



# Responsabilità degli operatori sanitari

Maria Pia Ruggieri

Presidente nazionale SIMEU

Direttore UOC PS e Breve Osservazione

AO San Giovanni Addolorata-Roma

# I professionisti dell'Urgenza



**Medico ed Infermiere**

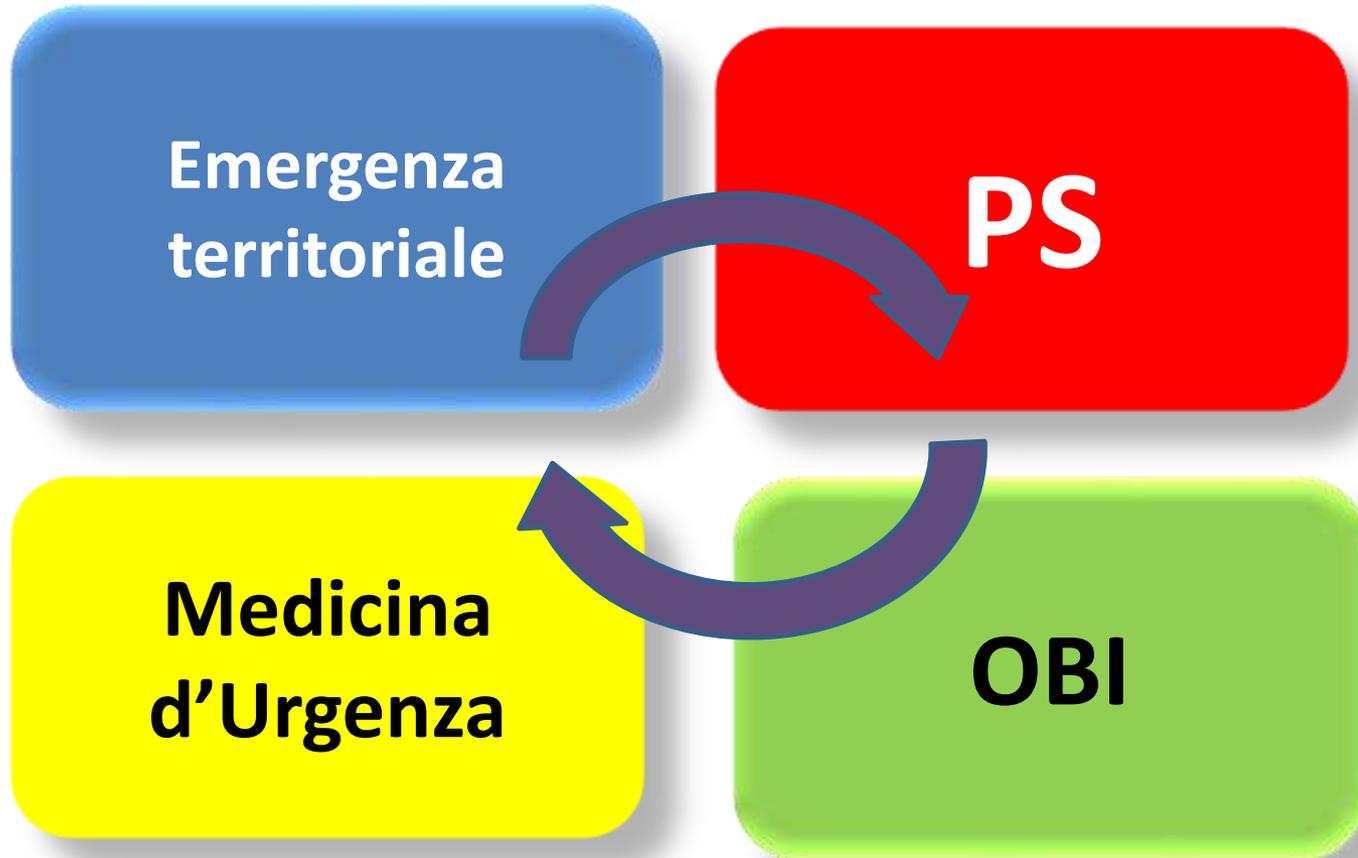




# Dove operano gli infermieri



# Dove operano i medici



# Paziente complesso (definizione)

## 3. Complessità ambientale

il paziente presenta criticità legate alla abitazione, al reddito, al nucleo familiare e alle persone che forniscono aiuto, alle relazioni familiari, non ha ancora accesso a servizi, presidi, ausili e facilitazioni economiche



## 1. Complessità sanitaria

il paziente presenta una patologia fisica o mentale ad Indice di Severità elevato o è affetto da polipatologia o da problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione (es. per nutrizione, ventilazione...)

