



Il nuovo Codice Deontologico: il sistema dei valori – I parte

PIO LATTARULO

LUIGI PAIS DEI MORI



FNOPI

APPROVATO

#NuovoCodiceDeontologico

Roma, 12 e 13 Aprile 2019

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019



FNOPI

INDICE DELLA PRESENTAZIONE

- 1) Il percorso di elaborazione
- 2) Struttura e contenuti
- 3) Il testo



Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019



FNOPI

IL PERCORSO DI ELABORAZIONE



Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche

2019

Gruppo Codice Deontologico

Referente: Comitato Centrale Fnopi

Delibera di costituzione: 123/15 del 03/07/2015

Componenti:

- BASILE ANGELA Infermiere Dirigente, bioeticista. Prof a contratto etica e bioetica Università Tor Vergata Roma
- FILIPPINI AURELIO Presidente OPI Varese, PhD Medicina Clinica e Sperimentale e *Medical Humanities*, Coordinatore area Formazione Continua Ricerca e Sviluppo Professionale ASST Sette laghi Varese
- LATTARULO PIO Dirigente Professioni sanitarie ASL Taranto, Prof a contratto Università di Bari in Diritto sanitario, Etica e Bioetica, infermieristica nel management
- SCIPIONI SANDRO past President OPI Macerata, filosofo, esperto in comunicazione.

Roma, 26 novembre 2016 Presentazione in
Consiglio Nazionale Prima stesura



Consultazione 2017

Soggetti coinvolti:

- Ordini provinciali (già Collegi)
- Iscritti
- Associazioni infermieristiche

Tempistiche

- Avvio: 6 febbraio 2017
- Termine per iscritti e associazioni: 31 maggio 2017
- Termine per Ordini :30 giugno 2017

Contributi

- Poco meno del 50% degli Ordini (46) hanno fornito un contributo direttamente e attraverso i commenti dei propri iscritti, rilasciati su sistema albo
- 14 Associazioni hanno fornito ulteriori contributi e commenti



Il percorso 2018-2019

Mutazioni del contesto:

- Legge 8 marzo 2017 n° 24 «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Legge 22 dicembre 2017 n° 219 «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento».
- Legge 11 gennaio 2018 n° 3 «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute»
-



Il gruppo di lavoro 2018-2019

Nel 2018, con delibera 38/2018, il Gruppo di lavoro viene riattivato.

Referente: Comitato Centrale FNOPI

Componenti:

- BASILE ANGELA
- FILIPPINI AURELIO
- LATTARULO PIO
- SCIPIONI SANDRO

Presenza Membri Collegio Revisore dei Conti

Ottobre 2018 Attivazione del percorso di audizioni al fine di poter raccogliere contributi e opinioni da parte di tutti gli stakeholders e così arrivare a una bozza definitiva da proporre al Consiglio Nazionale durante i primi mesi del 2019.

In particolare con nota del 17 ottobre 2018 la FNOPI ha invitato gli OPI e le Associazioni che avevano già partecipato alla consultazione del 2017 a esprimere l'eventuale interesse a una audizione con il Comitato Centrale.



Il Gruppo di lavoro 2018-19

Durante il percorso dei lavori inserimento **esperti:**

- ANGELELLI DON MASSIMO Direttore Nazionale CEI per la Pastorale della Salute.
- BATTARINO GIUSEPPE Magistrato, saggista, scrittore, autore teatrale
- BENCI LUCA Giurista, Componente CSS triennio 2019-2022
- FUCCI SERGIO Magistrato, Professore di Bioetica Università dell'Insubria. Giudice presso la Commissione Tributaria Regionale Lombardia. Vice Presidente Comitato per l'Etica di fine vita
- MANZONI EDOARDO Infermiere esperto di filosofia e storia dell'assistenza infermieristica, Direttore Generale Istituto Palazzolo.
- SPAGNOLO ANTONIO GIOACCHINO Bioeticista, Professore Ordinario di Medicina legale e delle assicurazioni e Direttore dell'Istituto di Bioetica e Medical Humanities presso Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma
- SPINSANTI SANDRO Bioeticista, Fondatore e direttore Istituto Giano per le Medical Humanities e il Management in sanità, Professore di etica medica e bioetica presso UCSC di Roma e Università di Firenze



Audizioni 2018-2019

A riscontro delle dichiarazioni di interesse pervenute (Tot. 42), sono state fissate quattro giornate nel corso delle quali sono stati acquisiti i contributi dei soggetti invitati, espressi in presenza e anche tramite l'invio di documentazione:

Prima audizione - Roma, 18 gennaio 2019

Auditi: AICM, AIIAO, ANIN, APSILEF, CNC

Seconda audizione - Roma, 19 gennaio 2019

Auditi: OPI Arezzo, OPI BAT, OPI Forlì-Cesena, OPI Imperia, OPI Latina, OPI Pisa, CID

Terza audizione - Milano, 9 febbraio 2019

Auditi: OPI Belluno, OPI Bergamo, OPI Milano LMB, OPI Novara-Verbania, OPI Sondrio, OPI Trento, OPI Treviso, CNAI

Quarta audizione - Roma, 22 febbraio 2019

Auditi: AICOITALIA, ANIMO, OPI Brescia, OPI Frosinone, OPI Perugia, OPI Torino, SISI, SISISM

Totale presenti alle audizioni 28 di 42 richiedenti.



Audizioni 2018-2019 con nuovi soggetti

Rappresentanti religioni - Roma 22 marzo 2019

Incontro al quale sono stati invitati a partecipare alcuni rappresentanti delle religioni maggiormente praticate. In particolare, sono stati invitati: la Dr.ssa Mariangela Falà, Presidente del tavolo interreligioso, il Dottor Hassan Sabri, il Rabbino Coen e il Rabbino Efrati.

Associazioni pazienti e cittadini - Roma 29 marzo 2019

Convocata la Consulta delle Associazioni dei pazienti e dei cittadini, chiamata a fornire il proprio contributo. Hanno partecipato oltre 30 associazioni oltre ad alcuni rappresentanti degli OPI

Ministro della Salute Giulia Grillo - Roma 11 aprile 2019



Audizioni 2018-2019 con nuovi soggetti

INFERMIERI E CITTADINI, INSIEME NEI PERCORSI



PIÙ FORTI NELLA CURA



**Codice Deontologico
Professioni Infermieristiche 2019**



2) STRUTTURA E CONTENUTI



La struttura

- **Presentazione al Codice**
- **N° VIII Capi**
- **N° 53 articoli**
- **Titolazione dei singoli articoli**
- **Previsione Commentario**



I contenuti

- **Capo I Principi e Valori Professionali**
- **Capo II Responsabilità Assistenziale**
- **Capo III Rapporti Professionali**
- **Capo IV Rapporti con le Persone Assistite**
- **Capo V Comunicazione**
- **Capo VI Organizzazione Sanitaria**
- **Capo VII Libera Professione**
- **Capo VIII Disposizioni Finali**



Codice Deontologico Professioni Infermieristiche 2019



3) IL TESTO





Capo I

Principi e valori professionali

- Valori
 - Orientamento al bene della Persona
 - Rispetto, dignità, non discriminazione
 - Relazione di cura
 - Consulenza etica
 - Clausola di coscienza
-





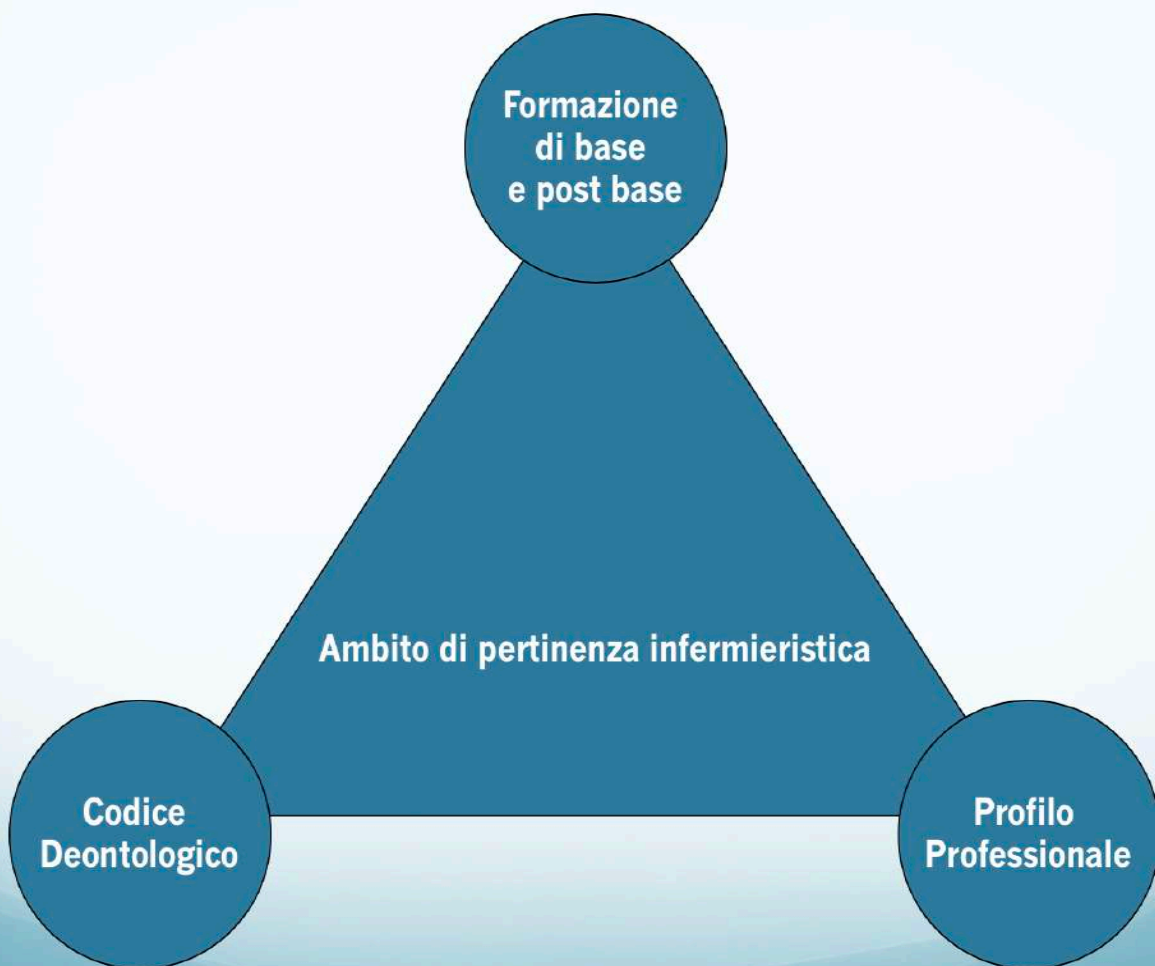
Art. 1- Valori

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.

