

“professionista”

- Il termine “professionista” nasce agli inizi del '900 ed è sinonimo di “esercente una libera professione” le cui caratteristiche si possono ritrovare in una professione autonoma e organizzata per esercitare la quale è necessario un titolo di studio superiore , un' abilitazione e una iscrizione all'albo. Lo Stato riconosce alle professioni intellettuali la piena autonomia di gestione interna.

“professionista”

- Una delle fasi principali che scandiscono l'istituzionalizzazione delle figure professionali consiste nella tendenza a creare un *corpus* di regole di autodisciplina valide per tutti i membri di ogni professione.

L. 27 luglio 1934, n. 1265 professioni sanitarie (art. 99)

professioni sanitarie (art. 99)

- medico-chirurgo
medico-veterinario
- farmacista

professioni sanitarie ausiliarie

- ostetrica (levatrice)
- assistente sanitaria visitatrice
- infermiere diplomato

**R. D. 31 maggio 1928, n. 1334
(G.U. 4 luglio 1928, n. 154)**

**Regolamento per l'esecuzione della
L. 23 giugno 1927, n. 1264 sulla
disciplina delle arti ausiliarie delle
professioni sanitarie (art. 11)**

- odontotecnico
- ottico
- meccanico ortopedico, ernista
- infermiere abilitato o autorizzato
- capi bagnini, massaggiatori

Professioni sanitarie

principali:

quelle per il cui esercizio è richiesto il conseguimento di laurea:

medico chirurgo;

odontoiatra

veterinario

farmacista

biologo

Psicologo

ausiliarie:

quelle per il cui esercizio è richiesto il conseguimento di diploma:

ostetrica (levatrice);

assistente sanitario

infermiere professionale (diplomato)

arti ausiliarie delle professioni sanitarie :

quelle per il cui esercizio è richiesta licenza rilasciata dalle scuole autorizzate all'insegnamento delle arti stesse:

odontecnico

ottico

meccanico ortopedico, ernista

infermiere abilitato, puericultrice:

Art n° 32 della Costituzione, in vigore dal 1 gennaio 1948,

- *“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”.*

“G.Cattaneo, La responsabilità del professionista, Giuffrè 1958”-

La professione intellettuale consiste in quelle attività, di particolar pregio per il loro carattere intellettuale, che trovano il loro elemento qualificante proprio nella prestazione dell'opera puramente creativa, a significare la peculiarità che si ravvisa nell'apporto offerto dall'intelligenza e dalla cultura del professionista medesimo –

Professioni intellettuali:

“espletamento di attività di natura prevalentemente intellettuale riguardanti determinati e specifici settori operativi di interesse collettivo o di rilevanza sociale: il loro esercizio richiede il possesso di particolari ed idonei requisiti di formazione culturale, scientifica e tecnica ed è caratterizzato da **autonomia decisionale nella determinazione delle modalità di perseguimento dei risultati, nonché dall’assunzione di responsabilità dirette e personali in relazione alle prestazioni svolte**”.

- Il professionista deve essere in grado di assumere autonomamente la responsabilità dei processi e prendere decisioni autonome al fine di mettere in atto il lavoro interdisciplinare e interprofessionale nei complessi contesti assistenziali in cui l'utente esprime i propri bisogni di salute

Il focus: la competenza specifica necessaria

La professione intellettuale, così come sostanziata dal codice civile (art. da 2220 a 2238) e dalla "Legge di riordino delle professioni intellettuali" (L.287/90) legittima la competenza specifica professionale in quanto ne definisce le caratteristiche precipue:

- Titolo di studio universitario -non inferiore ai 3 anni-
 - Esame di stato
 - Iscrizione all'albo
 - Associazioni professionali
 - in obbligo di accertare i requisiti di accesso
 - con potere disciplinare
 - Rapporto fiduciario col cliente

CC Capo II: Delle professioni intellettuali

Art. 2229 **Esercizio delle professioni intellettuali**

La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi.

L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge disponga diversamente. Contro il rifiuto dell'iscrizione o la cancellazione dagli albi o elenchi, e contro i provvedimenti disciplinari che importano la perdita o la sospensione del diritto all'esercizio della professione e ammesso ricorso in via giurisdizionale nei modi e nei termini stabiliti dalle leggi speciali.

legge 23-12-1978 N. 833

- Tra gli obiettivi principali della legge si ricorda:
- la formazione di una coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità,
- la promozione della salubrità dell'ambiente naturale di vita e di lavoro,
- la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del SSN.

legge 23-12-1978 N. 833 articolo 6 - c. 6 – Competenze dello Stato – si

legge:

- q) fissare i requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari , le disposizioni generali per la durata dei corsi, i requisiti necessari per l'ammissione nelle scuole nonché i requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e ausiliarie
- r) il riconoscimento e la equiparazione dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi,
- s) gli ordini e i collegi professionali [...] "le professioni sanitarie non mediche si formano all'interno all'interno del SSN.

direttiva 89/48/CEE del Consiglio del 21 dicembre 1988

- relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanziona formazioni professionali di una durata minima di tre anni - *sarà recepita in Italia attraverso il D.Lgs. del 27 gennaio 1992* - ; con essa è introdotto un concetto fondamentale: la necessità di un riconoscimento tra i diplomi degli stati membri ovvero **la necessità di una professione regolamentata.**

D.Lgs. 341 del 19 novembre 1990-. **Diplomi Universitari**

- **-Art .2** , comma 1- *il corso di diploma universitario (D.U) si svolge nelle facoltà , ha una durata non inferiore a due anni e non superiore a tre e comunque corrisponde a quella stabilita dalle norme CEE per i diplomi universitari di primo livello ... con il fine di fornire conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientato al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali,*
- Al comma 2 , il legislatore si preoccupa del riconoscimento totale o parziale degli studi compiuti in precedenza con i criteri e le modalità di cui all'art. 9 comma 1;

Il CUN definisce le tabelle per n. 9 D.U. dell'area sanitaria e precisamente:

- **1- scienze infermieristiche,**
- **2- ostetricia,**
- **3- tecnico di laboratorio biomedico;**
- **4- tecnico di dietologia e dietetica applicata;**
- **5- terapeuta della riabilitazione ;**
- **6- ortottista ed assistente in oftalmologia;**
- **7- tecnico di audiometria e audioprotesi;**
- **8- logopedista;**
- **9- terapeuta della riabilitazione della neuro e psico - motricità dell'età evolutiva.**

D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992

legge Di Lorenzo o di "riordino della disciplina in materia sanitaria"

- -aziendalizzazione delle UU.SS.LL. che ha comportato autonomia
"...organizzativa,
- patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica..."
- responsabilità: sui risultati e verifica delle prestazioni erogate
- formazione universitaria delle professioni sanitarie con profilo

D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992

- l'art. 6-disciplina i rapporti tra SSN ed università- e, al **comma 3** afferma che " ..la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del S.S.N. e istituzioni private accreditate . Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare e i relativi profili . Il relativo ordinamento didattico è definito ai sensi dell'art . 9 del D.Lgs. n° 341 del 19 novembre 1990 con decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato concordemente con il Ministro della sanità.

- Riassumendo, **la legge 341/90** ha introdotto un nuovo livello di formazione e di titolo – il diploma universitario - ; con il **D.Lgs. 502 del '92** *il D.U.* è stato identificato come *unico canale* di formazione superando il dualismo esistente al periodo fra Università (Scuole Dirette a Fini Speciali) e Sanità (Scuole Regionali).

Dal 1994 al 2000 sono stati individuati 22 profili professionali.

- Con **D.M. del 26 settembre 1994** vengono individuate le figure e il relativo profilo del *tecnico sanitario di laboratorio biomedico e del tecnico di radiologia medica*.
- Con **D.M. del 15 maggio 1995** sarà individuata la figura e il relativo profilo professionale del *tecnico di neurofisiopatologia* (professione tecnico sanitaria).
- Con **D.M. del 17 gennaio 1997** sarà individuata la figura e il relativo profilo per le:
 - professioni infermieristiche : *infermiere pediatrico*,
 - professioni riabilitative : *terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapista occupazionale*,
 - professioni della prevenzione : *dell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario*.
- Con **D.M. del 27 luglio 1998** verrà individuata con il relativo profilo la figura del *tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e per fusione vascolare* (professione tecnico sanitaria).
- Il **D.M dell'8 ottobre 1998** individua e regola la figura dell'*educatore professionale* (professione riabilitativa).
- Per ultimi , rispettivamente il **15 aprile del 1999** e il **29 marzo 2001** sono state individuate e regolamentate le figure dell' *igienista dentale* (per le professioni tecnico sanitarie) e *tecnico della riabilitazione psichiatrica* (professione della riabilitazione).

Le normative che disciplinano l'attività dei professionisti e le responsabilità di riferimento

☞ **1994 - Tutti i Profili Professionali**

☞ **1999 - i Codici Deontologici**
(alcune professioni)

☞ **1999 - Legge 42/99 - Disposizioni
in materia di Professioni Sanitarie**

☞ **2000 - Legge 10 agosto 2000 n. 251
Disciplina delle professioni sanitarie
infermieristiche, tecniche, della
riabilitazione, della prevenzione,
nonché della professione ostetrica**

☞ **2001 - Determinazione delle Classi
dei CCLL**

☞ **2001 – Conferenza Stato –
Regioni – Op. Socio San.**

☞ **2003 - PSN e PSR**

☞ **CCNL - Declaratorie**

☞ **Leggi Regionali**

☞ **L. 43/2006 “Disposizioni
in materia di professioni
sanitarie inf., ost., riab.,
tec.-san. e della prev. e
delega al Governo per
l'istituzione dei relativi
Ordini Professionali”**

- **Il D.L. del 13 settembre 1996 n .475** , recante – *misure urgenti per le università e centri di ricerca* – , disciplina il valore abilitante dei diplomi universitari relativi all'area infermieristica, tecnica e della riabilitazione -.

D.Lgs 229/99 o *Legge TER* recante norme per la razionalizzazione del S.S.N

- Dipartimentalizzazione
- Integrazione professionale
- Appropriatelyzza degli interventi sanitari
- Continuità delle cure
- Formazione continua del personale sanitario
- Accreditamento professionale

- L'accordo della Sorbona verrà attuato in Italia con la seconda Riforma Universitaria: il ***D.M. 509 del 3 novembre 1999.***
- Il legislatore nel 1999 ha inteso chiarire e definire la fine della "ausiliarità" ovvero del "paramedico" delle nostre professioni con una legge di importanza storica :
- **legge 26 febbraio 1999 n.42** recante "disposizioni in materia di professioni sanitarie".

Decreto ministeriale n. 509/1999

"la riforma universitaria"

- Art 3 comma 4

“il corso di laurea ha l’obiettivo di assicurare ... un’adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l’acquisizione di specifiche conoscenze professionali”

Decreto ministeriale n. 509/1999

"la riforma universitaria"

■ Art 3 comma 5

"il corso di laurea specialistica ha l'obiettivo di fornire... una formazione ...per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici"

■ Art 3 comma 8

"...le università possono attivare corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente.."

Decreto ministeriale n. 509/1999

"la riforma universitaria"

■ Art 11

Gli ordinamenti didattici sono disciplinati attraverso i regolamenti didattici di ateneo i quali definiscono:

■ comma 7 b

"... i compiti didattici ... comprese le attività di....tutorato.."

■ comma 7 g

"l'introduzione ... del servizio di tutorato.."

I regolamenti didattici di ateneo

- Strumenti di applicazione operativa che ogni ateneo deve definire -in base all'art 12 della L 509/99- per ogni corso di studio
- Diversi quindi per ogni ateneo per orientamenti e contenuti
 - In tutti la figura del tutor è focalizzata alla salvaguardia dell'acquisizione della competenza specifica professionale

dopo il D.M. del 3 novembre 1999 n° 509, norme per l'autonomia didattica degli atenei, il D.Lgs. 251 del 10 agosto 2000 che istituisce la dirigenza di tutte le professioni sanitarie ex ausiliarie e la laurea specialistica e il D.M. 29 marzo 2001 "definizione delle figure professionali" – anche questa dizione appare superata perché le professioni in questione diventano "professioni laureate".

***LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42.
Disposizioni in materia di professioni
sanitarie.***

- *La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, e' sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".*

- abolisce la suddivisione proveniente dal Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 e, ferma restando la categoria delle arti ausiliarie delle professioni, inquadra tutte le figure professionali (ex principali ed ex ausiliarie) come professioni sanitarie.

- Per la professione infermieristica, ostetrica e di tecnico sanitario di radiologia medica, la legge sancisce l'abolizione del mansionario

LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42.

Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

- *Sono abrogati*
- *il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V,*
- *il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni.*

- *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, e' determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici,*

LEGGE 26 febbraio 1999, n. 42.

Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

- art. 1 II comma
- – parte 1° “.....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.”
- I risvolti operativi e giuridico professionali dell’aumento delle conoscenze.
- I due significati della parola competenza: deriva dal latino *cum petere*, chiedere insieme, ma evoca anche il verbo italiano *competere*, cioè far fronte a una situazione sfidante.
- parte 2° - “il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... 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...”

- i principali elementi preposti all'esercizio delle professioni; si tratta di tre criteri guida e di due criteri limite⁴⁹. I criteri guida sono
 - • il contenuto dei profili professionali
 - • la formazione di base e post-base
 - • il contenuto del codice deontologico,
- mentre i criteri limite sono
 - • le competenze specifiche della professione medica (atti medici)
 - • le competenze previste per le altre professioni sanitarie laureate.

- L'assenza di uno specifico mansionario se testimonia la crescita tecnica tanto attesa e desiderata dalle associazioni di gruppo, rende gli interventi tecnici a volte ibridi per poca chiarezza tra le figure professionali che devono tra loro collaborare per un determinato e specifico caso o progetto

- L'articolato prevede atti definitori di competenza, nell'ambito dell'attività diagnostica e terapeutica, laddove vengano individuati e verificati i campi di attività specifica e di collaborazione

- Ad esempio, nella professione ostetrica il limite viene individuato nel parto non fisiologico, nel quale si configura un rapporto di collaborazione con il medico; nella professione infermieristica abbiamo sia il livello autonomo, che si esplica nella responsabilità dell'assistenza, sia il livello collaborante, negli interventi in cui la funzione dell'infermiere è quella di partecipare a una attività svolta in équipe

- Lo stesso discorso vale per le professioni della riabilitazione: il fisioterapista «svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie gli interventi di prevenzione».