## 2. Complessità assistenziale

il paziente non è autonomo nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica, sociale...) e richiede aiuto da parte di altri, anche con l'uso di dispositivi fisici

Spesso le complessità coesistono ed il paziente viene chiamato  
**“paziente fragile”**

---



# RESPONSABILITA'....

**Indice possibili argomenti.....**

## **MEDICO:**

Cartella clinica, Consenso Informato, Rifiuto

ricovero, Dimissione, Certificazione, Trasporto, Decesso, Contenzione, Referto AG, .....

## **INFERMIERE:**

Triage, Contenzione, Referto AG, Consenso informato, cartella clinica, tutela riservatezza dati,.....



Download from  
**Dreamstime.com**

This watermarked comp image is for previewing purposes only.



ID 40190438

© Andrey Popov | Dreamstime





# QUALCHE NOVITA'.....

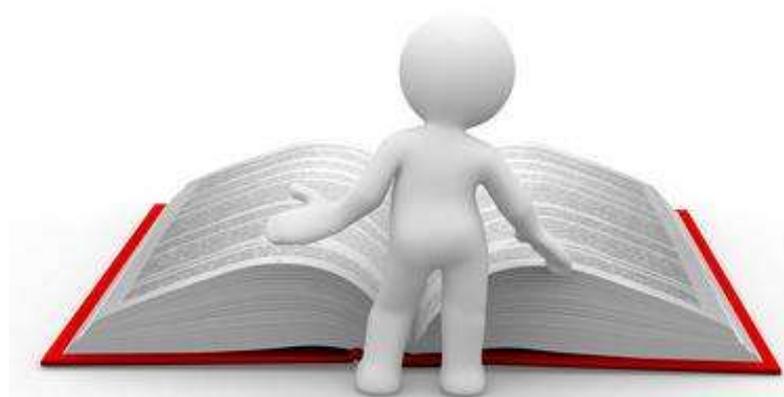


**Commissione Affari Sociali approva Ddl sulla responsabilità professionale. Ecco le nuove norme.....**

Il Ddl Gelli può essere suddiviso in due parti:

**a)** i primi cinque articoli contenenti disposizioni sulla sicurezza e sull'implementazione di un sistema di prevenzione dei rischi;

**b)** i restanti articoli contenenti disposizioni riguardanti il personale sanitario.





Il Ddl contiene all'**articolo 1** un'importante affermazione sul **diritto alla sicurezza delle cure** che è destinata a diventare un principio generale del diritto alla salute stesso e a costituire un riferimento essenziale integrativo del corretto agire professionale e dell'agire delle strutture del servizio sanitario nazionale.





**All'articolo 2** si ribadisce quanto già previsto dalla legge Balduzzi sulla creazione di un sistema di risk management: rilevazione dei rischi, attivazione dei sistemi di audit, formazione del personale finalizzata al rischio .

## **Le condizioni di legittimità delle prestazioni sanitarie e la responsabilità penale**

Le condizioni di liceità delle prestazioni sanitarie “erogate con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, eseguite da esercenti le professioni sanitarie” sono stabilite previa acquisizione del “consenso informato del paziente salvo i casi stabiliti dalla legge” come primo requisito e, come secondo requisito l’osservanza delle “buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida” (“tenuto conto”). Quando ricorrono le tre condizioni richieste le prestazioni sanitarie “non costituiscono offese all’integrità psico-fisica”.

## **Art. 590-bis codice penale**

L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Agli effetti di cui al primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali. L'articolo 3, comma 1, del DL 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, continua ad applicarsi, con riferimento a ciascun settore di specializzazione medico-chirurgica, sino alla pubblicazione delle linee guida relative al medesimo settore.

competenza tecnica esclusiva  
ideale di servizio



Infermiere

L'assistenza infermieristica, secondo  
l'impostazione *dell'empirismo logico*, viene  
definita disciplina poiché è un campo strutturato  
di conoscenze che possiede:

- Un campo materiale e oggetto di studio
- Una compattezza del corpo di conoscenze
- Un metodo
- Uno scopo
- Un campo di applicabilità
- Una ragione storica



---

la scienza e la coscienza si incontrano nel gesto

---

# METODO PER PROBLEMI

- Identificare i problemi per sviluppare le competenze ritenute indispensabili e raccomandate
- Rispondere ai requisiti di comprensibilità e condivisione per garantire buona pratica anche in situazioni imprevedibili

