

LEGGE 833/78- ISTITUZIONE SSN

Tramite il SSN la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (articolo 32 della costituzione). Ciò che rese questa riforma sanitaria avveniristica, quantomeno ai tempi, fu il cambio di paradigma: oltre all'aspetto curativo e terapeutico, considerato come unico obiettivo fondamentale, assunsero rilevanza la **prevenzione** e la **riabilitazione**.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Gli obiettivi della legge 833 del 1978:

1. la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata **educazione sanitaria del cittadino e delle comunità**;
2. la **prevenzione delle malattie** e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
3. la **diagnosi** e la **cura** degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
4. la **riabilitazione** degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
5. la **promozione** e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
6. **l'igiene** degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
7. una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
8. la **formazione professionale e permanente** nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

180/78 LEGGE BASAGLIA

- Eliminazione del concetto di pericolosità per sé e gli altri: trattamento sanitario in psichiatria basato sul diritto della persona alla cura e alla salute
- Rispetto dei diritti umani (ad esempio, diritto di comunicare e diritto di voto)

- Disposizione di chiusura degli OP su tutto il territorio nazionale
- Costruzione di strutture alternative al manicomio
- Servizi psichiatrici territoriali come fulcro dell'assistenza psichiatrica
- Istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc) all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie
- Trattamento sanitario di norma volontario: prevenzione, cura e riabilitazione
- Interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedaliero: Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- Introduzione del concetto di "correlazione funzionale" tra Spdc o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica.

TSO

una serie di interventi sanitari che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza e qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza.

Il **TSO** è disposto con provvedimento del **Sindaco** dietro proposta motivata di due medici (di cui almeno uno appartenente alla Asl di competenza territoriale).

L'ordinanza di **TSO** può essere emanata solo se sussistono **contemporaneamente** tre condizioni:

- Necessità e urgenza non differibile
- L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto
- Non è possibile adottare tempestive misure extra-ospedaliere.

Il trasporto del paziente in struttura ospedaliera, nei **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (Spdc)**, deve essere operato dal servizio di emergenza extra-ospedaliero in collaborazione con l'organo di polizia locale del comune di riferimento.

La procedura termina con la **convalida del provvedimento** del sindaco da parte del **giudice tutelare** di competenza che, attraverso il messo comunale, riceverà gli atti entro 48 ore dalla loro emanazione.

Il **TSO** deve essere considerato come un'eventualità del tutto eccezionale, attivabile solo dopo che tutti i tentativi di ottenere un consenso del paziente siano falliti e di **durata limitata nel tempo (massimo sette giorni rinnovabili)**, qualora sussistano ancora le condizioni, su richiesta di uno psichiatra).

Il TSO, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, deve svolgersi nel rispetto della dignità della persona e può essere trasformato, in qualunque momento, in ricovero volontario su richiesta del paziente.

Art. 32 della Costituzione

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.

Art 35 CODICE DEONTOLOGICO– Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

LEGGE 194/78 ABORTO

La 194 consente alla donna, nei casi previsti dalla legge, di ricorrere alla IVG in una struttura pubblica, nei primi 90 giorni di gestazione; tra il quarto e quinto mese è possibile ricorrere alla IVG solo per motivi di natura terapeutica. L'obiezione di coscienza per i professionisti sanitari è prevista dalla legge 194.^[1] L'obiezione di coscienza sollevata da un medico è revocata con effetto immediato in caso di sua partecipazione diretta in pratiche di IVG, ad eccezione dei casi in cui sussiste una condizione di imminente pericolo di vita per la donna. Lo *status* di obiettore non esonera il professionista sanitario dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Il professionista sanitario, anche se obiettore, non può invocare l'obiezione di coscienza qualora l'intervento sia indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

Art. 6 codice deontologico – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione.

L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

LEGGE 341/1990

Furono istituiti 4 livelli universitari: diploma di laurea, laurea, specializzazione e dottorato. Si introduce la possibilità di attivare un corso di laurea. con il d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 si stabilì l'obbligo per le regioni italiane di stipulare convenzioni con le università in Italia per l'attuazione dei corsi di laurea previsti dalla legge 341/1990. Il decreto inoltre stabilì l'obbligo del conseguimento di diploma di maturità quinquennale per l'ammissione ai corsi per il conseguimento del diploma universitario, nonché al fine di superare il regime delle scuole venne affermato che in via transitoria i diplomi e gli attestati conseguiti con il precedente ordinamento, fossero equipollenti al diploma universitario.

D.LGS 502/92 PRIMA RIFORMA SANITARIA

La risposta all'insostenibilità del sistema di finanziamento e ai problemi del SSN è la prima riforma che si fonda su tre principi:

- l'aziendalizzazione
- l'orientamento al "mercato"
- la distribuzione di responsabilità alle regioni.

Le USL vengono dotate di **personalità** giuridica in quanto aziende, i cui organi di rappresentanza sono il **direttore generale** e il **collegio dei revisori**. Il direttore generale ha potere gestionale e di rappresentanza legale. E' coadiuvato da un **direttore sanitario** e da un **direttore amministrativo**. Il DG è nominato dal presidente della Giunta regionale, e i suoi doveri sono il buon andamento economico-amministrativo e tecnico-funzionale per i 5 anni in cui è in carica.

