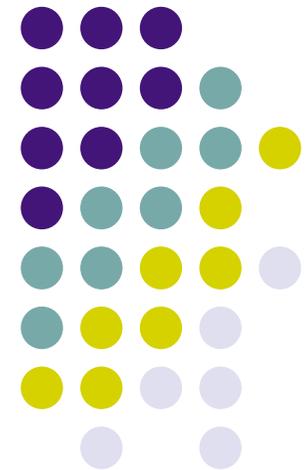
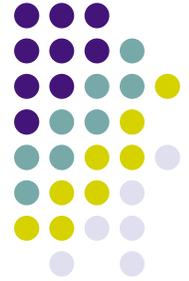

**ELEMENTI DI
RESPONSABILITA'
DELL' ASSISTENZA
INFERMIERISTICA**



D.M. 739 /1994



L' INFERMIERE

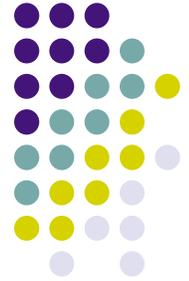
è ***responsabile dell' assistenza generale infermieristica.***

Responsabilità di risultato

Responsabilità del processo

L' infermiere ***risponde***, quale professionista, direttamente delle sue azioni orientate al risultato assistenziale, sopportandone l' onere delle relative conseguenze di natura civile, penale e disciplinare

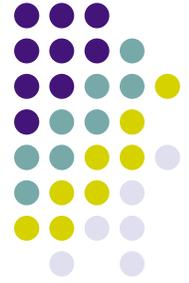
AUTONOMIA E RESPONSABILITA'



L' infermiere è titolare
del proprio atto sanitario

ed è quindi transitato da una responsabilità limitata e circoscritta al mero atto esecutivo (cfr. mansionario) alla assunzione di responsabilità dell' atto infermieristico

PAROLE CHIAVE: Professionalità, autonomia, responsabilità



Professionalità: l'area entro cui il sanitario può e deve muoversi

Autonomia: è il potere di scegliere il mezzo migliore; implica la possibilità di muoversi liberamente all'interno delle regole

Responsabilità: è il dovere di garantire il risultato migliore



L'infermiere è passato dal *prestare assistenza al medico* al *prestare assistenza al paziente*, assumendo così responsabilità del percorso sanitario infermieristico nei confronti del paziente.



Ciò significa

ESSERE GARANTI

della tutela della salute della
persona assistita

significa assumere il dovere
giuridicamente riconosciuto di
impedire eventi lesivi di altrui beni



- La responsabilità professionale dell'infermiere nasce da una prestazione *inadeguata* che ha prodotto effetti negativi sulla salute del paziente.
- Ciò può comportare per l'infermiere – a seconda dei casi – un obbligo al risarcimento del danno, una condanna per reato o un provvedimento disciplinare.



LA RESPONSABILITA'

Attitudine a rispondere del proprio operato professionale, in caso di errore od omissione, davanti ad un giudicante

Valutazione a posteriori da parte di un soggetto esterno



LA RESPONSABILITA'

Accezione negativa perché emerge quando ormai il danno è avvenuto



LA RESPONSABILITA'

CONSEGUENZE

Prevenzione di sanzioni

Centralità dell'operatore sanitario

**Sentenze della Magistratura come guida ed
appiattimento della cultura scientifica**

**Medicina difensiva e danni al paziente da intervento non
qualificato**

Esasperazione degli aspetti formali

L'effetto boomerang



LA RESPONSABILITA'

Impegno a realizzare una condotta professionale corretta nell' interesse di salute della persona

Valutazione prima e durante la prestazione d'opera da parte dello stesso soggetto agente



LA RESPONSABILITA'

Accezione positiva perché consente di evitare danni alla persona



LA RESPONSABILITA'

Obiettivo: tutela della salute

Centralità della persona

**Conoscenze scientifiche aggiornate
come guida**

**Esercizio professionale ispirato alla solidarietà
con la persona**

**Valorizzazione degli aspetti sostanziali
La coerenza**

FONTI DI RIFERIMENTO DELLA RESPONSABILITÀ



**Conoscenze scientifiche
e competenza professionale**

Leggi dello Stato

Codice deontologico

Norme etiche

IL SAPERE

BASI DEL SAPERE BASI DELLA RESPONSABILITA'