- Le professioni tecniche invece hanno uno spazio di autonomia più ristretto: il tecnico sanitario di radiologia opera tassativamente in base a quanto prescritto dal medico, mentre il tecnico sanitario di laboratorio biomedico svolge la propria attività in collaborazione diretta con il personale laureato

Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06-09-2000.-

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251

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

■ **Art. 1.**

■ ***Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica***

- *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.*

Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06-09-2000.-

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251

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

■ **Art. 2.**

■ **Professioni sanitarie riabilitative**

- *1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.*
- *2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.*

Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06-09-2000.-

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251

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

■ **Art. 3.**

■ **Professioni tecnico-sanitarie**

- *1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.*
- *2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.*

■

Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06-09-2000.-

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251

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

■ **Art. 4.**

■ **Professioni tecniche della prevenzione**

- *1. Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali.*
- *2. I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.*

Gazzetta Ufficiale n. 208 del 06-09-2000.-

LEGGE 10 agosto 2000, n. 251

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

- *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.*
- *3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:*
 - *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.*

DM del 2 aprile 2001

- “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie
- Nasce con tale dettato legislativo la laurea specialistica.
- Le professioni sono suddivise in quattro classi (corrispondenti alla suddivisione già vista delle professioni in quattro aree):

DM del 2 aprile 2001

- classe delle lauree specialistiche in scienze infermieristiche e ostetriche
- classe delle lauree specialistiche in scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione
- classe delle lauree specialistiche in scienze delle professioni sanitarie tecniche
- classe delle lauree specialistiche in scienze delle professioni della prevenzione

Professioni Sanitarie (n. 22 – dal 1994 in poi)

Area Infermieristico Ost. (classe 1)	Area della Riabilitazione (Classe 2)	Area Tecnica (Classe 3)	Area della Prevenzione (Classe 4)	Corsi di Laurea di II Livello o Laurea Spec. o Magistrale (Dirigere - Coordinare - Insegnare - Ricerca)
1) Infermiere 2) Infermiere Pediatrico 3) Ostetrica/o	1) Fisioterapista 2) Logopedista 3) Ortottista 4) Podologo 5) Educatore 6) Terap. Occupaz. 7) Tec. Riabilit. Psic. 8) Tec.della Neuropsic.	<u>Area Tecnico</u> 1) Tecnico Audiometrista 2) Tecnico di Laboratorio 3) Tecnico di Radiologia 4) T.Neurofisiopatologia <u>Area Tecnico Assist.</u> 5) Tecnico Ortopedico 6) Tec. Fis. Card. e Perf. 7) Dietista 8) Tecnico Audioprotes. 9) Igienista Dentale	1) Tec. Prevenzione 2) Assistente Sanitario	
Corsi di Laurea di I Livello (abilitazione all'esercizio Professionale)			Master di I Livello	Master di II livello



Autonomia

Progettualità

+/-

Responsabilità

◆ **Infermieri**

◆ **Fisioterapisti**

◆ **Ostetriche**

◆ **Logopedisti**

◆ **Tecnici della**

“... in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico ...”

Tutti i Profili

Rosa Maria G. Dott. Med. Specialisti Francesco Basile Avvocato

Prevenzione



Le competenze dei laureati specialisti comprendono:

- applicare le conoscenze di base delle scienze pertinenti alla specifica figura professionale necessarie per assumere decisioni relative all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari erogati da personale con funzioni riabilitative dell'area medica, all'interno di strutture sanitarie di complessità bassa, media o alta;
- utilizzare le competenze di economia sanitaria e di organizzazione aziendale necessarie per l'organizzazione dei servizi sanitari e per la gestione delle risorse umane e tecnologiche disponibili, valutando il rapporto costi/benefici;
- supervisionare specifici settori dell'organizzazione sanitaria per la riabilitazione;
- utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca nell'area dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- applicare e valutare l'impatto di differenti modelli teorici nell'operatività dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;

- programmare l'ottimizzazione dei vari tipi di risorse (umane, tecnologiche, informative, finanziarie) di cui dispongono le strutture sanitarie di bassa, media e alta complessità;
- progettare e realizzare interventi formativi per l'aggiornamento e la formazione permanente afferente alle strutture sanitarie di riferimento;
- sviluppare le capacità di insegnamento per la specifica figura professionale nell'ambito delle attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;
- comunicare con chiarezza su problematiche di tipo organizzativo e sanitario con i propri collaboratori e con gli utenti;
- analizzare criticamente gli aspetti etici e deontologici delle professioni dell'area sanitaria, anche in una prospettiva di integrazione multi-professionale.

I laureati specialisti nella classe acquisiscono, nell'intero percorso formativo proprio delle singole professioni, la capacità di:

- conoscere i principi dell'analisi economica e le nozioni di base dell'economia pubblica e aziendale;
- conoscere in modo approfondito gli elementi essenziali dell'organizzazione aziendale con particolare riferimento all'ambito dei servizi sanitari;
- conoscere i principi del diritto pubblico e del diritto amministrativo applicabili ai rapporti tra le amministrazioni e gli utenti coinvolti nei servizi sanitari;
- conoscere gli elementi essenziali della gestione delle risorse umane, con particolare riferimento alle problematiche in ambito sanitario;
- conoscere le principali tecniche di organizzazione aziendale e i processi di ottimizzazione dell'impiego di risorse umane, informatiche e tecnologiche;
- applicare appropriatamente l'analisi organizzativa e il controllo di gestione e di spesa nelle strutture sanitarie;

- verificare l'applicazione dei risultati delle attività di ricerca in funzione del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- effettuare correttamente l'analisi e la contabilità dei costi per la gestione di strutture che erogano servizi sanitari di medio-alta complessità;
- applicare i metodi di analisi costi/efficacia, costi/utilità-benefici e i metodi di controllo di qualità;
- conoscere gli elementi metodologici essenziali dell'epidemiologia;
- rilevare le variazioni di costi nei servizi sanitari in funzione della programmazione integrata e del controllo di gestione;
- utilizzare in modo appropriato gli indicatori di efficacia e di efficienza dei servizi sanitari per specifiche patologie e gruppi di patologie;
- individuare le componenti essenziali dei problemi organizzativi e gestionali del personale tecnico riabilitativo in strutture di media o alta complessità;
- conoscere le norme per la tutela della salute dei lavoratori (in particolare, di radioprotezione);

- conoscere e applicare tecniche adeguate alla comunicazione individuale e di gruppo e alla gestione dei rapporti interpersonali con i pazienti e i loro familiari;
- individuare i fattori di rischio ambientale, valutarne gli effetti sulla salute e predisporre interventi di tutela negli ambienti di lavoro;
- approfondire le conoscenze sul funzionamento di servizi sanitari di altri paesi;
- gestire gruppi di lavoro e applicare strategie appropriate per favorire i processi di integrazione multi professionale ed organizzativa;
- raggiungere un elevato livello di conoscenza sia scritta che parlata di almeno una lingua della Unione Europea;
- acquisire competenze informatiche utili alla gestione dei sistemi informatizzati dei servizi, e ai processi di autoformazione;
- svolgere esperienze di tirocinio presso servizi sanitari e formativi specialistici in Italia o all'estero, con progressiva assunzione di responsabilità e sotto la supervisione di professionisti esperti.

i laureati specialisti nella classe, in funzione dei diversi percorsi formativi e delle pregresse esperienze lavorative, devono raggiungere le seguenti competenze:

- collaborano con le altre figure professionali e con le amministrazioni preposte per ogni iniziativa finalizzata al miglioramento delle attività professionale del settore sanitario di propria competenza relativamente ai singoli ed alle collettività, ai sistemi semplici e a quelli complessi di tipo riabilitativo;
- progettano e curano l'aggiornamento della professionalità dei laureati, assicurando loro la continua crescita tecnica e scientifica, nonché il mantenimento di un elevato livello di motivazione personale;
- garantiscono la continua ricaduta sul gruppo di lavoro dei più recenti metodi e strumenti forniti dal continuo sviluppo tecnologico e scientifico del settore, con particolare riferimento alle opportunità offerte dalle applicazioni della bioingegneria, bioelettronica e bioinformatica alla riabilitazione;
- curano lo sviluppo di progetti interdisciplinari ed interprofessionali di recupero e riabilitazione, relativi sia al singolo utente che a categorie di utenti;

- partecipano, con funzioni di consulenti, alle iniziative per l'abbattimento delle barriere architettoniche;
- curano le relazioni interpersonali nell'ambiente di lavoro, armonizzando il contributo delle diverse professionalità impegnate nel campo della riabilitazione, evitando sovrapposizioni e ottimizzando il processo riabilitativo;
- curano l'analisi costi/benefici delle diverse procedure riabilitative a fini di valutazione dell'efficacia e della durata dei benefici indotti;
- mantengono costanti rapporti internazionali con le rispettive strutture sanitarie specie nella Unione Europea, allo scopo di favorire la massima omogeneizzazione dei livelli di intervento.

- Le Aziende hanno il dovere, in relazione alle norme sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, di informare e formare i propri dipendenti.
- **L'informazione** significa mettere a conoscenza, far conoscere, le problematiche sulla sicurezza, i rischi che si corrono utilizzando una determinata attrezzatura, o durante lo svolgimento di una determinata azione o attività, a chi ci si deve rivolgere in caso di necessità, chi sono i responsabili ecc.
- Questa attività può essere attuata attraverso la distribuzione di procedure, fogli esplicativi, libretti d'uso, documentazioni varie.
- **La formazione** significa insegnare a fare.
- La formazione serve per coniugare la teoria alla pratica

- • competenza
- • responsabilità
- • autonomia.

COMPETENZA

- “ciò che compete, ciò che è di pertinenza” oppure “ciò di cui si ha conoscenza e capacità di fare”. In sintesi, alternativamente, competenza potrebbe essere sinonimo di “pertinenza” oppure di “capacità”.
- Nel primo caso i limiti fra i campi di attività delle professioni sarebbero fissati a priori, mentre nel secondo caso si fa riferimento alle capacità di fatto acquisite in ambito professionale da chi è concretamente in grado di gestire atti, tecnologie e procedure

“competenza” come sinonimo di pertinenza

- seguendo questa interpretazione, non avrebbe molto senso la locuzione “competenze previste per le professioni mediche”. Infatti, non esistono norme di legge che prevedano organicamente le funzioni di pertinenza del medico. Vi è solo qualche disposto che disciplina alcuni aspetti dell’esercizio di quest’ultima professione; si tratta, in sostanza, delle norme di materia di accertamento di morte, di trapianti d’organo, di trasfusione di sangue e di trattamenti sanitari obbligatori.

competenza come sinonimo di “conoscenza- capacità”

- la frase in discussione continuerebbe a non avere un particolare significato, ma almeno non sarebbe più contraddittoria, come invece risulta seguendo la precedente interpretazione. Piuttosto, in quest’ultima ipotesi, assumerebbe un senso ben preciso il richiamo conclusivo al “rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”; la frase rappresenterebbe quindi il riconoscimento delle capacità di fatto acquisite in ambito professionale da chi è concretamente in grado di padroneggiare o gestire atti, tecnologie o procedure.
- Il che significa – in quest’ultima prospettiva interpretativa – che il campo di esercizio professionale è da intendere in continuo divenire e in continua ridefinizione, in rapporto al progressivo abbandono dei modelli tradizionali di medicina e di assistenza sanitaria in genere.

“responsabilità”

- ha un duplice significato: non solo come quello di attitudine a essere chiamati a rispondere a qualche autorità di una condotta professionale riprovevole, ma anche quello di impegno per mantenere un comportamento congruo corretto.

L AMBIVALENZA DEL TERMINE RESPONSABILITA'

■ OTTICA NEGATIVA

- ESSERE CHIAMATI A RENDERE CONTO DEL PROPRIO OPERATO: COLPEVOLEZZA

- VALUTAZIONE DA PARTE DI UN GIUDICANTE EX POST

■ OTTICA POSITIVA

- COSCIENZA DEGLI OBBLIGHI CONNESSI CON LO SVOLGIMENTO DI UN INCARICO

- IMPEGNO DELL'OPERATORE SANITARIO EX ANTE

OTTICHE DELLA RESPONSABILITA' E RISPETTIVI PRINCIPI ISPIRATORI DELLA CONDOTTA PROFESSIONALE

■ OTTICA NEGATIVA

- Obiettivo prevenzione di sanzioni
- Centralità del professionista
- Sentenza della magistratura come guida e appiattimento della cultura scientifica
- Professione espletata in modo difensivo e possibili danni all'assistito da omesso intervento qualificato
- Esasperazione dei formalismi

■ OTTICA POSITIVA

- Obiettivo tutela della salute
- Centralità dell'assistito
- Conoscenze scientifiche aggiornate come guida
- Professione ispirata alla solidarietà con l'assistito
- Valorizzazione degli aspetti sostanziali

responsabilità

- ricondotto ai doveri che l'esercizio della professione comporta, di impegno alla tenuta di un comportamento irreprensibile e allo svolgimento di un ruolo costruttivo, assumendo compiti che consentono una efficace lotta contro le malattie e una efficace promozione della salute

responsabilità

i principi ai quali bisogna rifarsi per poter parlare di condotta responsabile:

- • i presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie della professione
- • i valori etici condivisi e le indicazioni che derivano dalla coscienza personale
- • le norme di riferimento contenute nel codice deontologico.

“autonomia”

- possono essere proposte definizioni in termini prevalentemente negativi, sottolineando che il termine sta a indicare l'esistenza di un ambito proprio di esercizio professionale, da realizzare senza vincoli di subordinazione, operativa e decisionale, rispetto ad altre professioni sanitarie; ma può essere anche proposta una definizione di carattere positivo, che si limiti a enfatizzare i contenuti, le metodologie e gli obiettivi propri della professione, una definizione, cioè che sia formulata in modo da non dover necessariamente stipulare che l'attività è svolta senza vincoli rispetto ad altre professioni.

AUTONOMIA E COMPETENZA

- Considerare l'autonomia come negazione della interdipendenza professionale che caratterizza oggi l'organizzazione sanitaria nella cura della persona sarebbe indubbiamente dannoso per quest'ultima. Anzi, autonomia dovrebbe corrispondere a competenza nella realizzazione dello specifico professionale nell'integrazione con altri professionisti. Al concetto di autonomia non può quindi essere estraneo il concetto di vincoli di partecipazione.

“autonomia”

- La scelta di basare la definizione del concetto di autonomia sulla distinzione fra le funzioni proprie da quelle di altre professioni sanitarie, e di quella medica in particolare, può portare a teorizzazioni che, forse utili dal punto di vista pratico, rischiano di essere limitative dello stesso concetto di autonomia. Tuttavia l'idea dell'autonomia delle professioni “ex ausiliarie” tende a restare ancorata a una sorta di affrancamento dalla professione medica, il che induce a considerare l'autonomia di una data professione per contrapposizione a quella medica.

autonomia

- criterio limite dell'atto medico è di difficile interpretazione: si tratta infatti di distinguere tra questo e atto sanitario.
- Il limite dell'atto medico è di carattere professionale, concretizzandosi nelle azioni e nelle funzioni per cui sono necessarie le capacità, le conoscenze e le esperienze che solo un medico può avere.

