

L'infermiere utilizza la scala idonea in base all'età, e deve conoscere le "legende" relative alle scale.

All'interno dell'Unità operativa di Pediatria e Neonatologia gli infermieri utilizzano lo stesso linguaggio; nella predisposizione del piano di nursing è stato considerato un tempo congruo per spiegare al bambino come utilizzare la scala, stimolando la capacità del bambino più grande al fine di ottenere accurati risultati. Tutti gli infermieri conoscono gli analgesici compresi nei protocolli in uso e sono consapevoli dell'importanza della somministrazione di una analgesia bilanciata, della valutazione dei risultati del trattamento antidolorifico cioè dell'efficacia degli analgesici.

In caso di disponibilità di più scale l'infermiere rispetta la preferenza del bambino. Periodicamente, nelle riunioni di équipe, si analizza l'andamento della rilevazione del dolore e la terapia antalgica, criticità emerse rispetto all'utilizzo delle scale e si valutano eventuali strategie per il miglioramento dell'assistenza personalizzata. Quest'anno abbiamo pensato di introdurre anche la scala delle "faccette" che vanno dalla espressione allegra (non dolore) a quella del pianto disperato (massimo dolore) per i bimbi in età scolare. La presentazione di questa esperienza vuole essere soprattutto spunto di riflessione per quanti operano in area pediatrica, evidenziando la responsabilità di tutti i professionisti coinvolti e in particolare dell'infermiere pediatrico che quotidianamente può incrementare la sensibilizzazione nei confronti del dolore del bambino.

Emerge, sempre di più, la necessità di una adeguata preparazione alla comprensione della sofferenza fisica da parte dell'operatore sanitario in quanto è convinzione di molti che il dolore abbia importanza secondaria rispetto alla patologia di base.

Pare, al contrario, importante ricordare che **il dolore passa, ma l'aver sofferto rimane.**



## • “La responsabilità infermieristica nel Wound care”

**Angela Peghetti\***,  
**Giovanna Baccilieri\*\***

\* **Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna - Presidente AISLeC**

\*\* **Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano - Tesoriere AISLeC**

I cambiamenti che dagli anni novanta si sono susseguiti nel panorama sanitario, sono stati rapidi e profondi, mentre, al contrario, il processo di adattamento degli operatori continua ad essere lento e faticoso. Affrontare questi cambiamenti alla luce dell'etica, della responsabilità e della deontologia e pensare ai nuovi orizzonti che si aprono per la professione infermieristica e per i suoi protagonisti, diviene un compito al tempo stesso affascinante ma indubbiamente complicato.

Quello che stiamo vivendo, infatti, è un momento culturalmente decisivo, per un definitivo riconoscimento della sfera d'azione e di competenze che portano l'infermiere ad essere identificato come un soggetto con spiccata capacità critica e riflessiva, come un attore responsabile della scena sanitaria e come punto centrale nella razionalizzazione dell'organizzazione.

Oggi, l'infermiere italiano è un professionista con una preparazione universitaria e con funzioni fondamentali all'interno delle diverse articolazioni del Servizio sanitario nazionale, che vanno dalla pianificazione, sviluppo ed applicazione dell'assistenza, alla docenza, sia “sul campo” come tutor di tirocinio e/o di inserimento dei nuovi assunti che nelle aule, fino alla dirigenza dei servizi.

Il passaggio storico che ha determinato il cambiamento dell'approccio all'assistenza infermieristica, è rappresentato dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42. Questa legge, abolendo il mansionario ha definitivamente portato al superamento del carattere di ausiliarità della professione infermieristica, indicando che il “campo proprio di attività e di responsabilità” è determinato dai contenuti.

- dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali (DM 14 settembre 1994, n. 739);
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (da

intendere ora come “laurea universitaria” e dei rispettivi corsi di formazione post-base;

- dello specifico Codice deontologico (1999).

Va sottolineato il particolare valore che la legge n. 42/99 conferisce ad alcune parole che esprimono concetti fondamentali in relazione all'esercizio professionale: le parole sono *responsabilità*, *attività* e *competenza*. Questi concetti saranno successivamente integrati dalla determinazione dell'*autonomia* introdotta, in relazione alla professione infermieristica, con la legge 10 agosto 2000, n. 251.

È nell'analisi del concetto di responsabilità che andremo ora a soffermarci in quanto materia di interesse e discussione di queste riflessioni.