È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.

Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

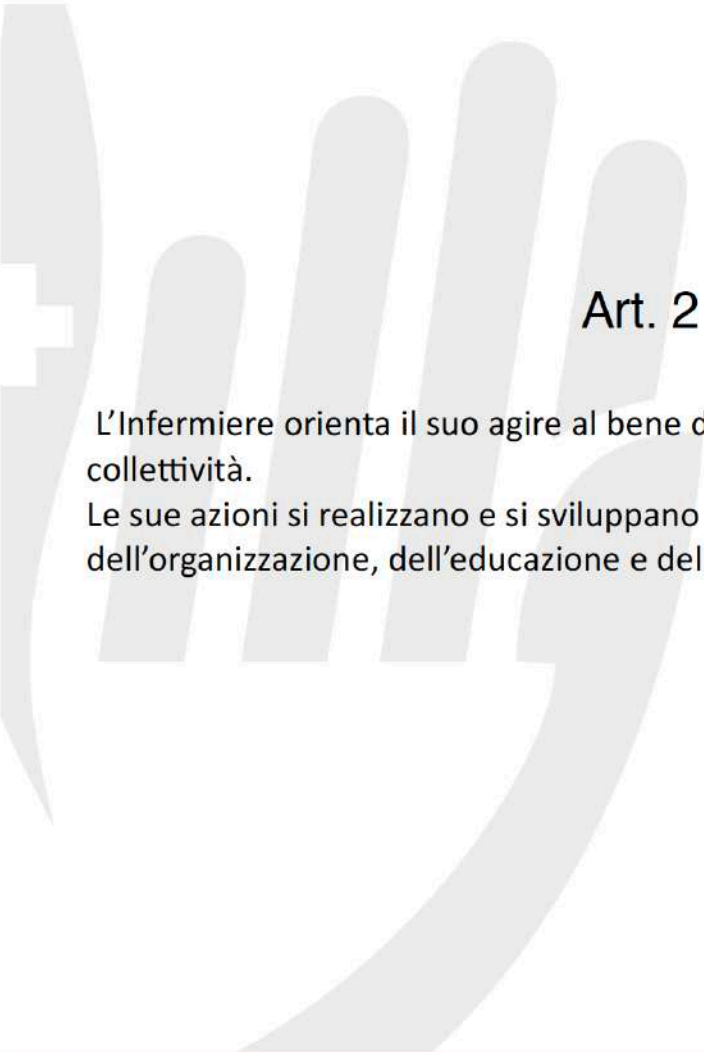




Esercizio abusivo: il nuovo 348 c.p.

- «Chiunque **abusivamente** esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000»
 - Mancato conseguimento del titolo di studio
 - Mancato superamento dell'esame di Stato
 - Mancata iscrizione all'Albo





Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività.

Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.



Operatore sanitario
resp. dell'ass.za gen. inf.ca

Diploma abilitante

Iscrizione all'albo

Infermiere

Prevenzione

Cura

Palliazione

Riabilitazione

Ambiti di competenza

Prevenzione

Assistenza

Educazione

Principali funzioni

Natura dell'intervento

Tecnico

Relazionale

Educativo

**Profilo
D.M. 739/94**

Processo ass.le

Accertamento

Diagnosi

Pianificazione

Attuazione

Valutazione

Metodo di lavoro

Identificazione bisogni salute

Identificazione bisogni ai e relativi obiettivi

Painifica, gestisce e valuta l'ai

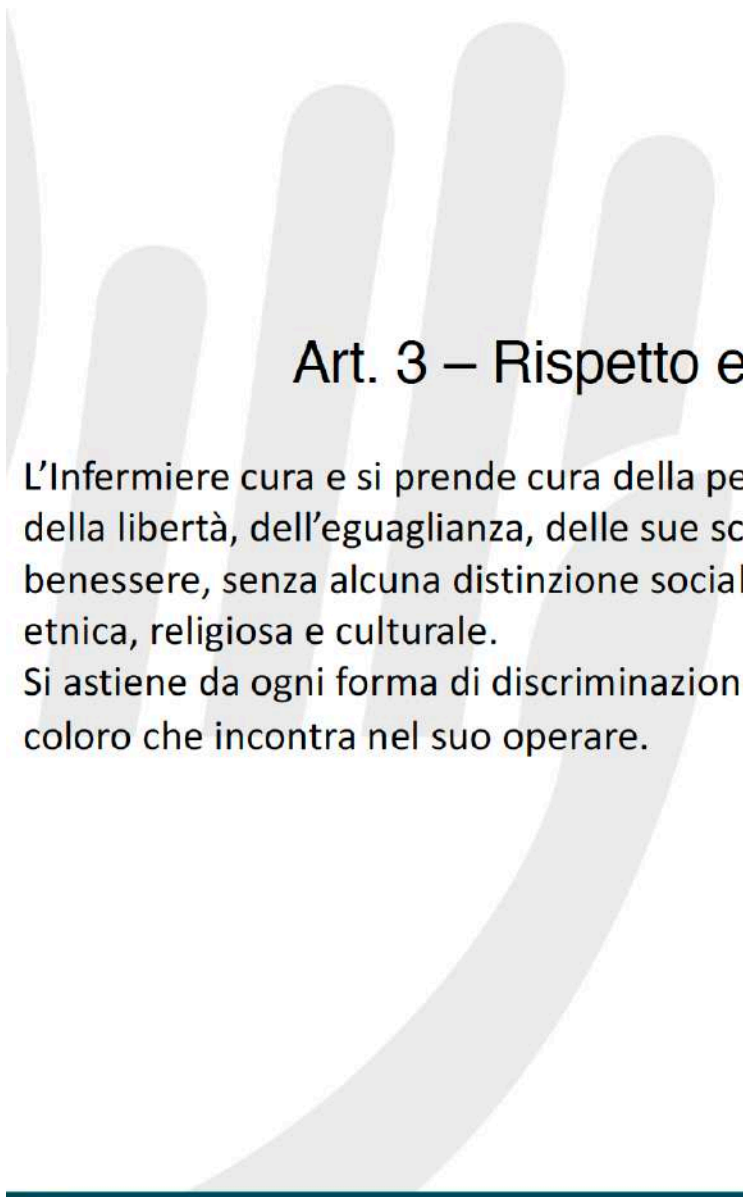
Applicazione corretta dei pdt

Agisce individ. e in collaborazione

Si avvale del personale di supporto

Attività nelle strutture pubbliche
private e territorio
LP o dipendente

Attività



Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità etnica, religiosa e culturale.

Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.



Art. 4 – Relazione di Cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo.

Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.

Il tempo di relazione è tempo di cura.

- Advocacy
 - Consenso
 - Protezione
-



Operatore sanitario
resp. dell'ass.za gen. inf.ca

Diploma abilitante

Iscrizione all'albo

Infermiere

Prevenzione

Cura

Palliazione

Riabilitazione

Ambiti di competenza

Prevenzione

Assistenza

Educazione

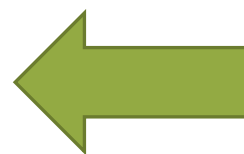
Principali funzioni

Natura dell'intervento

Tecnico

Relazionale

Educativo



- Identificazione bisogni salute
- Identificazione bisogni ai e relativi obiettivi
- Painifica, gestisce e valuta l'ai
- Applicazione corretta dei pdt
- Agisce individ. e in collaborazione
- Si avvale del personale di supporto
- Attività nelle strutture pubbliche private e territorio LP o dipendente