Corte di Cassazione, sez. VI, 21 febbraio 1997.

- Il limite dell'atto medico si connota per la sua difficile individuazione per motivi che potremmo definire storici, in quanto nel nostro ordinamento da sempre vi è una sorta di equivalenza tra l'atto sanitario e l'atto medico. Equivalenza che ha trovato recentemente anche l'avallo della giurisprudenza della Suprema corte di cassazione che ha avuto modo di precisare che solo una fonte normativa può consentire a soggetti diversi da quelli esercitanti la professione di medico interventi invasivi sulla sfera corporale, sulla base di un ragionevole riconoscimento di competenze tecniche e professionali

- L'assoluta originalità dell'atto, che può qualificarsi come medico, discende dalla necessità ad esso propria di far procedere una formulazione diagnostica alla scelta della cura, che non può che essere successiva. Solo dalla indicazione diagnostica, infatti, è più precisamente dal percorso che è proprio alla diagnosi differenziale, scaturisce l'indicazione terapeutica, che nella sua qualità di trattamento non necessariamente farmacologico ben può essere affidata, in termini di organizzazione prescrittiva, oltre che di modalità di somministrazione, ad altra figura tecnica o professionale diversa dal medico. Forse, quindi, solo la diagnosi differenziale è quell'aspetto che connota l'atto medico-chirurgico rispetto agli altri atti di altri professionisti sanitari che quindi dovrebbero meglio essere definiti atti sanitari.

- Il professionista deve essere in grado di assumere autonomamente la responsabilità dei processi e prendere decisioni autonome al fine di mettere in atto il lavoro interdisciplinare e interprofessionale nei complessi contesti assistenziali in cui l'utente esprime i propri bisogni di salute.

- Un problema che può sorgere a livello interpretativo è dato dalla non esaustività del profilo professionale, che volutamente non ricomprende la ricchezza delle situazioni operative e cognitive che quotidianamente appaiono sia negli ospedali a carattere universitario, sia a carattere prettamente ospedaliero.

RESPONSABILITA'?

COMPETENZA?

PUNTO DI PARTENZA

Nota n. 17425 del 09/05/06

con cui il Ministero della Salute invia il

PARERE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA'
riguardo il prelievo da arteria radiale per EGA da
parte di infermieri.

Nota n. 17425 del 09/05/06

**PARERE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' riguardo
il prelievo da arteria radiale per EGA da parte di infermieri**

PROBLEMA



**DIFFORMITA' DI PRATICA SUL TERRITORIO NAZIONALE
RIGUARDO IL PRELIEVO DA ARTERIA RADIALE PER EGA**

- attività di competenza infermieristica in molte U.O. (Rianimazione, Terapia Intensiva, Pneumologia...)
- attività di competenza medica per prassi
- atto medico esclusivo
- attività di competenza infermieristica se prelievo da arteria radiale, medica se prelievo da arteria femorale

Considerato che tale tecnica:

- "è illustrata allo studente infermiere per la sola osservazione, in quanto ritenuta **TECNICA AVANZATA DA APPRENDERSI POST LAUREA** nelle specifiche U.O. o in percorsi formativi successivi come il Master in Area Critica;
- è appresa dall'infermiere nell'esercizio della propria attività (...) e sul campo, negli specifici reparti dove è praticata in forma routinaria (...) a seguito di un adeguato addestramento, basato sul superamento di step gradualmente e sequenziali (osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica fatta dall'esperto; esecuzione guidata con supervisione dell'esperto);

Il Consiglio Superiore di Sanità esprime PARERE FAVOREVOLE a condizione che:

“ 1. l’infermiere ne abbia acquisito la

COMPLETA COMPETENZA

secondo le modalità definite dalle vigenti normative in materia di profilo ed attività professionali, ordinamenti didattici e deontologia;

2. sia prevista sempre l’esistenza di un

PROTOCOLLO OPERATIVO

correttamente redatto, condiviso ed approvato.”

CASSAZIONE

sentenza n. 447/2000

- E' DA RICONOSCERE CHE GLI OPERATORI SANITARI – MEDICI E PARAMEDICI – DI UNA STRUTTURA SANITARIA SONO TUTTI, EX LEGE PORTATORI DI UNA POSIZIONE DI GARANZIA NEI CONFRONTI DEI LORO PAZIENTI AFFIDATI, A DIVERSI LIVELLI, ALLE LORO CURE E ATTENZIONI, E, IN PARTICOLARE SONO PORTATORI DELLA POSIZIONE DI GARANZIA CHE VA SOTTO IL NOME DI POSIZIONE DI PROTEZIONE, LA QUALE, COME E' NOTO, E' CONTRASSEGNA DAL DOVERE GIURIDICO, INCOMBENTE AL SOGGETTO, DI PROVVEDERE ALLA TUTELA DI UN CERTO BENE GIURIDICO CONTRO QUALSIVOGLIA PERICOLO ATTO A MINACCIARNE L'INTEGRITA'

- 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.

L'INFERMIERE è *responsabile* dell'assistenza generale infermieristica

- 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

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.

L'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico.

In caso di dubbi sul dosaggio prescritto l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta.

L'INFERMIERE GARANTISCE LA
CORRETTA APPLICAZIONE
DELLE PRESCRIZIONI
DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE

- 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.

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

- 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

- 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*.

Conferenza Stato-Regioni del 22 Febbraio

2001

L'OPERATORE SOCIO SANITARIO

- e' l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge, su indicazione degli operatori preposti all'assistenza sanitaria e/o a quella sociale, attivita' indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona, nelle proprie aree di competenza, in contesto sia sociale che sanitario e a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente

CONTESTI OPERATIVI:

- SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
- SOCIO SANITARI
- RESIDENZIALI O SEMIRESIDENZIALI
- AMBIENTE OSPEDALIERO
- DOMICILIO DELL'UTENTE

COMPETENZE

1. Competenze tecniche
2. Competenze relative alle conoscenze richieste
3. Competenze relazionali

ATTIVITA':

- RIVOLTE ALLA PERSONA E AL SUO AMBIENTE DI VITA
- ASSISTENZA DIRETTA ED AIUTO DOMESTICO-ALBERGHIERO
- INTERVENTO IGIENICO SANITARIO E DI CARATTERE SOCIALE
- SUPPORTO GESTIONALE, ORGANIZZATIVO E FORMATIVO

ATTIVITA'

ASSISTENZA DIRETTA ED AIUTO

DOMESTICO ALBERGHIERO:

- Assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale
- Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico
- Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale

ATTIVITA'

- Realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi
- Coadiuvava il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente
- Aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita
- Cura la pulizia e l'igiene ambientale

ATTIVITA'

INTERVENTO IGIENICO-SANITARIO E DI CARATTERE SOCIALE:

- Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente
- Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali
- Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre

ATTIVITA'

- Collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi
- Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative
- Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero dell'identità personale

ATTIVITA'

SUPPORTO GESTIONALE, ORGANIZZATIVO E FORMATIVO:

- Utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio
- Collabora alla verifica della qualità del servizio
- Concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione
- Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento
- Collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici

Funzioni con autonomia	Funzioni collaborative
<p>Assiste la persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale</p>	<p>Collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi</p>
<p>Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico</p>	<p>Collabora alla verifica della qualità del servizio</p>
<p>Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente</p>	<p>Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento</p>
<p>Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre</p>	<p>Collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero, alla realizzazione di attività semplici</p>
<p>Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione-relazione appropriati in relazione alle condizioni operative</p>	<p>–Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale</p>
<p>Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per</p>	<p>Aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita</p>

Funzioni con autonomia

Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero dell'identità personale

Utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio

Cura la pulizia e l'igiene ambientale

Funzioni collaborative

Concorre, rispetto agli operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione

Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente

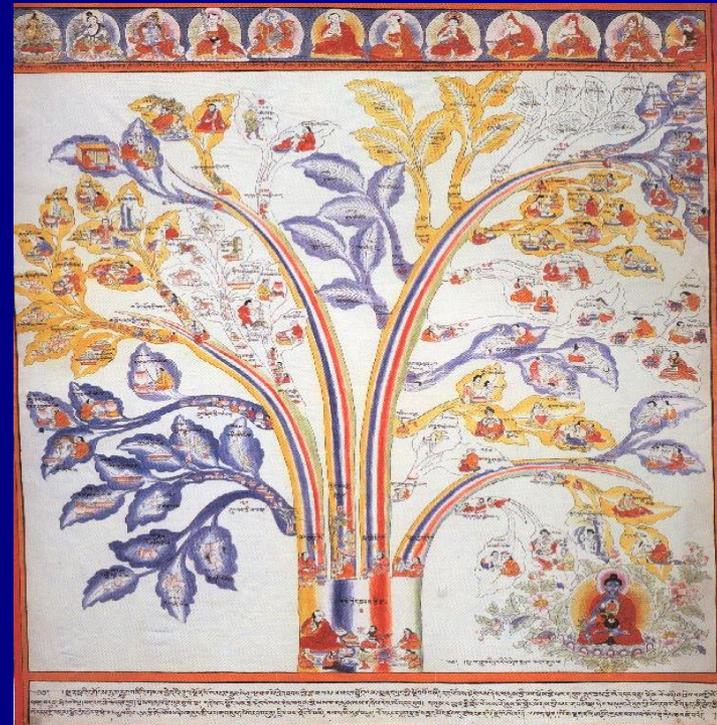
Coadiuvare il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente

Il professionista: la competenza

competenza **operativa**: capacità di effettuare una prestazione

competenza **di servizio**: capacità di distinguere 'ciò che si deve fare' e realizzarlo

competenza **gestionale**: capacità di far fare a se stessi e agli altri.



DA

**Direttore Sanitario
Aziendale**

**Direttore Medico
di Presidio**

**Direttore
di Dipartimento**

Direttore Unità Operativa

**Dirigenti Medici
(Linea di Produzione)**

Coordinatore

Inf/Tec/Ost/Fis/...

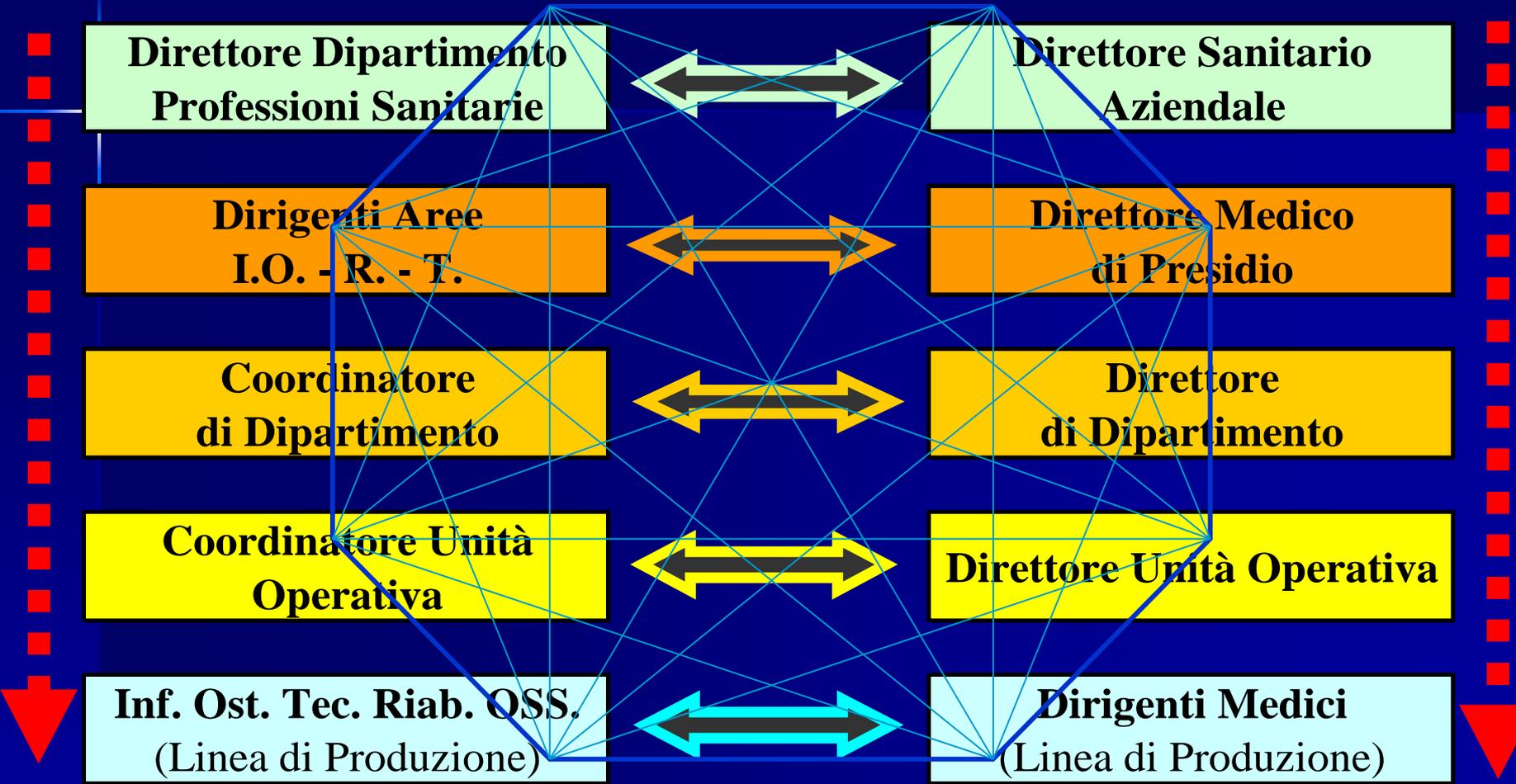
OSS

Rosa Maria Gau

Avvocato



ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA



Responsabilità inerente i seguenti ambiti:

a. gli indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenza degli operatori delle singole aree;

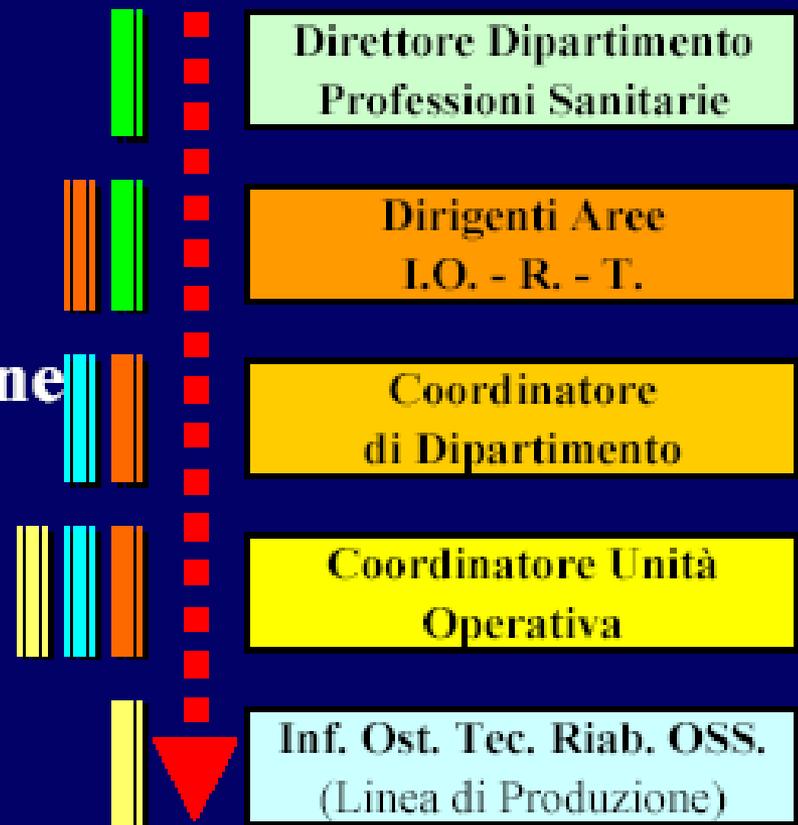
* **Determinazione delle risorse necessarie (tipo e quantità)**

* **Modalità organizzative (progettazione, programmazione e organizzazione delle attività)**

* **Gestione delle risorse**

* **Monitoraggio, verifica e valutazione**

* **Attività formative specifiche**



ANALISI

AREA 1 LA RESPONSABILITA' PENALE

- caratteristiche
- rapporto di causalità

AREA 2 LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

- condotta proff.
- profilo professionale
- dolo e colpa
- codice deontologico
- imprudenza, imperizia
- negligenza
- legge 42/1999
- inosservanza
- legge 251/2000
- Ecc.