Il primo approccio riguarda la definizione della parola responsabilità, che è determinata dal dizionario come: *s.f.* 1 Onere giuridico o morale derivante da atti propri o altrui: assumersi *le proprie responsabilità*. | Condizione di chi è responsabile di qualcosa: *responsabilità morale, civile*.

2 Consapevolezza delle proprie azioni e delle conseguenze che ne derivano: *dimostrare* (senso di) *responsabilità*. 3 (dir) Sottomissione, disposta dalla legge, alla sanzione in conseguenza alla violazione di un dovere giuridico. (Microsoft® Encarta® 2006. © 1993 - 1994).

Da ciò è possibile quindi dedurre che le “valenze della responsabilità” possono manifestarsi al contempo sia in relazione ai modelli comportamentali ed etici che in ambito giuridico-professionale.

Convenzionalmente per definire il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico si suddivide la stessa in tre ambiti:

- responsabilità penale: obbligo di rispondere per azioni che costituiscono reato.
- Responsabilità civile: obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato.
- Responsabilità disciplinare che diventa per i liberi professionisti responsabilità ordinistico-disciplinare (obblighi contrattuali e di comportamento).

Etica, deontologia e legge sono comunque tre istanze fondamentali connotate di forte rilevanza sociale e che si integrano in un'azione sinergica. Semplicemente si trovano su piani diversi non necessariamente in rotta di collisione tra loro,

ma esprimono semplicemente tre punti chiave a cui il professionista può e deve fare riferimento.

Il Codice deontologico di una professione presuppone una visione etica e una condivisione di valori da parte del gruppo di professionisti che lo esprime. Si può così affermare che la deontologia è espressione dell'etica professionale in quanto traduce in norme le istanze morali, specialmente in relazione ai destinatari delle prestazioni e dell'attività professionale.

L'etica può essere definita sia come quella parte della filosofia che studia la condotta dell'uomo, che come un insieme di norme di condotta che una persona o un gruppo scelgono e seguono nella vita, e/o nello svolgimento di un'attività. Le norme etiche si basano su un complesso di principi e di valori.

I principi etici, quindi, sono norme generali derivanti da una teoria etica; l'azione dunque viene considerata eticamente corretta quando è conforme a determinati principi.

Le regole deontologiche sono l'espressione dell'etica professionale e sono formulate dagli infermieri al fine di garantire il buon funzionamento sociale della professione, esprimendo valori condivisi dalla comunità infermieristica ed assumendo quindi una posizione di tutto rispetto nei confronti di ogni visione filosofica ed ideologica.

Parlando di responsabilità, e dei suoi riferimenti nel Codice deontologico dell'infermiere, si può notare che in più punti viene ripreso questo concetto. Infatti, già all'**Articolo 1.1** si sottolinea che:

*“L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica”.*

Ed inoltre:

**Art. 1.3** *“La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”.*

**Art. 1.4** *“Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile”.*

**Art. 2.1** *“Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è una condizione indispensabile per l'assunzione della*

*responsabilità delle cure infermieristiche”.*

**Art. 3.2** *“L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenze raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze e abilità a disposizione della comunità professionale”.*

**Art. 3.3** *“L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto e il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possano costituire rischio per la persona”.*

**Art. 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”.*

**Art. 6.3** *“L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi, provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole”.*

Il Codice deontologico, inoltre, anche se non utilizzando esplicitamente la definizione, richiama il concetto di responsabilità in diversi altri articoli, ma ciò che è importante sottolineare è che sempre, i richiami, utilizzano questo concetto nella sua accezione positiva.

È importante riprendere questo punto di vista come descritto dal *dott. Daniele Rodriguez* che testualmente definisce l'ambivalenza del termine responsabilità distinguendola in:

- ottica positiva
- ottica negativa.

Infatti questi due aspetti sono i principi ispiratori di due stili di agire professionale; un infermiere si muove nell'ottica positiva quando:

- opera con coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico;
- tutela la salute;
- pone al centro del suo agire l'assistito;

- utilizza conoscenze scientifiche aggiornate come guida;
- si ispira nell'agire professionale, alla solidarietà con l'assistito;
- valorizza gli aspetti sostanziali.