Viene prevista l'**intramoenia** per la libera professione dei medici, e circa il 10% delle camere presentano servizi aggiuntivi dietro un corrispettivo pagamento a carico del paziente. E in breve: *le aziende vengono pagate per paziente.*

Lo Stato attraverso il **Piano Sanitario Nazionale** (stabiliti i livelli essenziali di assistenza) definisce, in base ai bisogni dei cittadini e alle risorse disponibili (ricavate dalla fiscalità generale), una programmazione economica per distribuire alle regioni una quota capitaria. La regione, in seguito ad un proprio piano sanitario regionale, distribuisce queste risorse alle aziende. In caso di richieste di ripianamenti di disavanzi da parte delle aziende, le regioni possono avvalersi di strumenti di finanziamento quali l'uso di proprie risorse economiche e dei contributi sanitari IRAP, oltre alle entrate dirette delle strutture (**ticket**).

Vengono istituiti i **DIPARTIMENTI**: una federazione di reparti affini e complementari secondo settore specialistico o specifico bisogno del paziente (esempio dipartimento di chirurgia o dipartimento materno-infantile). Lo **scopo** è quello di organizzare e ottimizzare al meglio le risorse strutturali e umane, migliorando il servizio al cittadino ed riducendo i costi.

DM 739/94 IL PROFILO PROFESSIONALE DELL'INFERMIERE

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. Scompare il carattere di ausiliarità accostato fino al 1994 alla professione infermieristica: l'infermiere diventa un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, responsabilità che può essere di natura **penale, civile e disciplinare**. Il secondo comma afferma che "l'assistenza infermieristica **preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa**, è di natura **tecnica, relazionale, educativa**". "l'infermiere partecipa all'identificazione

dei bisogni di salute della persona e della collettività”, riconosce il ruolo fondamentale del lavoro di équipe all'interno della quale la professione infermieristica riveste un ruolo fondamentale, essendo proprio l'infermiere il professionista che per primo si interfaccia col paziente/utente quando questi si rivolge ad una qualsiasi struttura sanitaria.

Viene in questo comma riconosciuta la **capacità esclusiva** dell'infermiere di **identificare i bisogni di assistenza infermieristica**, da cui scaturisce poi l'identificazione di obiettivi preceduti da un'adeguata pianificazione dell'assistenza, la quale dovrà portare a dei risultati attraverso l'uso di protocolli e procedure assistenziali.

I risultati dell'assistenza infermieristica erogata sono sempre soggetti ad eventuale valutazione o rivalutazione, poiché come riportato sempre all'interno del terzo comma del **DM 739/94**, “l'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”.

Nel terzo comma del **DM 739/94** viene individuato altresì l'infermiere quale **garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche**, funzione che sottolinea l'importanza della cooperazione tra la professione infermieristica e quella medica, evidenziando ancora una volta il ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multidisciplinare.

In seguito all'emanazione del **DM 739/94** viene quindi riconosciuta alla professione infermieristica la natura di **professione intellettuale** e vengono per legge attribuite agli infermieri italiani autonomia professionale, competenze e responsabilità che diventeranno pilastri fondamentali della professione e che, al contempo, segneranno il cammino dell'infermieristica italiana verso una sempre maggiore evoluzione.

PATTO INFERMIERE CITTADINO 1996

Nel **1996** viene elaborato il **Patto** tra l'**infermiere** e il **cittadino**. Il **Patto** è uno strumento del tutto innovativo che dà spazio all'esigenza crescente di protagonismo autonomo della professione, rivolgendosi al naturale interlocutore della propria attività. Si tratta di un'autentica scommessa, che inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie proponendo un “contratto” senza mediazioni tra i veri protagonisti dell'assistenza, cioè proprio l'infermiere e il cittadino.

- **PRESENTARMI** al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e che cosa posso fare per te
- **SAPERE CHI SEI** riconoscerti, chiamarti per nome e cognome
- **FARMI RICONOSCERE** attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento
- **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 ed 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 sostenendoti 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 e 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 stili di vita
- **GARANTIRTI** competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle 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

In linea con il **Patto** si arriverà poi ad una riscrittura del Codice deontologico infermieristico, presentato in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999. Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano.

LEGGE 42/99 ABROGAZIONE DEL MANSIONARIO

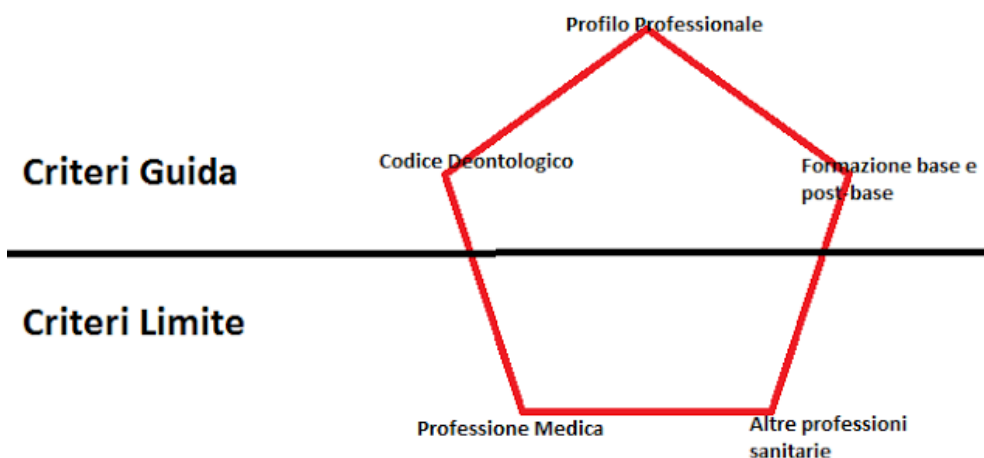
La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