AREA 3 LA RESPONSABILITA' COLLETTIVA

AREA 4 LA DOCUMENTAZIONE

- scheda infermieristica
- procedure/protocolli
- linee guida

La Responsabilità Penale è Personale

PRINCIPIO DI LEGALITA'

art. 25 Costituzione

“Nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso.”

PRINCIPIO DELLA PERSONALITA'

art. 27 Costituzione

“La responsabilità penale è personale”

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 un reato o un provvedimento disciplinare.

La Responsabilità Penale

- Equivale all'obbligo di rispondere di quelle azioni che violano la norma incriminatrice;
- La responsabilità penale può assumere due forme **dolosa** o **colposa**, secondo l'intenzionalità dell'agente; **commissiva** od **omissiva**, secondo che **si realizza** un'azione positiva prevista dalla norma penale oppure **si realizza** un'azione negativa prevista dalla norma penale.

Per i liberi professionisti e i dipendenti pubblici.

- Si configura un **reato comune** quando il precetto penale è generico e fa riferimento a "chiunque";
- Si configura **un reato proprio** quando il precetto penale fa riferimento a **soggetti che rivestono una determinata qualità o si trovano in una determinata situazione**. (esempio: la falsità ideologica in certificato medico o l'omissione del referto)

Spunti normativi:

Il rapporto di causalità

■ L'art. 40 codice penale dispone:

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

- La norma indica, l'anello di congiunzione (il rapporto di causalità) tra una condotta, positiva o negativa, e l'evento.



Esempio: Nel caso delle lesioni colpose determinate dall'esercizio della attività sanitaria, il rapporto di causalità sarà identificato nella lesione dell'incolumità personale del paziente.

L'art. 40 al suo 2° comma continua:

“Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.”

Ossia, all’agente che volontariamente non impedisce il realizzarsi di un evento dannoso, che il precetto penale ritiene meritevole di tutela, gli viene contestato il reato come se lo avesse commesso.

L’obbligo giuridico di impedire l’evento può essere interpretato come sinonimo di **posizione di garanzia**.

Esempio: agenti di polizia di scorta ad un magistrato che omettessero di intervenire per evitare un omicidio commesso, rispettivamente, *contro la persona scortata* o *contro altri*

L'elemento oggettivo del reato racchiude tre componenti essenziali:

- **La condotta**, consistente in una azione positiva quando si concretizza in un movimento muscolare del soggetto (esplodere un colpo di pistola) o in una azione negativa quando si concretizza in una omissione del soggetto. Per aversi reato, nelle azioni negative, non basta la semplice inerzia da parte del soggetto, ma è necessario che egli ometta di compiere un'azione che per legge aveva l'obbligo di compiere (chi investe un pedone e omette di soccorrerlo risponde del reato di Omissione di Soccorso)
- **L'evento** cioè un effetto o risultato della condotta umana che il diritto prende in considerazione per ricollegare al suo verificarsi conseguenze giuridiche (la morte di un uomo quale effetto dell'azione di un altro)
- **Il nesso di causalità materiale**, consiste nel legame che deve intercorrere tra il comportamento che costituisce reato e la conseguenza che esso produce (la morte della vittima [conseguenza] cagionata dal colpo di una pistola [comportamento] esplosivo dal delinquente)

- **Il rapporto di causalita' consiste nel nesso eziologico che lega la condotta, positiva o negativa, con l'evento.**
- **Esso, nelle lesioni colpose cagionate dall'esercizio dell'attivita' sanitaria, puo' essere identificato nella lesione dell'incolumita' personale del paziente.**



- **La condotta:**

un qualsiasi comportamento (positivo o negativo) posto in essere dal soggetto ed idoneo a commettere reato.

- è necessario che la condotta (azione od omissione) sia caratterizzata, da un elemento psicologico. (dolo, colpa, preterintenzione)

CONDOTTA PROFESSIONALE

- - Accertata caso per caso
- - Condotta di ogni professionista
- - Natura e specie incarico
- - Circostanze concrete d'esecuzione
- - Causa: antecedente
(o complesso antecedenti) necessario e sufficiente a produrre l'effetto

■ L'evento:

E' il risultato della condotta umana. Nei delitti che ci interessano, cioè quelli di omicidio colposo e di lesioni personali colpose, produce l'effetto, rispettivamente, della morte dell'uomo o del manifestarsi di una malattia.

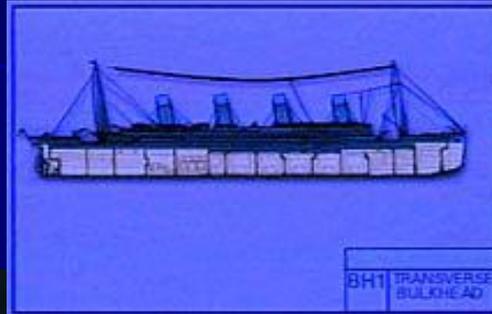


E' il risultato esteriore cagionato nella realtà naturalistica dal comportamento umano (*concezione c.d. naturalistica dell'evento*) ovvero la lesione o messa in pericolo del bene protetto (*concezione c.d. giuridica dell'evento*)

- La causalita' precede, sempre, sul piano logico-giuridico, la colpevolezza.
- Infatti, non si puo' parlare di reato quando l'evento non possa considerarsi conseguenza della condotta, sia essa colposa o dolosa.
- Quindi la "condotta umana" diventa un requisito imprescindibile dell'illecito penale.
- Per aversi reato, occorre un "nesso causale" tra la condotta posta in essere e la conseguenza da essa determinata (l'evento).
- **Per spiegare la causalita', il pensiero giuridico ha sviluppato alcune teorie:**
 - a) la teoria *condizionalistica* mediante la quale si costruiva un procedimento di eliminazione mentale, che ex post tendeva a verificare quale azione fosse *condicio sine qua non* dell'evento. Sostenere che causa dell'evento e' l'insieme delle condizioni necessarie e sufficienti a produrlo, avrebbe comportato la possibilita' di un *regresso all'INFINITO* nella ricerca della causa originaria;
 - b) la teoria della *causalita' adeguata* (sorta come correttivo della prima ed in particolare per i reati aggravati dall'evento) mediante la quale si consentiva una selezione tra i vari antecedenti causali e si riteneva esistere il rapporto di causalita' ogni qualvolta non fosse improbabile che l'azione seguisse l'evento (valutazione fatta con una prognosi postuma, oppure ex ante ed in concreto);
 - c) la teoria della *causalita' umana* che considera estraneo all'uomo il solo fatto eccezionale impossibile da controllare dall'agente. Questa teoria si scontra con coloro che ritengono che la prevedibilita' dell'evento deve essere valutata alla stregua della migliore scienza ed esperienza di quel momento storico.



Ecco le possibili CAUSE



Corte Suprema di Cassazione

Sentenza n. 30328 del 11 settembre 2002

È causa penalmente rilevante la condotta umana, attiva o omissiva che si pone come condizione "necessaria" – **conditio sine qua non** – nella catena degli antecedenti che hanno concorso a produrre il risultato, senza la quale l'evento da cui dipende l'esistenza del reato non si sarebbe verificato.

Il nesso di causalità materiale:

- E' necessario che fra condotta caratterizzata da colpa ed evento di danno alla persona sussista un nesso di causalità materiale.

Il nesso di causalità materiale rappresenta il legame ontologico e logico che collega, in un vincolo di consequenzialità, un determinato evento a una determinata azione o omissione umana, di cui l'evento ne è il prodotto.

art. 41 codice penale

art. 41 II° comma

- “le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole a determinare l’evento”
- concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall’azione o omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità
- concausa: condizione necessaria ma non sufficiente
- occasione: minima causa, ultima, sostituibile non sufficiente, non necessaria;

Corte Suprema di Cassazione

Sentenza n. 30328 del 11 settembre 2002

Il ricorso a generalizzazioni scientificamente valide consente di ancorare il **giudizio controfattuale**, altrimenti insediato da ampi margini di discrezionalità e di indeterminatezza, a parametri oggettivi in grado di esprimere effettive potenzialità esplicative della condizione necessaria, anche per più complessi sviluppi causali dei fenomeni naturali, fisici, chimici o biologici.

In altri termini, il nesso causale puo' essere ravvisato, quando alla stregua del **giudizio controfattuale** condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica - si accerti che, **ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento hic et nunc, questo non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensita' lesiva.**



■ La verifica della causalità postula il ricorso al giudizio controfattuale, articolato sul condizionale congiuntivo “se... allora...”:

- a) la condotta è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti, l'evento non si sarebbe verificato;
- b) la condotta umana non è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente mediante il medesimo procedimento, l'evento si sarebbe egualmente verificato



codice penale - art. 43 Psicologia del reato

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**.

Due esempi con apparente imputazione ex art. 575 c.p.:

- **Esempio:** se M. Bianchi investe con la sua auto un pedone procurandogli delle lesioni. Trasportato in pronto soccorso in ambulanza, nel tragitto per raggiungere il vicino ospedale, questa ha un incidente e il pedone muore.

Il Sig. M. Bianchi, potrà essere accusato di omicidio?

- **Esempio:** Tizio provoca una ferita ad una persona con un'arma da taglio. Nell'arco di pochi minuti insorge il tetano che porta la persona alla morte.

Tizio, potrà essere accusato di omicidio?

In entrambi gli esempi, il nesso causale non sussiste.

Nel primo esempio: il ferimento del pedone non è la causa della sua morte; nel secondo esempio: il tetano ha tempi di incubazione lunghi e la morte non è (può essere) riconducibile al ferimento.

- **Diligenza** - riconoscere le proprie possibilità
 - astenersi da interventi che richiedono particolare attrezzatura
 - comportamento che disattende, per trascuratezza i canoni di un intervento scientificamente corretto
- **Negligenza** (disattenzione, pigrizia, noncuranza, etc.) consiste invece in disattenzione, trascuratezza, mancanza di sollecitudine.
- Si ravvisa una condotta del sanitario negligente nei casi in cui egli dimentica una garza o un ferro chirurgico nell'addome del paziente operato;

NEGLIGENZA

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

- **Prudenza** = scientia bene agendi
- virtù di metodo
conoscenza dei limiti (tecnici ed ambientali) e scelta coerente del comportamento
- **Imprudenza** = avventatezza, comportamento incauto, irriflessivo, imponderato, etc.
consiste nella trasgressione di una regola di condotta sostanzialmente obbligatoria, cioè far una determinata azione senza adottare tutte quelle cautele che l'esperienza comune insegna essere necessarie.

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, invece, si intende una insufficiente attitudine nell'esercizio di quelle attività che esigono particolari conoscenze tecniche.



La giurisprudenza ha individuato ipotesi di imperizia nei seguenti casi:

nel difetto di una necessaria esperienza o di abilità tecnica e professionale;

nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali strumentali che il sanitario deve essere sicuro di sapere adoperare correttamente;

nella mancata percezione di un quadro clinico facilmente riconoscibile.

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

Cause del comportamento tecnico colposo. Il concetto di colpa nel reato colposo.

- **IMPERIZIA:** fare ciò che non si sa fare
- **NEGLIGENZA:** non fare ciò che si deve fare
- **IMPRUDENZA:** fare ciò che non si deve fare
- inosservanza di leggi, ordini.....

Delitto	Art. c.p.	Descrizione della condotta e dell'evento causato	Parag. di riferimento
Lesione personale colposa	590	Errore o omissione dell'infermiere nella prestazione professionale che abbia causato lesioni personali a carico dell'assistito	2.3.1
Lesione personale dolosa	582	Intervento dell'infermiere intrinsecamente lesivo dell'assistito, a esito fausto, ma effettuato senza il consenso della persona consapevole delle proprie condizioni e capace di prendere decisioni	3.3.5
Omicidio colposo	589	Errore o omissione dell'infermiere nella prestazione professionale che abbia causato il decesso dell'assistito	2.3.1
Omicidio preterintenzionale	584	Intervento che effettuato senza consenso dell'assistito, ha causato il decesso dello stesso a prescindere da errori dell'infermiere	3.3.5

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 della negligenza, della imprudenza o della imperizia

Il fatto

La corte di appello di Bari, con sentenza del 2 novembre 1998, confermava la sentenza, in data 10 aprile 1996, del pretore di Bari, che aveva affermato la responsabilità penale di Matteo T., medico chirurgo, di Geltrude R., Sebastiano D. e Michele C., infermieri professionali, per il reato di omicidio colposo in danno di Domenico D'alba.