Attività

Metodo di lavoro

Processo ass.le

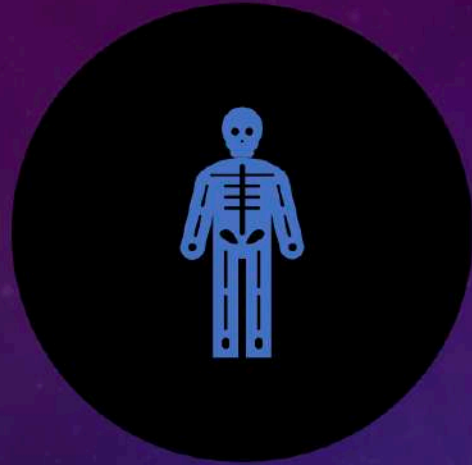
Accertamento

Diagnosi

Pianificazione

Attuazione

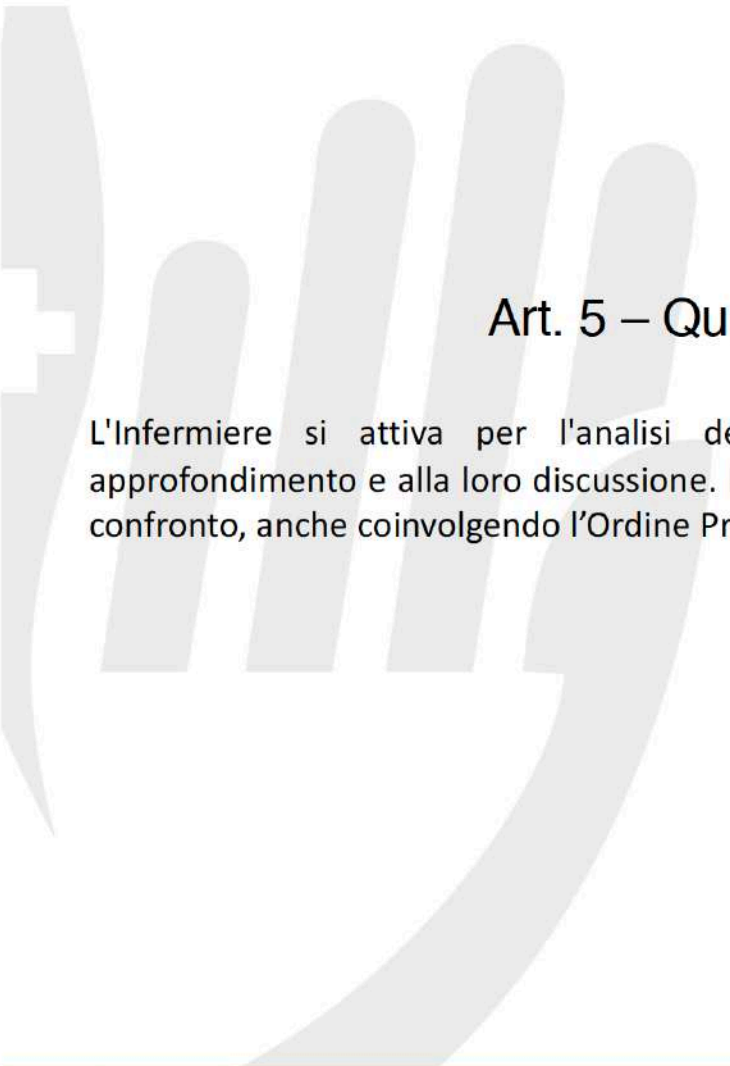
Valutazione



IL LEGISLATORE PREVEDE
L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
INFORMATO COME
PRESUPPOSTO PER IL
COMPIMENTO DI OGNI
ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO O
TRATTAMENTO SANITARIO.



PER OGNI ATTO SANITARIO È
NECESSARIO CHE IL PAZIENTE PRESTI
PREVENTIVAMENTE IL PROPRIO
CONSENSO E CHE QUESTO CONSENSO
SIA VALIDO ED EFFETTIVO SOLTANTO SE
PRECEDUTO DALL'ACQUISIZIONE DI
TUTTA UNA SERIE DI INFORMAZIONI CHE
IL PERSONALE SANITARIO **DEVE**
RENDERE AL PAZIENTE MEDESIMO.



Art. 5 – Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

- Consulenza etica





Art. 6 – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione.

L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

- Libertà
 - Coscienza
 - Responsabilità
 - Impegno dell'Ordine
-



«Libertà» *versus*
«Obiezione»

«Rifiuto di sottostare a una norma
dell'ordinamento giuridico, ritenuta
ingiusta, perché in contrasto
inconciliabile con un'altra legge
fondamentale della vita umana, così
come percepita dalla coscienza
individuale»

In Italia il rispetto della libertà di coscienza è un diritto inalienabile di ogni uomo (artt. 2, 19, 21 Costituzione; art. 18 Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo).

Nell'ordinamento giuridico italiano sono
previste tre forme di obiezione di coscienza:
 al servizio militare (L. 772/1972)
 all'aborto (L. 194/1978)
 alla sperimentazione sugli animali

(L.413/1993)



Capo I

Principi e valori professionali

- Valori
 - Orientamento al bene della Persona
 - Rispetto, dignità, non discriminazione
 - Relazione di cura
 - Consulenza etica
 - Clausola di coscienza
-





Capo II

Responsabilità assistenziale

- Responsabilità
 - Cultura della salute
 - Educare e formare
 - Studio, ricerca e sperimentazione
-



- Educazione alla salute

Art. 7 – Cultura della Salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.collettività.



Operatore sanitario
resp. dell'ass.za gen. inf.ca

Diploma abilitante

Iscrizione all'albo

Infermiere

Prevenzione

Cura

Palliazione

Riabilitazione

Ambiti di competenza

Prevenzione

Assistenza

Educazione

Principali funzioni

Natura dell'intervento

Tecnico

Relazionale

Educativo

**Profilo
D.M. 739/94**

Processo ass.le

Accertamento

Diagnosi

Pianificazione

Attuazione

Valutazione

Identificazione bisogni salute

Identificazione bisogni ai e relativi obiettivi

Painifica, gestisce e valuta l'ai

Applicazione corretta dei pdt

Agisce individ. e in collaborazione

Si avvale del personale di supporto

Attività nelle strutture pubbliche
private e territorio
LP o dipendente

Attività

Metodo di lavoro



- Saper fare
 - Saper essere
 - Saper divenire
-



Art. 8 – Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.



- La ricerca

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.



D.M. 14 settembre 1994, n. 739

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6.

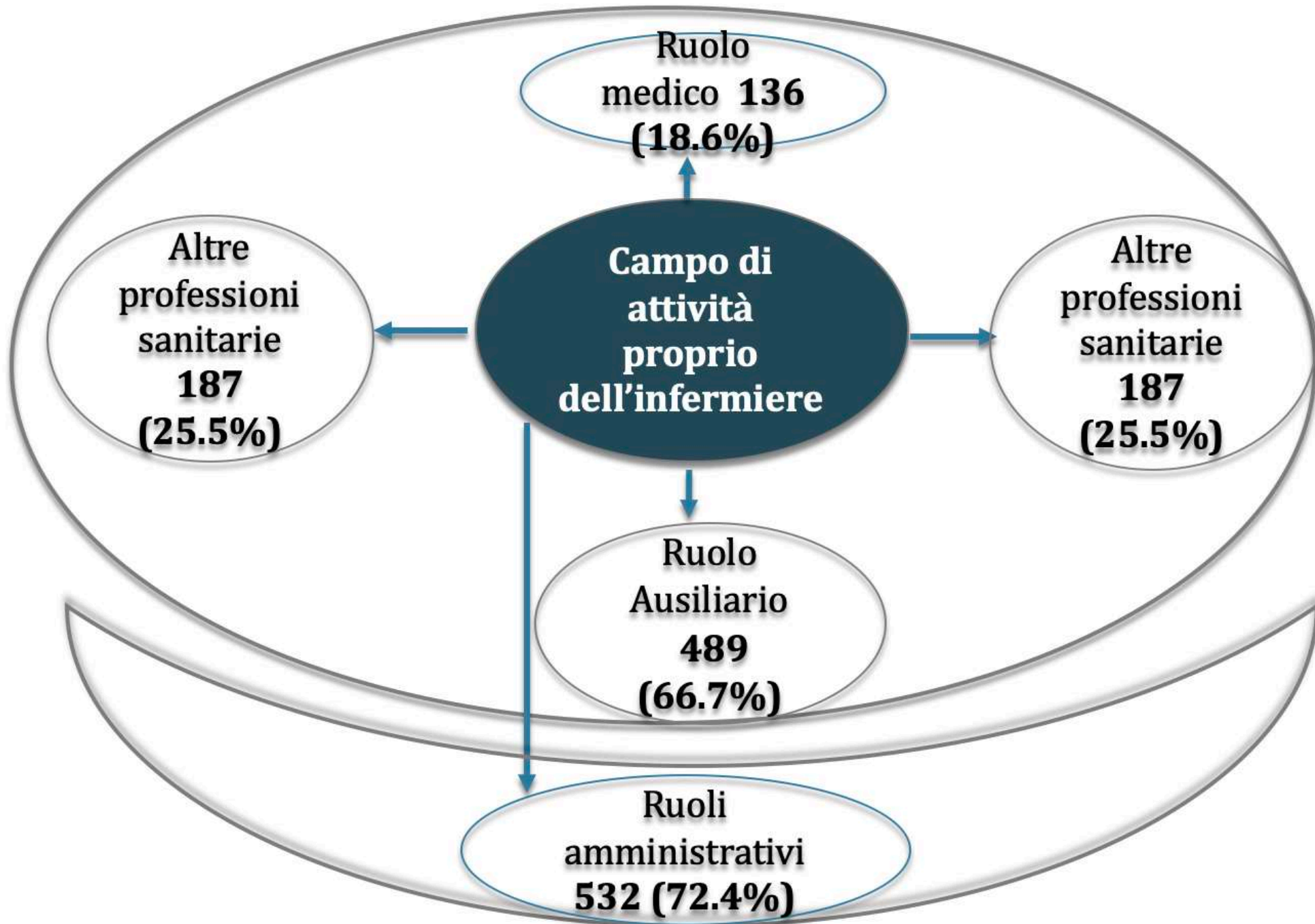
4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

ASSISTITI/CAREGIVER

S

VICINO

LONTANO



- E.B.N.
 - Garanzia
 - Aggiornamento
-

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

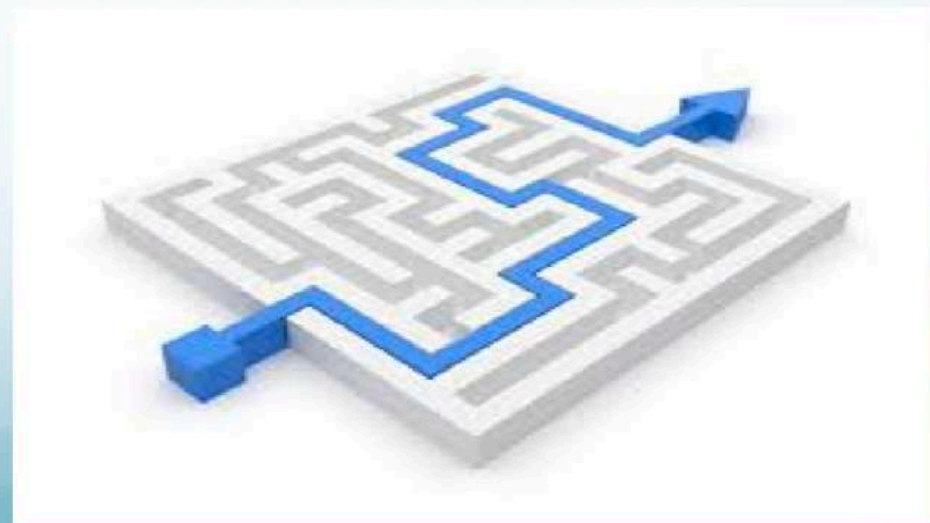




L. 24/2017

**«Disposizioni in materia di
sicurezza delle cure e della
persona assistita, nonché in
materia di responsabilità
professionale degli
eserccenti le professioni
sanitarie»**

- **Fulcro clinico: le buone pratiche evidenti**
 - Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità (Agenas)
 - Istituzione elenco di società scientifiche -> Linee guida elaborate da enti ed istituzioni pubbliche e private, società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche (aggiornamento biennale)
 - Integrazione con Sistema Nazionale per le Linee Guida





Occhio ai crediti ecm!