Name

## **INDIVIDUATE 4 AREE DI COMPETENZA**

- **Generali sanitarie**
- **Tecnico specialistiche**
- **Organizzative gestionali**
- **Relazione comunicazione**

## COMPETENZE GENERALI 1

Fab. Form. 2012

Conoscenza dei valori e delle norme di responsabilità contenute nel Codice Deontologico e nel Profilo Professionale

Conoscenza della struttura e della normativa del sistema sanitario nazionale

Competenza teorico metodologiche relative a processi di pianificazione assistenziale

Capacità di acquisizione,elaborazione dati e valutazione dei risultati

Capacità di gestione della relazione e di educazione sanitaria del paziente

Conoscenze di informatica di base

Conoscenza di base della lingua straniera (inglese)

<b>COMPETENZE TECNICO SPECIALISTICHE 2</b>	Fab. Form. 2013	Formazione appropriata
Conoscenze e capacità operative di assistenza e cura infermieristica per:		
1. Il sostegno di base delle funzioni vitali e defibrillazione precoce nell'età adulta e pediatrica		<b>Pacchetti di apprendimento attivo secondo linee guida di scuole nazionali / internazionali con istruttori accreditati</b>
2. Il sostegno avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica		
3. gestire situazioni di peri arresto nell'età adulta e pediatrica		
7. il trattamento del paziente con dolore toracico/infarto miocardico acuto		<b>Attività formativa secondo le linee guida dei profili e dei percorsi clinici Regione Marche</b>
8. il trattamento del paziente con ictus cerebrale nell'età adulta		
11. il trattamento della riacutizzazione della malattia polmonare cronico ostruttiva (BPCO)		
12. il trattamento dell' Insufficienza Respiratoria e della dispnea nell'età adulta e pediatrica		<b>Vedi libretto giallo Regione Marche effettuare tirocinio guidato previsto nel Servizio di Emergenza Territoriale</b>

<b>COMPETENZE SITUAZIONALI ORGANIZZATIVO GESTIONALI 3</b>	Fab. Form. 2013	Formazione appropriata
Conoscenza e capacità organizzative relative all'applicazione del proprio agire professionale per:		
<b>1.</b> l'utilizzo dei sistemi di codifica delle diagnosi e prestazioni dell'Emergenza Territoriale.		<b>Formazione blended, sul campo secondo linee guida, percorsi, protocolli, procedure presenti nella letteratura internazionale o normativa naz/regionale</b>
<b>2.</b> l'utilizzo delle linee guida, protocolli diagnostico terapeutici, procedure e percorsi clinico assistenziali.		
<b>3.</b> la raccolta delle informazioni necessarie per il sistema informativo dell'emergenza sanitaria		
<b>4.</b> la gestione della sicurezza nel soccorso in ambito pre – ospedaliero.		
<b>5.</b> la gestione pre – ospedaliera di una maxiemergenza.		

<b>COMPETENZE DI RELAZIONE E COMUNICAZIONE 4</b>		<b>Fab. Form. 2013</b>	<b>Formazione appropriata</b>
Essere in grado di:			
1. Comunicare efficacemente con gli utenti e familiari a vari livelli: - Relazione terapeutica - Counseling - Gestione del lutto - Comunicazione interculturale			<b>Formazione al ruolo con conduttori esperti; effettuare tirocini guidati.</b>
2. comunicare efficacemente tra le varie componenti del EMS			<b>Vedi libretto giallo Regione Marche</b>
3. comunicare efficacemente con le forze dell'ordine, la magistratura e i media			<b>Effettuare tirocinio previsto nel servizio di emergenza</b>
4. riconoscere e gestire le dinamiche del lavoro di equipe in emergenza / urgenza			<b>Formazione al ruolo con conduttori esperti, effettuare tirocini guidati</b>
5. gestire l'ansia e la "critical stress syndrome"			
6. agire nel rispetto della privacy, del consenso informato e della dignità della persona			<b>Formazione etica e deontologica, audit e discussione dei casi clinici</b>
7. di dedicarsi all'attività didattica e tutoriale			

# RESPONSABILITA' INFERMIERE

*Agire con responsabilità, secondo i principi:*

- **giuridici;**
- **etici e deontologici;**
- **professionali.**

La responsabilità dell'agire professionale poggia su *fondamenta* solidissime:

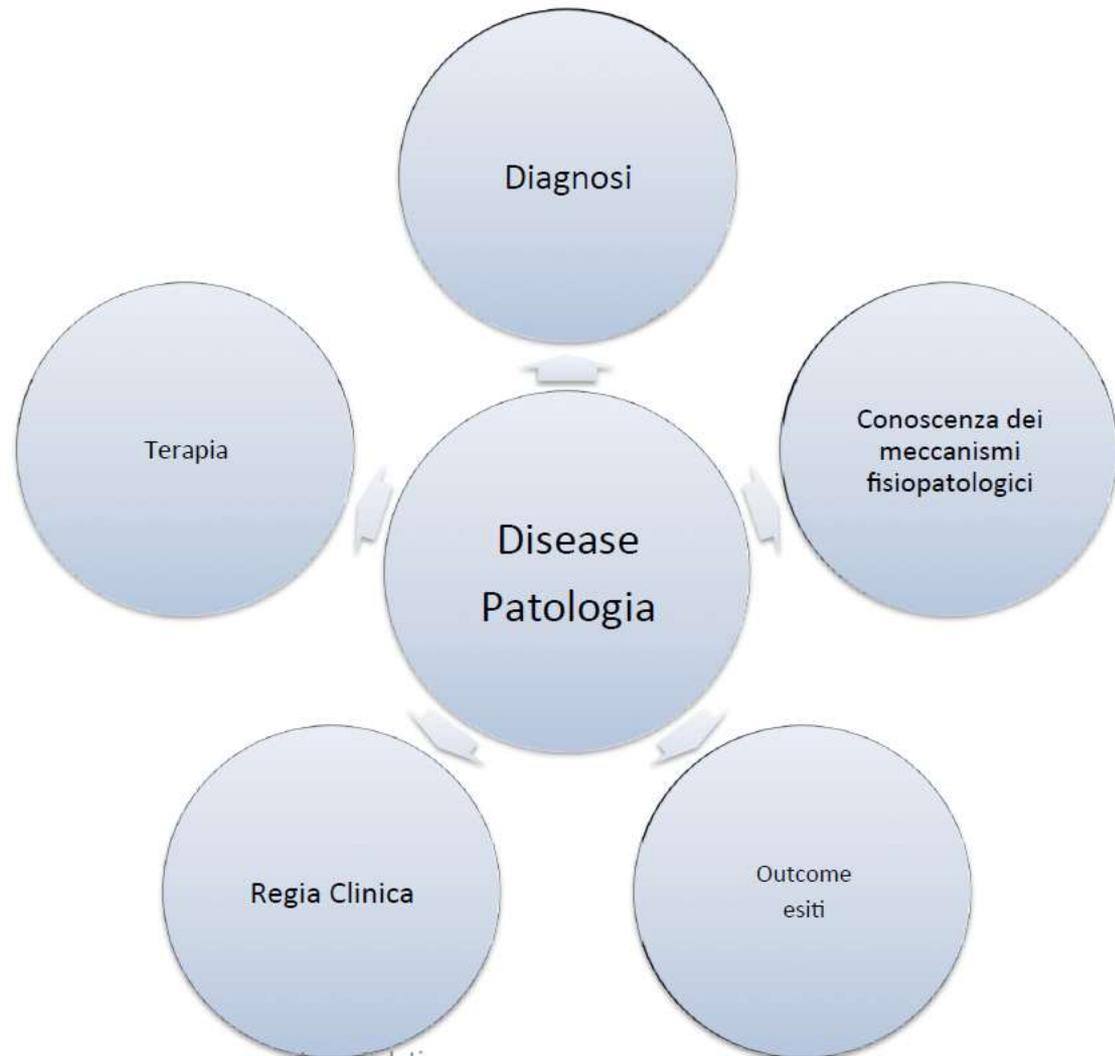
**la formazione di base**: il completamento di questo percorso consente di acquisire il titolo formale e l'abilitazione all'esercizio professionale (l'iscrizione al Collegio professionale è dovere per il professionista)

**il profilo professionale** D.M. 739/94, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, all'art. 1 comma 1 recita: “...è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”.

**il Codice Deontologico**, rappresenta un elemento qualificante poiché opera una sistematizzazione deontologica, enunciando i comportamenti attesi dal professionista infermiere.

