

LA RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE DEL MALATO AFFETTO DA DEMENZA.

L'Infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Questo significa che l'Infermiere (figura ormai diventata un pilastro fondamentale in tutti i luoghi della cura) ha in gestione un comparto fondamentale, che lo rende responsabile di 'accompagnare' la persona, gestendone i cambiamenti nello stato generale di salute e nell'autonomia, in ospedale, nella propria casa o nelle strutture di accoglienza.

Negli ospedali il compito dell' Infermiere nei confronti del paziente anziano ricoverato per un evento acuto è soprattutto quello, in collaborazione con il medico, di garantire le cure e massimizzare le abilità residue, in altri luoghi di cura, dall'abitazione privata alla casa di riposo, questo compito si amplia alla gestione della disabilità, la continuità assistenziale e il sostegno alla famiglia. Le case di riposo oggi accolgono anziani con grave disabilità fisica e cognitiva (molti sono affetti da demenza). Accanto all'assistenza, alla prevenzione di possibili complicanze, gli Infermieri con tutti gli altri professionisti e gli operatori di supporto hanno il difficile compito di creare le condizioni atte a garantire la qualità della vita.

La malattia cronica e il suo impatto sulle capacità della persona non sono una parentesi da cui prima o poi uscire, ma sono le condizioni con cui la persona vive ogni giorno.

L' assistenza a domicilio è un'occasione per creare un'alleanza con la persona e la sua famiglia nel realizzare il progetto assistenziale perché, in molte situazioni, l' Infermiere diviene un riferimento importante anche per orientare la persona nella rete dei servizi che consentono di vivere dignitosamente a casa propria.

Attualmente si registra un'evoluzione che connota l' Infermiere quale professionista della sanità, che collabora in pari dignità con il medico e gli altri professionisti della salute, infatti è proprio di questi giorni la notizia di un tavolo tecnico in cui si dibatte dell'ampliamento delle competenze.

I CODICI DISCIPLINARI

Nello svolgimento del proprio lavoro o ufficio, il professionista sanitario si vincola sia autodeterminandosi attraverso i propri Ordini o Collegi sia eterodeterminandosi attraverso la legge.

Questa è l'essenza della professionalità, cioè imporre delle condizioni e delle procedure "protettive" nei confronti dell'intera categoria e nei confronti, soprattutto, del cliente/utente.

Il vincolo determina i limiti che il professionista non deve travalicare affinché la propria professionalità non sfoci nell'illecito morale (etico).

I vincoli etico-deontologici sono posti al decoro e al rispetto della professione e della professionalità.

L'Etica ha come oggetto i valori morali che determinano il comportamento dell'uomo che è chiamato a svolgere una professione.

Il termine 'morale' indica l'insieme di valori, norme e costumi di un individuo o di un determinato gruppo umano.

La deontologia professionale consiste nell'insieme delle regole comportamentali, e si riferisce in questo caso ad una determinata categoria professionale. Talune attività o professioni, a causa delle loro peculiari caratteristiche sociali, si pensi ai medici o agli avvocati, devono rispettare un determinato codice comportamentale, il cui scopo è impedire di ledere la dignità o la salute di chi sia oggetto del loro operato.

I **codici** che hanno finalità disciplinari per gli Infermieri / per il Personale Sanitario sono:

- Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (solo per i dipendenti pubblici);
- Codice disciplinare del C.C.N.L.;
- Codice etico – deontologico dei rispettivi Collegi o Ordini.

Il ruolo dell'Infermiere si evolve continuamente. Dall'abrogazione del mansionario, la nostra professione deve rispondere a maggiori stimoli scientifici e giuridici, e di conseguenza, a maggiori responsabilità che coinvolgono tutti noi in un sforzo produttivo.

QUADRO NORMATIVO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

- **DLgs 30 dicembre 1992 n.502** : sancisce *l'evoluzione delle professioni infermieristiche* (d'ora in poi: la professione), nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78. Trasferisce la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'Infermiere dovrà aversi tramite specifico decreto del Ministero della sanità (ora ministero della salute).
- **Decreto 14/09/1994 n.739** : "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere*"; delinea il profilo professionale dell'Infermiere – che viene definito responsabile dell'assistenza generale infermieristica – e specifica che l'assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.
- **Legge 26/02/1999 n.42** : "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*". Si sancisce il superamento dell'ausiliarietà; abrogazione del mansionario; individuazione del campo proprio d'attività-responsabilità tramite gli "atti regolatori":
 - ⇒ contenuti del profilo
 - ⇒ ordinamento didattico di base e post base
 - ⇒ codice deontologico
- **Legge 10 agosto 2000 n.251** : "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*". Quindi le professioni infermieristiche sono professioni autonome, aventi come oggetto, criteri guida e competenze proprie le "*attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva*"
- **L. 1 febbraio 2006 n.43** : "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnicosanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*". Istituisce la figura di coordinamento, definisce specialista il professionista in possesso del master universitario per le funzioni specialistiche (mentre viene definito esperto il professionista in possesso di un certificato di competenze in esito ad un percorso formativo della regione/provincia autonoma, con l'eventuale contributo delle Università).