Art. 11 – Supervisione e Sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.





“Non c’è rapporto di subordinazione incondizionata tra un responsabile e i suoi collaboratori, avendo diritto ciascun sanitario dell’*équipe* ad esprimere opzioni diverse. In caso di condivisione delle scelte, tutti sono responsabili, con analisi delle singole posizioni, delle relative conseguenze”

Corte Cassazione, IV sez. pen. – Sent. n. 226/2003



Capo II

Responsabilità assistenziale

- Responsabilità
 - Cultura della salute
 - Educare e formare
 - Studio, ricerca e sperimentazione
-





Capo III

Rapporti Professionali

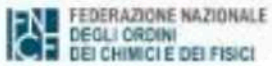
- Condivisione
 - Collaborazione
 - Posizione di protezione
 - Informazione
-



Condivisione



Collaborazione

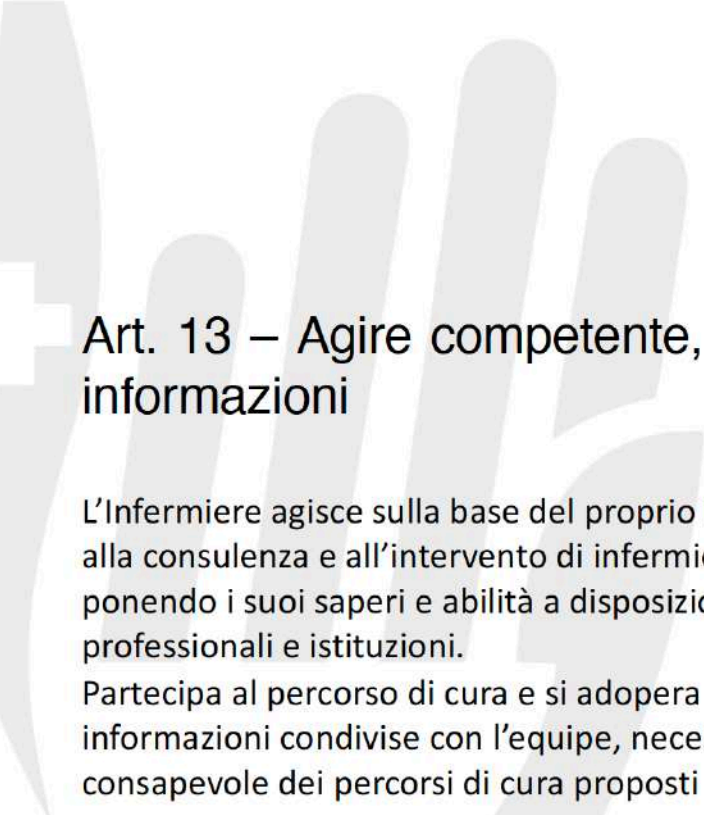




Art.12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.





Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.

Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti

- Esperti
 - Specialisti
 - Consapevolezza
-



«Senza consenso informato il paziente va sempre risarcito»

Cassazione Civile, Sez. VI, Ordinanza N. 6449 Anno 2019



Art 14 – Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

- Advocacy



Corte di Cassazione, IV sez. pen. – Sent. 2/3/2000, n. 447

“Gli operatori sanitari sono tutti, *ex lege*, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti....
posizione che va sotto il nome di
posizione di protezione,
la quale è contrassegnata dal
dovere giuridico incombente
al soggetto di provvedere
alla tutela di un certo
bene giuridico contro qualsiasi pericolo
atto a minacciarne l'integrità”

- Particolare attenzione venne dedicata al problema della responsabilità penale per omesso impedimento dell'evento sotto il profilo delle condizioni che giustificano l'equiparazione tra il “cagionare” ed il “*non impedire*” un evento lesivo
- comma 2 dell' art. 40 del c.p.: “**non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo**”.

Art 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate.

Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.





Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.





Capo III

Rapporti Professionali

- Condivisione
 - Collaborazione
 - Posizione di protezione
 - Informazione
-





Il nuovo Codice Deontologico: il sistema dei valori – Il parte

PIO LATTARULO

LUIGI PAIS DEI MORI

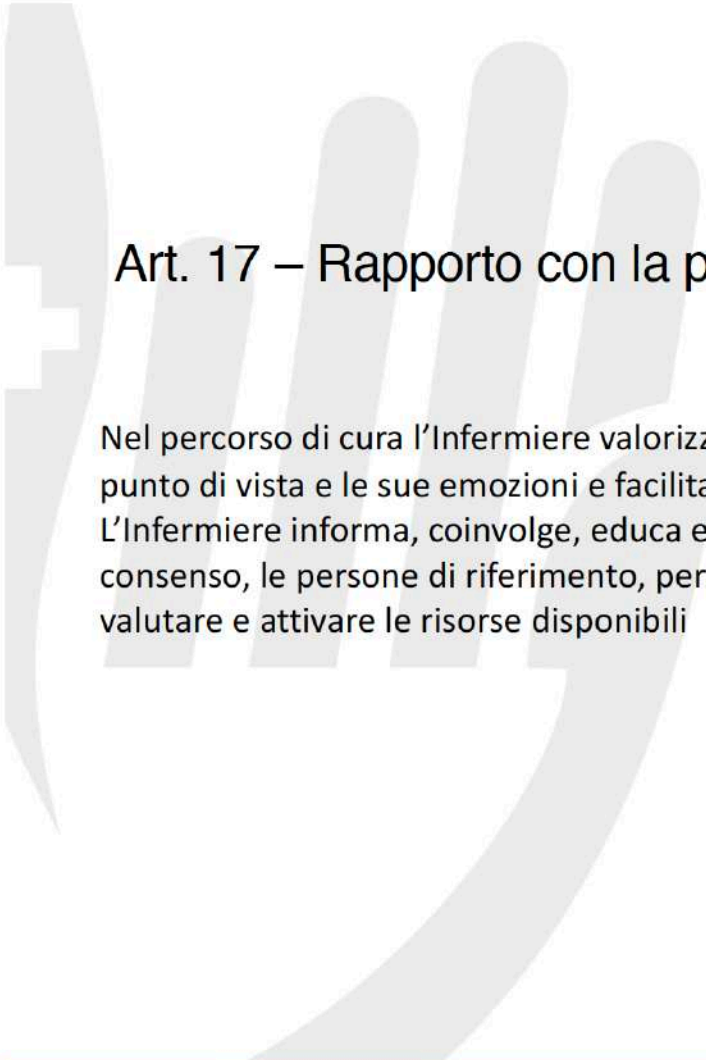
- Tempo di cura
 - Relazione
 - Fine vita
 - Minori
 - Limite agli interventi
 - Donazione
-

A large, light gray, stylized graphic of a hand with fingers spread, positioned in the background of the slide.

Capo IV

Rapporti con le Persone Assistite



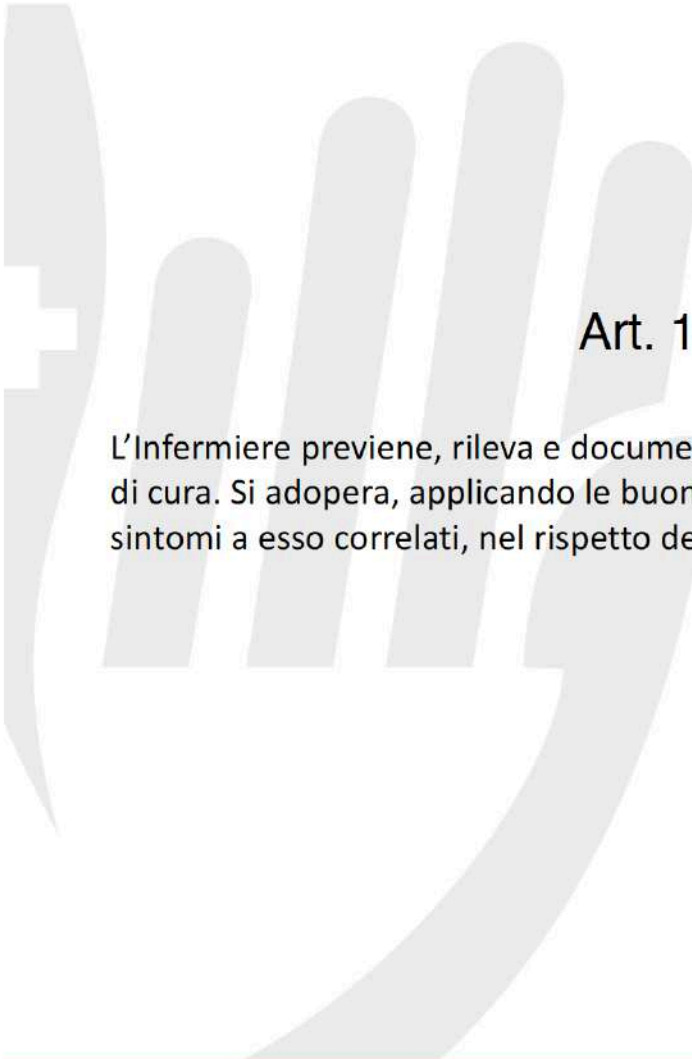


Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili





Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.



- Dignità
 - Equità
 - Appropriatelyzza
-



Legge 15 marzo 2010, n. 38

"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

Art. 1.