*Curare la  
malattia è  
il Core  
Medico*  
**CURE**

J.Watson  
Human Caring,  
1975

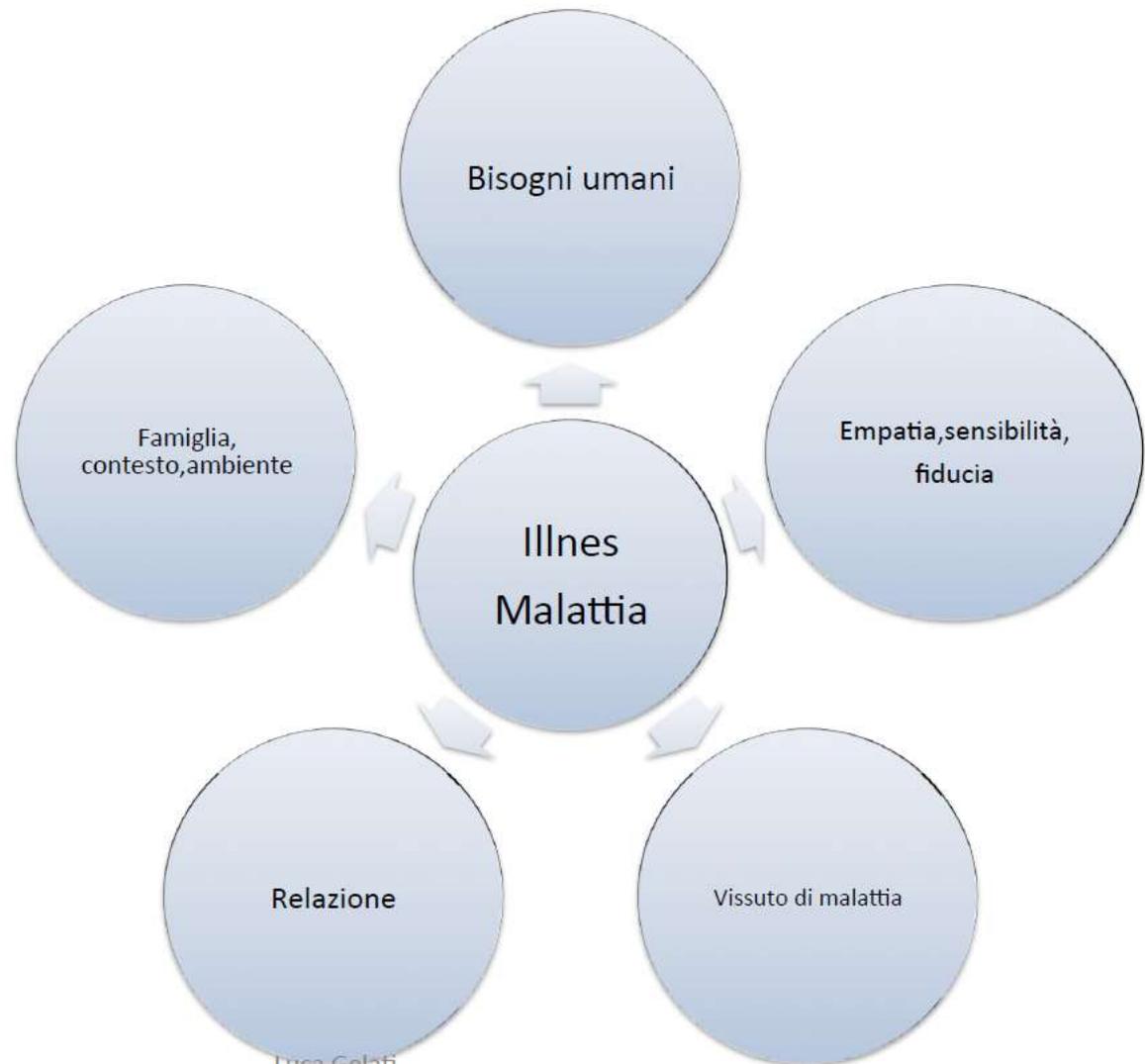


*Attenzione al  
vissuto di  
malattia del  
paziente e della  
sua famiglia è il  
Core*

Infermieristico

**CARING**

J.Watson  
Caring Moment, 1999



Nel caso in cui ci sia una prestazione sanitaria inadeguata causata da un comportamento di tipo colposo dell'operatore sanitario e da ciò derivino conseguenze negative per la salute del paziente, ne può conseguire:



**La responsabilità professionale viene, tradizionalmente, suddivisa in tre *ambiti*:**

**responsabilità penale**: obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato. Tale responsabilità è personale e non è trasferibile a terzi.

**responsabilità civile**: tutela degli interessi privati e della reintegrazione del diritto leso, L'elemento peculiare è il risarcimento del danno ingiustamente causato che generalmente viene valutato in termini economici. E' trasferibile a terzi.

**responsabilità disciplinare**: si configura quando viene meno il rispetto e la rispondenza a norme di comportamento definite. E' personale, non trasferibile a terzi.

