



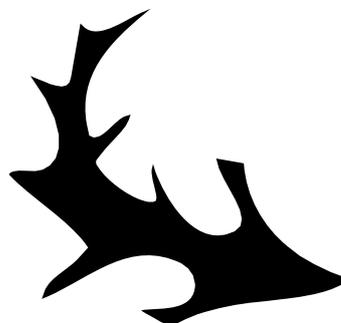
*L'infermiere:
disposizioni per l'esercizio
professionale in Italia*

Collegio IPASVI Como
Viale C.Battisti, 8 – 22100 Como
Tel. 031300218 fax 031262538 info@ipasvicomo.it www.ipasvicomo.it



SOMMARIO

1. La salute dei cittadini nella costituzione italiana
2. Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale
3. Organizzazione Aziendale
4. Competenze e aree di responsabilità dell'infermiere
5. DM 739 14 settembre 1994
6. Legge 42 26 febbraio 1999
7. Legge 251 del 10 agosto 2000
8. Legge 43 del 1 febbraio 2006
9. Il codice deontologico
10. Gli organi di tutela professionale: ordini e collegi
11. La formazione dell'infermiere in Italia
12. La responsabilità professionale
13. Gli operatori di supporto
14. La documentazione sanitaria: cartella clinica e documentazione infermieristica
15. Strumenti operativi: procedure – protocolli – linee guida



PRESENTAZIONE

Il Collegio IPASVI di Como ha elaborato il presente documento nell'intento di fornire a ciascun infermiere la raccolta delle norme che regolano l'esercizio professionale e gli strumenti che guidano l'esercizio stesso, favorendone sia lo sviluppo che la valutazione dei risultati.

La nuova concezione di responsabilità di cui deve essere consapevole l'infermiere è quella insita nel profilo (DM n. 739/94). La stessa viene rafforzata ora nella nuova dimensione di professione sanitaria, non più ausiliaria, che attribuisce agli infermieri autonomia e responsabilità per fornire ai cittadini adeguate ed avanzate forme di assistenza infermieristica ovunque siano necessarie.

Questa "rivoluzione" è inserita nella legge 26 febbraio 1999 n. 42, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che, oltre a sancire l'abrogazione del mansionario, stabilisce:"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6 comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto delle reciproche competenze".

Di fatto la legge, nel richiamare il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere (profilo), richiama il livello culturale, di base, post base e permanente che l'infermiere deve possedere oltre al non meno importante codice deontologico che richiama l'infermiere anche ad autovalutarsi se è adeguatamente preparato a svolgere il proprio ruolo professionale con competenza e responsabilità.

Sono questi i pilastri su cui è fondata la professione e da ciò deriva sia il livello di autonomia che di responsabilità di cui l'infermiere sarà chiamato a rispondere quale professionista che svolge un'attività assistenziale orientata al risultato; responsabilità che può essere civile, penale, disciplinare.

La responsabilità infermieristica richiede una maggiore integrazione delle proprie funzioni con quelle delle altre professionalità del ruolo sanitario e sociale. Questo comporta un continuo sviluppo, da parte degli infermieri, della responsabilità nei propri ambiti operative e del rispetto degli ambiti altrui.

L'assunzione di responsabilità nell'ambito della prevenzione, cura, riabilitazione con interventi di natura tecnica, educativa, relazionale, richiede all'infermiere anche lo sviluppo di capacità organizzative e gestionali.

Il Collegio IPASVI di Como conferma, con il presente documento e con il costante lavoro, il proprio impegno per la tutela e per lo sviluppo della professione.

1 - La salute dei cittadini nella costituzione italiana.

La Costituzione della Repubblica italiana è la legge fondamentale dello Stato italiano. In essa sono riportati i principi e le norme generali a cui devono ispirarsi tutte le leggi che vengono approvate dal Parlamento.

In particolare nella Costituzione troviamo: i diritti e i doveri dei cittadini;

l'organizzazione e il funzionamento del Parlamento, del Governo e delle altre Istituzioni (Regioni, Province, Comuni).

La Costituzione, con l'art. 32 di occupa della salute, dove si afferma che la salute è un diritto dell'individuo e un interesse della collettività.

Il Legislatore individua la salute come un diritto di ciascun cittadino e interesse di tutta la nazione, senza distinzione di condizioni individuali, sociali o economiche; afferma inoltre che i poveri hanno diritto a cure gratuite. In particolare ha riconosciuto il diritto al rispetto dell'integrità fisica e all'assistenza sanitaria, senza limitazioni del diritto alla libertà di cura, ma sempre nel rispetto della dignità della persona umana.

La Costituzione prevede anche che le Regioni possano emanare norme legislative, nel rispetto di principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, anche in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera.

2 - Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene istituito con la legge n. 833/1978; esso è lo strumento operativo che realizza i principi della Costituzione in materia di sanità, in particolare quello secondo cui ogni cittadino, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali, ha diritto alla tutela della salute in tutti i suoi aspetti: dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione. La legge n. 833 è composta di 3 parti:

- ❖ **una prima parte**, in cui sono indicati i principi e gli obiettivi dell'SSN, le competenze ripartite fra Stato, Regioni, Province e Comuni, e il sistema di controllo e di finanziamento della spesa;
- ❖ **una seconda parte**, che si occupa della programmazione per l'attuazione dell'SSN prevedendo, ogni tre anni, l'emanazione del Piano sanitario Nazionale (PSN) e, da parte delle Regioni, il Piano Sanitario Regionale (PSR);
- ❖ **una terza parte**, infine, è costituita dalle norme transitorie, volte a regolare il

passaggio dal vecchio al nuovo sistema sanitario.

Principi e obiettivi del SSN

Il SSN italiano è caratterizzato da tre principi fondamentali:

- ❖ il principio di globalità degli interventi;
- ❖ il principio di uguaglianza;
- ❖ il principio di coinvolgimento.