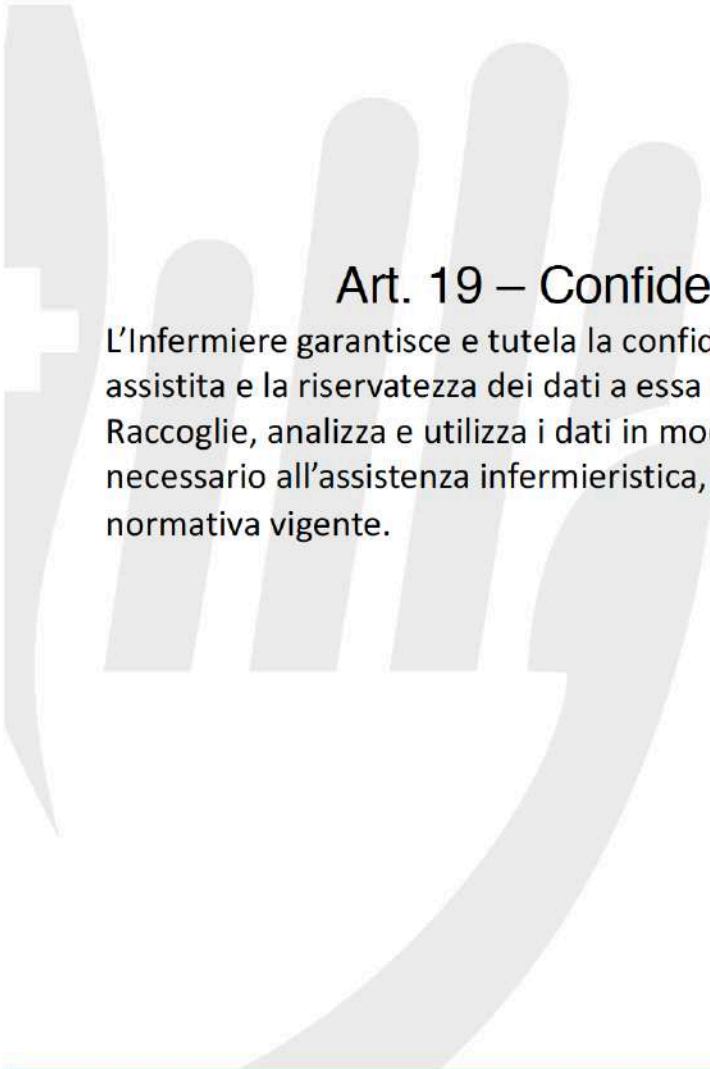
(Finalità).

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

ART. 7

(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica).

1. All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.



Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.



- Il percorso possibile
 - La riflessione etica
-

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.



L. 135/1990 - Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS, art. 5, comma 1: gli operatori sanitari qualora, "nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS ovvero di un caso di infezione da HIV sono tenuti a prestare la necessaria assistenza, adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita"

Corte di Cassazione - Sezione Quinta Penale,
Sentenza 16 aprile 2012, n. 38388: può il
diritto alla riservatezza arrivare ad estreme
conseguenze?



Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci



- Advocacy

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.



Responsabilità Professionale Sanitaria e Legge 3/2018



Reati commessi in danni di
persone ricoverate presso strutture
sanitarie o presso strutture socio
sanitarie residenziali o
semiresidenziali, pubbliche o
private, ovvero presso strutture
socio-educative.

Art. 61 c.p. (circostanze aggravanti
comuni)

-
- Aggiunto il comma 11-sexsies
 - Aggravano il reato... «l'aver, **nei delitti non colposi**, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative»





Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.



2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 3.

Minori e incapaci

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.

3. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Art. 4.

Disposizioni anticipate di trattamento

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in mate-

ria di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

Art. 3 – Minori e Incapaci

Comma 1 Minori di età o incapaci hanno diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione

Commi 2-3 Il consenso informato del minore, della persona interdetta (tutore) e della persona inabilitata

Comma 4 L'espressione del consenso è della persona inabilitata

Comma 5 Se il rappresentante della persona interdetta/inabilitata o il tutore, in assenza di DAT, rifiuta cure ritenute appropriate dal medico, decide il giudice tutelare

- La presa in carico... globale

Art. 24 – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.



- L. 219/2017
 - D.d.L...
-

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

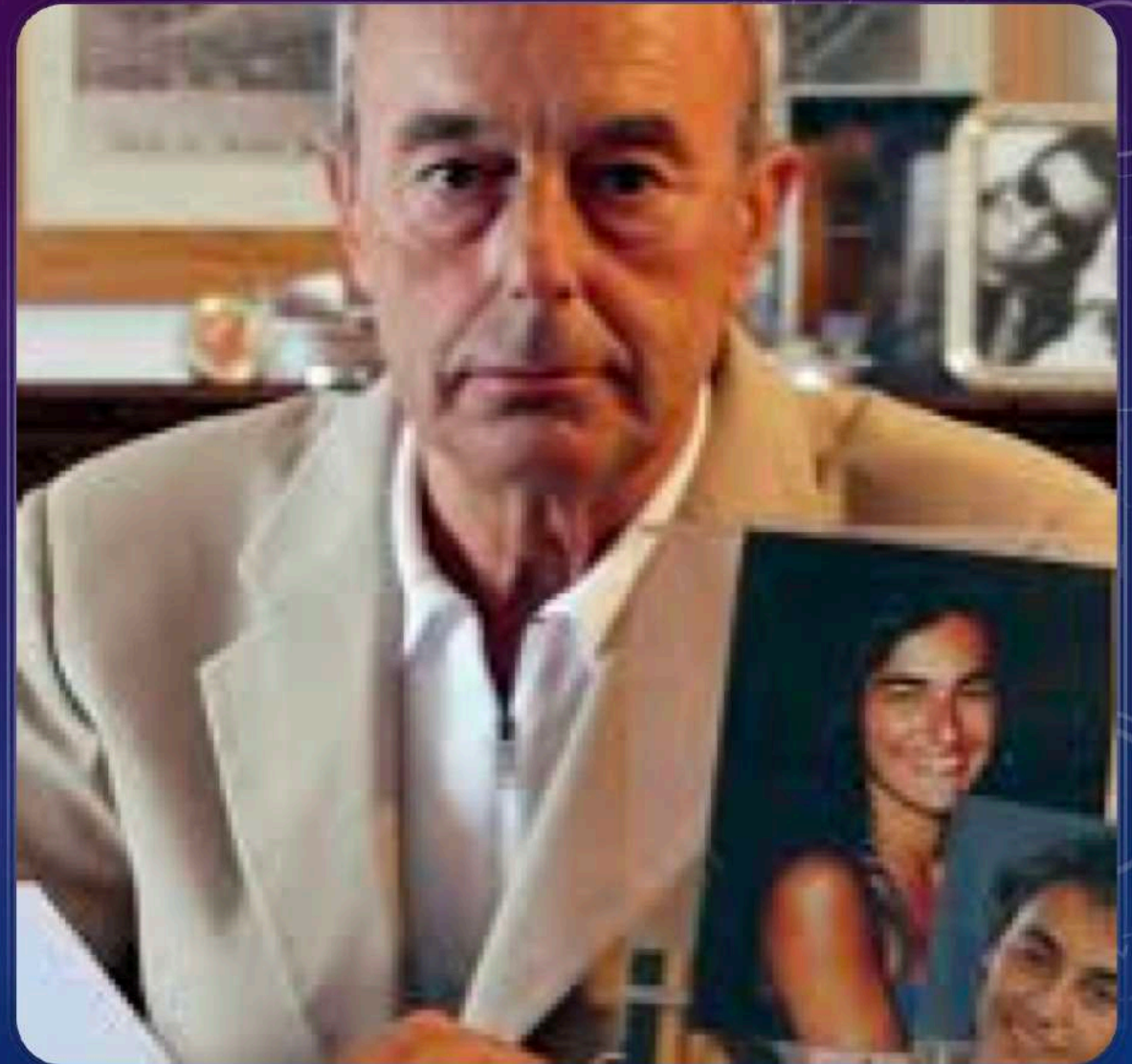


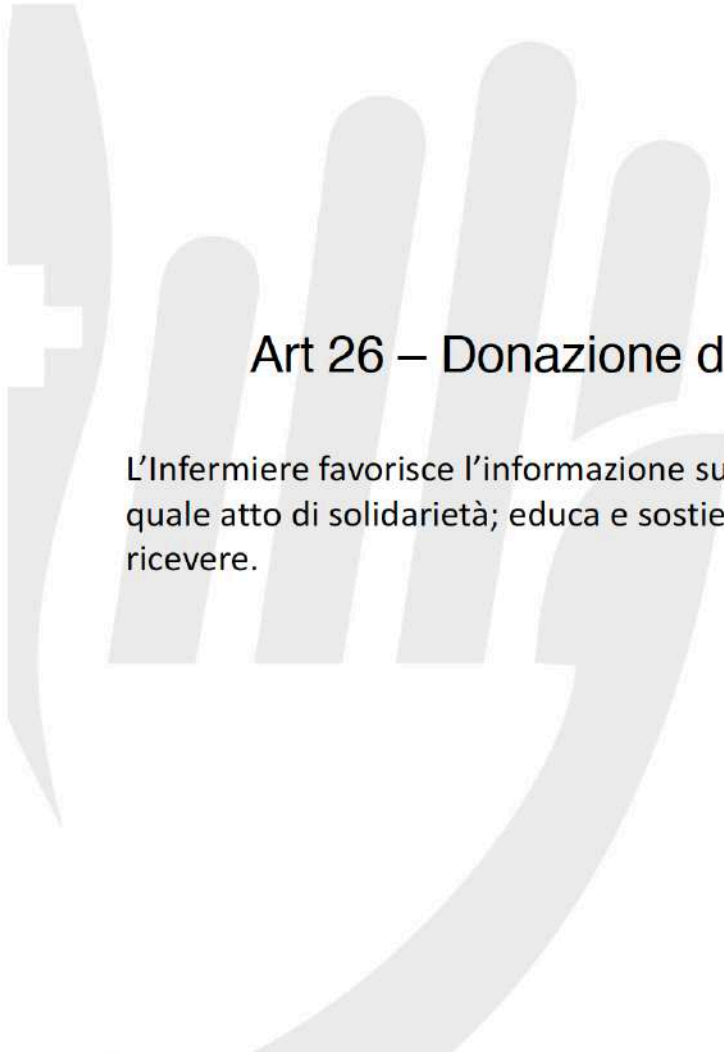
IL FIDUCIARIO

Può prendere **decisioni in nome e per conto del firmatario del testamento biologico**, anche alla luce dei cambiamenti intercorsi nel tempo e di possibili nuove prospettive offerte dalla medicina.