Il D'Alba la mattina del 2 settembre 1992, intorno alle ore 5,15 alla stazione centrale di Bari, saliva sul predellino di uno degli ultimi vagoni del treno, mentre il treno era in corsa, senza riuscire, ad entrare nella vettura perché chiusa. Il D'Alba, resosene conto, saltava a terra, ma perdeva l'equilibrio e cadeva battendo violentemente il capo sul marciapiede, dove rimaneva, in stato di semi-incoscienza, sino all'intervento del Servizio di emergenza di Bari, che, con una autoambulanza, lo trasportava al pronto soccorso del Policlinico di Bari dove giungeva alle ore 5,40.

Collocato su una carrozzella, veniva preso in consegna dall'infermiere C., il quale, forse deviato nel giudizio dal torpore del giovane e dalle tracce di vomito, si convinceva che si trattasse di un ubriaco. Il D'Alba veniva condotto nella sala di chirurgia dove si trovavano l'infermiere D. e il dottor T., impegnato con l'assistenza della infermiera R., a prestare cure ad un'altra paziente.

Il T., **senza visitare il D'Alba**, impartiva l'ordine di chiamare uno dei due medici internisti che si trovavano al piano di sopra: il marinaio veniva trasferito provvisoriamente nella sala d'aspetto del pronto soccorso in attesa che giungesse l'internista.

Nessuno dei tre infermieri però,
chiamava il medico,
anche se sarebbe stato
estremamente agevole farlo, visto
che la stanza ove i medici
riposavano era collegata, a mezzo
citofono, con il piano inferiore.
giunte le sei, momento del cambio
per gli infermieri, Antonia P.,
altra infermiera, veniva messa al
corrente dell'accaduto e
dell'ordine del medico dalla
collega R.

Anche la P. ometteva di chiamare il medico, sicché il D'Alba restava privo di qualsiasi assistenza sino a quando, alle ore 8,15, un assistente di polizia in servizio, avendo notato che il giovane non dava più segni di vita, segnalava la circostanza a un medico di turno, il quale, resosi conto della gravità della situazione, disponeva per il trasporto del giovane al centro di rianimazione, dove una TAC avrebbe evidenziato l'esistenza di un ematoma extracerebrale. Il D'Alba veniva sottoposto, alle ore 10 e alle ore 18, a due interventi senza successo e, caduto in coma, il 6 settembre, alle ore 8 decedeva.

Il Dottor T. (I e II grado)

La corte di merito, ciò premesso, riteneva in accordo con il tribunale, che, nonostante il T. avesse impartito l'ordine di chiamare un internista, al medico andava rimproverato di non avere immediatamente sottoposto a visita il paziente e di aver fatto propria, senza accertarla, la diagnosi di etilismo acuto fatta dall'infermiere C.

I 4 infermieri (I° e II°)

A loro andava, invece, rimproverato di non aver chiamato l'internista come era stato loro ordinato.

Nessun dubbio, inoltre, poteva nutrirsi sul rapporto di **i**usaltà tra le accertate omissioni e l'evento, avendo affermato i periti che, se si fosse tempestivamente intervenuti, il D'Alba avrebbe avuto serie probabilità di guarire.

La Corte di Cassazione

Deduce, che "il T. non si è appiattito su alcuna diagnosi dell'infermiere, ma ha doverosamente dato disposizione di chiamare l'internista essendo momentaneamente occupato nella visita di altro paziente, la cui patologia era di competenza del chirurgo per le notorie complicazioni che una colica renale può comportare". Inoltre, "terminata la cura della paziente, non avendo trovato alcuno in attesa di essere visitato, non aveva alcun motivo per dubitare che il paziente fosse stato affidato alle cure di uno dei due internisti in servizio di guardia attiva ovvero per ipotizzare che il suo ordine fosse stato disatteso".



Ritiene questa suprema corte che proprio dalla descrizione dei fatti emerge che al T. non può essere rimproverato alcunché. Deve, dunque, affermarsi che un medico che stia prestando attenzione e cure ad un paziente, qualora sia richiesto di interessarsi di un altro paziente e sia in grado, come nel caso di specie, di fare accorrere prontamente un proprio collega presente e, in quel momento, non impegnato, possa legittimamente farlo e ciò sia per non allontanarsi dal paziente in cura sia perché il collega possa prestare al nuovo paziente tutta l'assistenza dovuta.



Dal che discende che, l'infermiere, cui sia stato impartito un ordine o che, prestando la propria opera venga a sapere che il dirigente dell'unità ha impartito un determinato ordine, dalla cui esecuzione dipende l'intervento di un sanitario a favore di un paziente, assume la **posizione di protezione**, che non può essere legittimamente trasferita ad altri quando l'ordine sia tale da essere eseguito nel contesto del proprio orario di servizio.

Le posizioni di garanzia sono espressioni di solidarietà costituzionalmente riconosciute. È certo che, nel caso di specie, il C., il D., la R. si sarebbero potuti facilmente liberare di quel particolare aspetto della posizione di protezione usando il citofono che, in pochissimi secondi, avrebbe loro consentito di avvisare l'internista della presenza, del pronto soccorso, del giovane D'Alba.

Tutto ciò premesso, la sentenza impugnata, va annullata senza rinvio nei confronti del dottor T. per non avere commesso il fatto; gli altri ricorsi (n.d.r.: degli infermieri del turno di notte la R., il D. e il C.) vanno rigettati con la condanna in solido dei ricorrenti al pagamento delle spese processuali delle spese sostenute in questo grado dalle parti civili.

II D.P.C.M. 10 febbraio 1984

- attribuisce la responsabilità complessiva dell'attendibilità dei risultati degli esami al direttore del laboratorio e la figura idonea a firmare il referto deve essere un medico, biologo o chimico;
- in giurisprudenza si trovano conferme là dove, è censurata la prassi di anticipare i risultati per via telefonica da parte del TSLB, in quanto "*...privo d'ogni competenza medica e non in grado di esercitare il minimo controllo critico sul risultato degli esami...*" (sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia 761/1996) o

Consiglio di stato, Sez. V, sent. n. 1456 del 11/12/1992

- sancisce che *"...illegittimamente l'USSL dispone che i TSLB nei turni di guardia notturna siano obbligati ad attestare autonomamente il risultato delle analisi di laboratorio esclusivamente sotto la propria responsabilità, con indebito ampliamento delle funzioni e delle responsabilità previste dagli artt.23 e 24 del D.P.R. 7/9/1984 n. 821..."* (annullando così un ordine di servizio del primario di un ospedale bolognese che riconosceva al TSLB competenze possibili nei turni notturni e impossibili nei turni diurni).

Successivamente alla sentenza del Consiglio di Stato,
la Regione Lombardia

si è visto annullare una circolare dell'assessorato alla sanità che ammetteva come *"possibile, limitatamente alle prestazioni in regime d'urgenza...., l'immediata trasmissione dei risultati dell'esame da parte del tecnico di laboratorio, fermo restando la reperibilità di un laureato...e l'obbligo della validazione del dato analitico da parte del laureato responsabile al suo rientro in servizio..."* e raccomandava di *"...circoscrivere la suddetta prassi ai soli casi d'assoluta urgenza..."* .

TAR Lombardia sent. n. 685/1998

- conferma che i turni notturni e festivi non possono essere qualificati come situazioni d'urgenza e quindi non è applicabile il principio dell'immediata trasmissione dei dati.

La Responsabilità Civile

- Equivale all'obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato;
è risarcibile direttamente o da un terzo, con il quale si è stipulato apposito contratto di risarcire il danno provocato. (per esempio: Compagnie di assicurazioni)
- La responsabilità civile comporta l'obbligo di riparare economicamente ad un danno causato a seguito di un comportamento antigiuridico e colpevole, contrario alla legge.
- La responsabilità civile non grava su interessi pubblici, come quella penale, bensì su interessi privati, anche se a volte è possibile ricadere in un illecito che è contemporaneamente civile e penale.
- Non tutte le attività illecite generano però una responsabilità civile; è necessario che oltre all'azione contraria ad una norma di legge si realizzi anche un danno.

Responsabilità civile

- Illecito civile:
la responsabilità extracontrattuale e la responsabilità contrattuale
- La valutazione del danno e il risarcimento
- Dal risarcimento delle conseguenze economiche al riconoscimento del danno biologico e al danno esistenziale

RESPONSABILITÀ CIVILE

Oggetto dell'opera professionale è l'esercizio di una attività tecnicamente qualificata; l'operatore si obbliga cioè non a guarire il malato ma soltanto a prestargli le cure ritenute necessarie per la guarigione.

Va ricordato che si ha responsabilità per colpa tutte le volte in cui un determinato evento dannoso, pur non essendo voluto dal soggetto, sia tuttavia imputabile a una negligenza, imprudenza, imperizia, ovvero inosservanza di leggi e regolamenti da parte del medesimo.

Il codice civile fa una distinzione tra responsabilità contrattuale, derivante cioè da un contratto tra due parti ed extracontrattuale, quella cioè derivante da un evento per il quale sia ravvisabile una colpa.

Ricordo a tal proposito che non esiste né nel codice civile né nel penale uno specifico riferimento alla professione medica, come cioè la nostra professione non sia distinta da altre attività professionali e non.

Legenda

- **Debitore** = colui che eroga il servizio, la prestazione; il professionista sanitario
- **Creditore** = colui che riceve il servizio, la prestazione; l'utente-cliente, il paziente

- **Obbligazione:** è un vincolo giuridico in forza del quale un soggetto, detto debitore, è tenuto ad una determinata prestazione patrimoniale a favore di un'altra persona, detta creditore. L'obbligazione è la situazione correlata al diritto di credito ovvero ad eseguire una prestazione patrimoniale. **Si parla di obbligo quando la fonte del rapporto è legale; è talvolta usato dal legislatore quale sinonimo di "dovere" (es. art. 143 c.c.). Spesso obbligo ed obbligazione sono impiegati come sinonimi.**
Comunemente si ritiene che il rapporto obbligatorio sia l'archetipo di tutti i rapporti intersoggettivi, sul quale si modellano sia i rapporti derivanti da fatto illecito che quelli contrattuali e si ordinano tutte le complesse situazioni soggettive, cioè tutte le relazioni di potere e dovere variamente distribuite fra le parti.
- L'obbligazione del sanitario è di mezzi, non di risultato

- Per ottenere il risarcimento del danno, il paziente deve provare di essere stato destinatario della prestazione e di essere stato danneggiato da questa.
- Per evitare la condanna, si deve dimostrare di aver correttamente adempiuto ai propri obblighi.
- La prescrizione, di regola, è quella ordinaria (decennale).

Danno biologico

- E' la lesione dell'integrità fisica e psichica del soggetto medicalmente accertabile e risarcibile a prescindere dalla capacità di produzione di reddito del danneggiato. Nell'ambito del danno biologico rientrano tutte le fattispecie di danno non reddituale, cioè il danno estetico, il danno alla vita di relazione, consistente nel sacrificio delle distinte manifestazioni della vita di relazione dovute all'evento dannoso, nonché il danno alla sfera sessuale e la riduzione della capacità lavorativa generica.

La definizione del danno biologico nella sua comune accezione è quella di menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata, causata dal fatto illecito del terzo.

L'origine di tale nozione va ricollegata alla fondamentale pronunzia della Corte costituzionale del 14 luglio 1986, n. 184 che ridefinì il quadro complessivo del risarcimento per danno fisico alla persona, mettendo a punto le nozioni di danno biologico.

La Corte affermò che:

a) **il danno biologico**, colpendo la salute della persona, «è sempre presente» e «sempre lesivo, senza bisogno di alcuna prova del bene giuridico salute»: il primo pregiudizio che deriva dall'illecito è la lesione del diritto alla salute (il c.d. danno evento);

b) **il danno patrimoniale e il danno morale**, concettualmente divisi dal danno biologico, devono definirsi danni conseguenza, in quanto risarcibili solo se dalla lesione personale scaturiscono danni patrimoniali.

La definizione è stata recentemente messa a punto con le fondamentali pronunzie della Corte di Cassazione del 2003 (sentenze 8827 e 8828).

Tale definizione ricomprende sia un aspetto statico (violazione dell'integrità psicofisica) sia un aspetto dinamico (riflessi negativi sul vivere quotidiano) del danno biologico.

Tale definizione ricomprende sia un aspetto statico (violazione dell'integrità psicofisica) sia un aspetto dinamico (riflessi negativi sul vivere quotidiano) del danno biologico.

Danno biologico e danno alla salute, malgrado l'uso sovente indifferenziato delle due espressioni, non sono sinonimi:

il danno biologico esprime un concetto medico-legale, quale è quello della menomazione somato-psichica o lesione personale, mentre

il danno alla salute esprime un concetto giuridico e cioè la violazione del diritto menzionato dall'art. 32 della Costituzione.

Ne deriva che qualsiasi lesione, fisica o psichica, che sia arrecata all'uomo costituisce sempre danno biologico risarcibile, purché abbia un minimo di apprezzabilità giuridica; per converso, non ricorre il danno biologico qualora non si sia verificata alcuna lesione fisica o psichica alla persona.

Altro contenuto del danno biologico è la **riduzione della capacità lavorativa generica**, ossia dell'attitudine dell'uomo al lavoro in generale che, essendo un aspetto dell'efficienza psicofisica, viene risarcita come danno biologico. Quando poi la lesione determina una riduzione della capacità lavorativa specifica, non è tale riduzione che viene risarcita come danno patrimoniale ma il conseguente mancato guadagno

La giurisprudenza ha indicato come sintomi dell'esistenza di un danno biologico le seguenti modificazioni

- **modificazione dell'aspetto esteriore**, ossia dei caratteri morfologici della persona;
- **riduzione dell'efficienza psicofisica**, ossia ridotta possibilità di utilizzare il proprio corpo;
- **riduzione della capacità sociale**, ossia dell'attitudine della persona ad affermarsi nel consorzio umano mediante la sua vita di relazione con gli altri;
- **riduzione della capacità lavorativa generica**, ossia dell'attitudine dell'uomo al lavoro in generale;
- **perdita di chances lavorative** o lesione del diritto alla libertà di scelta del lavoro;
- **maggior fatica nell'espletamento del proprio lavoro**, senza perdita di guadagno;
- **usura delle forze lavorative di riserva**, quando non renda necessario il prepensionamento.

