

The background of the slide is a dark monitor displaying a green ECG waveform. In the top right corner, the text 'INTENSIVO' and '20:05' is visible. Below it, 'FERLA' and 'CORRADO' are listed with a small icon. Further down, 'ECS ARMS 49,150' and a large green '102' are shown. To the right of the '102', there are smaller green numbers '11' and '2.9'.

ECG: Competenze e responsabilità professionali della figura infermieristica

Collegio Provinciale IPASVI di Siracusa

Relatore: V.I.P. Vincenzo OGNIBENE

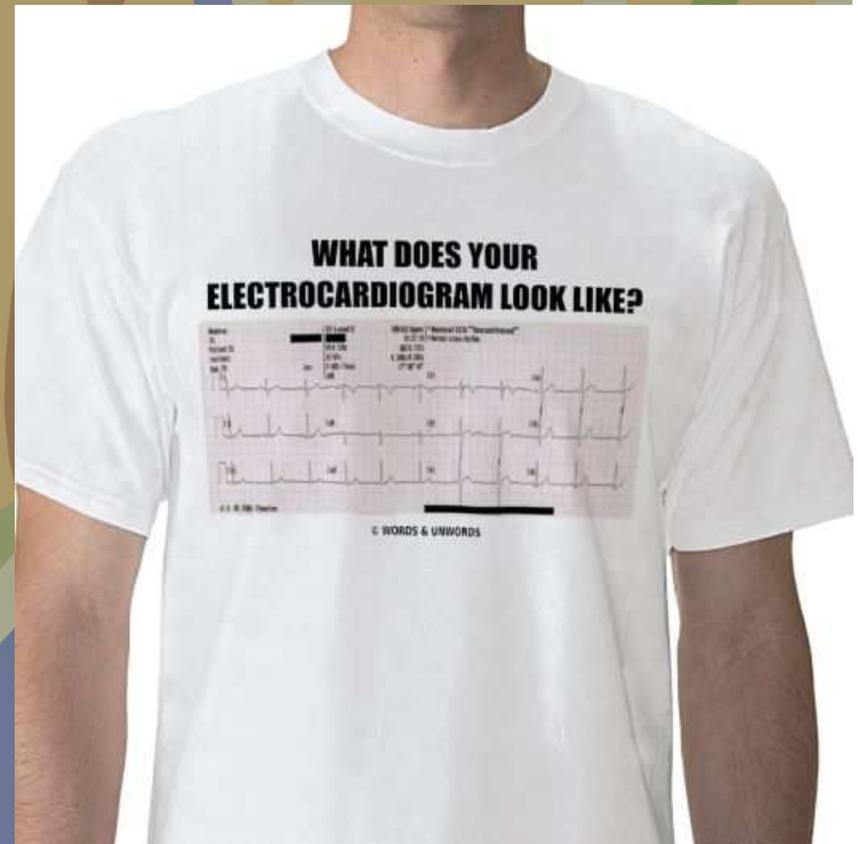
Esperto in:

Management nelle Organizzazioni Sanitarie,
Infermieristica Legale e Forense,

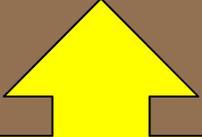
Area Critica ed Emergenza in ambito infermieristico

L'ECG

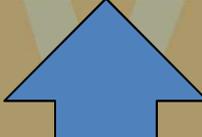
- A chi compete eseguire l'ECG
- Quali responsabilità ha chi lo esegue
- Il Setting, cosa cambia
- Utilizzo del DAE
- Tanatogramma
- etc



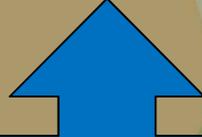
POSTULATI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA



**PROFILO
PROFESSIONALE
D.L. 739/94**



**ORDINAMENTO
DIDATTICO
D.L. 509/99
D.L. 270/2009**



**CODICE
DEONTOLOGICO
10/01/2009**

D.M. 739/94

- “l’infermiere..... è responsabile dell’assistenza infermieristica generale;
- *Identifica* i bisogni di assistenza infermieristica..... e formula i relativi obiettivi;
- *pianifica, gestisce e valuta* l’intervento assistenziale infermieristico”.