3 CRITERI GUIDA

- Contenuto del profilo professionale
- formazione di base e post base
- codice deontologico

2 LIMITI

- contenuto del profilo professionale
competenze previste per i medici
- competenze altri prof. sanitari

Legge 42/99

**BASI DEL SAPERE INFERMIERISTICO
BASI DELLA RESPONSABILITA**



- Art. 43 codice penale

Il delitto è colposo, o contro l'intenzione, quanto l'evento, anche se **preveduto**, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di **negligenza** o **imprudenza** o **imperizia**, ovvero per **inosservanza di leggi regolamenti ordini o discipline**.



- **NEGLIGENZA**

È il mancato adeguamento del comportamento tenuto alle regole che prescrivono le modalità di svolgimento di quella attività



- **IMPRUDENZA**

L'operatore sanitario deve astenersi dal compiere tutti quegli atti che, secondo la miglior letteratura, possano risultare fonte di rischio per la salute dell'assistito



- **IMPERIZIA**

È la mancanza di preparazione scientifica e di adeguate cognizioni nella specifica materia.

E' la mancanza di conoscenza del complesso di regole tecniche e professionali espresse dalla categoria professionale



E' importante aggiornarsi

- perché le conoscenze in campo sanitario diventano rapidamente obsolete, a causa dei continui e numerosi progressi della medicina;
- perché l'aggiornamento continuo del sanitario è un diritto del cittadino e un dovere del sanitario;
- perché la magistrature è sempre più severa nei confronti di una vera o presunta *malpractice* sanitaria;
- perché il cittadino rivendica un ruolo attivo nelle decisioni del sanitario che lo riguardano ed è sempre più attento alla loro qualità ed efficacia;
- perché è in rapido aumento in tutti i Paesi industrializzati la consultazione dei siti sanitari di Internet da parte dei cittadini prima di recarsi dal sanitario;



LE RECENTI MODIFICHE NORMATIVE
HANNO DETERMINATO IL
RICONOSCIMENTO DI UNA MODALITA' DI
APPROCCIO ASSISTENZIALE AL
PAZIENTE NON PIU' DI TIPO
GERARCHICO MA DI *EQUIPE*



EQUIPE E AFFIDAMENTO

- All' interno dell' *equipe* vige il principio dell' affidamento.
- Concetto di equipe in medicina: attività che comportano una contestuale prestazione diagnostico o terapeutica da parte di un gruppo di sanitari che svolgono insieme, ma con compiti differenziati, un determinato trattamento diagnostico o terapeutico.

(fonte: Fiori, A. *Medicina legale e delle Assicurazioni*, Vol. I pag. 523.),



Nell'attività del lavoro di equipe la regola ordinaria è che ciascuno risponde solamente dell'inosservanza delle “*leges artis*” del proprio specifico settore, perché il lavoro in questione implica, per il suo stesso esito, fiducia nel corretto comportamento degli altri;



Un obbligo di controllo e di sorveglianza competente, poi, per definizione, al soggetto che, per la particolare sua posizione giuridica di supremazia gerarchica, è chiamato proprio a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori.



Quindi, lo stabilire se esista un obbligo di controllo e di sorveglianza sull'operato altrui dipende, da un lato, dalla posizione gerarchica che ciascun partecipante occupa in seno all'equipe e, dall'altro, dall'esistenza di ragioni oggettive o soggettive che fanno dubitare del fatto che il collaboratore tenga un comportamento conforme a diligenza.