Vengono specificati i titoli equipollenti, e ovviamente abrogato il **mansionario D.P.R 14 marzo 1974, N° 225** ad esclusione del 6° articolo che specifica le mansioni dell'infermiere generico (ormai prossimo all'estinzione).

Nel vuoto di competenze che avrebbe lasciato il solo **profilo professionale** si specifica quindi un pentagono che delimita l'ambiente di **competenze dell'infermiere**.

Un pentagono diviso da una linea concettuale tra guida e limite:

- **tre criteri guida:** profilo professionale, codice deontologico, formazione base/post-base.
- **due criteri limite:** professione del medico e delle altre professioni.



LEGGE 229/99 RIFORMA BINDI (RIFORMA TER)

E' l'ultimo grande passo legislativo ad oggi che il sistema sanitario abbia compiuto dalla sua costituzione. Completando il processo di organizzazione e razionalizzazione necessario per raggiungere un servizio sanitario efficiente ed efficace. **Quindi con la riforma Bindi vengono ridefiniti i principi di tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e i LEA ovvero livelli essenziali ed uniformi.** Non vengono modificati gli strumenti politici per l'apporto di risorse economico-finanziarie da destinare al SSN. Tenuto conto del DEF, attraverso il Piano sanitario nazionale verranno stabiliti i Livelli essenziali di assistenza del triennio che lo Stato garantisce al cittadino in maniera gratuita o con partecipazione (ticket). Vengono delineati i limiti economico funzionali dei servizi sanitari, impostando una mentalità basata sull'evidenza scientifica, o **evidence based medicine**. L'evidenza scientifica e l'**appropriatezza** clinica di ogni trattamento ne autorizza l'eventuale uso. Non vengono garantite prestazioni che:

- Non rispondono a necessità assistenziali previste dai principi ispiratori
- Non efficaci su base d' evidenze scientifiche o non efficaci per soggetti che non corrispondono alla situazione clinica raccomandato
- Quando esiste un trattamento che a parità di risultati sia più economico

il **Piano sanitario nazionale** ha durata triennale, per questo motivo gli **ECM** vengono definiti nel triennio perchè corrispondono a interessi generali del **SSN** a cui gli operatori devono formarsi ed attenersi. L'aziendalizzazione definitiva delle USL che vengono definite **Aziende** secondo diritto privato e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio. I **Direttori generali** rispondono direttamente alla regione secondo obiettivi pur mantenendo i propri poteri gestionali.

Viene sostituito il collegio dei revisori con il **collegio sindacale** (nominato da enti interessati al corretto andamento economico)

ART 10 CODICE DEONTOLOGICO **Conoscenza, formazione e aggiornamento**

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

DM 509/99

Processo di riforma del sistema formativo dell'infermiere , che ora si articola in diversi livelli di studio universitario: Laurea triennale, Laurea specialistica, diploma di specializzazione

LEGGE 91/99 PRELIEVI E TRAPIANTI DI ORGANO E TESSUTI

E' possibile donare tutti gli organi e tessuti tranne il cervello e gli organi riproduttori.

Il Dono è libero e gratuito, e donare i propri organi e tessuti è un gesto di grande generosità. A tutti i cittadini maggiorenni è dunque offerta la possibilità di dichiarare la propria volontà (consenso o diniego) in materia di donazione di organi e tessuti dopo la morte, attraverso le seguenti modalità:

- registrazione della propria volontà presso la propria Asl di riferimento o il medico di famiglia, attraverso un apposito modulo. Queste dichiarazioni sono registrate direttamente nel Sistema Informativo Trapianti (SIT), il database del Centro Nazionale Trapianti, che è consultabile dai medici del coordinamento in modo sicuro e 24 ore su 24;
- compilazione del tesserino blu del Ministero della Salute che deve essere conservato insieme ai documenti personali e da portare sempre con sé;
- qualunque dichiarazione di volontà scritta in carta libera che contenga i dati anagrafici, dichiarazione di volontà (positiva o negativa), data e firma, anch'essa da conservare tra i documenti personali;
- l'atto olografo dell'Associazione Italiana Donatori di Organi (AIDO).

Art 26 CODICE DEONTOLOGICO – Donazione di sangue, tessuti e organi

L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

LEGGE 251/2000 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica

disciplina la nostra categoria e le varie **Professioni Sanitarie**, si sancisce definitivamente la legittimità dell'**agire professionale dell'Infermiere**.

La Legge dà infine mandato al **Ministero della Salute**, di concerto con il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (**MIUR**), di individuare con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere anche gli infermieri e che poi consentono l'assunzione della diretta responsabilità nella gestione dell'assistenza infermieristica.