D.L. 509/99 – D.L. 270/09 (formazione di base e post-base)

E' indispensabile per definire "l'agire dell'infermiere":

- "Sapere"*** Possesso di conoscenze teoriche aggiornate
- "Saper Fare"*** Possesso di abilità tecniche o manuali
- "Saper Fare" Insieme agli altri***
- "Saper Essere" (Divenire)*** Possesso di capacità comunicative e relazionali

La Legge 26/02/99 n°42 recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” ha abrogato il mansionario di cui al DPR 225/74.

Le competenze dell’Infermiere sono definite dal profilo professionale, dagli ordinamenti didattici e dal codice deontologico.

DM.14/09/94 n°739 art.1 comma 1 “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”
comma 2 “L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”

L. 42/99

- ABROGAZIONE MANSIONARIO (D.P.R. 225/74)
- NON PIU' PROFESSIONE AUSILIARIA

**+ AUTONOMIA = + COMPETENZA =
+ RESPONSABILITA'**



L'infermiere da “**esecutore**” di compiti diventa “**responsabile**” di valutazioni, scelte e decisioni.

Le competenze

Sono l'insieme di:

- **Conoscenze,**
- **Abilità,**
- **Capacità relazionali.**

© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



search ID: rmin665

Ambiti di competenza

Quindi si è passati da:

Mansionario

- Schematismo riduttivo
- Posizione di ancillarità rispetto alla professione medica
- Esecutore di atti semplici

Ma

- Immediata identificazione dei compiti della categoria infermieristica

**RISCHIO:
INTERFERENZA
DI RUOLI**



Situazione attuale

- Sistema più articolato
- Accresciuto bagaglio di competenze teoriche e pratiche
- Posizione di collaborazione, in parte autonoma, in parte guidata
- Responsabile del processo di assistenza

Ma

- Sistema di norme continuamente in divenire (hic et nunc)
- Riferimento a generiche aree di competenza e non a specifici atti professionali

Ambiti di competenze

Criteri-guida

1. Decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali
2. Ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di Laurea universitario e di formazione post base
3. Codici Deontologici

Criterio-limite

1. Competenze previste per le professioni mediche e competenze previste per le altre professioni del ruolo sanitario

Con il termine di **competenze** si intende non solo ciò che è di pertinenza, ma anche ciò di cui si è competenti, ovvero della capacità che deriva dall'aggiornamento delle conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. (...) (art. 11 C.D.)

DEONTOLOGIA

**Insieme di regole di autodisciplina
e di comportamento
autodeterminate da un gruppo
professionale, alla luce dei valori
della professione stessa**

(J. Bentham, 1834)

DEONTOLOGIA

- **IERI**

**DOVERI AUTODEFINITI DA UNA
PROFESSIONE CHE SCATURISCONO
DAI VALORI DELLA PROFESSIONE
STESSA**

- **OGGI**

**RESPONSABILITA' E IMPEGNI DEL
PROFESSIONISTA CHE
SCATURISCONO DAI VALORI DELLA
PROFESSIONE STESSA**

DEONTOLOGIA

**COSCIENZA
INDIVIDUALE**

**COSCIENZA
PROFESSIONALE**





Il CODICE DEONTOLOGICO
è il decalogo delle responsabilità
che l'infermiere stesso si
attribuisce, responsabilità che
scaturiscono dai valori della
professione (visione positiva)



RESPONSABILITA'

Responsabilità

Rappresenta il carattere o la situazione di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di un atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale. Da ciò discende l'obbligo di esercitare la propria attività professionale con Prudenza - Perizia - Diligenza; cioè con l'osservanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche
= Responsabilità Professionale.

Ruolo

E' lo spazio ricoperto da una figura professionale nell'ambito dell'organizzazione, è definito formalmente in base alla natura dell'ufficio ricoperto e delle responsabilità assegnate, e si esplica mediante l'esercizio di una serie di funzioni. I compiti e le conseguenti azioni e attività che una figura professionale svolge all'interno dell'organizzazione a seguito delle proprie competenze.

A chi compete eseguire un ECG?



Agli Infermieri
come prima, così tutt'oggi



Dal mansionario infermieristico:

Il mansionario era strutturato come una **elencazione di compiti** affidati all'infermiere professionale, ai quali era doveroso attenersi strettamente: qualunque attività non esplicitamente contemplata era da intendere vietata all'infermiere. Il mansionario rappresentava una sorta di indicatore dei limiti imposti all'esercizio professionale.