REGOLE DI CONDOTTA

- OBBLIGO DI INFORMARSI
- OBBLIGO DI AGIRE CON CAUTELA AL FINE DI EVITARE O RIDURRE I PERICOLI
- OBBLIGO DI ASTENERSI COMPLETAMENTE DALL' AGIRE (per evitare rischi incontrollabili)
- OBBLIGO DI IDONEA SCELTA DEL PROPRIO PERSONALE DI SUPPORTO E DI CONTROLLO SUGLI STESSI



- I medici hanno la responsabilità diagnostica, terapeutica e chirurgica;
- gli infermieri hanno la responsabilità della gestione del paziente, che è affidato quasi esclusivamente al personale infermieristico, il quale, ove lo reputi necessario, si avvale dell'opera del personale di supporto;
- il personale di supporto ha la responsabilità della corretta esecuzione del compito affidatogli.



- Quando l'infermiere si avvale di operatori di supporto, deve costantemente e preventivamente verificare il livello di competenza di tali figure, discernere attentamente se e quali mansioni affidare e garantire sistematica e adeguata supervisione su quanto in via di effettuazione, mantenendo comunque la responsabilità dei risultati



Affidamento responsabile di attività

(occorre conoscere il livello di competenza
che questa figura in concreto dimostra di
avere)



- L' infermiere ha la responsabilità del *caso*, ha la responsabilità del *progetto*, ha la responsabilità del *pensare*.
- L' OSS ha la responsabilità del *fare*, ovvero una responsabilità *esecutiva*.



- L' infermiere ha la responsabilità della progettazione e dell' organizzazione del processo assistenziale , all' interno del quale si muove e opera l' OSS.
- L' OSS non ha autonomia progettuale e organizzativa.



- L' infermiere ha il controllo del risultato, della gestione e della definizione degli obiettivi.
- L' OSS ha il controllo del suo atto.



Nel rapporto tra infermiere e operatore di supporto vi è uno dei due soggetti a cui è attribuita una **RESPONSABILITA'** - l'infermiere – e un altro soggetto a cui sono attribuite solo delle **MANSIONI** – l'operatore di supporto, il quale è sottoposto all'attività di indirizzo, direzione e verifica del personale infermieristico.



D O V E R E di C O N T R O L L O

dell' infermiere sull' operato
del personale di supporto



Il dovere di controllo nasce all'interno di ogni rapporto che comporti l'assoggettamento di un soggetto al potere di direzione e di vigilanza di un altro soggetto



La colpa da cui può derivare all'infermiere un addebito di **corresponsabilità** può atteggiarsi come colpa nell'attribuzione di attività, in particolare nella scelta dell'oggetto della funzione da attribuire o nella scelta del destinatario di essa (*culpa in eligendo*).



La colpa da cui può derivare all'infermiere un addebito di **corresponsabilità** può atteggiarsi come colpa nella sorveglianza sull'operato del destinatario della delega stessa (*culpa in vigilando*).



Occorre capire quali interventi avrebbero potuto dall'infermiere essere attribuiti al personale di supporto, in base a quali criteri egli avrebbe dovuto scegliere il personale destinatario del processo di attribuzioni, e in quali casi avrebbe dovuto comunque sorvegliare l'esecuzione dell'intervento attribuito.



Sicuramente colposo sarà il comportamento dell'infermiere che attribuisse al personale di supporto l'esecuzione di un intervento non previsto quale eseguibile dal personale di supporto stesso.

La condotta colposa consisterebbe nell'affidare a personale di supporto compiti che l'infermiere deve svolgere personalmente.

L'obbligo di garanzia grava sull'infermiere e non può essere trasferito.



Sarà colposo il comportamento dell'infermiere che affidasse al personale di supporto compiti senza un accertamento della capacità di quell'operatore di svolgere quel compito.

E' infatti dovere del responsabile di qualsiasi equipe di far precedere un'opera di personale controllo e critica delle capacità tecniche di tutto il personale da lui dipendente, prima di affidare a chiunque mansioni implicanti una qualsiasi autonomia decisionale.



Sarà colposo il comportamento dell'infermiere che venisse meno ai doveri di vigilanza sull'operato del personale di supporto.

L'obbligo di controllo e di sorveglianza incombe su ogni soggetto che per la sua posizione di supremazia gerarchica è chiamato a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori.