Di contro, l'agire professionale di colui che si fa guidare dal timore di poter essere chiamato a rendere conto del proprio operato davanti ad un giudicante, si ispira ad un'ottica negativa ed ha come obiettivi:

- La prevenzione delle sanzioni.
- La centralità del professionista.
- Le sentenze della magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica.
- La professione espletata in modo difensivo e possibili danni all'assistito da omesso intervento qualificato.
- Una esasperazione di formalismi.

Per quanto riguarda il concetto di responsabilità professionale in riferimento al campo giuridico, questo sicuramente rappresenta l'ambito più conosciuto e tradizionale. Come già rilevato, si articola in tre ambiti.

### La responsabilità penale

Per responsabilità penale in relazione all'esercizio professionale, si intende che l'infermiere mette in atto comportamenti che costituiscono un reato contemplato dal Codice penale o da altre leggi dell'Ordinamento giuridico.

Essendo il diritto penale una branca del diritto pubblico che determina in modo tassativo quali sono i comportamenti che sono puniti dalla società, chi pone in essere questi comportamenti, chiaramente incorre nell'assegnazione di una pena che corrisponde ad una azione sanzionatoria ed affittiva sul colpevole.

I punti sostanziali che riguardano il reato conseguente alla condotta professionale, sono:

- ✓ il **dolo**, che si caratterizza per la volontarietà della condotta offensiva e per la previsione di un evento dannoso in conseguenza a quella condotta.
- ✓ la **colpa**, che si caratterizza invece per la non volontà di compiere un determinato fatto/reato e che si verifica ugualmente a causa di *negligenza* o *imprudenza* o *imperizia*, ovvero per *inosservanza* delle leggi che mirano ad evitare la realizzazione di un evento dannoso.

- La *negligenza* è caratterizzata da un atteggiamento di trascuratezza o mancanza di attenzione, accortezza, diligenza od omissione volontaria di determinate precauzioni che il soggetto che compie il fatto conosce ma che non adotta.
- L'*imperizia* è caratterizzata da una insufficiente preparazione e capacità di un soggetto che in realtà dovrebbe averle. Si tratta quindi di inettitudine, di un deficit culturale, di pratica, di intuito e capacità di osservazione.
- L'*imprudenza* è caratterizzata dal comportamento avventato del soggetto che, nonostante il pericolo od un'alta probabilità che il suo comportamento produca un evento dannoso, agisce lo stesso.

### La responsabilità civile

Il diritto civile si pone in ambiti diversi rispetto al diritto penale in quanto è un diritto privato che si pone come finalità la tutela degli interessi privati e la reintegrazione degli interessi lesi con un risarcimento economico. Spesso può succedere che lo stesso possa essere fonte sia di responsabilità civile (illecito civile) che di responsabilità penale (reato). I fatti illeciti civili, per essere considerati tali, richiedono la presenza di alcuni fattori:

- ✓ il fatto deve essere doloso o colposo;
- ✓ tra il fatto e l'evento deve esistere un nesso di causalità, cioè l'evento deve essere una conseguenza diretta od indiretta del fatto;
- ✓ il danno procurato deve essere ingiusto.

Il risarcimento a questo tipo di danno viene definito patrimoniale, in quanto incide sulla capacità del soggetto di produrre reddito.

Oggi, come sottolineato dal giurista *dott. Luca Benci*, esiste un nuovo approccio al risarcimento del danno che riguarda il risarcimento del danno biologico. Il danno biologico è quello che viene procurato sulla persona e sulla salute ed è stato patrimonializzato dalla giurisprudenza, cioè trasformato in termini economici anche se non incide sulla capacità di produrre reddito.

### La responsabilità disciplinare

La responsabilità disciplinare è caratterizzata dal poter amministrativo/disciplinare che il datore di lavoro può esercita-

re nei confronti del dipendente. I liberi professionisti, invece incorrono nella responsabilità ordinistico-disciplinare esercitata dai colleghi (ordini) di riferimento.

Le sanzioni disciplinari esercitate, sono analoghe sia per le aziende o enti pubblici che per le aziende private e corrispondono, a seconda delle trasgressioni a:

- rimprovero verbale;
- rimprovero scritto (censura);
- multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione;
- sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni;
- licenziamento con preavviso;
- licenziamento senza preavviso.