La razionalizzazione del SSN

Il SSN è stato successivamente revisionato attraverso l'attuazione dei Decreti Legislativi n. 502/1992, 517/1993, e 229/1999 che, pur mantenendo i principi e le finalità della legge 833 apportarono un'ulteriore riforma di grande importanza.

Punto di riferimento centrale per il SSN e, conseguentemente per il Servizio Regionale, sono i *livelli uniformi ed essenziali di assistenza* (LEA), che devono essere assicurati a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (Ticket). I livelli essenziali di assistenza indicano come rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione.

Le singole Regioni possono poi assicurare ai propri cittadini, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, anche livelli assistenziali superiori a quelli minimi previsti a livello nazionale, ma mai inferiori.

I livelli essenziali di assistenza sono previsti per:

- ❖ l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e lavoro;
- ❖ l'assistenza distrettuale (attraverso le ASL);
- ❖ l'assistenza ospedaliera.

Le competenze in materia sanitaria sono ripartite su tre livelli:

- ❖ statale
- ❖ regionale
- ❖ territoriale

La norma di riferimento per la Regione Lombardia è la 31/1997.

3 - L'organizzazione aziendale

Ogni Azienda sanitaria, sia essa USL o ASL, è dotata di propri organi, che sono il Direttore Generale e il Collegio Sindacale. Il Direttore Generale ha come collaboratori diretti il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e, in alcune Regioni, il Coordinatore o Direttore dei Servizi Sociali (ASSI per la Regione Lombardia).

Il Direttore Generale: è nominato dalla Regione, con rapporto esclusivo, rappresenta l'Azienda Sanitaria e ha ampi poteri di gestione dell'Azienda stessa. E' responsabile della gestione aziendale e

deve perseguire gli obiettivi fissati dalla Regione utilizzando le risorse messe a disposizione (budget annuale).

Il Direttore Sanitario: nominato dal Direttore Generale con rapporto esclusivo, deve essere in possesso di laurea in medicina e dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari.

Il Direttore Amministrativo: nominato dal Direttore Generale con rapporto esclusivo, deve essere in possesso di laurea in discipline giuridiche o economiche. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi.

Il Coordinatore dei Servizi Sociali: nelle Regioni in cui è prevista tale figura, viene nominato dal Direttore Generale con rapporto esclusivo. Dirige i servizi socio-sanitari ed è presente nelle Aziende USL o ASL ma non è previsto nelle Aziende Ospedaliere.

Il Collegio sindacale: è un organo esterno di controllo dell'Azienda, nominato dal Direttore Generale, con il compito di vigilare sulla correttezza dell'azione amministrativa dell'azienda, sul rispetto degli adempimenti come previsto dalla legge, sulla regolare tenuta della contabilità. Esamina inoltre i bilanci ed esercita la vigilanza e il controllo sul complessivo andamento della gestione aziendale.



- L'organizzazione territoriale

In seguito alla legge regionale 31/1997 ("Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"), nel gennaio 1998 fu costituita l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como.

L'ASL si compone di una Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Sociale e Direzione Amministrativa.

Dalla Direzione Sociale dipende Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il territorio dell'ASL della provincia di Como è articolato in un **Distretto speciale** (Campione d'Italia) e in quattro aree distrettuali: **Como**, **Sud-Ovest** (Olgiate Comasco e Lomazzo), **Brianza** (Cantù, Erba e Mariano Comense), **Medio e Alto Lario** (Menaggio e Dongio).

In tutta la Regione Lombardia l'Assistenza Domiciliare Integrata viene fornita attraverso l'erogazione di Voucher-Socio-Sanitari (DGR n° VII/12902 del 9.05.2003)

Cosa è il Voucher-Socio-Sanitario

È un contributo economico non in denaro, fornito dall'ASL, per acquisire prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata. Queste prestazioni saranno

erogate da operatori socio-sanitari qualificati (infermieri, fisioterapisti, medici specialisti...) denominati "care-giver professionali". Questi ultimi, se accreditati dall'ASL, possono essere scelti direttamente dal cittadino.

Ha diritto all'Assistenza Domiciliare Integrata ogni cittadino senza limiti di età o di reddito, che necessiti di prestazioni socio-sanitarie integrate essendo impossibilitato a muoversi dal proprio domicilio.

4 – Competenze e aree di responsabilità dell'infermiere.

In passato, nel nostro ordinamento, secondo il R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, le professioni sanitarie erano suddivise in tre categorie:

- ❖ le professioni sanitarie: il medico;
- ❖ le professioni sanitarie ausiliarie: l'ostetrica, l'assistente sanitario e l'infermiera diplomata;
- ❖ le arti ausiliarie delle professioni sanitarie: l'odontotecnico, l'infermiere generico e il massofisioterapista.

Per l'infermiere, l'esercizio della professione era regolato dal mansionario, approvato con il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225. Il mansionario consisteva in un elenco che indicava, in modo rigido e tassativo, una serie di attività e mansioni che l'infermiere era autorizzato a compiere. Ciò che non era scritto nel mansionario era da intendersi esclusivamente di competenza medica.

Alcune norme successive hanno però modificato, superandola, questa classificazione e hanno contribuito alla ridefinizione delle figure professionali sanitarie. In particolare le norme che hanno portato a una profonda riforma delle professioni e di conseguenza dell'esercizio professionale, sono:

- ❖ il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere;
- ❖ la legge 26 febbraio 1999, n.42 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie;
- ❖ la legge 10 agosto 2000, n.251 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica.
- ❖ La legge 1 febbraio 2006, n. 43

Con queste norme vengono individuati il profilo professionale dell'infermiere, gli ambiti della professione infermieristica e il suo livello di autonomia e responsabilità. In sostanza, la professione infermieristica perde la sua connotazione di "professione ausiliaria" per divenire

a tutti gli effetti una professione vera e propria, con identità ben definita.