DOVERI DEI DIPENDENTI LEGATI A STATUS

I doveri dei dipendenti in quanto professionisti che operano in sanità (personale medico e sanitario non medico, operanti nelle aree infermieristica e ostetrica, tecnica, riabilitativa e della prevenzione), sono correlati allo status professionale e non al rapporto di dipendenza.

Doveri di tutti i professionisti di particolare rilevanza giuridica sono, in particolare:

- il dovere del segreto professionale e l'obbligo del referto
- il dovere di tutelare la riservatezza (privacy) della persona assistita

Il segreto professionale trova specifica disciplina nell'articolo 622 del codice penale ("rivelazione di segreto professionale"), che punisce la rivelazione senza giusta causa o l'impiego a proprio o altrui profitto di un segreto, di cui sia venuto a conoscenza in ragione della propria professione. Un tenace filo conduttore lega la sfera del consenso a quella del segreto professionale. Il segreto professionale ha assunto negli anni un diverso significato, testimoniando una mutata sensibilità sociale e professionale.

Obbligo del referto previsto dall'articolo 365 del codice penale, che punisce il mancato adempimento da parte del professionista sanitario all'obbligo di rendere noti all'autorità giudiziaria competente i casi, in cui ha prestato la propria assistenza od opera, che presentino le caratteristiche di reati perseguibili d'ufficio (per i quali, cioè, non occorre la querela da parte della vittima del reato).

Dovere di tutelare i dati e la riservatezza del paziente, previsto dal così detto "Codice Privacy" approvato con Decreto Legislativo 196 del 2003; in questo caso rivolto particolarmente ai professionisti che operano in sanità che hanno il dovere di tutelare i dati personali della persona destinataria della prestazione professionale.

Altri **DOVERI** dei dipendenti sono legati allo status di **Publici Ufficiali e Incaricati di pubblico servizio**.

Publici Ufficiali (art. 357 codice penale): coloro che esercitano una pubblica funzione (legislativa, giudiziaria o amministrativa).

Incaricati di pubblico servizio (art. 358 codice penale): coloro i quali prestano un pubblico servizio; sono senz'altro tali i pubblici dipendenti che non svolgono mansioni d'ordine o attività meramente materiali. Per il momento gli Infermieri che svolgono attività assistenziale sono *incaricati di pubblico servizio*.

I due fondamentali **doveri** sono:

il dovere del segreto d'ufficio, di cui si è già parlato;

l'obbligo di denuncia, ossia di denunciare senza ritardo all'Autorità Giudiziaria i reati di cui il dipendente sia venuto a conoscenza a causa o nell'esercizio delle proprie funzioni (art. 361 del codice penale: *omessa denuncia di reato da parte del PUBBLICO UFFICIALE*; art. 362 del codice penale: *omessa denuncia da parte di un INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO*).

I due tipi di STATUS appena rappresentati, pongono il sanitario in una particolare posizione giuridica in ambito penale.

I reati comuni (che riguardano comunque i delitti contro la Pubblica Amministrazione) assumono una particolare gravità e specificità se a commetterli è un Pubblico Ufficiale o un Incaricato di Pubblico Servizio.

La CASISTICA dei reati più comuni commessi da personale sanitario nell'ambito dell'assistenza ai pazienti psichiatrici comprende:

- Omissione di soccorso (art. 593 c.p.); Abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.); Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.); Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio (art. 326 c.p.); Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.); Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (Art. 320 c.p.); Concussione (art. 317 c.p.).

LA RESPONSABILITÀ DEI PUBBLICI DIPENDENTI

PRINCIPI CODICISTICI.

- **D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165** → fissa alcuni principi sostanziali e procedurali indissolubili alle quali nessuna norma interna può derogare. All'Articolo 54, comma 6 e 7, al titolo "**Codice di comportamento**" si conferma che "Sull'applicazione dei codici di cui al presente articolo vigilano i dirigenti responsabili di ciascuna struttura" e "Le pubbliche amministrazioni organizzano attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei codici di cui al presente articolo".