### QUALI IMPLICAZIONI PER IL WOUND CARE?

Il professionista che opera nel wound care, oltre **chiaramente** ad essere tenuto sia per motivi etico-deontologici che per motivi giuridici, ad ottemperare a quanto descritto nei paragrafi precedenti, deve focalizzare la sua attenzione ad ambiti precisi che riguardano in primo luogo le competenze che permettono il giusto approccio al mondo delle lesioni cutanee.

È chiaro che con una precisa e specifica preparazione personale, si rispetta anche il mandato del Codice deontologico che specifica:

**Articolo 3 al comma 1:** *“L’infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.*

*L’infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l’assistenza più efficaci. L’infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l’assistenza infermieristica”.*

Le lesioni cutanee sono riconosciute universalmente come un problema sanitario di peso rilevante per il Servizio sanitario nazionale, e per i professionisti della salute per quattro ragioni in particolare: l'importanza (frequenza dei casi), i costi (per il singolo/società), le complicanze, la gestione (complessità assistenziale). Secondo le stime della *Wound Healing Society* ci sono approssimativamente 12.5 milioni di persone

nel mondo portatori di lesioni cutanee croniche che non guariscono o che riparano estremamente lentamente.

I costi associati relativi alla gestione delle LCC (Lesioni Cutanee Croniche) riguardano il costo di tutti i materiali di medicazione, il costo dei farmaci relativi alle modalità di trattamento (analgesici, antibiotici, ecc.), i costi relativi alla gestione della colonizzazione batterica e/o infezione: procedure diagnostiche (Rx, biopsia della lesione, emocoltura, ecc.), i costi inerenti le procedure terapeutiche, il costo del personale che è impegnato nella cura della lesione, i costi derivanti dall'aumento della morbilità del paziente/cliente che in molti casi si vede per esempio prolungare i tempi di degenza in ospedale, le cause legali ed i risarcimenti.

Tutto questo si verifica per un problema che spesso sarebbe evitabile se venissero attuate le opportune strategie di prevenzione. La responsabilità dell'insorgenza di lesioni, esclusi alcuni casi inevitabili, risulta essere a carico del professionista infermiere, che nella pianificazione dell'assistenza è tenuto ad attuare tutti gli interventi utili ad evitare l'insorgenza di un danno, quali:

- 1) Valutazione del paziente al momento della presa in carico in relazione al rischio di insorgenza di lesioni, utilizzando le opportune scale di assessment infermieristico (Norton, Norton modificata Sotts e Braden sono le più conosciute ed utilizzate. La scala di Braden è comunque a tutt'oggi la più raccomandata dalle Linee-guida internazionali). Sempre in relazione alla valutazione del paziente a rischio, è necessario prestare particolare attenzione allo stato della cute e delle condizioni generali quali: età, stato nutrizionale, diabete, arteriopatia, ipertensione, sedazione, farmaci, ecc..
- 2) Messa in atto, per i pazienti accertati a rischio, le opportune strategie preventive quali:
  - impostazione di un piano di riposizionamento attuato agli opportuni intervalli;
  - cura ed osservazione quotidiana della cute;
  - utilizzo delle opportune strategie per garantire una corretta nutrizione ed una corretta idratazione;
  - adozione di una idonea superficie antidecubito.
- 3) Rivalutazione del paziente con fre-

quenza opportuna dettata dalla sua situazione clinica,

- 4) Redazione della relativa documentazione infermieristica.
- 5) Collaborazione con gli altri componenti dell'équipe assistenziale nell'erogare ai famigliari e/o ai care-giver un corretto piano educativo.
- 6) Aggiornamento continuo attraverso la frequenza di corsi di aggiornamento, lo scanning periodico della letteratura biomedica, l'utilizzo delle linee-guida di riferimento.
- 7) Collaborazione con tutta l'équipe nella costruzione di opportuni protocolli di prevenzione.

Qualora, malgrado siano state applicate le corrette misure di prevenzione, il paziente incorra nella formazione di lesioni cutanee, le responsabilità infermieristiche si esplicano in relazione a:

- rimozione della causa che ha portato alla formazione della lesione;
- valutazione globale del paziente;
- valutazione della lesione;
- impostazione del piano di cura in aderenza a protocolli validati;
- prevenzione di complicazioni;
- registrazione delle valutazioni e degli interventi nella documentazione infermieristica;
- consulenza presso altri colleghi/unità operative;
- formazione ed educazione continua;
- sviluppo di protocolli sulla base delle innovazioni tecnologiche;
- ricerca clinica;
- ricerca nella letteratura;
- collaborazione con tutte le altre figure professionali.