5 - D.M. 14 settembre 1994, n. 739

Il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 definisce chi è l'infermiere e quali sono i requisiti di tipo culturale e professionale che deve possedere. Inoltre, viene abbandonata la dizione "infermiere professionale" e assunta quella di "infermiere", senza altra specificazione.

L'infermiere è chiamato "operatore sanitario": quindi è un vero e proprio professionista che opera nell'ambito dell'assistenza. Il percorso formativo viene collocato a livello universitario e il diploma conseguito assume il valore "abilitante" (che permette, cioè, l'esercizio della professione). Inoltre viene affermata l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale (al Collegio IPASVI). L'iscrizione è necessaria per l'esercizio dell'attività professionale, sia come dipendenti che come liberi professionisti. L'iscrizione all'Albo serve a garantire al paziente e agli utenti in generale che il professionista sia in possesso delle competenze e conoscenze necessarie all'assistenza.

Il D.M. precisa inoltre quali siano gli ambiti dell'assistenza infermieristica e quale ne sia la natura: le aree in cui si può svolgere l'assistenza infermieristica variano dalla prevenzione alla riabilitazione comprendendo la palliazione quando la guarigione non è possibile; le tre parole chiave dell'assistenza infermieristica sono: *relazione, tecnica e intervento educativo*.

Sta alla "professionalità" dell'infermiere saper dosare nel giusto modo i tre elementi dell'assistenza, ma un'azione che dimentichi uno o due di questi tre elementi non potrà essere autentica azione di assistenza infermieristica.

L'infermiere è chiamato a operare in collaborazione e autonomamente. Deve essere poi capace di pianificare l'attività assistenziale, definire i percorsi e i protocolli assistenziali e gestire e controllare tutto il processo assistenziale. Nel rapporto con il medico, l'infermiere non si trova più in posizione subalterna rispetto a questa figura, ma diviene un professionista autonomo e responsabile delle proprie azioni, pur mantenendo una essenziale e reciproca funzione di cooperazione e collaborazione. L'attività individuale deve combinarsi con quella degli altri operatori, i quali concorrono al raggiungimento dell'obiettivo finale: la salute della persona. Quando poi l'infermiere si avvale dell'opera di personale di supporto, mantiene e conserva la piena responsabilità, tecnica e professionale, delle proprie azioni.

All'infermiere vengono inoltre attribuiti compiti didattico-formativi verso il personale di supporto e funzioni di ricerca e di coinvolgimento nel proprio aggiornamento professionale.

L'infermiere può acquisire specializzazioni dopo la formazione di base superando così il concetto di infermiere unico e polivalente.

DECRETO 14 SETTEMBRE 1994 N. 739

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

Il Ministro della Sanità

Visto l'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: " Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

Ritenuto di individuare la figura dell'infermiere;

Ritenuto di prevedere disciplinare la formazione complementare;

Visto il parere del Consiglio Superiore di Sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

Ritenuto che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;

Vista la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del Consiglio dei Ministri;

ADOTTA

Il seguente regolamento:

ADOTTA

Il seguente regolamento:

Articolo 1

1 E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo

professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica;

2 L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3 L'infermiere:

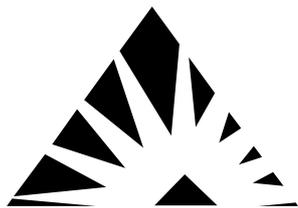
- a. partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b. identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c. pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d. garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e. agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f. per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g. svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie e pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

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

5 La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa

a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a. Sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b. Pediatria: infermiere pediatrico;
 - c. Salute mentale – psichiatria: infermiere psichiatrico;
 - d. Geriatria: infermiere geriatrico;
 - e. Area Critica: infermiere di area critica.
6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio Sanitario Nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della Sanità e si



conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio di funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Articolo 2

1 Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

Articolo 3

1 Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta Ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

6 - Legge 42 del 26 febbraio 1999

La legge **26 febbraio 1999 n. 42** è una diretta conseguenza del D.M. 739/94 e segna un importante cambiamento per la professione infermieristica.

Innanzitutto questa legge, all'articolo 1, cambia la denominazione con cui era indicata la professione infermieristica: da "professione sanitaria ausiliaria" si passa a "professione sanitaria". Con ciò si sancisce come la professione infermieristica non abbia più una funzione ausiliaria rispetto alla professione medica ma sia costituita da una specificità a sé stante, con attività e ambiti di competenza propri.

Sempre l'art. 1 sancisce l'abrogazione del mansionario (D.P.R. 225/74).

Il mansionario viene sostituito da tre criteri guida:

- il *profilo professionale dell'infermiere* (indicato nel D.M. 739/94);
- la *formazione* di base e post-base
- il *Codice deontologico*.

Oltre a questi tre criteri guida, la legge pone anche due limiti: le competenze previste per i medici e quelle previste per gli altri sanitari laureati.

L'imperativo che emerge da questa nuova normativa è la responsabilità, una responsabilità a tutti i livelli e in tutti i campi di esercizio

professionale; inoltre, è la prima volta che il legislatore italiano riconosce il Codice deontologico come elemento fondamentale e irrinunciabile dell'esercizio professionale.

Notiamo che la legge n. 42/99 abroga il D.P.R. 7 marzo 1975, n.225, a eccezione del titolo V, il quale continua a disciplinare le mansioni dell'infermiere generico, una figura "a esaurimento", che gode di un'autonomia ridotta e di competenze limitate, chiaramente definite.

Infine, tra gli aspetti di primaria rilevanza della legge, emerge il riconoscimento dell'equipollenza (valore uguale) del diploma di infermiere professionale acquisito secondo la precedente normativa con il nuovo diploma universitario. Tale equipollenza ha valore sia ai fini dell'esercizio professionale che dell'accesso alla formazione post-base.