# ..semplificazione..



Concetto di professione e concetto di responsabilità. Quale rapporto ?

# L'infermiere è:

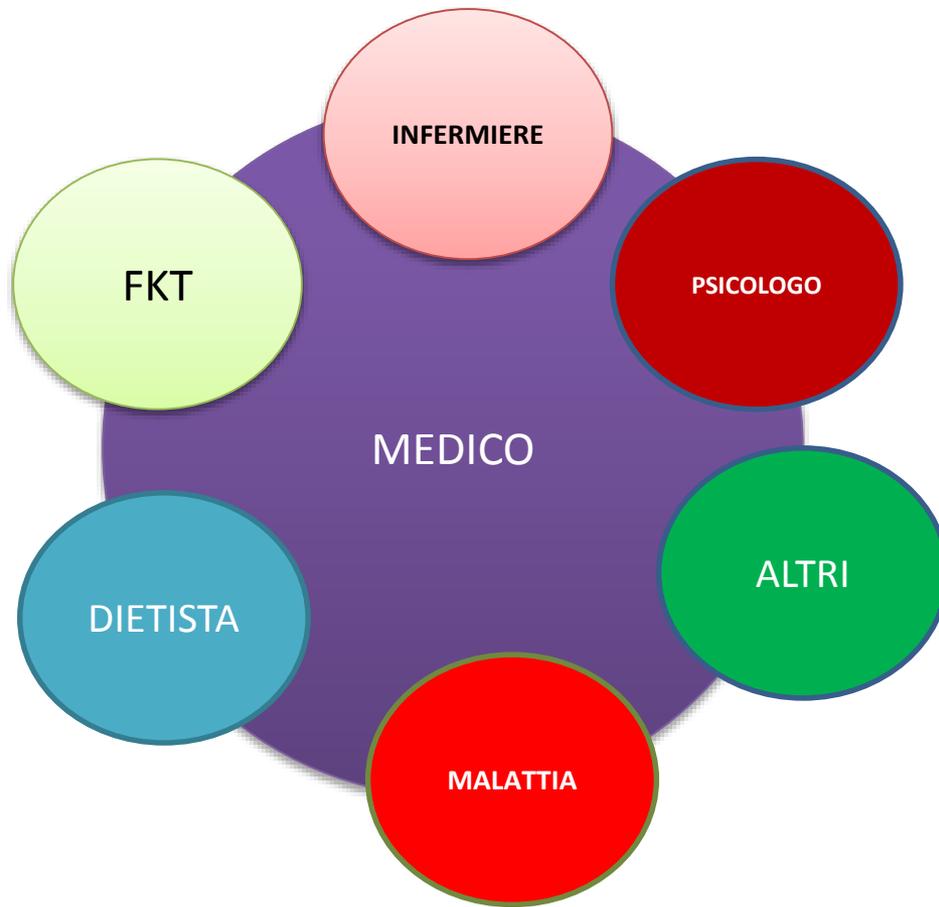
- Il **RESPONSABILE** dei processi e dei risultati attinenti l'Assistenza Infermieristica
- Il professionista con sviluppate **COMPETENZE** nell'assistenza infermieristica
- Il solo a godere di **AUTONOMIA** decisionale ed operativa nell'ambito dell'assistenza infermieristica