Alcune attività erano subordinate non solo alla prescrizione medica, ma anche al controllo medico (es. vaccinazioni, cateterismo con catetere molle nell'uomo, esecuzione **ECG**, etc.).

Art. 2. Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti:

g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari;

Ma attenzione, cosa ci compete esattamente?

Il vecchio “mansionario” del 1974 si occupava dell’urgenza-emergenza al punto 11 dell’art. 2, prevedendo, tra le mansioni assistenziali, “interventi d’urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) **seguiti da immediata richiesta di intervento medico**”.

Nello stesso DPR era poi prevista la figura dell’infermiere professionale specializzato in anestesia o rianimazione o in terapia intensiva, cui competevano ulteriori mansioni (assistenza al medico nelle attività di reparto, preparazione e controllo delle apparecchiature etc.) che, comunque, **non apportavano elementi di autonomia decisionale.**

Non fare Diagnosi Clinica, ma in base alle proprie conoscenze, riconoscere quei ritmi che necessitano un intervento specialistico d’urgenza ed attivarci in tal senso

Ambiti di competenze

Nel nostro ordinamento manca una definizione in positivo della nozione di atto medico che consenta di caratterizzare in modo esclusivo la figura del medico.



Unico autentico limite formale è rappresentato “competenze previste per le professioni mediche” (L. 42/99)

Responsabilità professionale dell'infermiere

Con la legge 42/99 si assiste ad una notevole "espansione" della professionalità infermieristica che ha, tuttavia, come limite "...le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso di laurea.." (ART. 1, comma 2).



Altrimenti reato di:

- "Esercizio abusivo di professione" (ex art. 348 c.p.)

"Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione."

Definizione europea di Atto Medico

“L’Atto Medico è la totalità degli atti professionali, ovvero attività scientifiche, d’insegnamento, formative, educative, cliniche, medico-terapeutiche compiuti al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, fornire la diagnosi, cure riabilitative e terapeutiche a pazienti, gruppi o comunità nell’ambito del rispetto dei valori etici e deontologici”.

Cass. Pen. II, 22 maggio 1995, n. 5838

“ (...) In relazione alla professione medica (che si estrinseca nell'individuare e diagnosticare le malattie, nel prescrivere la cura, nel somministrare i rimedi, anche se diversi da quelli ordinariamente praticati), commette il reato di esercizio abusivo della professione medesima chiunque esprima giudizi diagnostici e consigli e appresti le cure del malato. (...) onde qualunque intervento curativo, anche se si concretizzi nell'impiego di mezzi non tradizionali o non convenzionali, da parte di chi non sia abilitato all'esercizio, integra il reato previsto (...)”.

Operatività dell'infermiere

- L. 42/1999
- L. 10/08/2000 n. 251
- L. 08/01/2002 n. 1
- L. 01/02/2006 n. 43
- DM 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”
- Codice Deontologico 2009
- DM MURST del 24/7/1996 (GU n. 241 del 14/10/1996)
- DM MURST n. 509/1999 – 270/2009

Conclusione 1 (OPERATIVITA')

L'infermiere è l'operatore a cui spetta l'esecuzione dell'ECG e spetta l'obbligo della tenuta in efficienza dell'apparecchio, inoltre, in base alle proprie conoscenze ne interpreta le anomalie del ritmo (formazione di base e post-base) che necessitano di un intervento d'urgenza e si attiva per chiedere l'intervento medico-specialistico e nei casi di emergenza-urgenza intervenire con le prime manovre salvavita (BLS-D).

(C.D. Art. 18: L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. (...).)

Conclusione 2 (DIAGNOSTICA)

- Elettrocardiogramma (carta)
- Videoelettrocardiografia (monitor)
- Tanatogramma (solo carta)

Per la Diagnosi indiretta di morte

... l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il *rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi.*

(Art. 1 Decreto 11 aprile 2008. Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte».)

DOCUMENTARE
ALTERAZIONI
DEL RITMO

Contesto operativo

- **Emergenza:** situazione connotata dalla necessità di un'azione terapeutica immediata, per evitare la morte o gravissime lesioni del soggetto, da parte del medico in primis, ma anche di altri operatori sanitari presenti al fatto, giustificandosi anche atti che vanno al di là delle specifiche competenze (es. tracheotomia da parte di un infermiere), salvo dover rispondere per esiti infausti determinati da errori.