LEGGE 42 DEL 26 FEBBRAIO 1999 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE"

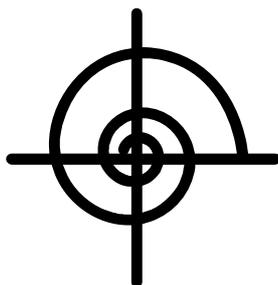
G.U. n.50 Serie Generale del 02.03.1999 La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA Promulga la seguente legge:

Art. 1.

Definizione delle professioni sanitarie

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". 2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per



l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Art. 2.

Attività della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

1. Alla corresponsione delle indennità di missione e al rimborso delle spese sostenute dai membri della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie designati dai Comitati centrali delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi ai sensi dell'articolo 17, terzo comma, del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, provvedono direttamente le Federazioni predette.

Art. 3.

Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 175

1. Alla legge 5 febbraio 1992, n. 175, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono aggiunte le seguenti: ", sugli elenchi generali di categoria e attraverso giornali e periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie";

b) all'articolo 2, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: "3-bis. Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità";

c) all'articolo 3, comma 1, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

d) all'articolo 4, comma 1, dopo le parole: "sugli elenchi telefonici" sono inserite le seguenti: "e sugli elenchi generali di categoria";

e) all'articolo 5, comma 4, le parole: "sono sospesi dall'esercizio della professione sanitaria per un periodo da due a sei mesi" sono sostituite dalle seguenti: "sono assoggettati alle sanzioni disciplinari della censura o della

sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, ai sensi dell'articolo 40 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221";

f) all'articolo 5, dopo il comma 5, sono aggiunti i seguenti: "5-bis. Le inserzioni autorizzate dalla Regione per la pubblicità sugli elenchi telefonici possono essere utilizzati per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria e, viceversa, le inserzioni autorizzate dalla Regione per la pubblicità sugli elenchi generali di categoria possono essere utilizzate per la pubblicità sugli elenchi telefonici.

5 ter Le autorizzazioni di cui al comma 1 sono rinnovate solo qualora siano apportate modifiche al testo originario della pubblicità”;

g) dopo l'art. 9 è inserito il seguente: art. 9 bis -1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'art. 1 nonché le strutture sanitarie di cui all'art. 4 possono effettuare la pubblicità nelle forme consentite dalla presente legge e nel limite di spesa del 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente”.

Art. 4.

Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

2. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli

25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

7 - LEGGE 251 DEL 10 AGOSTO 2000

Con la **legge 10 agosto 2000 n. 251** vengono istituite la dirigenza infermieristica e la laurea specialistica.

LEGGE 251 DEL 10 AGOSTO 2000

"DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE NONCHÉ DELLA PROFESSIONE OSTETRICA"

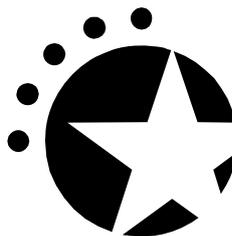
G.U. n.208 Serie Generale del 06.09.2000

Articolo 1

Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute,



al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Articolo 2

Professioni sanitarie riabilitative

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Articolo 3

Professioni tecnico-sanitarie

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

8 - Legge 1 ° febbraio 2006, n. 43

Uno degli aspetti più importanti contenuti nella legge 01/02/2006 n. 43 è la trasformazione dei Collegi in Ordini professionali e l'istituzione di nuovi Ordini per le professioni ad oggi prive. Definisce poi

che l'iscrizione all'Albo Professionale è obbligatoria anche per i dipendenti pubblici.

All'art. 6 prevede l'istituzione delle funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie, stabilendo i requisiti per assumere tali funzioni ovvero il master di primo livello in management oppure il master per le funzioni di coordinamento dell'area di appartenenza.

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006

art. 1.

(Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

Art.2

(Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione.

Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è

rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al



comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni.

L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3- bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

6. All'articolo 16- bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

"2- bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi

di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

Art. 3

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

Art. 4

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001; c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;



e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

Art.5

(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri. 3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

Art.6

(Istituzione della funzione di coordinamento).

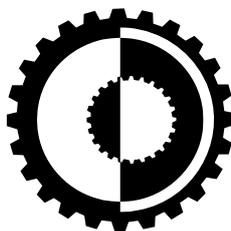
1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma

95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro



dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.



3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-

sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello

rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

Art.7

(Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

9 - Il Codice Deontologico

Il Codice deontologico. La deontologia è l'insieme dei principi e delle regole di comportamento scelte e accettate liberamente dai membri di una professione e raccolte nei Codici deontologici. Sebbene la deontologia non sia l'unica fonte di indicazioni sul comportamento, essa tuttavia ha un ruolo fondamentale nel disciplinare i comportamenti professionali per il fatto che opera in autonomia rispetto alle regole etico-morali e alle norme legislative.

Il Codice deontologico rappresenta il documento ufficiale che spiega i principi etici e raccoglie le regole derivate dalla deontologia. Esso regola il comportamento e l'attività del professionista e racchiude le direttive a cui ogni professionista si deve attenere nell'esercizio della propria professione.

Gli infermieri italiani si sono dati, nella loro storia, quattro Codici deontologici: il primo è stato scritto nel 1960, il secondo nel 1977, il terzo nel 1999, il quarto, l'attuale, nel 2009.

Il nuovo codice deontologico delinea un'entità netta per la professione infermieristica. In tutti i cinquantuno articoli vi è infatti la definizione delle norme dell'agire professionale e dei principi guida sottesi al rapporto con il paziente/assistito e a quello con gli altri professionisti.

La norma deontologica diviene, dopo l'abrogazione del mansionario, l'autoregolazione che la professione si è imposta. Essa nasce dall'interno dopo un'attenta riflessione su ciò che l'infermiere è e su ciò che gli altri si aspettano.

CODICE DEONTOLOGICO

Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svoltasi in Roma in data 17.01.09

Capo I

Articolo 1

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

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 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.