Non è un punto da trascurare, perché molti sono convinti che in quanto parenti saranno automaticamente investiti dell'autorità di prendere decisioni. Un genitore (o un figlio) può anzi essere ritenuto in "conflitto di interessi" e quindi essere estromesso dalla decisione.

L'accettazione della nomina avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo che sarà allegato al testamento biologico





Art 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi

L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.





Art. 27 – Segreto professionale

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.



- Tempo di cura
 - Relazione
 - Fine vita
 - Minori
 - Limite agli interventi
 - Donazione
-



Capo IV

Rapporti con le Persone Assistite





Capo V

Comunicazione

- Comportamento
 - Social media
 - Valori
 - Dialogo e confronto etici
-



Art. 28 – Comportamento nella comunicazione

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e *social media*, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.





Art. 29 – Valori nella comunicazione

L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei *social media*, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.





Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

PRONUNCIAMENTO CONSIGLIO NAZIONALE 13/10/2018 SU CONDOTTA SOCIAL ISCRITTI

La presenza pervasiva dei social network impone un ragionamento e un posizionamento chiaro, da parte della Federazione e degli Ordini Provinciali, sulla presenza infermieristica su tali piattaforme di comunicazione e relativi stili di condotta.

“Il mezzo è il messaggio” è lo slogan di un grande studioso delle teorie dell'informazione, Marshall McLuhan, per spiegare che un identico messaggio, affidato a mezzi di comunicazione diversi, non risulterà mai uguale; non sarà mai percepito, compreso e commentato nella stessa maniera.

Non possiamo dunque immaginare di continuare ad informare e a comunicare, nei confronti di iscritti e di cittadini, come se i social non esistessero.

Purtuttavia ciò non significa “darsi in pasto ai social”, cercare “like” e consensi a tutti i costi, pubblicare e commentare tutto e il contrario di tutto su ogni piattaforma attualmente disponibile.

parole
ostili

Il Manifesto della comunicazione non ostile

1. Virtuale è reale

Dico o scrivo in rete solo cose che ho il coraggio di dire di persona.

2. Si è ciò che si comunica

Le parole che scelgo raccontano la persona che sono: mi rappresentano.

3. Le parole danno forma al pensiero

Mi prendo tutto il tempo necessario a esprimere al meglio quel che penso.

4. Prima di parlare bisogna ascoltare

Nessuno ha sempre ragione, neanche io. Ascolto con onestà e apertura.

5. Le parole sono un ponte

Scelgo le parole per comprendere, farmi capire, avvicinarmi agli altri.

6. Le parole hanno conseguenze

So che ogni mia parola può avere conseguenze, piccole o grandi.

7. Condividere è una responsabilità

Condivido testi e immagini solo dopo averli letti, valutati, compresi.

8. Le idee si possono discutere. Le persone si devono rispettare

Non trasformo chi sostiene opinioni che non condivido in un nemico da annientare.

9. Gli insulti non sono argomenti

Non accetto insulti e aggressività, nemmeno a favore della mia tesi.

10. Anche il silenzio comunica

Quando la scelta migliore è tacere, taccio.

A large, light gray, stylized graphic of a hand with fingers spread, positioned on the left side of the slide.

Capo V

Comunicazione

- Comportamento
 - Social media
 - Valori
 - Dialogo e confronto etici
-



- Responsabilità organizzativa
 - Governo clinico
 - Riduzione dei contrasti
 - Contenzione
 - Attività inappropriate
-



Capo VI

Organizzazione Sanitaria



- Missed Nursing care
 - Nurse staffing
 - Skill mix
-

Art. 30 – Responsabilità nell’Organizzazione Sanitaria

L’Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell’organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all’equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.



Linda Aiken

- Il rapporto tra esiti in termini di salute e staff assistenziale è stato studiato a fondo da Aiken et al., che nel 2002 pubblicano su JAMA lo studio “Hospital Nurse Staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction”. (JAMA 2002; 288: 1987-1993)

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>



• Surveillance (Aiken L. H. 2014)

Nurse staffing e responsabilità professionale: quando l'organizzazione è il vero imputato

Luigi Pais dei Mori^{1,2}

¹ *Infermiere legale, fondatore dello studio di Infermieristica legale e forense LPdM di Belluno*

² *Presidente del Collegio I.P.A.S.V.I. della Provincia di Belluno*

ABSTRACT

The continuous perception of organizational failure, in terms of human resources adequacy, often generates professional and ethical upsets in health professional workers. Moreover, the perception of insecurity for their own actions, with particular regard to clinical-care needs of assisted people, is ever present.

The international literature thoroughly examines the safety limits of the organizations, by giving clear guidance on policy and organizational decisions to pursue. Clinical case report dramatically confirms what the literature describe.

Keywords: Nurse staffing; Skill mix; Professional responsibility

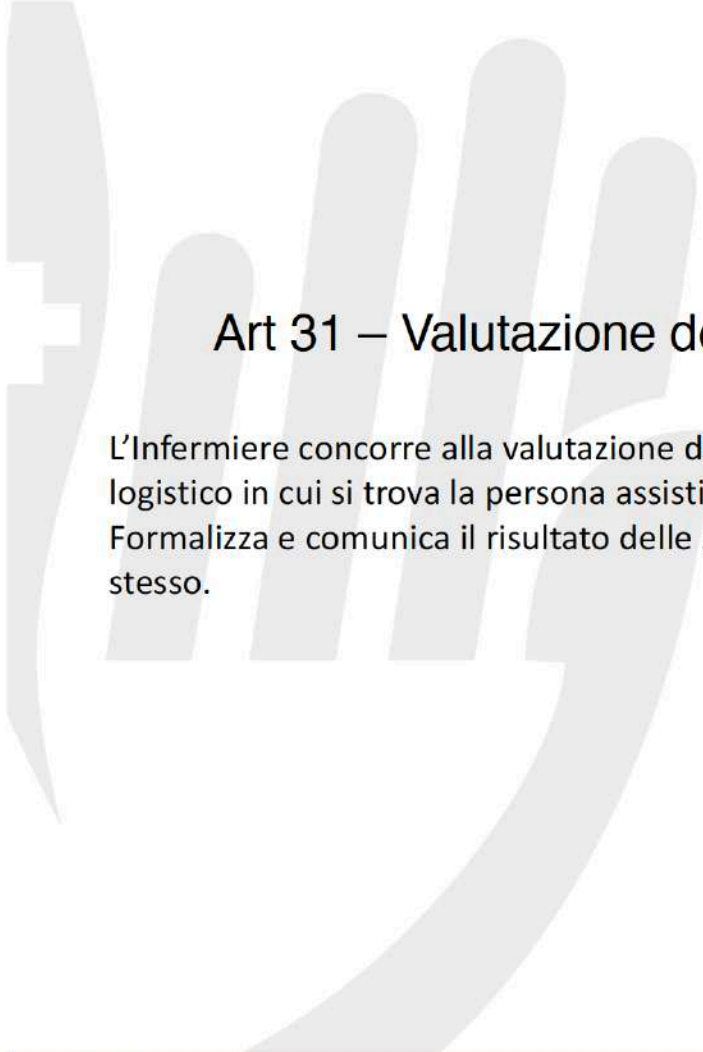
Nurse staffing and professional responsibility: when the organization is the real accused
Pratica Medica & Aspetti Legali 2017; 11(1): 11-15
<https://doi.org/10.7175/pmeal.v11i1.1292>

Corresponding author

Luigi Pais dei Mori
luigi.pais@gmail.com

Disclosure

L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.



Art 31 – Valutazione dell'organizzazione sanitaria

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla.
Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.





Art 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.





Art 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.





Art 34 – Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.



Art 35 – Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.



- *Il giudice non può prendere posizione in ordine al problema se la contenzione meccanica dei malati non sia scientificamente ammissibile in alcun caso oppure se, in alcune limitate evenienze e con tutte le dovute cautele, essa possa essere praticata come estremo rimedio e come male minore rispetto a trattamenti, ancora più spersonalizzanti, come quelli farmacologici. Non si ritiene infatti legittimo che un organo dello Stato si pronunci, in ragione esclusiva della propria autorità, su di una discussione ancora aperta tra gli studiosi*

(Tribunale di Milano, Sentenza del 04 Aprile **1979**)

- **Sentenza della Suprema Corte di Cassazione, V sezione penale, numero 42645 del 2004 che condanna alcuni medici che “ordinavano abitualmente di legare i pazienti ai letti come comoda misura ordinaria di contenzione, giustificata dalla sola mancanza di personale sanitario sufficiente”.**



Morì legato

La Corte d'appello ha ritenuto

Nessuno andrà in prigione per la morte di Franco Mastrogiovanni

Dopo 9 anni la Cassazione conferma le condanne per sequestro di persona ai sei medici e agli undici infermieri. Tutte le pene, inferiori ai due anni, sono sospese: «Ma è una sentenza importante che riaccende l'attenzione sul dramma della contenzione»