All'articolo 55, intitolato "**Sanzioni disciplinari e responsabilità**" si stabilisce che:

Per i dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, resta ferma la disciplina attualmente vigente in materia di responsabilità civile, amministrativa, penale e contabile per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche;

Ai dipendenti di cui all'articolo 2, comma 2, si applicano l'articolo 2106 del codice civile e l'articolo 7, commi primo, quinto e ottavo, della legge 20 maggio 1970, n. 300.

La tipologia delle infrazioni e delle relative sanzioni è definita dai contratti collettivi, salvo diversa normativa.

- **Art. 2104 C.C.** Diligenza del prestatore di lavoro
- **Art. 2105 C.C.** Obbligo di fedeltà
- **Art. 2106 C.C.** Sanzioni disciplinari L'inosservanza delle disposizioni contenute nei due articoli precedenti può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, secondo la gravità dell'infrazione (e in conformità delle norme corporative).

- **Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni** (Decreto Ministeriale Funzione Pubblica 28 novembre 2000)

I principi e i contenuti del presente codice costituiscono specificazioni esemplificative degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa.

- **Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro** → descrivono i casi di responsabilità disciplinare (infrazioni) e le relative sanzioni. Recentemente si è registrato un *ridimensionamento della contrattazione collettiva* con la nuova Legge 4 marzo 2009, n. 15 (c.d. legge Brunetta) che ha fra l'altro modificato il testo dell'Art. 2, co 2, secondo allinea del D.Lgs. 165/2001, dove i CCNL hanno efficacia delegificante (prevalgono sulla legge) solo ove ciò sia espressamente previsto dalla legge, non in via generale. L'art. 7 della L. 15/2009, ha dettato i "principi e criteri in materia di sanzioni disciplinari e responsabilità dei dipendenti pubblici".

Le regole contrattuali relative al comparto Sanità si trovano nell'articolo 28 del CCNL del 1995 (modificato dall'articolo 11 del Contratto Collettivo 2002 - 2005) e, da ultimo, dal CCNL 10 aprile 2008.

- Art. 28 Obblighi del dipendente : descrive gli obblighi a cui è tenuto il lavoratore.
- Art. 29 Sanzioni e procedure disciplinari : descrive il tipo di sanzioni (secondo la gravità dell'infrazione) previo procedimento disciplinare.
- Art. 30 Codice disciplinare : si premettono i "criteri generali per commisurare la gravità delle sanzioni".
- Art. 31 Sospensione cautelare in corso di procedimento disciplinare.
- Art. 32 Sospensione cautelare in caso di procedimento penale

FORME DI RESPONSABILITÀ DEL DIPENDENTE PUBBLICO

- a) Responsabilità civile (verso terzi) :** in generale, sorge quando il dipendente, in relazione all'esercizio della propria attività, causi un danno risarcibile, ossia una lesione di un bene o di un interesse suscettibile di valutazione economica.
- b) Responsabilità penale:** per reato commesso dal dipendente, sia come tale sia come pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio. Tra i reati più noti vi sono il peculato, la concussione, la corruzione, l'abuso di ufficio, la rivelazione di segreti d'ufficio, il rifiuto di atti di ufficio, l'interruzione di pubblico servizio.
- c) Responsabilità amministrativa:** questa responsabilità si suddivide a sua volta in:
- responsabilità per danno erariale: deriva dal danno patrimoniale derivato alla amministrazione dal comportamento del dipendente contrario a regole; nasce un procedimento svolto non dall'amministrazione interessata, ma dalla Corte dei Conti.
 - responsabilità contabile: grava sui dipendenti che hanno maneggio del danaro o di cose o valori dell'amministrazione;
 - responsabilità disciplinare: deriva dalla violazione dei doveri del pubblico dipendente descritti nella legge, nel codice di comportamento e nei contratti collettivi nazionali di lavoro; comporta l'apertura di un procedimento disciplinare che, generalmente, si conclude con l'inflizione di una sanzione disciplinare (o con l'archiviazione, se viene accertata la non responsabilità). La riforma "Brunetta" si è riservata la definizione "imperativa" (non modificabile, cioè, dai contratti collettivi) di regole di procedura, ipotesi di infrazione, sanzioni di maggiore gravità e procedure conciliative, rinviando ai contratti per ogni altra ipotesi di infrazione e relative sanzioni.