Articolo 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.

Articolo 5

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

Capo II

Articolo 7

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Capo III

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità

fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di



assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

2. Capo IV

Articolo 19

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 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.

Articolo 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.

Articolo 22

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

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito

Articolo 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali

Articolo 31

L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

Articolo 32

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 33

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 36

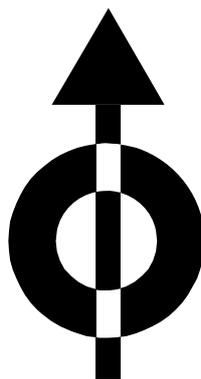
L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito



Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

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

Capo V

Articolo 41

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 42

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 43

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 44

L'infermiere tutela il decoro personale ed il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione ed esercita con onestà l'attività professionale.

Articolo 45

L'infermiere agisce con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari, nel rispetto delle indicazioni del Collegio professionale.

Capo VI

Articolo 47

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'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o



comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute della persona, segnala al proprio Collegio professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

10 - Gli organi di tutela professionale: Ordini e Collegi

Gli Ordini e Collegi professionali

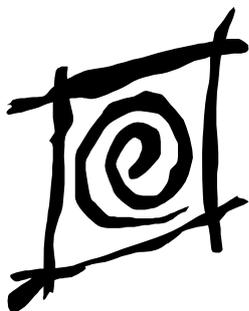
L'ordinamento italiano prevede appositi organi istituzionali, ossia gli Ordini e Collegi Professionali, i quali sono veri e propri enti di diritto pubblico, con il compito di tutelare l'esercizio delle professioni. Gli Ordini e Collegi Professionali, devono garantire l'aggiornamento dell'Albo professionale e operare per la tutela della professione.

Non vi è ormai alcuna sostanziale differenza fra il concetto di Ordine e il concetto di Collegio professionale. Infatti, mentre fino a pochi anni fa con il termine di "Ordine Professionale" ci si riferiva ad un organo di rappresentanza dei professionisti in possesso di laurea e abilitazione all'esercizio della professione e con il termine di "Collegio Professionale" ci si riferiva ad un organo di rappresentanza dei professionisti in possesso di diploma abilitante, oggi tale distinzione è puramente terminologica e non ha alcun significato pratico. Ciò in quanto entrambi si occupano dell'esercizio delle professioni intellettuali e sussiste una sostanziale uguaglianza delle funzioni e delle attribuzioni di Ordini e Collegi. Inoltre, vi sono Collegi professionali con iscritti che, per l'esercizio della professione, devono aver conseguito il diploma di laurea (come avviene per l'esercizio della professione infermieristica).

Attraverso il loro riconoscimento giuridico da parte dello Stato, gli Ordini e i Collegi professionali si caratterizzano quali organi con potere di autogoverno e autodisciplina e hanno il compito di disciplinare l'esercizio della professione attraverso una serie di interventi finalizzati a:

- ❖ tutelare i propri iscritti, quale categoria professionale con proprie specificità;
- ❖ assicurare il corretto esercizio dell'attività professionale sotto il profilo normativo e deontologico;
- ❖ tutelare l'immagine e il prestigio della professione;
- ❖ favorire lo sviluppo professionale sia tecnico che formativo;
- ❖ sostenere le iniziative necessarie o utili per la soppressione dell'esercizio abusivo della professione;
- ❖ garantire, attraverso l'attività dei professionisti, i diritti del cittadino ad una prestazione corretta ed adeguata.

Il Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI)



I Collegi IPASVI sono stati istituiti con legge del 29 ottobre 1954, n.1049 (Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrice e delle vigilatrici d'infanzia) in ogni provincia italiana. Con la costituzione dei

Collegi la professione infermieristica fu elevata a "professione intellettuale", per la quale, secondo quanto indicato anche dall'art. 2229 del Codice Civile, è prevista l'iscrizione all'Albo.

Il Collegio Professionale IPASVI è posto a garanzia dell'esercizio, nel nostro paese, delle professioni infermieristiche, con particolare riferimento agli infermieri, agli assistenti sanitari e alle vigilatrici d'infanzia.

I fini istituzionali e le funzioni dei Collegi IPASVI sono:

- ❖ la registrazione degli iscritti all'Albo;
- ❖ la funzione di vigilanza e supervisione a garanzia delle attività degli operatori sanitari;
- ❖ la funzione disciplinare verso gli iscritti che si rendano responsabili di abusi o violazioni nell'esercizio della professione e del mancato rispetto del Codice di deontologia professionale.

Il Collegio IPASVI, ha il riconoscimento della personalità giuridica e opera attraverso i propri organi che sono:

- ❖ *l'Assemblea degli iscritti* – con funzioni elettive (elezione del Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti ogni tre anni), ordinarie (assemblea ordinaria annuale) e straordinarie (convocata su iniziativa del Presidente o di 1/6 degli iscritti);

- ❖ *il Consiglio Direttivo* – eletto dall'Assemblea e composto da un numero di membri variabile, sulla base del numero degli iscritti al Collegio.

Al suo interno vengono eletti:

- a) il Presidente che rappresenta il Collegio e convoca e presiede il Consiglio direttivo e le Assemblee degli iscritti, cura l'esecuzione delle deliberazioni dell'assemblea e del Consiglio Direttivo e dirige l'attività complessiva del Collegio;
- b) il Vice Presidente che sostituisce il Presidente in caso di sua assenza o di impedimento;
- c) il Segretario che è responsabile del regolare andamento degli uffici, si occupa della gestione dell'archivio, della stesura dei verbali dell'assemblea e del Consiglio, della tenuta del registro delle deliberazioni e di ogni ulteriore adempimento in merito alla gestione amministrativa del Collegio;
- d) il Tesoriere si occupa della gestione complessiva della funzione finanziaria e contabile del Collegio curando la custodia dei beni appartenenti o messi a disposizione del Collegio, compresa la gestione della cassa e dei valori.