In altre parole, si apre la strada alla dirigenza infermieristica: la **Legge 251/2000** viene comunemente indicata anche come "**Legge della dirigenza**" (sitra) e l'art. 5 prevede l'istituzione delle lauree specialistiche, per la dirigenza della professione.

Le **Lauree specialistiche** (oggi **Lauree magistrali**) non sono una tappa formativa obbligatoria, ma un'opportunità per gli infermieri di acquisire il livello professionale necessario ad esercitare funzioni specifiche:

- nell'area clinica assistenziale avanzata;
- nella gestione;
- nella formazione;
- nella ricerca.

Gli Infermieri Dirigenti contribuiscono a disegnare una riorganizzazione delle strutture e di appropriatezza non solo delle prestazioni, ma anche dei percorsi di cura e dei modelli organizzativi.

ACCORDO STATO REGIONI 22/02/2001 OSS

è individuata la figura dell'operatore socio sanitario: è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario PER favorire il benessere e l'autonomia dell'utente. LA formazione dell'operatore socio sanitario è di competenza delle regioni e province autonome

1. Assistenza diretta e aiuto domestico alberghiero
2. Intervento igienico sanitario e di carattere sociale
3. Supporto gestionale, organizzativo e formativo

Art. 36 – Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

LEGGE 43/2006 *Definisce l'iter formativo, l'obbligo di iscrizione all'albo, l'aggiornamento professionale, istituisce l'ordine delle professioni sanitarie, la suddivisione dei professionisti e i requisiti minimi per i futuri coordinatori infermieristici.*

Impone a tutti gli infermieri l'obbligo di iscrizione all'albo. Con la legge 43/2006 vengono definite le professioni sanitarie come quelle professioni che in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato svolgono attività di *prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione*. Viene istituito l'obbligo di formazione continua anche per gli infermieri nelle stesse modalità dei medici ossia con il metodo ECM.

Suddivide i professionisti in:

- Professionista laureato
- Professionista specialista (con master)

- Professionista coordinatore (con master in coordinamento o management e tre anni come dipendente)
- Professionista dirigente (con laurea specialistica/magistrale e cinque anni come dipendente)

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) *master di primo livello in management*
- b) *esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.*

LEGGE 244/2007 AGENAS

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità. La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

Dal 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, fino ad oggi competenze del Ministero della salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (**Agenas**).

LEGGE 81/2008 SICUREZZA SUL LAVORO

la **Legge 81/2008** per la prima volta si prendeva in considerazione tutti gli ambiti lavorativi nel loro insieme. La normativa faceva e fa riferimento alle tipologie di rischio in maniera generica e specifica. Ogni lavoratore subordinato/autonomo o categoria ad essa assimilabile (compreso i contratti di collaborazione a tempo e i volontari che pestano la loro opera dietro rimborsi spese o gratis) ha il diritto ad essere tutelato.

Nel testo del Decreto Legislativo vi sono tutti i **diritti** e i **doveri** del **Datore** e del **Lavoratore** in termini di salute e sicurezza.

Cosa prevedono le Misure generali di tutela?

1. la valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza;
2. la programmazione della prevenzione, mirata ad un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro;
3. l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
4. il rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo;

5. la riduzione dei rischi alla fonte;
6. la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso;
7. la limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
8. l'utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro;
9. la priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;
10. il controllo sanitario dei lavoratori;
11. l'allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona e l'adibizione, ove possibile, ad altra mansione;
12. l'informazione e formazione adeguate per i lavoratori;
13. l'informazione e formazione adeguate per dirigenti e i preposti;
14. l'informazione e formazione adeguate per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
15. le istruzioni adeguate ai lavoratori;
16. la partecipazione e consultazione dei lavoratori;
17. la partecipazione e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
18. la programmazione delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, anche attraverso l'adozione di codici di condotta e di buone prassi;
19. le misure di emergenza da attuare in caso di primo soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave e immediato;
20. l'uso di segnali di avvertimento e di sicurezza;
21. la regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, impianti, con particolare riguardo ai dispositivi di sicurezza in conformità alla indicazione dei fabbricanti.

Le misure relative alla sicurezza, all'igiene ed alla salute durante il lavoro non devono in nessun caso comportare oneri finanziari per i lavoratori.

Ma quali sono i rischi per gli operatori sanitari e per gli Infermieri in particolare?

La **gestione del rischio** (o **risk management**), di cui da un po' di anni si parla, è fondamentale ai fini della predisposizione di provvedimenti idonei a garantire sicurezza e salute sui luoghi di lavoro.

I rischi che potrebbero minacciare il lavoratore sono tanti:

1. **trasversali-organizzativi** (turni, stress, conflitti, ecc.);
2. **infortunistici** (gestione taglienti ed aghi, possibili incendi, utilizzo apparecchiature medicali, ecc.);
3. **igienico-ambientali** (agenti chimici, fisici e/o biologici, movimentazione dei carichi e dei pazienti, radiazioni, ecc.).

Prevenire, formare, informare, rimettersi in gioco continuamente, controllare, cercare soluzioni:

sono le parole chiave per garantire ai lavoratori da parte delle aziende il massimo della sicurezza, a tutela del benessere e della salute di chi opera.

