reparto.

Al contrario, le persone che hanno dichiarato di sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto, tendono a non considerare l'infermeria del carcere come luogo adatto alla cura del paziente, infatti su 146 persone che hanno dichiarato di sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto, solo 6 identificano l'infermeria del carcere come luogo idoneo per il ricovero.

Raffrontando le domande 21 e 14, rispettivamente: "21" e "14", emerge che le persone che vorrebbero subordinare il ricovero ospedaliero ad un'analisi del reato commesso percepiscono una possibile discriminazione del detenuto ospedalizzato, infatti su 62 persone che hanno espresso che la tipologia del reato commesso possa scongiurare il ricovero ospedaliero, 54 avvertono contemporaneamente un senso di discriminazione.

Stranamente, tra le persone che hanno dichiarato che si sentono a proprio agio con il paziente detenuto prevale il giudizio che i detenuti possono fingere patologie per uscire dal carcere; mentre tra chi dichiara di non sentirsi a proprio agio con il paziente detenuto soltanto 11 hanno espresso un parere fortemente in accordo sulla dichiarazione che i detenuti possono fingere patologie.

XVI. Conclusioni:

Alla luce di quanto esposto, si può concludere dicendo che Stefano Cucchi è morto nelle mani dei servizi pubblici dello Stato Italiano.

I lunghi processi hanno visto imputati numerose persone coinvolte in tale tragedia, anche se nell'ultimo processo sono stati condannati dei militari appartenenti all'Arma dei Carabinieri non si può non notare le carenze che ci sono state da parte del personale sanitario nell'assistenza al paziente Stefano Cucchi

In seguito ad un'analisi della documentazione infermieristica delle competenze e responsabilità infermieristiche del caso in questione è emerso che il lavoro svolto dal personale sanitario è risultato in gran parte carente: dalla compilazione errata della scala di Braden alla mancata registrazione e monitoraggio del peso corporeo, dal mancato rilevamento dei parametri vitali alla mancata registrazione della diuresi e di un bilancio idro-elettrolitico adeguato.

Si può quindi affermare che la non colpevolezza infermieristica dal punto di vista giudiziario, non è inquadrabile come una vittoria professionale, bensì una sconfitta per la professione, dove non vengono riconosciute le responsabilità e le competenze nemmeno nelle attività prettamente infermieristiche.

Senza ombra di dubbio è emerso che Stefano Cucchi non era un paziente collaborante, ma tale atteggiamento non giustifica la condotta dei sanitari, formati per interagire con ogni tipo di paziente. È questa la dote principale che deve avere un buon infermiere.

Del resto, è facile comprendere l'atteggiamento diffidente da parte di una persona, che secondo la ricostruzione processuale, sarebbe stata malmenata, durante la detenzione, da parte dei Carabinieri.

Dalla nostra indagine tramite le risposte date al questionario è stato possibile trarre interessanti spunti che lasciano in parte comprendere il pensiero e il motivo di determinati atteggiamenti del personale infermieristico nei confronti dei pazienti detenuti, ed è stato quindi possibile paragonarli alla vicenda di Stefano Cucchi.

Una delle cose che abbiamo notato è stato che circa il 60% degli intervistati hanno risposto che hanno prestato assistenza al paziente detenuto, e oltre il 70% degli intervistati ha dichiarato che è necessaria una formazione specifica per prestare assistenza infermieristica a tali pazienti, questo ci porta ad affermare che quasi tutti coloro che hanno assistito un paziente detenuto non si sentivano competenti e responsabili a gestirlo.

Inoltre, abbiamo riscontrato che circa il 50% degli infermieri non ricovererebbe detenuti in un ospedale bensì in reparti prettamente penitenziari o addirittura nell'infermeria del carcere. La presenza di guardie penitenziarie in ospedale durante il ricovero, inoltre, rappresenta una fonte di sicurezza per circa il 60 % degli infermieri, dove il restante 12% ha affermato che dipende dal tipo di reato, mentre solo per una piccolissima parte rappresenta un ostacolo per l'attività infermieristica e per il rapporto infermiere-paziente.