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Il **Codice Deontologico dell'Infermiere** è un documento, che detta le regole di condotta e di indirizzo etico dell'Infermiere, costituendone il fondamento e la natura, nella sua attività professionale.

Il Codice Deontologico è garanzia di univocità di comportamento da parte degli appartenenti ad una Professione e costituisce un punto di riferimento per il singolo utente e per la collettività.

Nello specifico il Codice Deontologico dell'Infermiere identifica il Professionista Sanitario che è definito come Responsabile unico dell'assistenza infermieristica.

Definisce inoltre l'Assistenza Infermieristica come servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività e che si realizza, attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Dall'entrata in vigore della L.180/78, il paziente psichiatrico, se non interdetto, ha il diritto di decidere circa la propria salute, qualora non sussistano gli estremi che legittimano l'imposizione dell'obbligo di farsi curare (TSO), questo pone il malato in una posizione centrale rispetto alla cultura paternalistica del passato.

Perseguire la centralità dell'assistito nei processi di cura e assistenza significa, per l'Infermiere, riconoscere la dignità in ogni fase della malattia, rispettare i diritti del malato mentale, la sua autonomia e attuare tutti gli accorgimenti per riuscire a rispettarli senza incorrere in violazioni.

A tal proposito si devono adottare i comportamenti deontologici propri della professione infermieristica:

- ❖ **art. 3** La responsabilità dell'Infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- ❖ **art. 4** L'Infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.
- ❖ **art. 20** 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. 21** L'Infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.
- ❖ **art. 22** L'Infermiere conosce il progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.
- ❖ **art. 23** "L'Infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.
- ❖ **art. 30** L'Infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

LA COMUNICAZIONE COL MALATO DI ALZHEIMER

Migliorare la comunicazione può certamente rendere un beneficio al paziente, facilitandone il percorso terapeutico, e all'Infermiere, fornendogli ulteriori punti di vista e strumenti per agevolare una professione oggettivamente fra le più complesse, sia dal punto di vista tecnico-scientifico sia dal punto di vista umano.

Come carattere distintivo, si assume la capacità dell'operatore di approntare un intervento comunicativo efficace il cui scopo dovrebbe mirare sia a favorire la libera e incondizionata espressione del malato sia a coinvolgerlo attivamente contribuendo, inoltre, alla chiarificazione dei dubbi e delle eventuali difficoltà connesse con il dover "vivere" la malattia.

Tale aspetto presuppone che l'operatore debba effettuare, preventivamente, una serie di operazioni, cioè possedere delle conoscenze specifiche di natura medica, tecnica, psicologica, scientifica, volte alla buona riuscita della relazione comunicativa o del colloquio inteso come momento informativo, conoscitivo e terapeutico.

La *comunicazione* costituisce l'essenza di ogni esperienza umana: non riuscire più a capire gli altri e non riuscire più a farsi capire si rivelano gli elementi più disastrosi della malattia di Alzheimer.

Il malato inizia ad avere difficoltà a seguire le conversazioni rapide e complesse, soprattutto se l'ambiente è rumoroso. Si allontana spesso dall'argomento e quando vi sono delle direttive chiare nel dialogo spesso fatica a seguirle. Comprende però gli ordini scritti e può decodificare molto bene i gesti e le espressioni del viso.

Inizialmente ha dei problemi a pensare a quello che vuole dire. E' più lento ad esprimersi, si ripete spesso, dimentica alcune parole o le sbaglia.

A poco a poco le parole si cancellano dalla memoria: non trova più il nome degli oggetti ... ma ne sa descrivere il suo utilizzo.

Parla in modo più lento e ripetitivo, parla con meno frequenza fino ad arrivare a non parlare più.

La comunicazione con un malato di Alzheimer implica tanto il linguaggio verbale che quello non verbale. Anche se non comprende il significato delle parole, rimane sensibile al clima affettivo che si sviluppa nell'interazione. Se sente di aver fiducia comunica più facilmente.

Come facilitare la comunicazione verbale:

- Sedersi di fronte a lui e alla sua stessa altezza
- Evitare di sottolineare inutilmente i suoi errori
- Aprire la conversazione con una frase di apertura e non con una domanda
- Evitare di interrompere o di completare le frasi dell'interlocutore
- Creare ambiente che faciliti la comunicazione: eliminare rumori o attività disturbanti
- Trattare le persone come adulti (evitare linguaggio infantile)
- Parlargli con chiarezza e molto lentamente
- Usare parole e frasi molto brevi
- Usare parole semplici e concrete
- Comunicargli un messaggio per volta
- Usare frasi affermative

Come usare la comunicazione non verbale

Si potrà far affidamento sull'espressione del viso, l'inflessione e il tono della voce, lo sguardo e il contatto fisico, aspetti di estrema importanza a cui, anche negli stadi più gravi della malattia, i pazienti tendono ancora a rispondere. Fare molta attenzione alla distanza ottimale da tenere con il malato, nei momenti soprattutto di aggressività o di percezione di pericolo.