LEGGE 16/12/2010 FARMACIA DEI SERVIZI

Il farmacista titolare o il direttore responsabile della farmacia deve definire in un apposito documento, i compiti e le responsabilità degli infermieri o degli operatori socio-sanitari che forniscono il supporto all'utilizzazione delle strumentazioni necessarie per l'esecuzione delle analisi, nel rispetto dei rispettivi profili professionali. Regola l'attività degli operatori sanitari (solo abilitati) in farmacia.

In farmacia

Su prescrizione del medico, l'infermiere, all'interno della farmacia, provvede alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Per l'espletamento di tali funzioni, l'infermiere può avvalersi del supporto di operatori socio-sanitari, ove operanti presso la farmacia.

Nell'ambito delle competenze del proprio profilo professionale, sono altresì erogabili dagli infermieri presso le farmacie, anche tramite il supporto di operatori socio - sanitari, le seguenti prestazioni:

supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo; effettuazione di medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;

attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato;

iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

Al domicilio del paziente

Sono erogabili dagli infermieri, a domicilio del paziente, nell'ambito degli specifici accordi regionali, le prestazioni, rientranti nelle competenze del proprio profilo professionale, prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, oltre che da medici chirurghi appartenenti ad altre discipline, che ritengano di avvalersi utilmente dei servizi erogabili dalle farmacie.

Inoltre, a domicilio del paziente, gli infermieri partecipano ad iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali. Le predette attività possono essere svolte esclusivamente laddove previste nell'ambito delle linee guida tecnico-sanitarie approvate dalle Regioni.

In farmacia e al domicilio del paziente

Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nel rispetto della normativa vigente, l'infermiere può erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del

paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Supporto nell'utilizzo dei defibrillatori

Gli infermieri intervengono altresì d'urgenza, oltre che per il supporto all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, anche nelle situazioni igienico sanitarie d'urgenza previste dal profilo professionale di appartenenza.

Art. 7 CODICE DEONTOLOGICO – Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

DL 158/2012 DECRETO BALDUZZI

ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE. Si riorganizzano le cure primarie, nella consapevolezza che il processo di de-ospedalizzazione, se non è accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, determina di fatto una impossibilità per i cittadini di beneficiare delle cure. I punti qualificanti del riordino delle cure primarie sono: integrazione monoprofessionale e multiprofessionale per favorire il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, secondo modelli individuati dalle Regioni anche al fine di decongestionare gli ospedali; ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, organizzazione e gestione; sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

INTRAMOENIA. Le aziende sanitarie devono procedere a una definitiva e straordinaria ricognizione degli spazi disponibili per le attività libero-professionali ed eventualmente possono utilizzare spazi presso strutture sanitarie esterne, ovvero autorizzare i singoli medici a operare nei propri studi. Rilevante novità è che tutta l'attività viene messa in rete per dare trasparenza e avere tracciabilità di tutti i pagamenti effettuati dai. È previsto che parte degli importi riscossi saranno destinati, oltre che per i compensi dei medici e del personale di supporto, anche per la copertura dei costi sostenuti dalle aziende.

MEDICINA DIFENSIVA. Si regola la responsabilità professionale di chi esercita professioni sanitarie per contenere il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva" che determina la prescrizione di esami diagnostici inappropriati al solo scopo di evitare responsabilità civili, con gravi conseguenze sia sulla salute dei cittadini, sia sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende

sanitarie. L' esercente delle professioni sanitarie che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave. Viene inoltre costituito un Fondo per garantire idonee coperture assicurative finanziato con il contributo dei professionisti e delle assicurazioni, in misura percentuale sui premi incassati, comunque non superiore al 4 per cento.

NUOVI LEA. Si aggiornano i Lea tenendo conto anche di nuove patologie emergenti con riferimento prioritario alla malattie croniche, alle malattie rare e al fenomeno della ludopatia **EDILIZIA OSPEDALIERA.** Vengono migliorate le norme che regolano il partenariato pubblico-privato in materia di edilizia sanitaria ampliando la possibilità di collaborazione tra investitore privato e azienda sanitaria pubblica. Per quanto attiene all' adeguamento della normativa antincendio, viene previsto che una quota-parte delle risorse statali dedicate all' adeguamento strutturale e tecnologico dei presidi sanitari venga utilizzata specificamente per il rispetto della stessa normativa antincendio, la quale viene anche semplificata per alcune tipologie di strutture sanitarie. Viene inoltre accelerato e facilitato l' utilizzo delle risorse, già destinate alla creazione di strutture socio-sanitarie, per trasferire i pazienti attualmente ospitati negli ospedali psichiatrici giudiziari di cui è stata recentemente stabilita per legge la chiusura definitiva.