Il danno patrimoniale

- E' quello arrecato dalla lesione alla sfera patrimoniale del danneggiato. Tale fattispecie si configura quando la lesione alla persona oltre che menomarne l'integrità psico-fisica, cioè a procurarle un danno biologico, ed a perturbarne lo stato d'animo, cioè a cagionarle un danno morale, incida altresì sulla sfera patrimoniale della persona danneggiata, provocandole un danno economico. Viene risarcito ai sensi dell'art 2043 del codice civile

Riguardo alla differenza concettuale tra **danno biologico** e **danno patrimoniale**, si rileva come

il primo è da **considerarsi danno-evento** consistente nella violazione dell'integrità psicofisica della persona, cioè nella lesione personale in sé e per sé considerata e come, invece,

il secondo è da considerarsi **danno-conseguenza**, quindi, effetto della lesione, consistente in una diminuzione che si verifica nel patrimonio del danneggiato; se la lesione all'integrità psicofisica non incide negativamente su un'effettiva capacità lavorativa (c.d. specifica), essa rientra pienamente ed esclusivamente tra i contenuti del danno alla salute, dovendo pertanto essere risarcita in via equitativa; in caso contrario, se la lesione incide su un'attività lavorativa in corso o che presumibilmente si svolgerà in futuro, viene in rilievo una contrazione della capacità del danneggiato a produrre reddito e, dunque, un danno emergente di natura prettamente reddituale

il danno emergente il lucro cessante

- Ad es., un danno psico-fisico può comportare l'astensione da un'attività per un certo periodo di tempo, durante il quale la persona danneggiata non è in grado di percepire il profitto o lucro che deriva da tale attività: si parla quindi di lucro cessante.
- Oppure la persona danneggiata è costretta a spendere denaro per le cure che si rendono necessarie (farmaci, terapie, protesi, assistenza, ecc) in tal caso si realizza il danno emergente.

Il danno morale

- E' rappresentato dalle sofferenze psichiche, dalle ansie e dal patema d'animo conseguenti alle lesioni subite. Tale danno è individuabile anche nelle ipotesi di ingiusto turbamento dello stato d'animo del danneggiato in conseguenza dell'illecito. Si ha infatti diritto al danno morale solo se le lesioni subite siano la conseguenza di un fatto illecito di rilevanza penale e la responsabilità dell'autore materiale del fatto sia provata.

CODICE CIVILE - Art. 1173 (Fonti delle obbligazioni)

Le obbligazioni derivano da **contratto**, **da fatto illecito** o da ogni altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento giuridico.

Responsabilità contrattuale.

Le principali caratteristiche della responsabilità contrattuale (art. 1176 c.c.) derivano dal mancato o inesatto adempimento degli obblighi contrattualmente assunti.

La responsabilità contrattuale va valutata con il disposto dell'articolo 1176 del Codice Civile, che stabilisce "nell'adempiere l'obbligazione il debitore (nel caso in specie, il sanitario, che è, appunto debitore di una prestazione nei confronti del paziente) deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di una attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riferimento alla natura dell'attività esercitata" (allegato 3 e 4).

L'attività del professionista è normalmente disciplinata proprio da questa norma, con la conseguenza che egli, generalmente, è responsabile anche per colpa lieve, in sede civile.

FATTISPECIE: l'art. 1176 comma 1 c.c. descrive un rapporto obbligatorio nella fase dinamica dell'adempimento. L'obbligazione non è connotata da particolari requisiti.

PRECETTO: adempiendo la prestazione il debitore deve usare il livello di diligenza del buon padre di famiglia.

CONFLITTO DI INTERESSI RISOLTO DALLA NORMA: il creditore ha interesse ad ottenere un adempimento quanto più possibile preciso, esatto e puntuale, capace di soddisfare i suoi bisogni e le sue aspettative. Il creditore, dunque, ha tutto l'interesse a che il debitore adempia con la diligenza *massima* possibile. Il debitore, viceversa, è portatore di un interesse opposto. Il criterio della diligenza, infatti, contribuisce a determinare il contenuto della prestazione ed indica quali sono i mezzi e le energie che occorre impiegare nell'adempimento. Dal punto di vista del debitore, pertanto, quanto più è alta la soglia di diligenza esigibile, tanto maggiore sarà lo sforzo necessario per eseguire la prestazione. Una prestazione più impegnativa, inoltre, espone il debitore al rischio di non adempiere esattamente, incorrendo così nella responsabilità di cui all'art. 1218 c.c. Il comma 1 dell'art. 1176 c.c. contempera con equilibrio i contrapposti interessi del creditore e del debitore, poiché sancisce che il livello di diligenza dovuta non è né quello massimo né quello minimo, bensì quello medio.

art. 1176, II comma c.c.

- Infatti la responsabilità professionale dell'operatore sanitario si configura anche per **colpa lieve**, in applicazione., quando il professionista medesimo non abbia posto in essere una prestazione "diligente" per fronteggiare un caso ordinario, ossia quando si sia trovato a prestare la propria opera non per risolvere problemi tecnici di speciali difficoltà, ma dovendo esercitare la sua professione al cospetto di casi ordinari per affrontare i quali si ritiene necessario, nonché doveroso ed adeguato, il bagaglio tecnico del professionista medio appartenente al medesimo settore.
- La responsabilità del professionista sarà, per così dire, relegata alla colpa grave solo qualora il medesimo abbia dovuto affrontare problemi tecnici di speciale difficoltà e per imperizia abbia cagionato il danno.

L'art. **1218 c.c.** così recita: " Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile ".

- Il creditore, che abbia interesse al risarcimento del danno, ha l'onere di provare in giudizio l'inadempimento del convenuto; quest'ultimo, affinché sia esente da responsabilità contrattuale, deve provare che l'inadempimento non è a lui imputabile, e che egli ha tenuto il comportamento richiesto dalla legge e dalle pattuizioni contrattuali.
- Nell'ambito della responsabilità contrattuale, il paziente deve, pertanto, provare l'inadempimento del medico, e non necessariamente il dolo (o la colpa), e il danno conseguente.
- Deve, inoltre, dimostrare che l'intervento concordato era di facile esecuzione, allo scopo di far valere la responsabilità per colpa lieve.
- Il sanitario deve provare di aver adottato, con diligenza, tutti i mezzi e gli strumenti, acquisiti alla scienza del momento storico considerato.
- Secondo un'autorevole giurisprudenza (Cass. civ. sez. III 30 maggio 1996 n° 5005), poiché si tratta di un'obbligazione di mezzi e non di risultati, la prova della relativa responsabilità è sganciata dall'accertamento del danno psicofisico.

art. 2236 c.c.
Responsabilità del prestatore d'opera

- Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave

art. 2236 c.c.

- pone una limitazione di responsabilità del prestatore d'opera, circoscrivendola ai soli casi di dolo o colpa grave, qualora si trovi di fronte a problemi tecnici di speciale difficoltà.
- Occorre però fare una precisa distinzione: la norma si applicherebbe soltanto quando in discussione sia la perizia del professionista, non quando al contrario, ci si trovi di fronte all'imprudenza o all'incuria (ritenendosi tali condotte degne delle valutazioni più severe e rigorose).

Responsabilità extra contrattuale

La responsabilità cosiddetta extra contrattuale (articolo 2043 del Codice Civile) ricorre allorché non sia ravvisabile un rapporto contrattuale diretto tra il paziente e il medico ma questi sia legato a una struttura cui il medico stesso faccia capo, questa volta attraverso un rapporto contrattuale.

Un'ipotesi concreta può verificarsi, per esempio, (ma la questione è piuttosto dibattuta) nel caso di infortuni occorsi in ambito ospedaliero, dove il rapporto contrattuale si configura con la struttura che accoglie il paziente: l'altro rapporto fra medico e paziente deve generalmente considerarsi di natura extracontrattuale, poiché il sanitario è stato preposto alla cura dall'ospedale e non scelto dal degente, eccetto il caso in cui il sanitario non sia inserito organicamente nella struttura, nel qual caso la Cassazione ritiene applicabile la responsabilità contrattuale.

Risarcimento per fatto illecito

Art. 2043 c.c.

- “Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”

Codice civile art. 2232

■ Esecuzione dell'opera

Peraltro il professionista può esplicare la propria attività anche inquadrata in un rapporto di lavoro dipendente, ad es. con l'Ente ospedaliero, in tal caso è con quest'ultimo che il paziente conclude il contratto; pertanto il SSN sarà tenuto ad erogare una prestazione del medesimo contenuto di quella che avrebbe dovuto erogare l'operatore libero professionista, trattandosi comunque, di contratto d'opera di un professionista intellettuale.

Fatto illecito

- Il fatto illecito consiste nella inosservanza di una norma di legge "posta a tutela della collettività" o in un comportamento che violi un diritto assoluto "valido per tutti" del singolo. Può essere doloso o colposo. Non è quindi inadempimento, ossia violazione di un obbligo contrattuale assunto nei confronti di soggetti particolari. Il fatto illecito dà luogo a responsabilità extracontrattuale (o aquiliana), l'inadempimento a responsabilità contrattuale.

Principali caratteristiche della responsabilità extracontrattuale

Il sorgere della responsabilità extracontrattuale (o "aquiliana") è subordinato all'esistenza dei seguenti elementi:
una condotta dolosa o colposa;
un danno;
un nesso di causalità tra condotta e danno

La responsabilità extracontrattuale prescinde dall'esistenza di un vincolo contrattuale od obbligatorio.

Le principali differenze con la responsabilità contrattuale sono le seguenti:

il danneggiato deve provare, oltre all'esistenza del danno e del rapporto di causalità, anche la colpa o il dolo;

in materia di responsabilità extracontrattuale sono risarcibili tutti i danni che siano conseguenza immediata e diretta della condotta del danneggiante;

la prescrizione è quinquennale.

La responsabilità collettiva

- L'esperienza odierna assegna all'attività sanitaria svolta nella forma di equipe, un ruolo del tutto peculiare, determinato principalmente dalla crescente specializzazione delle singole materie e alla costante necessità, che per i trattamenti sanitari intervengano più specialisti in regime di collaborazione.
- Un lavoro di equipe fa sorgere problemi complessi circa la responsabilità da attribuire ai singoli componenti del gruppo nel caso di danno al paziente causato da errore.

La responsabilità collettiva

- occorre non confondere il lavoro di gruppo con l'errore di gruppo.
- In genere è un solo componente che sbaglia, ma quando le attività sono legate intimamente e gli errori appaiono concatenati in modo inscindibile più operatori possono essere ritenuti responsabili del danno cagionato in concorso tra loro.
- Un punto di partenza importante per inquadrare la problematica è certamente rappresentato dall'individuazione, più o meno rigorosa, di un capo dell'equipe, che abbia il compito di sovrintendere e coordinare il lavoro degli altri specialisti.

La responsabilità collettiva

- Ma è anche vero che al primario, o al capo equipe, non si possano attribuire sic et simpliciter responsabilità per ogni e qualsiasi evento dannoso che si verifichi in capo al malato. Invero le sue indubbie funzioni di controllo non possono prescindere dall'analisi della realtà pratica dell'attività sanitaria d'equipe, nella quale ogni specialista interviene assumendosi diverse incombenze sotto la propria responsabilità, rispondendo con la loro professionale condotta dell'operato dei loro ausiliari

La responsabilità collettiva

- La conseguenza di tutto ciò determina che ciascun componente dell'equipe sanitaria è tenuto ad eseguire con il massimo scrupolo le mansioni di sua competenza specialistica e, in un certo senso, è interessato a controllare il comportamento degli altri colleghi. Si parla perciò di affidamento legittimo che ciascun membro dell'equipe presta in riferimento alla diligente prestazione degli altri membri. La professionalità di ciascun membro dell'equipe, pur se diversa anche in ragione delle acquisite competenze specialistiche, ricomprende nel suo corredo, nozioni che possono essere valorizzate ed utilizzate anche per intervenire laddove la condotta di un altro membro – sia esso di pari grado o gerarchicamente ad esso sovraordinato- risulti non diligente e potenzialmente dannosa.
- Da ciò deriva che ogni singolo operatore è tenuto a controllare l'operato degli altri e a sostituirsi ad essi in caso di errore o di bisogno.

- Oggi, l'ipotetica responsabilità del singolo infermiere deve essere valutata non solo in relazione alle attività funzionalmente e finalisticamente collegate ad altri soggetti (es. attività svolta in equipe) ma anche alle condizioni generali nelle quali i sanitari si trovano ad operare, con riguardo alla disponibilità di mezzi, di personale di supporto e, soprattutto, all'organizzazione del lavoro dei sanitari stessi e alla loro turnazione. Nel caso in cui si verifichi un evento morte o lesione ipoteticamente collegabile con il comportamento dei sanitari intervenuti, un corretto accertamento globale della responsabilità non potrà limitarsi a tali soggetti, ma dovrà "passare" attraverso l'osservazione del comportamento dei preposti agli aspetti strutturali del servizio.

Alcuni spunti normativi: il Codice Civile

L'art. 1228: responsabilità per fatto degli ausiliari. "Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro."

FATTISPECIE: nell'adempire l'obbligazione il debitore si avvale dell'operato di "terzi", cioè di soggetti estranei al rapporto obbligatorio, i quali intervengono nell'esecuzione della prestazione su incarico del debitore.

PRECETTO: il debitore è tenuto al risarcimento dei danni causati dal comportamento doloso o colposo tenuto dai "terzi" nello svolgimento della prestazione.

Le parti (debitore e creditore) possono stabilire, tuttavia, una regola diversa, cioè possono escludere o limitare l'operatività del precetto.

CONFLITTO DI INTERESSI RISOLTO DALLA NORMA: lo scontro tra gli opposti interessi che muovono il debitore ed il creditore, rispettivamente volti ad alleggerire il "peso" dell'esecuzione della prestazione avvalendosi dell'opera di terzi ed a pretendere un corretto adempimento a prescindere dal soggetto cui si sia affidato il debitore per l'esecuzione della prestazione, è risolto ancora una volta a favore del creditore, confermando la netta preferenza per le ragioni di quest'ultimo che permea tutta la disciplina delle obbligazioni.

La regola stabilita nell'art. 1228 c.c. pone una sorta di garanzia a favore del creditore: se il debitore decide di avvalersi di ausiliari (siano essi collaboratori autonomi o lavoratori subordinati), egli risulta comunque responsabile in caso di inadempimento, anche se tale inadempimento è stato determinato dal comportamento (doloso o colposo) di costoro. In altri termini, decidendo di "appropriarsi" del loro operato per l'esecuzione della prestazione, il debitore è tenuto a sopportare anche il rischio degli eventuali danni arrecati da costoro al creditore.

RESPONSABILITA'

- A) "in eligendo";
- B) "in educando o in vigilando"

Il professionista sanitario e l'attività di tutorato

La recente legislazione ha contemplato anche la possibilità che il professionista sanitario Infermiere debba compiere atti finalizzati alla formazione dei nuovi professionisti. Da questo derivano delle responsabilità giuridiche che sono proprie della figura del tutor o del sovrintendente l'attività di tirocinio degli studenti. **Esiste la responsabilità intesa come posizione o grado occupati**, in relazione all'autorità detenuta o all'ufficio in merito al quale si è tenuti a render conto del proprio comportamento, **in questa eccezione esiste responsabilità ad esempio quando vengono affidati compiti di coordinamento di altro personale, ma anche quando sono affidati compiti di tutoraggio e supervisione nel tirocinio degli studenti.**

Alcuni spunti normativi: il Codice Civile

Art. 2048: responsabilità dei genitori, dei tutori, dei precettori e dei maestri d'arte.