Le funzioni del Consiglio Direttivo sono:

1. accertare che i richiedenti risultino in possesso dei requisiti necessari per l'iscrizione al Collegio;
2. deliberare in merito a iscrizioni, cancellazioni e trasferimenti;
3. redigere e tenere aggiornato l'Albo del Collegio;
4. rilasciare il nulla-osta e le autorizzazioni per la pubblicità a mezzo di targhe e inserzioni pubblicitarie;
5. vigilare sul decoro professionale;
6. designare i rappresentanti del Collegio che andranno a far parte di commissioni, Enti, gruppi di lavoro;
7. promuovere, favorire e organizzare corsi, convegni e altre iniziative volte ad agevolare la crescita culturale degli iscritti;
8. dare il proprio contributo alle autorità istituzionali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti di interesse del Collegio;
9. esercitare il potere disciplinare nei confronti degli iscritti;

10. intervenire, qualora richiesto, nelle controversie che intercorrono fra iscritti, fra iscritto e terzi, o fra iscritto ed enti per questioni attinenti alle spese, agli onorari o ad altri aspetti relativi all'esercizio della professione. In tali casi non è escluso il compito di individuare soluzioni conciliative o di fornire pareri sulle controversie.

- ❖ *il Collegio dei Revisori dei Conti* – è costituito da tre membri eletti dall'Assemblea degli iscritti; ha il compito di esercitare il controllo sul bilancio preventivo, sulla regolarità degli atti che comportano delle spese, sull'esattezza del bilancio consuntivo e sulla corrispondenza di quest'ultimo con scritture contabili.

I Collegi IPASVI sono riuniti e confederati in una Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI con sede a Roma.

La Federazione dei Collegi Ipasvi è l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani.

La Federazione nazionale coordina i Collegi provinciali, che tra i loro compiti istituzionali hanno quello della tenuta degli Albi dei professionisti.

Sono organi della Federazione il Comitato Centrale, che è eletto ogni tre anni dai presidenti dei Collegi, il Consiglio della Federazione Nazionale, composto dai presidenti dei Collegi provinciali e il presidente della Federazione Nazionale.

La Federazione Nazionale è un riferimento di fondamentale importanza per l'attività dei Collegi e, in genere, per tutta la professione infermieristica. La Federazione, infatti, consente a livello centrale l'assunzione di decisioni omogenee in merito alle questioni di particolare rilevanza e interesse per l'intera categoria professionale.

L'obbligatorietà di iscrizione all'Albo

In Italia l'infermiere che intende esercitare la professione, sia come dipendente presso strutture ed enti pubblici o privati, sia come libero professionista, deve per legge essere iscritto al Collegio della provincia di residenza o del domicilio professionale.

L'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo è prevista, ovviamente, anche per i cittadini stranieri siano essi comunitari o extracomunitari.

11 - La formazione dell'infermiere in Italia.

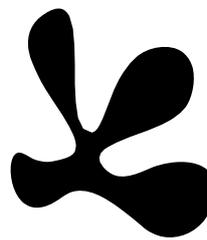
La formazione in ambito universitario.

La formazione dell'infermiere, fino al 1992, era di competenza delle scuole per infermieri professionali

istituite con decreti ministeriali presso ospedali pubblici e privati. Al termine del ciclo formativo gli studenti sostenevano l'esame di Stato e conseguivano il diploma di infermiere professionale. Il D.lsg 30 dicembre 1992 n. 502 ha posto le premesse normative per l'inserimento della formazione infermieristica in ambito universitario.

Dall'anno accademico 1997/1998 la formazione infermieristica è di esclusiva competenza delle università ed è attuata sulla base di specifici "protocolli d'intesa" ossia accordi particolari tra Regioni e Università.

La recente riforma universitaria, attuata con il DM 3 novembre 1999 n. 509 ha ulteriormente arricchito il panorama formativo infermieristico, prevedendo l'introduzione di due cicli universitari. Tali cicli si articolano in un primo



percorso, di durata triennale, per ottenere il diploma di laurea (DL) e successivamente un ulteriore percorso, di durata biennale, per il conseguimento del diploma di laurea magistrale o specialistica (LS). Inoltre,

l'università può attivare corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente, ai quali possono iscriversi, color oche sono in possesso del DU e dell'LS che prendono il nome di master.

12- La responsabilità professionale

L'infermiere è chiamato a rispondere delle azioni sbagliate che dovesse eventualmente compiere nello svolgimento della sua attività.

Solitamente vengono indicati tre tipi di responsabilità:

- ❖ Penale
- ❖ Civile
- ❖ Disciplinare

La responsabilità penale

E' la responsabilità che esiste nei confronti delle leggi dello stato la cui violazione è punita con una "pena" ed è strettamente personale, appartiene cioè in modo indissolubile a chi commette il reato. Il diritto penale è l'insieme delle disposizioni, raccolte nel codice penale o stabilite da leggi, che indicano la pena che può essere inflitta per la violazione di un determinato obbligo. Solo lo Stato può stabilire una pena per chi compie o non compie una certa azione. Le sanzioni previste per l'infrazione di una norma giuridica possono essere di *natura personale*, come la reclusione o l'arresto, o di *natura patrimoniale*, come la multa o l'ammenda.

La violazione della legge viene chiamata reato; il reato può essere:

- ❖ doloso quando l'azione dannosa è il risultato previsto e voluto da chi l'ha commessa;
- ❖ colposo quando l'azione dannosa non è voluta da chi l'ha commessa ma si verifica perché nell'azione compiuta c'è stata negligenza o imprudenza o imperizia.

Da ciò si può intuire che il tipo di reato in cui può incorrere l'operatore sanitario nell'esercizio della sua professione è sia il reato colposo, sia il reato doloso.