Trattasi di azione sanitaria che deve caratterizzarsi per tre fondamentali requisiti:

- immediatezza; - correttezza; - completezza

- **Urgenza:** situazione che impone la messa in atto di tutta una serie di provvedimenti atti a dare una adeguata e pronta assistenza (pur non esistendo un immediato pericolo per la vita è necessario, tuttavia, adottare entro breve tempo opportuno intervento terapeutico) nel rispetto delle norme e delle procedure correnti.

Defibrillazione elettrica cardiaca

La **legge n. 120/2001 “Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero”** all’Art. 1, comma 1, dichiara: “E’ consentito l’uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare”

Tale legge autorizza, seppure dopo idoneo training certificato da un medico, personale non medico e non sanitario ad effettuare quello che di fatto è un atto medico terapeutico, mantenendo inalterato il contesto giuridico della responsabilità professionale

La norma sancisce un esercizio di fatto giuridicamente autorizzato di funzioni mediche, di carattere eccezionale, come extrema ratio per salvare una persona immediatamente prossima alla morte cardiaca.

Defibrillazione elettrica cardiaca

La **Legge 69 del 15 marzo 2004** ha **modificato il comma 1** dell'art. 1 della legge 120, estendendo l'uso del DAE alla sede intraospedaliera.

La Gazzetta Ufficiale n. 71 del 26/03/2003, riporta l'Accordo fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, inerenti le linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici. In particolare il testo riporta: “ (...) l'operatore che somministra lo shock elettrico con il defibrillatore semiautomatico è responsabile non della corretta indicazione alla defibrillazione, che è decisa dall'apparecchio, ma della esecuzione di questa manovra in condizioni di sicurezza”.

Defibrillazione elettrica cardiaca, responsabilità

La responsabilità penale ricade sull'operatore posto al defibrillatore, da parte di chi non osserva le regole di prudenza, diligenza e perizia.

Una responsabilità professionale diretta di esegue e, comunque, una corresponsabilità ricade anche sul team del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118.

La presenza del DAE su una automobile o su una barca o su di una aereomobile o in una stanza ovvero in un ambiente intra o extra sanitario, crea per il soggetto abilitato a defibrillare uno "scenario giuridico"; ciò vuol dire che in caso di necessità l'operatore al defibrillatore non potrà esimersi dal farlo funzionare, pena l'omissione di soccorso o l'omissione di atti d'ufficio

Dalla lettura delle norme appare evidente come il defibrillatore manuale possa essere utilizzato solo da personale medico e che in quanto tale non è un atto delegabile all'infermiere.

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

Qualora l'operatore subordinato ritenga che una data prestazione, a lui richiesta, sia inopportuna, deve farlo espressamente presente al superiore e rifiutarsi, e non effettuarla.

In base all'art. 51 c.p (Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), per quanto riguarda il dovere di esecuzione di un ordine, la dottrina e la giurisprudenza, ritengono che il sottoposto, qualora ritenga illegittimo l'ordine, sia esonerato dal dargli esecuzione **nei limiti in cui allo stesso sia riconosciuto potere di sindacare.**

Aspetti medico-legali del Principio dell'affidamento

“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”.(Corte di Appello di Milano sentenza del 16/04/1999)

Art. 1 D.M. 739/94 recita che l'infermiere “... garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche” La natura collaborativa dell'attività infermieristica viene anche sottolineata dall'art. 22 del C.D. del 2009 che recita: “L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito”.

Consenso informato

Dalle fonti legislative e giurisprudenziali relative al consenso informato:

- **Costituzione Italiana: artt. 13 e 32; Codice Penale: art. 50 (consenso dell'avente diritto); Legge 833/78 (artt. 33, 34);**
- **Codice di Deontologia Medica: Capo IV (Informazione e consenso artt. 33-38) ;**
- **Codice Deontologico dell'infermiere 2009 (artt. 20, 23, 24);**
- **Convenzione sui diritti dell'Uomo e la Biomedicina (Oviedo 1997);**

derivano:

- Il significato del consenso informato: il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare qualsiasi intervento che invada la sua sfera personale

I requisiti del consenso, che deve essere:

- personale;
- libero;
- consapevole;
- attuale;
- manifesto;
- spontaneo;
- recettizio (ex art. 1334 c.c.)