DI FEDERICO MARCONI

21 giugno 2018

Sono le quattro del pomeriggio quando il presidente di Corte d'appello **Michelangelo Russo** legge una sentenza attesa da quattro anni, condannando per la morte di **Franco Mastrogiovanni** anche undici infermieri che il tribunale di Vallo della Lucania aveva assolto con la pronuncia dell'ottobre 2012. Per famiglia e altre parti civili basta per essere soddisfatti dell'affermazione di un principio, quello dell'illegalità della contenzione, anche se per i sei medici già condannati in primo grado le pene vengono dimezzate scendendo sotto la soglia dei due anni, che consente di sospendere l'esecuzione, e revocando l'interdizione temporanea dai pubblici uffici. Potranno lavorare anche nell'ospedale di Vallo della Lu-

cania, dove pr
to di psichiatri
e dove il 4 ago
strogiovanni
trascorse lega
bere né man
elementare d
lento aveva 58
coverato per
sanitario ob
quell'ospeda
mai più uscì
sua morte fu
un altro reato
stro di perso
sponsabili n
ma anche gli
videro e non
sentenza di
2 anni la pe
Rocco Baroni
sposto la con
lega **Raffaele**
a 1 anno e 11



-  21
-  FACEBOOK
-  TWITTER
-  PINTEREST
-  GOOGLE
-  EMAIL

Il 4 agosto 2009 Franco Mastrogiovanni, maestro elementare di 58 anni, moriva dopo 82 ore di atroce contenzione, digiuno e solo, legato mani e piedi a un letto del reparto di psichiatria dell'ospedale di Vallo della Lucania, dove era stato forzatamente ricoverato per un trattamento sanitario obbligatorio. Nove anni dopo, la Corte di Cassazione mette la parola fine alla vicenda giudiziaria. Sono servite 24 ore di camera di consiglio ai giudici della Suprema Corte per confermare le condanne ai sei medici e agli undici infermieri per il sequestro di persona, con i medici condannati anche per falso ideologico. Annullata invece la sentenza d'appello per il reato di morte come conseguenza di altro delitto, caduto in prescrizione. Nessuno di loro andrà in galera: le pene, dai 15 ai 7 mesi, saranno sospese perché inferiori ai due anni.



Francesco Mastrogiovanni, morto in ospedale il 4 agosto del 2009, nel corso di un Tso

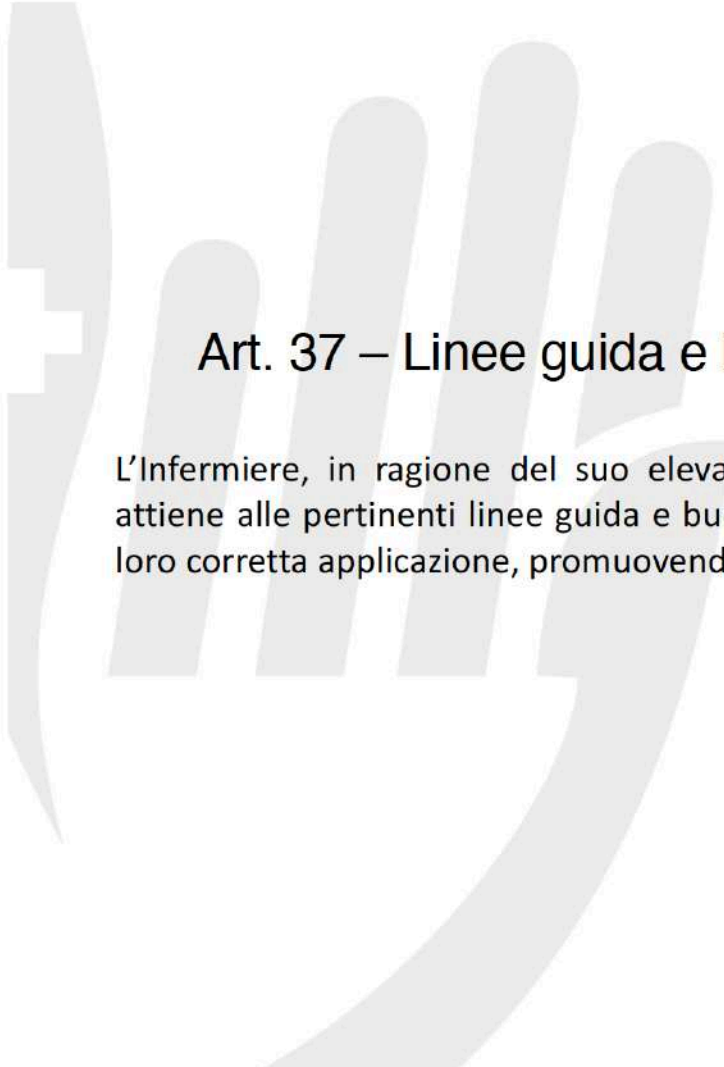


- Responsabilità di processo
 - Advocacy
 - *In vigilando*
 - *In eligendo*
-

Art. 36 – Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

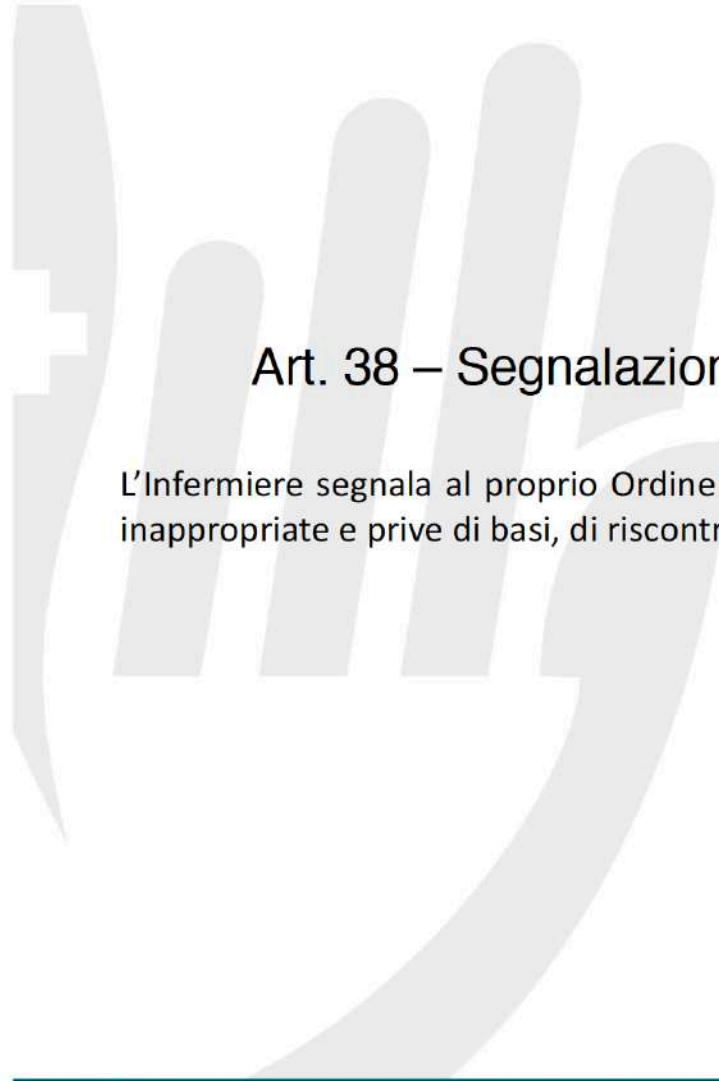




Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.





Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.



- Responsabilità organizzativa
 - Governo clinico
 - Riduzione dei contrasti
 - Contenzione
 - Attività inappropriate
-



Capo VI

Organizzazione Sanitaria





Capo VII Libera Professione

- Leale concorrenza
 - Equo compenso
 - Contratto di cura
-





Art. 39 – Esercizio della Libera Professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

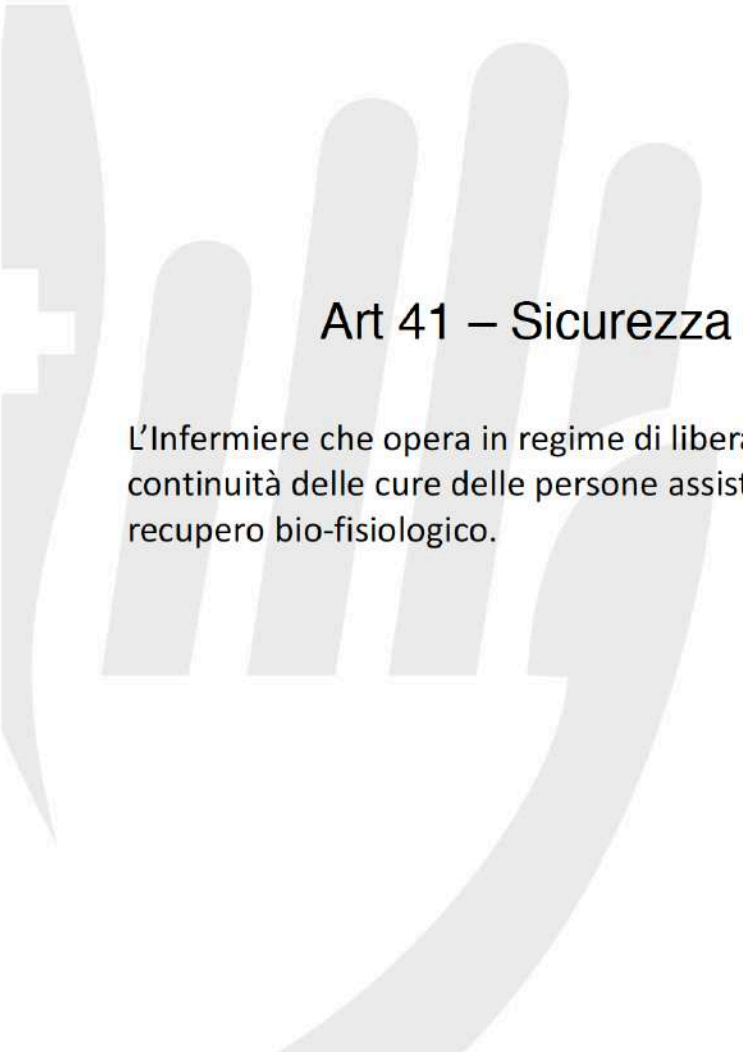




Art. 40 – Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.





Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.