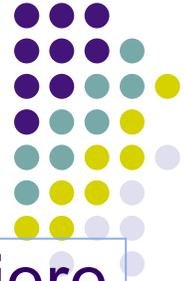


LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE DELLE PRESCRIZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE



L' INFERMIERE GARANTISCE LA CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PRESCRIZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE

SI TRATTA DELL' UNICA FUNZIONE
INFERMIERISTICA CHE NON E' SVOLTA SU
INIZIATIVA PERSONALE MA E' RICONDUCIBILE
A PRESCRIZIONE MEDICA



- L' autonomia e la responsabilità dell' infermiere consiste nello svolgimento delle procedure e nelle valutazioni necessarie per garantire la correttezza dell' applicazione.

Mutate condizioni cliniche della persona, intervenute dopo la prescrizione medica, possono suggerire all' infermiere di astenersi temporaneamente dalla somministrazione, avvisando il medico del cambiamento sopraggiunto nell' assistito per una eventuale rivalutazione della terapia.



PRESCRIVERE SIGNIFICA
“SCRIVERE PRIMA”

LA PRESCRIZIONE SCRITTA CON GRAFIA
POCO LEGGIBILE E’ DA CONSIDERARSI
“PRESCRIZIONE INCOMPLETA”



COSTANTE VERIFICA DA PARTE DELL' INFERMIERE DEL PROCESSO TERAPEUTICO

- VERIFICA Prescrizione del farmaco
- VERIFICA Fornitura e approvvigionamento
- VERIFICA Conservazione
- VERIFICA  Somministrazione
- VERIFICA Rilevazione d' efficacia
- VERIFICA Rilevazione di eventi avversi

Questa verifica presuppone adeguate conoscenze, competenze e abilità. L' infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico. Qualora esistano dubbi o incertezze , l' infermiere deve intervenire contattando il medico e non eseguire passivamente la prescrizione



LA RESPONSABILITA' DELL' INFERMIERE

“Standard per la somministrazione di farmaci”

(United Kingdom Central Council for Nursing, 1992)

“E' inaccettabile l' azione commessa dall' operatore che somministra una sostanza posta in una siringa o in un contenitore da un altro operatore in assenza dell' operatore che assume la responsabilità della somministrazione al paziente”



Gli errori più frequenti consistono in:

- errore di prescrizione
- scambio di pazienti;
- errore di dosaggio o di diluizione;
- errore di via di somministrazione.

Si tratta di errori che si sostanziano nella colpa professionale e nei suoi caratteri delle negligenza, della imprudenza o della imperizia.



● LE PRESCRIZIONI TELEFONICHE

(United Kingdom Central Council for Nursing)

- “La prescrizione di farmaci sulla base di una prescrizione orale può essere accettata solo in casi di emergenza”
- Le istruzioni telefoniche a un infermiere, date per una somministrazione di farmaci, anche in una situazione, non sono accettabili. Questa pratica coinvolge l’infermiere in una procedura potenzialmente pericolosa per il paziente”



LE PRESCRIZIONI TELEFONICHE

(United Kingdom Central Council for Nursing)

Nel caso di “istruzioni telefoniche” il medico non è presente, non visita il paziente, non fa una diagnosi.



LE PRESCRIZIONI

AL BISOGNO - SE OCCORRE - IN CASO DI DOLORE

Si tratta di prescrizioni *condizionate* al verificarsi di un evento futuro e incerto.

Occorre distinguere tra le prescrizioni basata su segni clinici rilevabili oggettivamente dall'infermiere, oppure su sintomi.



LE PRESCRIZIONI

AL BISOGNO - SE OCCORRE - IN CASO DI DOLORE

Segni clinici

La prescrizione rimane condizionata ma è ancorata a segni clinici, per esempio la pressione arteriosa o la temperatura corporea, che l'infermiere può rilevare in modo oggettivo, così da “completare” la prescrizione del medico.



LE PRESCRIZIONI

- LE PRESCRIZIONI

AL BISOGNO - SE OCCORRE - IN CASO DI DOLORE

Sintomi

La prescrizione è condizionata a sintomi, riferiti dal paziente, che non sono rilevabili oggettivamente dall'infermiere.