È nell'analisi di quest'ultimo punto che va sottolineata l'estrema necessità, per l'infermiere, di collaborare ed interagire con la figura del medico, o, viceversa, ribaltando il discorso, del medico con l'infermiere, in quanto nel mondo del *wound care*, esistono ambiti che non sono netti, ma che presentano numerose sfumature, per cui il professionista è tenuto a conoscere la propria autonomia, i propri limiti e le proprie competenze. Ciò è sottolineato anche dal Codice deontologico che dichiara:

**Art. 3.1** "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate così da garantire alla persona

le cure e l'assistenza più efficaci".

**Art. 3.2** "L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito...".

**Art. 4.2** "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali...".

**Art. 6.3** "L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole".

Questo ultimo articolo del Codice deontologico, ravvisa l'obbligo di segnalazione ai responsabili delle diverse funzioni (superiori gerarchici, responsabili sanitari ed amministrativi, farmacisti) delle carenze, in termini di acquisizione di medicazioni avanzate, di ausili e presidi antidecubito, di letti articolati e sollevapersona, che consentono ai professionisti di prevenire l'insorgenza, e curare adeguatamente le lesioni cutanee.

L'insorgenza di lesioni viene ormai ricondotta a cattiva qualità dell'assistenza e di questo tema si sta occupando anche la magistratura che ha già emesso varie sentenze, all'estero ed in Italia:

**USA, 1997 - Corte d'Appello della Louisiana, 1997**

• **La storia:**

Ricoverato in terapia intensiva a seguito di un incidente d'auto Venne confezionata un'apposita imbracatura al fine di controllare il sanguinamento e stabilizzate la frattura pelvica. Era immobilizzato a letto e non poteva muoversi.

• **I fatti:**

L'alto grado di rischio per Ldd non era stato registrato nella cartella infermieristica. Né tanto meno era stata trovata traccia di una diagnosi infermieristica sullo stato della cute.

Né era stata trovata traccia di un obiettivo infermieristico avente come oggetto la prevenzione di lesioni della cute... Annotazione sulla cartella di un terribile odore proveniente dall'imbracatura ma nulla è stato fatto per capire...

Dodici giorni dopo l'incidente, il paziente fu trasferito in un centro specializzato per la riabilitazione; al suo ingresso l'infermiera che lo esaminò notò e annotò una larga, maleodorante ulcera da pres-

sione su entrambe le natiche, nei dieci giorni successivi, tredici interventi per ripulire la lesione.

• **La sentenza:**

Il paziente ha subito un danno; gli atti e omissioni degli operatori sanitari sono stati considerati la **causa primaria** della lesione e del danno subito dal paziente.

**ITALIA - Firenze**

I signori XY, medici del reparto di ortopedia diretto dal prof. ..., all'interno del ... di Firenze.

Imputati del reato di cui all'art. 479 c.p. (Falso ideologico in atto pubblico) perché nel periodo in cui avevano in cura la signora WZ compilavano, in qualità di pubblici ufficiali (perché medici di una struttura sanitaria pubblica), la cartella clinica della stessa, attestando falsamente o omettendo dei fatti dei quali la cartella clinica è destinata a provare la verità. In particolare non facevano alcuna annotazione, nello spazio riguardante l'esame obiettivo generale, delle piaghe da decubito, la cui esistenza si deduce invece dalle annotazioni nel diario infermieristico relative alla necessità di medicare tali piaghe.

**Sentenza n. 316/2004 - Tribunale di Roma** - giudice dott. Parziale

"Condanna l'Azienda ospedaliera... e il primario del reparto a risarcire la somma di 89.777,92 euro, perché riconosciuti responsabili di aver provocato in anziana, prima autosufficiente e ricoverata per frattura di femore, l'insorgenza di ulcere da pressione che ha portato nelle sequele al decesso della persona stessa".

**La legge n. 229/99 (Riordino della disciplina in materia sanitaria)**, all'art. 1 (comma 7, punto b), pone a carico del Servizio sanitario nazionale "**le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano... evidenze scientifiche di significativo beneficio**, escludendo quelle che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza": 2004, ... Dal sito AISLeC (segnalazione spontanea di operatori e care-giver):

Un paziente viene ricoverato per ampia lesione da decubito ischiatica in paraplegico... La medicazione quotidiana prescritta al domicilio consisteva nella preparazione di riso bollito che veniva stipato nella cavità coperta con garza e cerotto...