Consenso informato

L'informazione che rende valido il consenso informato deve essere dunque **completa e comprensibile, in modo** tale che il paziente possa assumere un **ruolo attivo** rispetto alle scelte cliniche .

Il paziente deve perciò sempre essere edotto sul:

- Il proprio stato di salute;
- Le possibilità evolutive della malattia;
- Le possibilità diagnostiche e terapeutiche;
- Le alternative;
- I rischi;
- I costi.

Le scelte cliniche devono essere fatte “con il malato”, e non “sul malato”

Consenso informato

Obbligo di ottenere il consenso informato del paziente è del tutto autonomo rispetto alla riuscita del trattamento sanitario e perciò il sanitario che abbia ommesso di raccogliere il consenso, incorre in responsabilità anche se la prestazione sanitaria viene eseguita in concreto senza errori (Cass. Pen., 8 luglio/1994, sent. N. 6464)

Il medico e l'infermiere non possono e non devono rassegnarsi ad un passivo atteggiamento di ricezione e di applicazione dell'altrui volontà, ma hanno il dovere di attivarsi e di perseguire il raggiungimento del consenso per il tramite di quel processo informativo previsto e dettato dagli artt. 33 e 35 CD Medico e artt. 20, 23 e 24 CD Infermieristico.

La titolarità ad esprimere il consenso (o il dissenso) è esclusivamente di chi è il titolare del bene giuridico tutelato, ovvero il paziente stesso. Il consenso prestato dai congiunti non ha alcun valore in quanto essi non sono tutelari del bene giuridico protetto, né rivestono posizioni di garanzia rispetto a quel bene stesso.

Consenso informato

Un atto sanitario è lecito in virtù del valido consenso del paziente che rappresenta la “conditio sine qua non” senza la quale l’attività sanitaria non può considerarsi legittima;

La mancata acquisizione di consenso potrebbe esporre il sanitario all’imputazione di delitti contro la libertà individuale (violenza privata ex art. 610 c.p.) indipendentemente dal risultato dell’intervento;

La mancata informazione e consenso al trattamento sanitario possono configurare un danno esistenziale per violazione del diritto all’autodeterminazione del paziente (Trib. Venezia, sent. 04/10/2004);

Lo stato di necessità rappresenta un caso di non punibilità; nell’urgenza il sanitario è chiamato ad intervenire anche se il paziente non può prestare consenso (art. 54 c.p.).

Tribunale di Milano

sentenza n. 3520 del 24/03/2005

“Il consenso deve essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente fra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un’adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea all’intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale o burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito (la violazione dell’integrità psico-fisica) in un atto lecito, fonte appunto di responsabilità”.

Problematiche medico-legali relative al consenso

Tre scenari possibili:

1. Il paziente è di minore età (artt. 32 e 37 CDM e art. 31 CDI);
2. Il paziente, per malattia mentale, è incapace di ricevere l'informazione e di esprimere un valido consenso (artt. 33-34 L. 833/78);
3. Il paziente, pur essendo un soggetto capace, versa in una situazione tale da non poter essere interpellato.

Problematiche medico-legali relative al consenso

1. Età minorile: per i soggetti minori di età hanno facoltà di consentire gli esercenti la potestà genitoriale, se esistenti; diversamente il tutore.
2. Incapacità permanente di intendere e di volere (es. paziente interdetto): il consenso deve essere manifestato dal legale rappresentante (tutore);

Problematiche medico-legali relative al consenso

3. Incapacità temporanea di intendere e di volere:

- **Se non vi sono pericolo di vita o rischio di gravi danni per la salute e se vi sia una ragionevole probabilità di ritorno alla coscienza, si rileva l'opportunità di attendere che il paziente sia di nuovo in grado di esprimere il proprio consenso;**
- Quando non sia dato attendersi un ritorno alla coscienza in tempo utile ed il trattamento sanitario appaia indifferibile, prospettandosi uno stato di necessità, il sanitario deve intervenire con il trattamento che in scienza e coscienza valuti come il più adeguato al caso concreto;
- Se lo stato di incoscienza interviene dopo che il paziente abbia espresso rifiuto ad un determinato trattamento, si ritiene che debba rispettarsi la volontà espressa dal paziente, nella convinzione che il sopraggiunto stato di incoscienza non infici la volontà precedentemente manifestata.