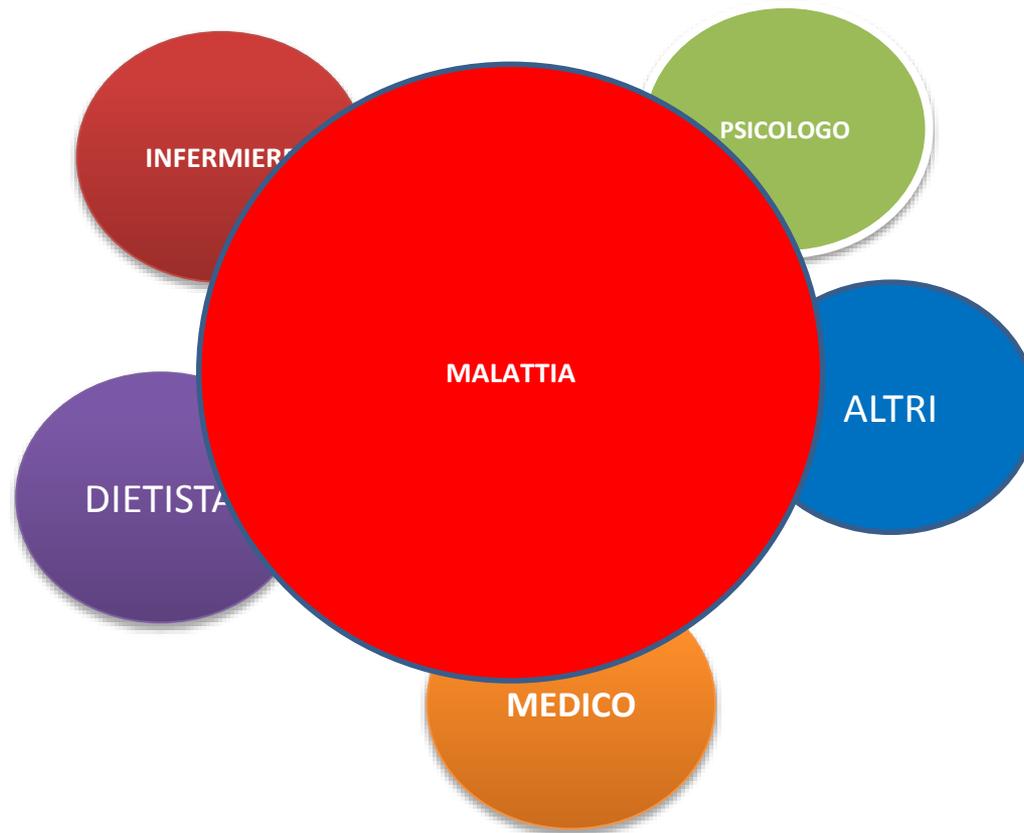
**competenza a darsi  
proprie regole e  
capacità di esprimerle  
in equipe  
più che indipendenza**