Capo VII

Libera Professione

- Leale concorrenza
 - Equo compenso
 - Contratto di cura
-



- Rispetto delle indicazioni ordinistiche
 - Attività peritale
 - Rappresentanza professionale
-



Capo VIII

Disposizioni finali





Art 42 – Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

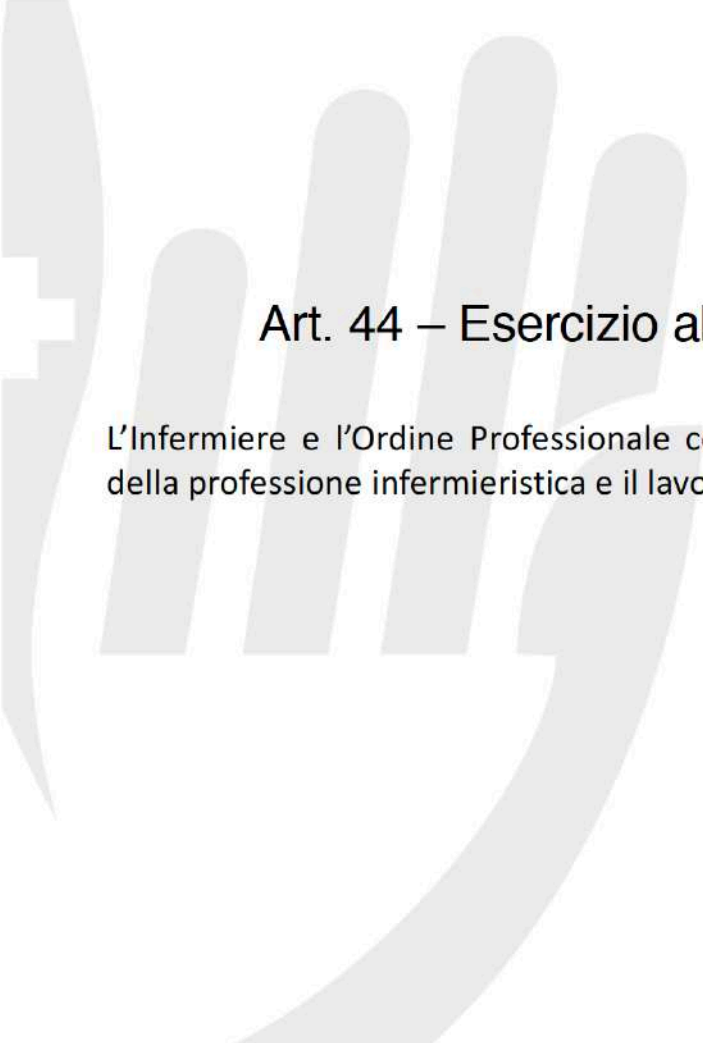




Art. 43 – Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.





Art. 44 – Esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.



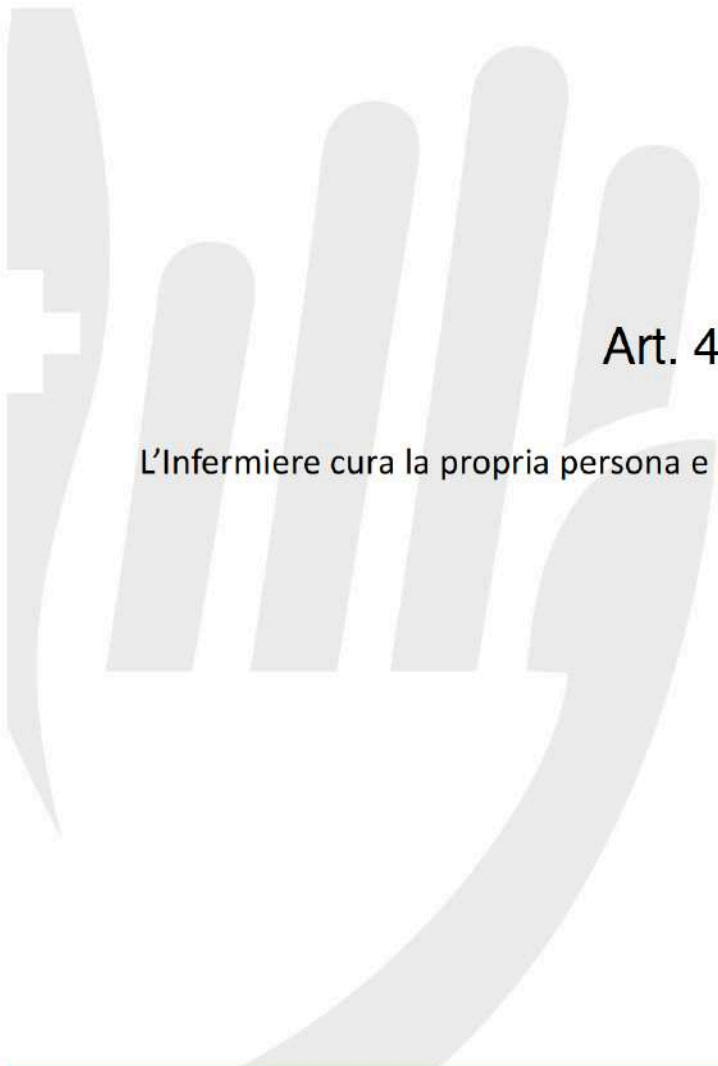
Esercizio abusivo: il nuovo 348 c.p.

- «Chiunque **abusivamente** esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000»
 - Mancato conseguimento del titolo di studio
 - Mancato superamento dell'esame di Stato
 - Mancata iscrizione all'Albo



- «Si applica la pena della **reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 15.000 a euro 75.000 nei confronti del professionista** che ha determinato altri a commettere il reato di cui al primo comma **ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo**»
 - Le RSA «furbe»...
 - Prima della L. 3/2018 la sanzione era amministrativa (€ 516,00) ed il reato penale scattava dopo 3 segnalazioni.

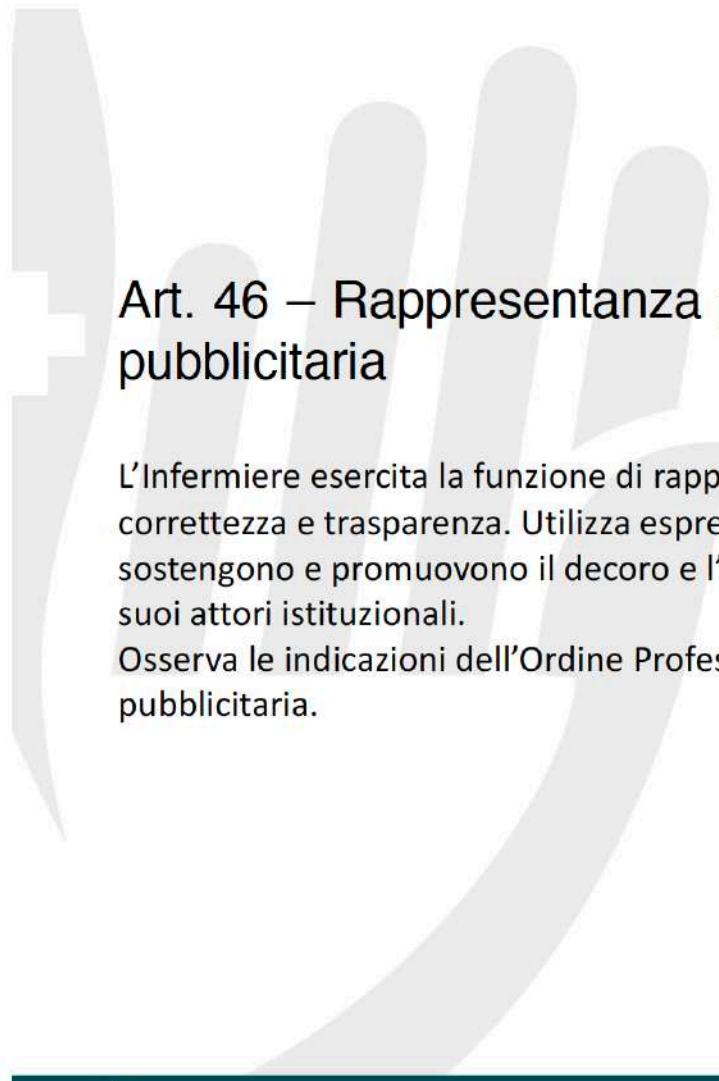




Art. 45 – Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.





Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.





Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.



Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.

In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza.

L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.





**TOTALE STUDENTI
INFERMIERISTICA FORENSE
AL 1 GIUGNO 2019**

n. 1957

**CONTESTI DELLA MAPPATURA
OFFERTA MASTER
INFERMIERISTICA
FORENSE**



**INFERMIERI
FORENSI
CTU (CIVILE)
E PERITI (PENALE)**

N. 175

**CONTESTI DELLA MAPPATURA
AMBITO DI APPLICAZIONE
INFERMIERISTICA
FORENSE**



CNF
Consiglio Nazionale
Forense



Accordo tra

CONSIGLIO SUPERIORE DELLA MAGISTRATURA

CONSIGLIO NAZIONALE FORENSE


FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

per l'armonizzazione dei criteri e delle procedure di formazione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici ex art. 15, l. 8 marzo 2017, n. 24, in attuazione dell'art. 14 del Protocollo d'intesa tra CSM, CNF e FNOMCeO firmato il 24 maggio 2018.

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.





Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti al loro essere Enti sussidiari dello Stato.



Art. 51 – Ordini Professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.





Art. 52 – Ordini Professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.





Art. 53 – Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine



- Rispetto delle indicazioni ordinistiche
 - Attività peritale
 - Rappresentanza professionale
-



Capo VIII

Disposizioni finali





«Una promessa viene data in affidamento al futuro: indipendentemente dalla vita che verrà e proprio a partire dalla vita che si è scelta e si genera.

Il Codice Deontologico dell'infermiere è una promessa che realizza quindi in sé il prima, il durante e il dopo. Per un professionista non vi è bene più alto del suo apparato Deontologico che diviene norma di vita al di sopra di ogni obbligo giuridico, scientifico, sociale. E' questa la nostra promessa ai cittadini di questo Paese»

E. Manzoni

GRAZIE DI CUORE