GDPR 2016- PRIVACY

Con il nuovo regolamento europeo sulla **privacy**, le cui norme sono applicative dal 25 maggio 2018, innanzitutto si ampliano le definizioni:

- **Dato personale:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all' ubicazione, un identificativo online o a una o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
- **Dati relativi alla salute:** i dati personali attinenti alla **salute** fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rilevano informazioni relative al suo stato di salute.
- **Dati genetici:** i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica e che risultano in particolare dall' analisi di un campione biologico della persona fisica in questione.
- **Trattamento:** qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l' ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la **raccolta dati**, la registrazione, l' organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l' adattamento o la modifica, l' estrazione, la consultazione, l' uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l' interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- **Consenso:** espresso mediante atto positivo inequivocabile con il quale l' interessato manifesta l' intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano. Inoltre il consenso che in passato poteva anche essere tacito,

diventa **obbligatoriamente esplicito** e l'utente mantiene il diritto di verificare in ogni istante come esso viene applicato ed, eventualmente, revocarlo in modo semplice.

La **gestione delle informazioni sanitarie** viene ricompresa nell'articolo 9 - Trattamento di categorie particolari di dati personali - all'interno del quale il trattamento dei dati diviene necessario per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria, dei medicinali e dei dispositivi medici, sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri che prevede misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti e le libertà dell'interessato, in particolare il **segreto professionale**.

Il concetto che più di tutti emerge sul versante sanitario riguarda le prime 2 definizioni su indicate. **Nei dati personali relativi alla salute rientrano**, d'ora in poi, **tutte le notizie riguardanti lo stato di salute dell'interessato** che rivelino informazioni connesse al suo stato fisico o mentale passato, presente o futuro dello stesso. Diviene più stringente anche la normativa inerente la **"violazione dei dati"**, visto che le aziende saranno obbligate, entro 72 ore dal momento in cui ne vengono a conoscenza, a notificare all'autorità di controllo la violazione dei dati personali, salvo i casi in cui risulti improbabile che la violazione presenti un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

ART 622 CP RIVELAZIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE

Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516

Art. 15 CODICE DEONTOLOGICO – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate.

Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

Art. 19 CODICE DEONTOLOGICO – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.

Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 27 CODICE DEONTOLOGICO – Segreto professionale

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.

LEGGE 24/2017 GELLI

Nasce nell'intento di contrastare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva" e ripristinare un'alleanza terapeutica tra medico e paziente, ha introdotto nel sistema sanitario italiano alcuni punti fermi con l'affermazione di principio secondo cui "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".

La nuova Legge agisce su tre fronti, amministrativo, penale e civile, affronta e disciplina i temi della sicurezza delle cure e del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata, delle modalità e caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi a oggetto la responsabilità sanitaria, nonché degli obblighi di assicurazione e dell'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria.

La piena consapevolezza che l'assistenza sanitaria medico-chirurgica al cittadino non è scevra da rischi, talora riconducibili nell'ambito della complessità della disciplina e dunque delle cure medesime, talaltra nell'ambito di un più generico problema organizzativo nell'erogazione delle cure, ha negli ultimi anni imposto ai vertici ministeriali e, di seguito, regionali e aziendali, la ricerca di un sistema volto alla rilevazione precoce delle problematiche considerate "a rischio" nella gestione della vicenda assistenziale del cittadino e all'individuazione di soluzioni di correzione e prevenzione dell'evento avverso.

Il principale elemento di novità introdotto è una causa di esclusione della punibilità del sanitario *"qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia"* e il predetto abbia *"rispettato le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto"*.

La norma prevede cioè una causa di esclusione della punibilità per l'esercente la professione sanitaria che sia incorso nella commissione dei delitti di omicidio colposo o lesioni personali colpose qualora:

- a) l'evento si sia verificato a causa di imperizia, rimanendo escluse le ipotesi di negligenza e imprudenza, ed a prescindere da qualsiasi gradazione della colpa
- b) siano state rispettate le raccomandazioni contenute nelle linee guida o - in mancanza - le buone pratiche clinico assistenziali (la c.d. ars medica), che assumono, dunque, un rilievo suppletivo;
- c) le linee guida o le buone pratiche risultino adeguate al caso di specie in ragione delle peculiarità che lo stesso presenta

L'articolo 7 della Legge Gelli - Bianco prevede una bipartizione della responsabilità civile, differenziando la posizione della struttura sanitaria da quella dell'esercente la professione sanitaria. In particolare la struttura sanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, risponde delle loro condotte dolose o colpose. In altre parole, **la struttura sanitaria risponderà dei fatti illeciti compiuti dagli esercenti la professione sanitaria secondo le regole della responsabilità contrattuale**, con importanti conseguenze in termini di prescrizione, onere della prova e danno risarcibile: il termine prescrizione sarà infatti di dieci anni, il danneggiato dovrà semplicemente provare il titolo da cui deriva l'obbligazione rimanendo **in capo alla struttura sanitaria la prova dell'esatto adempimento ovvero dell'inadempimento non imputabile**, ed il danno risarcibile è

limitato al danno che poteva prevedersi al tempo in cui è sorta l'obbligazione, salvo che in caso di dolo.

L'esercente la professione sanitaria, invece, sarà chiamato a rispondere del proprio operato secondo le norme sulla responsabilità extracontrattuale, che prevedono un termine prescrizione di "soli" cinque anni ed un gravoso **onere della prova in capo al danneggiato**, che dovrà non solo allegare ma provare il fatto illecito, il danno, l'elemento soggettivo ed il nesso eziologico tra condotta ed evento.

In base alle novità introdotte è inoltre inerito l'obbligo di copertura assicurativa per tutti gli esercenti professioni sanitarie.