- Stabilire un contatto con lo sguardo
- Modulare il tono della voce (aspetto emotivo)
- Toccare il suo corpo delicatamente (accarezzare, prendere la mano, ecc.)
- Accompagnare il linguaggio verbale con una gestualità coerente
- Stargli vicino
- Spostare l'attenzione non al "cosa" viene detto ma al "come" viene detto

LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELL'INFORMAZIONE AL MALATO DI ALZHEIMER

Le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, e tutti gli operatori del settore (medici, infermieri, farmacisti, ecc.) devono fornire ai pazienti (o terzi legittimati) preferibilmente per iscritto, l'informativa sul trattamento dei loro dati personali ed acquisirne il consenso al relativo utilizzo. Il Garante della Privacy ha predisposto un apposito modello di informativa.

Essere informati è un diritto e non un obbligo. Un paziente può esplicitamente rinunciare al diritto di essere informato circa la sua esatta diagnosi, prognosi o terapia e chiedere solo di essere assistito.

Costituzione (artt. 32 e 13) afferma che nessuno è obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la libertà personale è inviolabile.

Ogni trasmissione di informazioni che riguarda il soggetto in cura deve avere il consenso del paziente, per questo è d'obbligo che questo, all'ingresso in un Servizio Psichiatrico, firmi un documento nel quale possa indicare le persone autorizzate a ricevere cose, informazioni o notizie che lo riguardano (certificati, cartella clinica, comunicazioni varie) e modificarne i nomi nel corso del trattamento.

Per quanto riguarda gli interdetti l'informazione e il consenso sono compiti del tutore (*caregiver*, colui che si fa carico del paziente) che prenderà le decisioni a riguardo per la persona sotto tutela. Il paziente interdetto va comunque informato poiché la sua partecipazione alle cure è fondamentale.

L'organismo sanitario può dare informazioni, anche per telefono, sulla presenza di una persona al pronto soccorso o sui degenti presenti nei reparti solo ai terzi legittimati, come parenti, familiari, conviventi, conoscenti, personale volontario.

Occorre comunque rispettare l'eventuale richiesta della persona ricoverata a non rendere note neppure ai terzi legittimati la sua presenza nella struttura sanitaria o le informazioni sulle sue condizioni di salute.

Il personale sanitario deve evitare che le informazioni sulla salute possano essere conosciute da soggetti non autorizzati, a causa di situazioni di promiscuità derivanti dall'organizzazione dello spazio dei locali o dalle modalità utilizzate. Il Garante ha prescritto a questo scopo specifici accorgimenti per garantire la riservatezza dei pazienti sia durante l'orario di visita, sia all'atto della prescrizione di ricette mediche o del rilascio di certificati.

Il **MEDICO** è l'unica figura sanitaria abilitata a dare notizie sullo stato di salute dei pazienti. In casi eccezionali, potrà fornire notizie per telefono sullo stato di salute dei pazienti. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Nell'esercizio della professione è tenuto ad osservare i principi e regole contenuti nel proprio Codice Deontologico

L' **INFERMIERE** può essere consultato per informazioni riguardanti le attività assistenziali e bisogni specifici dei pazienti. Nell'esercizio della sua attività professionale è tenuto ad osservare le regole di condotta e di indirizzo etico contenute nel proprio Codice Deontologico.

Si rammenta che:

art. 22 L'Infermiere conosce il progetto diagnostico terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

art. 23 "L'Infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

SEGRETO PROFESSIONALE E PRIVACY

Costituisce segreto ciò che non deve essere divulgato e, in particolare, quelle informazioni che una persona vuole sottrarre alla conoscenza degli altri.

Questi i principi fondamentali a cui dovranno attenersi tutte le figure che operano nel settore sanitario, socio sanitario assistenziale e sociale a supporto della non autosufficienza come della presa in carico "complessiva" della persona; di diverse età, in condizioni anche di disabilità.

Relazione corso Alzheimer anno 2012

Infermiera Legale e Forense
MARA PAVAN