1) Il padre e la madre, o il tutore sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei figli minori non emancipati o delle persone soggette alla tutela che abitano con essi. La stessa disposizione si applica all'affiliante.

2) I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza.

continua

Continua

3) le persone indicate dai commi precedenti sono liberate dalla responsabilità soltanto se provano di non aver potuto impedire il fatto.

Di rilievo quindi il 2° comma, ma anche il 3° è utile per capire che, qualora accadesse qualche cosa di grave è compito nostro dimostrare di aver fatto di tutto per impedirlo.

Tale norma, titolata "*responsabilità dei genitori, dei tutori, dei precettori e dei maestri d'arte*", dispone che "*i precettori (tra cui senza dubbio rientrano gli insegnanti ed i maestri in genere) e coloro che insegnano un mestiere o un arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi..nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza..le persone indicate..sono liberate dalla responsabilità soltanto se provano di non aver potuto impedire il fatto*". Tale norma è stata in molti casi invocata per sanzionare la condotta colposa degli insegnanti per mancato controllo sugli alunni. In particolare si è stabilito il nesso causale tra l'assenza ingiustificata dall'aula dell'insegnante ed il danno subito da uno degli allievi in conseguenza di una condotta imprudente del compagno di classe (Cass.civ. 9742/97). La colpa dell'insegnante per il fatto illecito dei suoi alunni si basa quindi su una colpa presunta, ovvero sulla presunzione di negligente adempimento dell'obbligo di sorvegliare gli allievi. Si tratta di una responsabilità personale per colpa propria (presunta) e per fatto altrui.

- La delega non rappresenta un mezzo per deresponsabilizzarsi, infatti perchè risulti valida il delegato deve essere valutato tecnicamente e professionalmente idoneo ed adeguato alle incombenze che a lui sono state demandate. Di questa adeguatezza garantisce il datore di lavoro, il quale è anche tenuto a compiti di formazione e informazione; se così non fosse vi sarebbe **culpa in eligendo**.

- Un'altra condizione che chiude il quadro relativo agli obblighi connessi con l'organizzazione aziendale riguarda il fatto che il datore di lavoro deve creare anche un sistema di controllo sul delegato, per cui deve avere sempre la consapevolezza di quanto sta accadendo; se così non fosse vi sarebbe **culpa in vigilando**.

responsabilità per culpa in vigilando

- con riferimento ai danni patiti dalle persone affidate alla sorveglianza, è posta dal legislatore a carico della persone preposte alla sorveglianza una presunzione di responsabilità, che può essere superata soltanto con la dimostrazione di aver esercitato la sorveglianza sugli “ausiliari” con una diligenza diretta ad impedire il fatto; ne consegue che ove manchino anche le più elementari misure organizzative per mantenere la disciplina fra gli stesi, non si può invocare quella imprevedibilità del fatto, che invece esonera la responsabilità soltanto nell’ipotesi in cui non sia possibile evitare l’evento, nonostante la sussistenza di un comportamento in vigilanza adeguato alle circostanze.

Colpa presunta

- Cioè sulla presunzione di negligente adempimento dell'obbligo di sorveglianza, quel grado di sorveglianza correlato alla prevedibilità di quanto possa accadere

- Il dovere di vigilanza va commisurato all'età e al grado di maturazione raggiunto dagli allievi in relazione alle circostanze del caso in concreto

- Si deve comunque ricordare che l'essenza della colpa sta nella prevedibilità dell'evento, con la conseguenza che non vi è colpa in eligendo né colpa in vigilando **se il fatto non sia prevedibile e prevenibile**
- L'evento in ogni caso, va prevenuto; gli operatori non devono essere messi nelle condizioni di sbagliare e soprattutto non devono trovarsi nella condizione loro stessi di non aver prevenuto l'accadere di qualche evento colposo.

- Non è sufficiente la sola dimostrazione di non essere stato in grado di spiegare l'intervento correttivo o repressivo, ma è necessario anche dimostrare di aver adottato, in via preventiva tutte le misure disciplinari o organizzative idonee ad evitare il sorgere di una situazione di pericolo favorevole al determinarsi della serie causale l'evento dannoso

- Saranno responsabili allora, colui o coloro che avendo il potere ed il dovere di agire derivanti dalla Legge o dall'organizzazione aziendale (a seguito di delega) si sono comportati in modo difforme da quanto previsto dall'ordinamento. Ciò equivale a ribadire che non vi può che essere una sovrapposizione fra potere e responsabilità, con la conseguenza che il limite della responsabilità personale sta nel limite del potere conferito ad ogni soggetto dalla norma o dalla delega

- Accertamento della derivazione dell'evento lesivo dall'omissione del sorvegliante che non avrebbe impedito, pur dovendolo e potendolo, la condotta pregiudizievole del soggetto da sorvegliare

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.

Art. 2130 c.c.

- La causa del rapporto di praticantato è quella di assicurare al giovane praticante, da parte di un professionista, le nozioni indispensabili per mettere in atto, nella prospettiva e nell'ambito di una futura determinata professione intellettuale la formazione teorica ricevuta in sede scolastica

- Una professione viene individuata sulla base dei seguenti elementi:
- • enucleazione di un corpo di conoscenze distintive
- • adozione di un'etica di servizio
- • esistenza di un'associazione professionale
- • formulazione di albi professionali.

■ La base cognitiva su cui si sviluppa la professione «dovrà essere:

- • specifica, cioè identificabile con la professione
- • codificata, (cioè standardizzabile e quindi trasmissibile), ma non completamente, pena il rischio di poter essere acquisita anche da esterni
- • caratterizzata da un vocabolario scientifico non familiare capace di esprimere in modo rigoroso concetti ed analisi, e al contempo elemento che ostacola l'accesso alla professione e il giudizio da parte di persone esterne
- • rinnovata (anche per evitare l'acquisizione da parte di esterni), ma non troppo, perché il processo di socializzazione degli aspiranti professionisti richiede del tempo
- • capace di produrre risultati misurabili, così da legittimare la propria azione, ma non al punto da poter essere oggetto di giudizio completo da parte di persone esterne ad essa (gli eventuali giudizi esterni dovranno rifarsi sempre alle valutazioni espresse da periti o comunque da membri della professione»

ordini

- L'Autorità Garante nel parere n. 43 del 29 ottobre 1998 ha precisato che la costituzione di albi ed ordini professionali dovrebbe rivestire carattere del tutto eccezionale, ed essere limitata alle ipotesi in cui si possa ragionevolmente ritenere che, in assenza di un intervento regolamentativo, si verificherebbe una significativa perdita di benessere per i consumatori. Per quanto concerne le professioni oggetto del disegno di legge, va osservato che attualmente esse possono essere svolte solo in seguito allo svolgimento di un preciso percorso formativo professionale, ovvero con il conseguimento di specifici diplomi universitari e, quindi, sono già oggetto di una regolamentazione sufficientemente idonea a garantire che le prestazioni vengano rese da soggetti qualificati ed in possesso di requisiti ritenuti necessari. Pertanto, l'introduzione di ulteriori vincoli regolamentativi potrebbe tradursi in una limitazione della concorrenza tra professionisti, senza tuttavia apportare benefici aggiuntivi a chi domanda i servizi.

- Ad oggi i Collegi e Ordini professionali sono *organi* di autogoverno di una categoria professionale , istituiti con legge di stato e avente natura giuridica di ente di diritto pubblico . Ormai la differenza tra Ordine (*ordo-* = *condizione, ceto, classe di cittadini*) e Collegio
- (*collegium-* = *unione di colleghi , adunanza, corporazione*) è solo terminologica; più indicativa è la distinzione tra la rappresentanza dei professionisti diplomati (Collegio) e quella dei professionisti laureati (Ordine).

Ordini

D.LGS.C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946, N.

233

- In ogni provincia sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti ed i Collegi delle ostetriche. Se il numero dei sanitari residente nella provincia sia esiguo ovvero se sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali e gli Ordini o Collegi interessati, può disporre che un Ordine o un Collegio abbia per circoscrizione due o più province finitime, designandone la sede.

D.P.R. 5 APRILE 1950, N. 221

- **Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.**

- Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni:
 - a) compilare e tenere l'albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;
 - b) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del Collegio;
 - c) designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
 - d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
 - e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;
 - f) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
 - g) interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestato la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

- **Art.7** - Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria, residenti nella circoscrizione.
All'albo dei medici-chirurghi é aggiunto l'elenco dei dentisti abilitati a continuare in via transitoria l'esercizio della professione a norma delle disposizioni transitorie vigenti.
- **Art.8** - Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie é necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.
- **Art.9** - Per l'iscrizione all'albo é necessario:
 - a) essere cittadino italiano;
 - b) avere il pieno godimento dei diritti civili;
 - c) essere di buona condotta;
 - d) aver conseguito il titolo accademico dato o confermato in una università o altro istituto di istruzione superiore a ciò autorizzato ed essere abilitati all'esercizio professionale oppure, per la categoria delle ostetriche, avere ottenuto il diploma rilasciato dalle apposite scuole;
 - e) avere la residenza o esercitare la professione nella circoscrizione dell'ordine o collegio
Possono essere anche iscritti all'albo gli stranieri, che abbiano conseguito il titolo di abilitazione in Italia o all'estero, quando siano cittadini di uno Stato con il quale il Governo italiano abbia stipulato, sulla base della reciprocità, un accordo speciale che consenta ad essi l'esercizio della professione in Italia, purché dimostrino di essere di buona condotta e di avere il godimento dei diritti civili.

- Per evitare che ordini e i collegi professionali possano rappresentare un ostacolo alla concorrenza e al mercato, l'Autorità antitrust (Autorità garante della concorrenza e del mercato) ha sollecitato una riforma degli ordini stessi, suggerendo al Parlamento di far valorizzare la competenza deontologica, l'attività di monitoraggio della qualità delle prestazioni professionali attraverso procedimenti di certificazione e , soprattutto , l'attività di aggiornamento e formazione continua con verifica di permanenza di requisiti professionali al passo con gli sviluppi della disciplina.

Legge 1 Febbraio 2006, n. 43

- conferma e riconosce il ruolo del Collegio, trasformato in Ordine, nella funzione di garante delle competenze dell'impegno deontologico dei professionisti a favore degli iscritti.

L'articolo 4

- conferisce al Governo un'apposita delega, da esercitare entro sei mesi, affinché provveda, utilizzando lo strumento del decreto legislativo, ad istituire almeno un Ordine professionale per ogni area di suddivisione delle professioni sanitarie (infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria della riabilitazione e della prevenzione) con la possibilità di costituire un singolo Ordine, qualora la professione racchiuda almeno ventimila iscritti. Per le professioni già in possesso di un Ordine (al momento Collegio) nulla cambierà. I futuri Ordini, sulla base del numero dei professionisti iscritti, avranno un'articolazione a livello provinciale regionale o nazionale.

Il ruolo dell'infermiere come garante

Es. Il direttore area infermieristica sentiti i coordinatori di dipartimento assegna a questi ultimi le risorse umane necessarie in base al carico di lavoro del dipartimento.

Es. A loro volta i coordinatori di dipartimento assegnano ai coordinatori di unità operativa le risorse necessarie al proprio carico di lavoro.

- - rappresentare il personale infermieristico del **dipartimento** nei rapporti con i vertici di direzione;
- - contribuire alla gestione del budget per quanto di propria competenza;
- - promuovere lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
- - definire gli standard assistenziali, gli indici di complessità e individuare gli indicatori di verifica della qualità delle prestazioni;
- - gestire le risorse umane del dipartimento;
- - collaborare alla valutazione e alla stesura di un sistema incentivante il personale infermieristico;
- - ripartire il personale infermieristico e di supporto del dipartimento nelle diverse unità operative tenendo conto dei carichi di lavoro in accordo con i caposala delle unità operative semplici;
- - contribuire alla stesura di protocolli e linee guida operative del dipartimento;
- - contribuire alle iniziative di aggiornamento del personale;
- - verificare e valutare il fabbisogno infermieristico;
- - controllare le attività e i comportamenti del personale, anche da un punto di vista deontologico, di concerto con i caposala delle unità operative semplici.

- Coordinamento e controllo del lavoro degli infermieri in relazione alla somministrazione delle terapie.

- l'attribuzione della preparazione e della somministrazione a personale abilitato
- comunicazione al medico di un errore rilevato o presunto ecc.
- passaggio di disposizioni e di informazioni con traccia documentale di quello che viene fatto.
- documentazione adeguata, che preveda tra l'altro che le annotazioni siano seguite dalla firma di chi le ha effettuate, in modo da risalire al responsabile di eventuali inadempienze, salvaguardando gli altri operatori.

Informazione al medico competente sui rischi presenti nella propria unità.

- - Informazione e controllo - in qualità di preposto - del lavoro degli infermieri in rapporto all'esecuzione, in base ai vigenti protocolli, della raccolta, conservazione e invio al laboratorio analisi del materiale per le ricerche diagnostiche, con particolare riguardo nella prevenzione del rischio, all'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e indumenti, come previsto dalla Legge n. 626/94 (art. 4).

- Informazione agli infermieri e controllo sull'applicazione delle procedure d'isolamento sanitario basate su linee guida.
- Informazione ai propri collaboratori, predisposizione e controllo dei mezzi necessari per l'immagazzinamento e lo smaltimento dei rifiuti in condizioni di sicurezza e per il trasporto di agenti biologici.

- - Verifica della presenza di adeguati servizi igienici, spogliatoi separati per il deposito di abiti civili e gli indumenti potenzialmente infetti; osservanza del divieto di fumare.
- - Conservazione di presidi e medicinali secondo le disposizioni normative o dell'ente e tenuta dei relativi carteggi di carico-scarico. Tale dovere oggi non compete più al coordinatore infermieristico in maniera esclusiva, ma è comunque bene che le nuove modalità gestionali - anche delegate - siano concordate all'interno dell'èquipe e risultino documentate ufficialmente.

- - Corretta esecuzione delle pratiche amministrative, quali ad esempio la compilazione dell'orario del personale e l'autorizzazione degli straordinari, o la tenuta dell'archivio. A proposito della redazione di documenti, si rammenta che il coordinatore infermieristico è, attualmente, sempre più impegnato nella collaborazione con il Dirigente della Struttura nell'impostazione del budget dei centri di costo.

- - Controllo della pulizia e del microclima ambientale ai fini della prevenzione delle infezioni nosocomiali e segnalazione di qualunque situazione che appaia rischiosa o nociva per la salute di operatori e utenti.