Inoltre, in ogni regione verrà istituito il **Centro per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente**. Il suo obiettivo sarà quello di raccogliere i dati sui rischi ed eventi negativi non solo sulle cause ma anche sulla frequenza e sui costi del contenzioso.

Questi dati poi saranno inviati all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità organo che si occuperà del monitoraggio costante delle pratiche e degli eventuali errori nel SSN. Inoltre, questo organo dovrà anche elaborare dei progetti per la sicurezza delle cure e per la formazione del personale.

Art 32 CODICE DEONTOLOGICO – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art. 37 CODICE DEONTOLOGICO – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

LEGGE 219/2017 DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Principalmente sono tre le macro-tematiche trattate dalla legge:

1. Il consenso informato
2. La pianificazione condivisa delle cure
3. La terapia del dolore e le cure palliative.

Il primo elemento legittimante la cura è il consenso informato stesso e la sua espressione diviene quindi diritto fondamentale della persona assistita. Viene riconosciuta una **libertà di autodeterminazione terapeutica** che si confà al diritto di autodeterminazione nelle fasi patologiche della propria esistenza

Questa legge introduce e riconosce un **diritto alla desistenza terapeutica**, ovvero far sì e accettare che la patologia faccia il suo corso, essendo liberi qualunque siano le conseguenze date da questa scelta. Questo passaggio implica quindi una **libertà di scelta personale sulla propria qualità di vita e sul come viverne le ultime fasi con dignità**.

Ogni persona ha diritto di essere informata sulla propria diagnosi, prognosi, trattamento terapeutico ed è solo la persona stessa a poter autorizzare la cura, la comunicazione ai parenti o anche scegliere di non sapere e di non essere informato. Chiunque ha diritto di rifiutare e revocare un trattamento ed è proprio questa possibilità che fa sì che l'alleanza terapeutica divenga perno centrale della relazione di cura e assistenza, superando ancora una volta il vecchio modello di cura ad impronta paternalistica.

È prevista la **revoca di alimentazione e idratazione artificiali esentando il medico e l'équipe sanitaria da qualsiasi responsabilità di tipo civile e penale.**

Questa legge sottolinea, inoltre, che la formazione in materia di comunicazione deve essere parte integrante e continua dei percorsi formativi di tutti i professionisti sanitari, nessuno può più sentirsi esentato dal **saper comunicare con il paziente ed il suo entourage.**

La **pianificazione condivisa delle cure** diventa quindi anch'essa elemento legittimante la cura e deve essere documentata in cartella da parte dell'équipe sanitaria. Questo implica una compartecipazione attiva del paziente e dei professionisti sanitari mettendo nuovamente **al centro della relazione di cura i bisogni e i valori della persona.**

L'articolo 2 **"Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita"** rimarca l'importanza del riconoscimento della cura del **dolore** e delle **cure palliative**, dove il dolore non è più valutato solo come sintomo, ma identificato esso stesso come patologia da trattare.

DAT

"Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, denominata fiduciario che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie".

Art. 4 CODICE DEONTOLOGICO – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo.

Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.

Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 17 CODICE DEONTOLOGICO – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 CODICE DEONTOLOGICO – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 24 CODICE DEONTOLOGICO – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 CODICE DEONTOLOGICO – Volontà di limite agli interventi

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

LEGGE 3/2018 LORENZIN

Si ha la decadenza dei collegi IPASVI, dando vita alla FNOPI. Si cancella anche l'uso del nome "infermieri professionali" e vigilatrici di infanzia: gli infermieri sono infermieri e basta e le ex vigilatrici di infanzia sono gli infermieri pediatrici

LE RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE

RESPONSABILITA' PENALE: Si risponde in ambito penale per fatti illeciti (REATI). E' PERSONALE.

Se compiuti secondo l'intenzione i reati sono: DOLOSI

Se compiuti contro l'intenzione i reati sono: COLPOSI

Vi è responsabilità penale colposa quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di

NEGLIGENZA: superficialità, scarso impegno, trascuratezza; Sussiste colpa per negligenza quando si prova che il professionista a causa di un comportamento negligente ha causato un danno

IMPRUDENZA: azione avventata che oltrepassa i limiti della normale prudenza; Sussiste colpa per imprudenza quando si prova che il professionista ha adottato un comportamento rischioso senza le dovute cautele causando un danno

IMPERIZIA: imperfetta conoscenza teorico pratica (non saper fare), Sussiste imperizia quando si prova che il professionista ha mostrato di ignorare, con il proprio comportamento, quelle conoscenze tecniche che sono alla sicura portata di qualsiasi professionista di media preparazione causando un danno

RESPONSABILITA' CIVILE: contrattuale e extracontrattuale, vedi Gelli

RESPONSABILITA' DISCIPLINARE: Nel momento in cui il dipendente non rispetti gli obblighi normativi del CCNL, la sua condotta può essere soggetta a [procedimento disciplinare](#).

Sulla base della **gravità dell'infrazione commessa**, il dipendente può andare incontro a:

- Rimprovero verbale
- Rimprovero scritto/censura
- Multa di importo variabile fino ad un massimo di 4 ore di retribuzione
- Sospensione del servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni

- Sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di sei mesi
- Licenziamento con preavviso
- Licenziamento senza preavviso

Qualora il dipendente commetta un'infrazione, l'azienda ha l'obbligo di inviare una **contestazione scritta di addebito entro 20 giorni** da quando è avvenuta la contestazione o si è venuti a conoscenza del fatto.