I principali reati in cui può incorrere l'infermiere sono:

- ❖ *lesione personale* (dolosa o colposa) che si distingue in lieve quando il fatto commesso procura una lesione personale dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente; grave o gravissima se dal fatto deriva una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa o una lesione insanabile.
- ❖ *Omissione di assistenza o soccorso* che consiste in violazione in obblighi di custodia o assistenza, imposti dalla legge, al fine di tutelare l'incolumità di individui che per le loro condizioni di età o per altre circostanze di trovino esposti a pericolo
- ❖ *Rivelazione o utilizzazione del segreto professionale* che consiste in violazioni messe in atto da chi avendo notizia, per ragioni del proprio stato o ufficio o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a propria o altrui profitto;
- ❖ *Maltrattamenti* che consistono in violazioni messe in atto da chi maltratta una persona sottoposta alla sua autorità o affidata per cura, vigilanza e custodia o per l'esercizio di una professione;
- ❖ *Sequestro di persone e violazione privata* che si configurano quando vengono ricoverati o curati in ospedale soggetti non consenzienti (senza il loro consenso) e quando vengono utilizzati sistemi di contenzione fisica e farmacologia non prescritte e motivate.



La responsabilità civile.

Consiste nel dovere di risarcire il danno causato a un'altra persona in conseguenza di un comportamento doloso o colposo ed è prevista dal codice civile all'art. 2043. La responsabilità civile può, a differenza della penale, essere trasferita a un terzo soggetto che provvede al risarcimento (l'assicurazione). La quantificazione del risarcimento è. Normalmente, valutata dal giudice che tiene conto del danno economico e del danno

biologico. Attualmente non è molto frequente il caso di infermieri chiamati e condannati a risarcire i danni causati da loro azioni colpose, ma è prevedibile che in un prossimo futuro i cittadini eserciteranno sempre più questi diritti per i seguenti motivi:

- ❖ Consapevolezza dei cittadini dei loro diritti nei confronti della struttura sanitaria e degli operatori sanitari;
- ❖ L'infermiere, anche per merito della legislazione dell'ultimo decennio, è diventato in modo pieno "responsabile dell'assistenza infermieristica" che comporta il dover rendere conto, anche con risarcimento del proprio operato se si è causato colpevolmente un danno.

Il dipendente, qualora si trovi alla presenza di un ordine verbale o scritto che risulti a lui chiaramente illegittimo deve fare le proprie rimostranze al suo superiore indicandone le ragioni. Qualora il superiore gerarchico rinnovi l'ordine per iscritto, il dipendente deve darvi esecuzione e, in tal caso, è sollevato da ogni responsabilità. In ogni caso il dipendente non deve mai dare esecuzione a un ordine di servizio, verbale o scritto, che comporti una violazione della legge penale.

Inoltre, per chi esercita in regime di dipendenza si delineano due ambiti di responsabilità: verso l'amministrazione e verso il destinatario delle prestazioni. Infatti il dipendente è direttamente responsabile dei danni provocati con il suo operato, ma è anche tenuto a risarcire l'amministrazione se il danno è derivato dalla violazione a obblighi di servizio o se ha agito per delega del superiore; se invece il dipendente ha agito per ordine del superiore, ne risponde quest'ultimo.

La responsabilità disciplinare

La responsabilità disciplinare è personale, cioè appartiene a chi non osserva gli obblighi contrattuali e/o di comportamento e non è trasferibile a terzi. Consiste, per il dipendente pubblico, nel dovere di rispettare obblighi contrattuali che gli derivano dal rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione.

13 - Gli operatori di supporto.

Gli infermieri sono coadiuvati nell'attività assistenziale da operatori di supporto, figure nate dall'esigenza di dare una risposta sempre più qualificata sia in ambito sanitario sia in ambito assistenziale.

Gli operatori di supporto sono:

Ausiliario Socio Assistenziale (ASA)

- ❖ Agisce integrando la propria attività con quella di altre figure professionali;

- ❖ è esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte;
- ❖ esegue interventi diretti sull'utente finalizzati a fornire un supporto nelle attività di vita quotidiane, nell'aiuto domestico e nella cura degli ambienti nonché prestazioni igienico – sanitario di semplice attuazione.

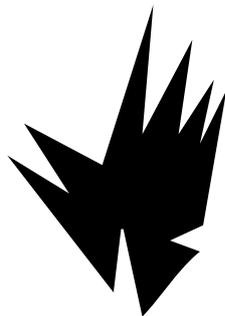
Operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA):

- ❖ è essenzialmente una figura di supporto tecnico esecutivo;
- ❖ agisce sotto la diretta responsabilità del capo sala o, in sua assenza dell'infermiere;
- ❖ è esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni affidategli;
- ❖ esegue interventi in autonomia (attività alberghiere, di pulizia e manutenzione, di trasporto, di sanificazione) ed altri, molto semplici, in collaborazione o su indicazione del personale infermieristico (igiene personale, mobilitazione).

Operatore Socio sanitario (OSS)

- ❖ è la figura di supporto all'assistenza socio sanitaria genericamente intesa che gode di maggior autonomia e maggiori competenze rispetto alle precedenti;
- ❖ agisce secondo le indicazioni contenute nei piani di lavoro e nei protocolli predisposti dal personale sanitario e sociale preposto;
- ❖ è esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte e/o attribuite;
- ❖ esegue interventi che riguardano l'assistenza diretta e l'aiuto domestico alberghiero, l'ambito igienico sanitario e sociali, il supporto e l'integrazione nel contesto organizzativo dei servizi e la collaborazione con l'equipe assistenziale. Tali interventi possono essere svolti in autonomia, in associazione con altre figure professionali o su indicazione delle stesse.

La figura dell'OSS non può certo definirsi come la riedizione, aggiornata, dell'infermiere generico o come figura infermieristica, bensì come figura di supporto all'assistenza.



14 - La documentazione sanitaria: cartella clinica e documentazione infermieristica.