Problematiche medico-legali relative al consenso

Riguardo la scriminante dello stato di necessità (ex art. 54 c.p.) si ritiene che vi sia dato ricorrere in via del tutto eccezionale, solo in assenza di volontà validamente espressa dal paziente ed allorquando si debba adottare una decisione indifferibile, gravemente incidente sulla salute o la vita stessa dell'assistito

Esempi:

- Quando si tenti di salvare in extremis un paziente in coma;
- Quando ad una persona incapace di consentire venga asportata una gamba per evitare una gangrena;
- Quando, durante un interventi chirurgico, effettuato con il consenso del paziente, insorga la necessità, non prospettabile in precedenza, di eseguire un ulteriore o diverso intervento per scongiurare un danno più grave al paziente
- In ogni caso, se manca l'attualità del pericolo, la necessità di salvare il malato da un danno grave alla sua persona e proporzione fra fatto e pericolo qualsiasi intervento medico in cui manca il consenso del paziente deve considerarsi illecito.

Consenso e Infermiere.

Dinnanzi a condizioni di **urgenza/emergenza il tema del consenso** e dell'informazione tende a stemperarsi nella presentazione di uno stato di necessità (ex art. 54 c.p.): tuttavia, nei limiti del possibile, l'informazione deve essere erogata ed il consenso assunto e di tale compito ne è gravato anche l'infermiere, trattandosi di atto che professionalmente ed in modo specifico a lui compete e sulle cui caratteristiche può fornire la più esaustiva e propria descrizione.

- **Art. 20 CDI:** “L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte”.
- **Art. 25 CDI:** “L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri”.

FONTI DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

- Qualunque fatto illecito, doloso o colposo, che abbia cagionato ad altri un danno ingiusto va risarcito
(art. 2043 c.c.)
- Il mancato adempimento o l'inesatta esecuzione di una obbligazione
(art. 1218 c.c.)

Documentazione Infermieristica:

La Cartella infermieristica

Per la sua natura di atto pubblico la non corretta redazione della cartella o scheda infermieristica viene a costituire un illecito penale (dal punto di vista deontologico, il nostro CD su questo punto colpevolmente tace) i principali dei quali sono rappresentati da:

1. Falso materiale (ex art. 476 c.p.) se nella redazione si commettono alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni, aggiunte successive, etc.;
2. Falso ideologico (art. 479 c.p.) se ciò che viene dichiarato non corrisponde al vero;
3. Truffa (ex art 640 c.p.) per attestazioni che generano danno a carico di un ente pubblico;
4. Violazione di segreto professionale (ex art. 622 c.p., CD e legge 196/2003).

Cartella clinica e infermieristica

L'attività infermieristica deve essere documentata, alla stregua di ogni attività sanitaria in senso lato, essendo la registrazione della propria azione l'unica possibilità concreta che ha il sanitario per dimostrare la fondatezza del proprio operato

I dati relativi alla “diagnosi infermieristica” devono essere allegati alla cartella clinica, da cui mutua natura giuridica e criteri di regolare compilazione e, stante la sua natura di atto pubblico, dovrebbe essere debitamente archiviato (per un tempo corrispondente almeno al periodo di prescrizione dell'illecito civile, ovvero dieci anni)

La scrupolosa registrazione della propria attività è un compito che si affianca ineludibilmente alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere.

Cartella clinica e infermieristica

La raccolta dei dati da parte dell'infermiere devono rispettare:

1. L'ambito della riservatezza
2. Vincolo del segreto professionale anche alla luce del trattamento dei dati personali secondo i recenti dettami del DL 196/2003

A tale proposito il CD dell'infermiere (art. 26: "L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. (...)") e le Linee guida 2001 indicano che "Le strutture in cui viene effettuato il triage devono consentire la raccolta dati, informazioni ed una semplice breve valutazione con rispetto della privacy anche ai sensi della normativa vigente"

I dati attinenti alla salute sono dati sensibili, dunque oggetto di trattamento previo consenso scritto del titolare ed autorizzazione del Garante o con il consenso scritto, ma senza autorizzazione del Garante allorquando gli esercenti una professione sanitaria debbano trattare dato personali e sensibili al solo fine di tutelare l'incolumità fisica e la salute dell'interessato.

**“Vigilantibus jura succurrunt,
non dormientibus”**

(la legge aiuta le persone diligenti ed informate
non quelle negligenti e trascurate)

Auguri e buona fortuna