"Il dottore nella piaga di mia nonna mi fa mettere la cera d'api, sciolta nel-

*l'olio extravergine d'oliva. Il dottore si raccomanda che la cera sia ancora ben calda, e l'olio deve essere proprio extravergine, se no non funziona..."*  
"Solo che ogni volta mia nonna urla tanto...".

Alcuni autori affermano che:

*"... in nessuna patologia come nel caso delle lesioni cutanee, il trattamento è stato e rimane così eterogeneo, diversificato, scarsamente controllato o, a volte, addirittura indiscriminato".*

In letteratura si annoverano circa 2.300 trattamenti.

Nella prevenzione e cura delle lesioni, l'infermiere ha comunque la possibilità di mettere in essere tutte le prerogative di autonomia e responsabilità, che si esplicano quindi in relazione:

- alle azioni, al pensiero critico, alle prestazioni ed ai processi di lavoro esplicati nella quotidianità assistenziale;
- all'individuazione ed al mantenimento di comportamenti professionali, di conoscenze scientifiche e di abilità tecniche di alto livello qualitativo;
- alla ricerca di esperienze professionali efficaci ed innovative;
- all'impegno verso un corretto e rigoroso utilizzo di risorse, mezzi e materiali.

Infine, ma non da ultimo, il Codice deontologico, all'art. 1.3, sottolinea: *"La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e nel prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"*, quindi, prima di intraprendere qualsiasi trattamento vanno considerati i fattori-paziente correlati:

- Di cosa ha bisogno il paziente?
- Quale è l'obiettivo?
- Curativo vs palliativo
- Guarigione o controllo dolore/odore? (ulcera neoplastica, terminale...)
- Costo
- Stile di vita: desiderio di fare una doccia, di nascondere la lesione?

Perché: *"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori "ex lege" di una **posizione di garanzia**, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale,..."* *"...una **posizione di garanzia**, ... nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e*

*l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro"* (Cassazione, sez. IV penale, sentenza 11.03.2005 n. 9739).

## BIBLIOGRAFIA

C. Calamandrei, L. D'Addio. *"Commentario al nuovo Codice deontologico dell'infermiere"*, McGraw-Hill, 1999

R. Sala. *"Etica e Bioetica per l'infermiere"*, Carocci Faber, 2003

D. Rodriguez, A. Aprile. *"Medicina legale per infermieri"*, Carocci Faber, 2004

L. Benci, *"Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria"*, McGraw-Hill, 2005

P. Cattorini, R. Sala, *"L'infermiere e il consenso del malato. Questioni di Bioetica"*, Rosini Editore, 1998

C. Cortese, A. Fedrigotti. *"Etica infermieristica. Sviluppo morale e professionalità"*, Edizioni Sorbona, Milano, 1988

M. Puccini. *"Istituzioni di Medicina legale"*, Edizione Ambrosiana, Milano, 1995

M. Bozzi, S. Ortolani. *"Abolizione del mansionario: dalla 'norma' alla 'appropriatezza'. Emergency Oggi"* 2000:38-41

S. Maguzzu, S. Piazza. *"Ruolo e funzioni dell'infermiere alla luce della legge 26 febbraio 1999 n. 42"*, Scenario anno 2000:17 (5):14-17

M.F. Tirattera, C. Torretta *"L'infermiere alla luce della nuova normativa: quale autonomia e responsabilità? Spunti di riflessione"*, Professioni Infermieristiche 2001; 54 (2):106-107

D. Rodriguez. *"La responsabilità, condizione dell'assistenza: i doveri dei professionisti, i diritti dei cittadini"*, Foglio Notizie n. 5, settembre/ottobre 1999:55-65

B. Mangiacavalli, *"Il medico e l'infermiere a giudizio"*. Atti IV Convegno Nazionale, 7-8 maggio 2001, Firenze

AHRQ [AHCPR] *"Pressure ulcers in adults"*. Clinical Practice Guideline, 1992/94

P. Motta. *"Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico"*, Nursing Oggi, n. 4, 2001

M. Miselli. *"Assistenza al paziente domiciliare"*; Il Pensiero scientifico Editore, Roma, 1995.



**IPASVI**