# L'INFERMIERE DEA HA BISOGNO

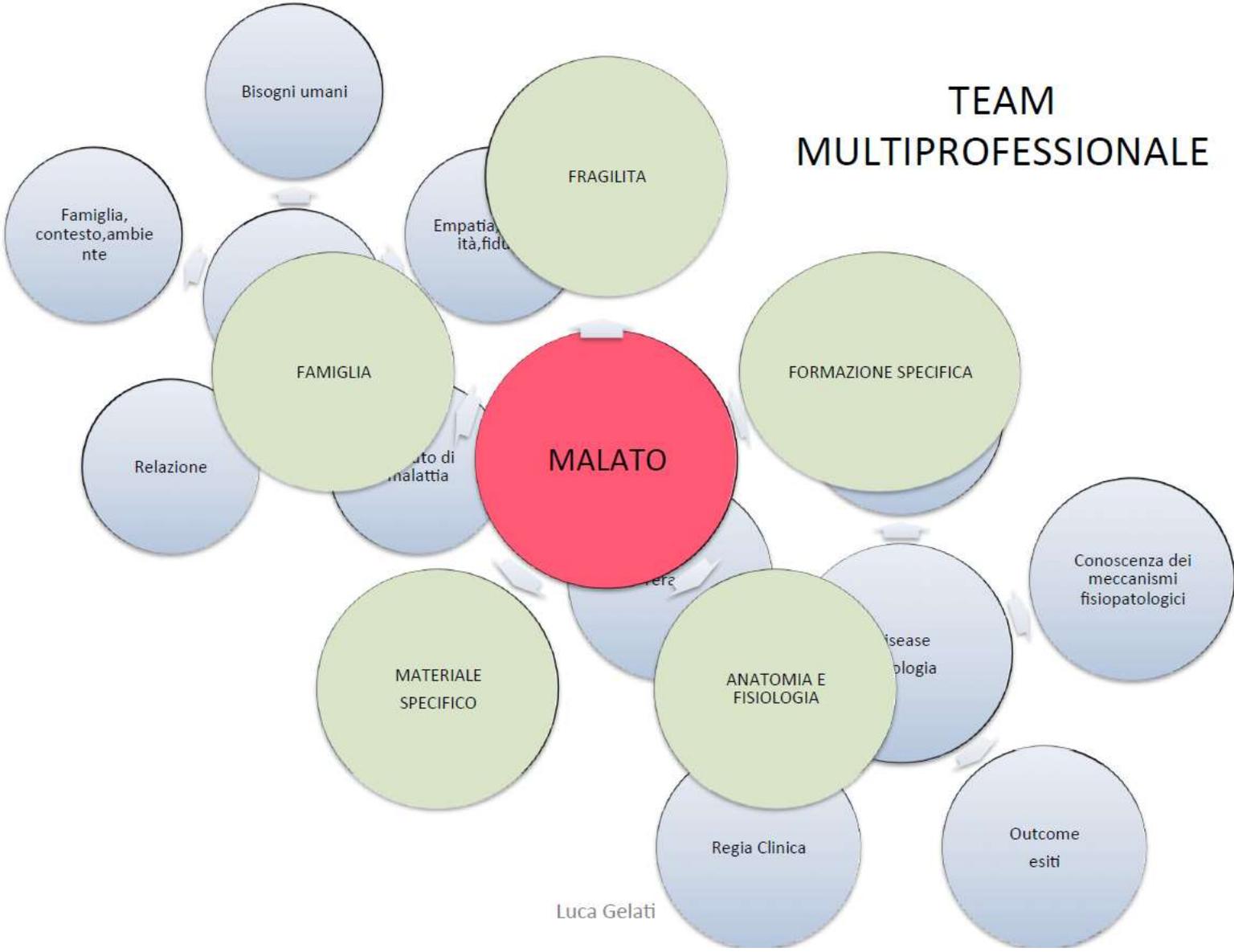


DI SAPER AIUTARE E DI FARSI AIUTARE ALL'INTERNO DI UNA INTESA DI EQUIPE CHE NON SI PUÒ IMPROVVISARE





# TEAM MULTIPROFESSIONALE



Luca Gelati

# SIMEU

## Policy Statement

### Trattamento del dolore al triage da parte degli infermieri

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale  
del 10 maggio 2014

Il trattamento inadeguato del dolore nei dipartimenti di emergenza è un problema noto in tutto il mondo [1, 2], che riconosce alcune cause principali [3]:

- scarsa conoscenza del tema e/o scarsa sensibilità da parte dei professionisti;
- difficoltà nella valutazione e nella rivalutazione della sintomatologia dolorosa accusata dai pazienti;
- problematiche strutturali e organizzative all'interno dei dipartimenti di emergenza, che portano ad un ritardo nel trattamento.

Il processo di trattamento del dolore al triage da parte degli infermieri, in base a protocolli condivisi con i medici responsabili delle strutture sanitarie, interviene sulle tre cause principali di inadeguato trattamento del dolore:

- nella fase di elaborazione congiunta dei protocolli e delle istruzioni operative, così come nella fase di formazione del personale, si attua un approfondimento delle conoscenze sul tema per tutto il personale, favorendo la sensibilizzazione;
- l'impiego costante delle scale del dolore nei protocolli inserisce strutturalmente la valutazione e la rivalutazione del sintomo cardine nell'attività di triage;
- la presa in carico immediata del problema dolore, con le azioni conseguenti (interventi non farmacologici e interventi farmacologici predefiniti dai medici responsabili), determina un anticipo nel trattamento.

## TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DA PARTE DEGLI INFERMIERI NELL'EMERGENZA TERRITORIALE

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale IRC del 05 novembre 2015  
Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU del 07 novembre 2015

In particolare la somministrazione, da parte degli infermieri, di terapie, anche farmacologiche, secondo protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura), si inquadra in processo finalizzato alla tempestività del trattamento e spesso risulta essenziale per la salvaguardia della vita e/o della salute dei pazienti, come in caso di overdose da oppiacei, grave sindrome ipoglicemica, sindrome coronarica acuta, insufficienza respiratoria acuta ecc.<sup>3-11</sup>

Le condizioni che rendono possibile la terapia farmacologica da parte degli Infermieri di Emergenza Territoriale sono le seguenti.

1. Specifico percorso formativo accreditato e finalizzato al trattamento anche farmacologico delle patologie tempo dipendenti in ambito di emergenza territoriale
2. Protocolli Condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 competente per territorio (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura).
3. Addestramento continuo, anche tramite tecniche di simulazione avanzata, e audit periodico su casi clinici e problematiche specifiche.
4. Disponibilità di continuo contatto tra gli infermieri di emergenza territoriale, il Medico di Centrale Operativa e i Medici del Dipartimento di Emergenza, anche tramite reti Telematiche e di Telemedicina.

# Conclusioni

- La crescita culturale delle singole professionalità è un arricchimento per l'intera equipe
- L'autonomia di ciascuna di esse si declina nella capacità di esprimere le proprie regole in un contesto multiprofessionale
- Il tutto per costruire un intervento veramente centrato sul paziente ed i suoi bisogni clinici, assistenziali, sociali ed umani.
- All'insegna del rispetto della Responsabilità Professionale.

# Grazie



[mpruggieri@hsangiovanni.roma.it](mailto:mpruggieri@hsangiovanni.roma.it)

[presidente.nazionale@simeu.it](mailto:presidente.nazionale@simeu.it)