IL COORDINATORE INFERMIERE INTERVIENE:

**-INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO FORMATIVO
DEL PERSONALE COORDINATO**

**-INDIVIDUAZIONE DEL PROPRIO BISOGNO
FORMATIVO**

**-INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO FORMATIVO
RISPETTO AGLI OBIETTIVI DIPARTIMENTALI**

**-INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO FORMATIVO
RISPETTO ALLA MISSION AZIENDALE**

**-INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO FORMATIVO
INTERDISCIPLINARE**



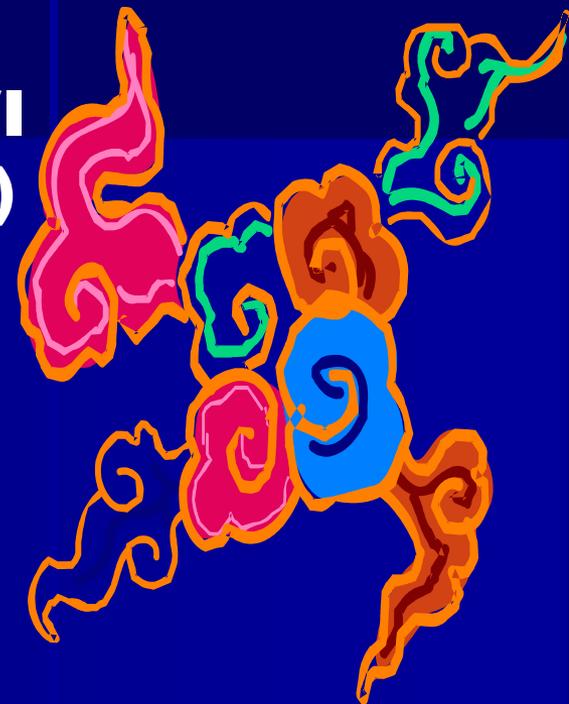
**IL COORDINATORE DEFINISCE E/O
COLLABORA ALLA
IMPLEMENTAZIONE DI:**

**-PROGETTI FORMATIVI SU OBIETTIVI
ANNUALI (FORMAZIONE AZIENDALE)**

**-PROGETTI FORMATIVI SU SINGOLI
EVENTI RELATIVI A NUOVE
PROBLEMATICHE EMERSE**

**-RECUPERO E DIFFUSIONE DI
EVENTI FORMATIVI ESTERNI**

**-PARTECIPAZIONE IN QUALITA' DI
DOCENTE/TUTOR AGLI EVENTI
INTERNI ED ESTERNI ALL'AZIENDA**



- **Come l'infermiere, anche l'infermiere cui risulta assegnata la "funzione di coordinamento" può essere chiamato in causa a titolo di responsabilità professionale per il mancato adempimento di un dovere: secondo la sfera giuridica in cui il mancato adempimento acquista rilievo, si distinguono tre forme di responsabilità: disciplinare, civile e penale.**

- Il concetto di responsabilità già figurava nel D.P.R 7 settembre 1984 n. 821, attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle unità sanitarie locali. Il capo VIII di tale D.P.R., relativo al personale infermieristico: operatore professionale di 1 categoria riportava all'articolo 20 che "l'operatore professionale coordinatore (...) ha la responsabilità professionale dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e alle funzioni che per la normativa vigente è tenuto ad attuare";

Responsabilità disciplinare

- **Poiché l'assunzione e il mantenimento in servizio dell'infermiere coordinatore sono condizionati all'iscrizione al collegio, le infrazioni alle norme deontologiche che comportano la sanzione disciplinare della sospensione o della radiazione implicano la sospensione o la radiazione dal servizio.**
- **La responsabilità disciplinare derivante dagli obblighi contrattuali emerge nel caso di un comportamento in servizio che non sia conforme agli impegni assunti stipulando il contratto di lavoro (Legge n. 29/1993).**

DPR n° 3/1957 artt 13, 16 e 17 CCNL del 1995 art. 28.

- **A tale proposito, il sempre in vigore art. 13 *Comportamento in servizio* prescrive quanto segue: Nei rapporti con i superiori e con i colleghi l'impiegato deve ispirarsi al principio di un'assidua e solerte collaborazione; deve essere di guida e di esempio ai dipendenti, in modo da assicurare il più efficace rendimento del servizio.**
- **all'art. 16 *Doveri verso il superiore*, riporta che: "L'impiegato deve eseguire gli ordini che gli siano impartiti dal superiore gerarchico in merito alle proprie funzioni o mansioni. Quando l'impiegato rilevi difficoltà o inconvenienti derivanti dagli ordini impartiti deve riferirne in via gerarchica, formulando proposte a suo avviso opportune per rimuovere difficoltà o inconvenienti";**
- **all'art. 17 *Limite al dovere verso i superiori*, recita che: "L'impiegato al quale, dal proprio superiore, venga impartito un ordine che egli ritenga palesemente illegittimo, deve farne rimostranza al proprio superiore dichiarandone le sue ragioni. Se l'ordine è rinnovato per iscritto l'impiegato ha il dovere di darvi esecuzione. L'impiegato non deve comunque eseguire l'ordine se esso**

Il CCNL del 1995 all'art. 28 punto h)

- Doveri del dipendente, in vigore in quanto non disapplicato, prevede che: *"Il dipendente deve eseguire le disposizioni inerenti all'espletamento delle proprie funzioni o mansioni. Se ritiene che la disposizione sia palesemente illegittima è tenuto a darne immediata e motivata contestazione a chi l'ha impartita, dichiarandone le ragioni; se la disposizione è rinnovata per iscritto ha il dovere di darvi esecuzione salvo che la disposizione sia vietata dalla legge penale o costituisca illecito amministrativo".*
- *dall'art. 591 del Codice Penale per sanzionare la condotta di "abbandono di persona incapace per qualsiasi motivo di provvedere a se stessa", e per la quale l'infermiere ne ha la custodia e deve provvedere alla cura.*

La valutazione dei dirigenti art.32 CCNL

■ **E' diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa oltre che a:**

Capacità organizzative

- capacità di collaborazione interna e partecipazione
- capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori
- orientamento all'utenza

Capacità professionali

- appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni
- capacità nel promuovere le innovazioni tecnologiche (e la ss.formazione e selezione)

■ **i risultati finali sono riportati nel fascicolo personale e serviranno per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico**

Codice deontologico

- **6.1.** *L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.*
- **6.3.** *L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e, per quanto possibile, a ricercare la situazione più favorevole.*

Responsabilità civile

- **Il coordinatore infermieristico, così come gli altri esercenti le professioni sanitarie, specie se dipendente da strutture sanitarie pubbliche o private, ha una responsabilità civile di tipo contrattuale (art. 1218 c.c.): essa si fonda sul rapporto che viene stabilito fra utente e struttura sanitaria, la quale si serve del proprio personale per l'erogazione dell'assistenza.**

Responsabilità civile

- **La diligenza e la prudenza vanno valutate in rapporto alla natura delle attività che si è chiamati a esercitare (art. 1176 c.c.): è chiaro che le attività sanitarie le richiedono entrambe in alto grado**
- **Quanto alla perizia, quella che si richiede al professionista è la perizia media prevista per i professionisti di pari qualificazione ed esperienza.**
- **L'art. 2236 c.c. stabilisce però che, nel caso di una prestazione che comporti problemi tecnici di particolare difficoltà, si risponde per la mancanza di perizia solamente se la colpa è grave.**

Responsabilità civile

- **In caso di danni da risarcire a terzi per colpa commessa nell'esercizio dell'attività assistenziale da parte del coordinatore infermieristico, la responsabilità è solidale fra l'ente assistenziale e il dipendente (art. 1228 c.c.): l'ente tenuto a erogare le prestazioni per adempiere la sua obbligazione si avvale infatti di "ausiliari", e risponde dei fatti dolosi o colposi da loro eventualmente**

Responsabilità penale

- **Si è chiamati a rispondere a titolo di responsabilità penale nel caso che il mancato adempimento di un dovere costituisca un reato previsto dal codice penale, da quello di procedura penale, dal T.U.L.L.S. o da leggi su materie particolari, ad esempio sugli stupefacenti.**

- Oggi, l'ipotetica responsabilità del singolo infermiere deve essere valutata non solo in relazione alle attività funzionalmente e finalisticamente collegate ad altri soggetti (es. attività svolta in equipe) ma anche alle condizioni generali nelle quali i sanitari si trovano ad operare, con riguardo alla disponibilità di mezzi, di personale di supporto e, soprattutto, all'organizzazione del lavoro dei sanitari stessi e alla loro turnazione. Nel caso in cui si verifichi un evento morte o lesione ipoteticamente collegabile con il comportamento dei sanitari intervenuti, un corretto accertamento globale della responsabilità non potrà limitarsi a tali soggetti, ma dovrà "passare" attraverso l'osservazione del comportamento dei preposti agli aspetti strutturali del servizio.

Attribuzione di attività all'operatore socio-sanitario

- L'operatore socio sanitario, nasce come operatore di supporto all'assistenza sanitaria e sociale più che come operatore dell'assistenza infermieristica, ma il suo impiego negli anni futuri sarà prevalentemente rivolto al supporto infermieristico.
- Da un punto di vista generale la responsabilità dell'assistenza è dell'infermiere, il DM 739/94 all'art. 1 cita. “.. l'infermiere è responsabile della assistenza generale infermieristica identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi.....**per l'espletamento delle funzioni l'infermiere si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto.....**”

Responsabilità penale

- **Le attività del coordinatore infermieristico che possono tradursi - se eseguite con negligenza, imprudenza, imperizia o inosservanza - in uno dei reati suddetti sono le più svariate. Tra le tante ne elenchiamo di seguito alcune che ci sembrano importanti.**

Responsabilità penale

- **1) Coordinamento e controllo del lavoro degli infermieri in relazione alla somministrazione delle terapie.**
- **l'attribuzione della preparazione e della somministrazione a personale non abilitato (come l'ausiliario, l'OTA, ecc.), la mancata comunicazione al medico di un errore rilevato o presunto ecc.**
- **Per quanto riguarda la terapia, ma anche per altri aspetti del lavoro, è importante che il coordinatore eviti un passaggio di disposizioni e di informazioni puramente verbale, e che faccia in modo, al contrario, che resti traccia documentale di quello che viene fatto.**
- **In presenza di una documentazione adeguata, che preveda tra l'altro che le annotazioni siano seguite dalla firma di chi le ha effettuate, è possibile risalire al responsabile di eventuali inadempienze, salvaguardando gli altri operatori.**

Responsabilità penale

- **Mancata informazione e mancato controllo del lavoro degli infermieri**
- **Mancata informazione al medico competente sui rischi presenti nella propria unità.**
- **Mancata informazione agli infermieri e controllo sull'applicazione delle procedure d'isolamento sanitario basate su linee guida**
- **possono verificarsi ritardi od omissioni, le cui conseguenze possono essere a volte gravi. Se il coordinatore dimostra di aver dato le opportune direttive e esercitato i normali controlli in caso di incidente viene esonerato da responsabilità penale, la quale è sempre personale.**

Responsabilità penale

- **Non corretta esecuzione delle pratiche amministrative, quali ad esempio la compilazione dell'orario del personale e l'autorizzazione degli straordinari, o la tenuta dell'archivio.**
- **Mancato controllo della pulizia e del microclima ambientale ai fini della prevenzione delle infezioni nosocomiali e segnalazione di qualunque situazione che appaia rischiosa o nociva per la salute di operatori e utenti**

Responsabilità penale

- Tra i possibili reati tipicamente professionali sono da ricordare i seguenti: interruzione di un ufficio o servizio pubblico (art. 340 c.p.); omissione o rifiuto di atti di ufficio (art. 328 c.p.); omissione di referto (art. 365 c.p.); omissione di denuncia di delitto perseguibile d'ufficio da parte dell'autorità giudiziaria (art. 362 c.p.); rivelazione di segreto professionale o di segreto d'ufficio, nella quale può incorrere, tra gli altri, la persona incaricata di pubblico servizio (artt. 622 e 326 c.p.);

Art. 328. Codice penale. *Rifiuto di atti di ufficio. Omissione.*

- Il pubblico ufficiale o l'incaricato del pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto dell'ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.
- Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a lire due milioni. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta.

Art. 362. Codice penale.

*Omessa denuncia da parte di un
incaricato di pubblico servizio.*

- **L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo**
- **precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a lire duecentomila.**
- **{II}. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato**

Art. 493. Codice penale. Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico.

- **Le disposizioni degli articoli precedenti sulle falsità commesse da pubblici ufficiali si applicano altresì agli impiegati dello Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di un pubblico servizio relativamente agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro attribuzioni.**
- ***Art. 479. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.***
- **Il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo**

..
Art. 481. Codice penale Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità.

- Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o nell'esercizio di una professione forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire centomila a un milione. {II}. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

- **Alcuni dei reati comuni a tutti, ma che sono ulteriormente aggravati dall'esercizio della professione, sono: la lesione personale colposa e l'omicidio colposo.**
- **Essi consistono il più delle volte in errori od omissioni, prevedibili ed evitabili, nello svolgimento delle proprie funzioni, che hanno provocato una lesione (danno) all'assistito;**
- **il sequestro di persona (art. 605 c.p.): questo reato può essere commesso da medici, coordinatori infermieristici e infermieri soprattutto in campo psichiatrico e nel trattamento dei tossicodipendenti.**

- Sono da menzionare inoltre, senza per questo pretendere di essere esaustivi delle possibili ipotesi di reato:
- - la conservazione di farmaci scaduti accanto a quelli di uso corrente (art. 443 c.p.); la detenzione di medicinali difettosi, con obbligo di immediata segnalazione al Ministero della Sanità, Dipartimento per la valutazione dei medicinali (D.M. Sanità 27 Febbraio 2001);

- - l'abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.). Affidare nel turno i ricoverati a personale insufficiente o non competente - pur in caso di grave carenza di personale - può comportare una responsabilità penale per i vertici aziendali ma, in alcuni casi, anche per il coordinatore infermieristico.

L'eventuale mancanza delle risorse minimi indispensabili comporta responsabilità di altri: tuttavia è necessario che il coordinatore infermieristico segnali per iscritto a chi di dovere la situazione "formulando le proposte opportune per rimuovere le difficoltà" (D.P.R. n. 3/1957, art. 16).

*...io ritengo impossibile conoscere le parti
senza conoscere il tutto non meno che
conoscere il tutto senza conoscere
particolarmente le parti.*

Blaise Pascal, Pensieri

30 agosto 2006



**Lavoro in sala operatoria
- dal chirurgo come al pit-stop -**

**Medici e infermieri di un ospedale londinese
a scuola dai meccanici Ferrari**