Utile per il nostro lavoro è stato inoltre scoprire che per la maggioranza degli intervistati i pazienti detenuti fingono patologie per uscire dal carcere e che aumentano le responsabilità del personale infermieristico.

Ci sentiamo quindi di affermare che, sulla base dei risultati ottenuti, è possibile riscontrare che per paura, pregiudizi e mancate competenze, l'assistenza sanitaria al paziente detenuto non è in linea con l'assistenza garantita alla società **libera**; non essendo quindi conforme alla legge fondamentale su cui si basa il Sistema Sanitario Nazionale, ovvero la Legge n°833/78 che ha come principio chiave l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario senza distinzione di condizioni individuali o sociali.

Dal punto di vista infermieristico, tali barriere non permettono al professionista di agire in completa serenità e garantire tutti gli impegni che l'infermiere ha nei confronti dei suoi pazienti, per citarne alcuni dal Patto Infermiere-Cittadino del 1996:

- “Darti risposte chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.*
- Fornirti informazioni utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari.*
- Garantirti le migliori condizioni igieniche e ambientali.*
- Favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.*
- Rispettare il tuo tempo e le tue abitudini.*
- Aiutarti ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.*
- Individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.*
- Insegnarti quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.*
- Garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.*
- Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.*
- Ascoltarti con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.*

Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

Promuovere e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.

Segnalare agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.”

Tali impegni sono nati con l'obiettivo di dare alla professione infermieristica un qualcosa in più rispetto alla semplice figura lavorativa, un qualcosa che ci permette di capire e arrivare dove gli altri non possono, questo richiede però il massimo impegno e coinvolgimento che, la paura, l'insicurezza e i pregiudizi tolgono, e sviscerano la professione stessa.

Bibliografia

- I. Allegati Sentenza primo grado
- II. Bailey, Kenneth methods of social reserce. New York press 1980.
- III. Carrara- Romanese, pag. 177, UTET, Torino, 1971
D.M. 14 settembre 1994, n. 739 Legge 26 febbraio 1999, Disposizioni in materia di professioni sanitarie
pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999
- IV. Jenkins R. et al. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Psychological Medicine, 35(2): 257-269
- V. L.Poli; R.S.Albertini; I.Del Giglio. La responsabilità infermieristica. Il manuale dell'infermiere professionale. Diritto, deontologia e casi pratici. Higeia Press 2013
- VI. M. Winick, Malnutrition and brain development, Oxford e New York 1976
- VII. Bergstrom N, Braden B, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research. 1987; 36: 205-210
- VIII. Ministero della Giustizia contenuti nel Decreto ministeriale 10 giugno 2014 - Approvazione del Piano della performance 2014-2016
- IX. Motivazioni sentenza processo di primo grado
- X. North American Nursing Diagnosis Association 1990
- XI. Perizia medico legale procedimento penale n° 47/2017 RG a Firma di Aprlie e Saller.
- XII. Sentenza Corte di Assise di Roma
- XIII. Sentenza Corte di Appello di Assise di Roma
- XIV. Sentenza Terza Corte di Appello di Assise di Roma
- XV. Troncone P. Manuale di diritto penitenziario. G. Giapichelli Editore Torino

Sitografia:

- I. <http://www.treccani.it/enciclopedia/sistema-penitenziario/>
- II. <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/studi/milani/primo.htm>
- III. <https://www.diritto.it/la-funzione-rieducativa-della-pena-2/>
- IV. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_60_allegato.pdf
- V. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
- VI. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=ricoveriOspedalieri&menu=classificazione
- VII. <http://www.evidencebasednursing.it>
- VIII. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1870_allegato.pdf
- IX. https://www.in.gov/isdh/files/Braden_Scale.pdf