Il dipendente deve presentarsi a difendersi con un procuratore o un rappresentante dell'associazione sindacale a cui conferisce mandato.

Entro i venti giorni successivi, il dirigente responsabile del procedimento deve procedere alla contestazione; nel frattempo, il dipendente o il suo difensore, su delega, può richiedere gli atti che riguardano il procedimento a suo carico.

LA COLPA INDIRECTA: E' quella colpa, da cui potrebbe derivare all'infermiere un addebito di corresponsabilità per un fatto compiuto dall'OSS. Si divide in:

CULPA IN ELIGENDO

Colpa nell'attribuzione di mansioni, in altre parole, l'infermiere potrebbe aver sbagliato nell'individuare l'oggetto dell'assegnazione di compiti, oppure l'infermiere potrebbe commettere un errore nella scelta del destinatario della delega. Se dal comportamento dell'operatore di supporto dovesse derivare un eventuale danno al paziente, all'infermiere potrà essere mosso un addebito di colpa per aver errato nella scelta della persona affidataria dell'incarico, oppure nella scelta dei compiti attribuiti.

CULPA IN VIGILANDO

Responsabilità dovuta a colpa nella sorveglianza sull'operato del destinatario della delega stessa. Attiene ai compiti di verifica attribuiti all'infermiere all'interno del processo assistenziale e del rispetto da parte dell'operatore di supporto delle indicazioni impartite. L'infermiere potrà essere in colpa se omette di esercitare quelle verifiche doverose che sarebbero risultate idonee a impedire il verificarsi di eventi dannosi per il paziente

L'infermiere ha sempre la responsabilità giuridica dell'attribuzione dei compiti. Pertanto deve esercitare un duplice controllo 1. verifica dei requisiti di idoneità tecnica 2. verifica che l'attività svolta risponda ai contenuti dell'attribuzione (supervisione)

CARTELLA CLINICA

Uno dei doveri dell'infermiere è la corretta compilazione della **documentazione infermieristica**, che diverrà parte integrante della cartella clinica. Essa rappresenta, per l'infermiere, un'incombenza sicuramente onerosa, ma di enorme rilevanza medico-legale. Una sintetica, ma esauriente definizione di **cartella clinica** è quella di documento sanitario che costituisce la verbalizzazione dell'attività propria del reparto ospedaliero con riferimento al singolo degente cui tale attività corrisponde. Dunque essa rappresenta il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni degente, delle decisioni assunte e degli interventi effettuati.

L'importanza della cartella clinica è duplice, poiché essa assume un valore:

- **medico legale:** in caso di contenzioso rappresenta un elemento di prova con valore probatorio, è definito dall'orientamento giurisprudenziale un "atto pubblico di fede privilegiata", contestabile solo con una querela di falso;
- **assistenziale:** rappresenta una registrazione precisa delle prestazioni effettuate sul singolo degente.

All'interno della cartella clinica vengono raccolti tutti i documenti che partono dal verbale di Pronto Soccorso per arrivare alla scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

L'infermiere che compila la cartella deve conoscere i **requisiti formali e sostanziali** che la stessa deve possedere. Essi sono:

- **veridicità:** la cartella deve contenere, in maniera assolutamente rispondente al vero, la verbalizzazione delle procedure assistenziali attuate sul malato;
- **completezza e chiarezza:** i contenuti devono essere chiari ed inequivoci, proprio nell'ottica che la cartella possa essere oggetto di esame da parte di soggetti diversi dai redattori. La terminologia specialistica usata non deve lasciare dubbi, ivi comprese le sigle. Si consiglia di far ricorso ad una legenda che consenta di risalire al termine esteso cui l'abbreviazione si riferisce;
- **rintracciabilità:** l'autore dell'annotazione deve risultare sempre individuabile;
- **contestualità:** l'annotazione deve essere contestuale, cioè contemporanea all'evento descritto.

In alcune Unità Operative ciò risulta difficile, perciò normalmente si richiede il rispetto di due regole fondamentali:

1. l'annotazione in cartella deve avvenire durante il periodo di degenza;
2. deve essere rispettata la sequenza cronologica degli eventi.

art. 476 c.p. – Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici

Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni;

art. 479 c.p. - Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

Il pubblico ufficiale, che ricevendo o firmando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto sia stato da lui compiuto o sia avvenuto alla sua presenza, o attesti come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero ometta o alteri dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesti falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476.

Secondo il D.P.R. 27 marzo 1969 n 128 (norma relativa al riordino generale dei servizi ospedalieri) la **responsabilità della regolare compilazione, della tenuta e della custodia della cartella clinica**, fino alla conserva nell'archivio centrale, spetta al **Dirigente di secondo livello della U.O.** (Primario del reparto). Dopo la dimissione del paziente, le cartelle cliniche verranno conservate negli archivi centrali, ove il compito del controllo non sarà più del Dirigente, ma del **Direttore Sanitario**.

Art 33 CODICE DEONTOLOGICO – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.