Per documentazione sanitaria si intende l'insieme dei documenti che gli operatori sanitari sono tenuti a produrre nell'esercizio della loro attività.

La cartella clinica

E' un documento in cui sono contenute informazioni in merito alle generalità dell'utente, la diagnosi di entrata in una struttura sanitaria o socio sanitaria, il motivo del ricovero o dell'accesso, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami diagnostici di laboratorio e specialistici, le terapie prescritte e praticate, il decorso delle condizioni di salute, lo stato dell'utente al momento della dimissione, la diagnosi di dimissione. la cartella clinica ha lo scopo di "fotografare" lo stato di salute del paziente e la sua storia sanitaria affinché sia possibile diagnosticarne patologie e disturbi e quindi decidere la terapia più appropriata. essa permette inoltre, attraverso le informazioni contenute, una valutazione dell'attività sanitaria svolta.

Per la sua rilevanza, la sua compilazione deve seguire alcune regole precise, ricavabili dalla normativa esistente e dal codice di deontologia medica.

In particolare:

- ❖ deve essere scritta in modo chiaro e comprensibile e deve essere leggibile da tutti;
- ❖ le informazioni contenute devono essere complete e immediatamente annotate sulla cartella affinché ogni operatore sanitario possa avere in qualsiasi momento un quadro completo della situazione;
- ❖ la stesura deve essere scrupolosa e priva di correzioni, adattamenti e completamenti. Nessuno può aggiungere informazioni a margine, cancellare parole e dati o modificare quelli esistenti: ogni informazione va annotata in modo cronologico, con data e firma del compilante;
- ❖ i dati contenuti nella cartella vanno ritenuti strettamente personali. Si tratta di dati sensibili che non possono essere resi accessibili - se non agli operatori preposti - o pubblici, senza il consenso scritto del malato;
- ❖ la cartella clinica non può lasciare la struttura in cui la persona è ricoverata (unica eccezione il sequestro da parte dell'autorità giudiziaria) e va conservata, unitamente ai referti, a tempo illimitato. Ciò al fine di garantire la "certezza del diritto" e, in quanto importante fonte documentaria per le ricerche di carattere storico-sanitario. Le lastre e la documentazione di medicina nucleare facenti parte della cartella clinica, possono essere conservate per un periodo limitato di 10 anni;

- ❖ nel caso in cui la persona ricoverata venga trasferita in un'altra struttura sanitaria, la sua cartella clinica rimane conservata nell'archivio centrale della prima;
- ❖ la responsabilità della gestione e della conservazione della cartella clinica è del primario dell'unità operativa e, quando la cartella clinica è trasferita nell'archivio centrale, la responsabilità passa al Direttore Sanitario.

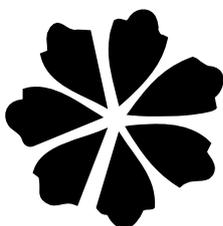
I soggetti che possono richiedere una copia della cartella clinica sono:

- ❖ il paziente o un suo delegato;
- ❖ gli eredi legittimi con riserva per determinate informazioni
- ❖ i medici di altri reparti o struttura che ne facciano richiesta per scopi scientifici o statistici. In tali casi vige l'obbligo della riservatezza, del segreto professionale e dell'anonimato;
- ❖ l'autorità giudiziaria;
- ❖ gli enti previdenziali;
- ❖ il SSN.

Le responsabilità infermieristiche rispetto alla cartella clinica sono principalmente: l'annotazione dei rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, segreti, escreti) e la custodia e conservazione di tutta la documentazione sanitaria fino alla consegna all'archivio centrale.

La documentazione infermieristica.

La cartella infermieristica è uno strumento operativo dell'infermiere finalizzato alla pianificazione personalizzata dell'attività assistenziale, alla sua realizzazione e alla verifica dei risultati ottenuti.



La cartella infermieristica persegue i seguenti OBIETTIVI SPECIFICI:

- ❖ documentare tutta l'attività svolta dall'infermiere nei confronti della persona degente, contestualmente al suo svolgersi ;
- ❖ garantire la continuità dell'assistenza e quindi il passaggio delle consegne degli infermieri ogni cambio turno;
- ❖ valutare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata;
- ❖ rilevare il carico di lavoro infermieristico di una determinata realtà operativa;
- ❖ applicare la ricerca infermieristica
- ❖ costituisce documentazione medico-legale

L'infermiere che assiste la persona ha la propria responsabilità di documentare la propria attività sulla cartella infermieristica, datando e firmando ogni registrazione.

La cartella infermieristica presuppone necessariamente che l'attività assistenziale sia fondata su un modello teorico di riferimento. In assenza della cartella infermieristica, rivestono la qualifica di atto pubblico in senso lato, il registro dei rapporti e delle consegne e le schede individuali di consegna.

Analogamente alla cartella clinica, la cartella infermieristica deve essere compilata seguendo alcune regole precise:

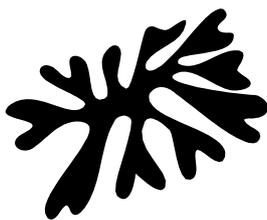
- ❖ deve essere scritta in modo chiaro e comprensibile e deve essere leggibile da tutti utilizzando solo sigle convenzionali o sigle preliminarmente definite per esteso;
- ❖ le informazioni contenute devono essere complete, espresse in forma sintetica e immediatamente annotate sulla cartella affinché ogni operatore sanitario possa avere in qualsiasi momento un quadro completo della situazione;
- ❖ la stesura deve essere scrupolosa e priva di correzioni, adattamenti e completamenti. Nessuno può aggiungere informazioni a margine, cancellare parole e dati o modificare quelli esistenti: ogni informazione va annotata in modo cronologico, con data e firma del compilante;
- ❖ i dati contenuti nella cartella vanno ritenuti strettamente personali. Si tratta di dati sensibili che non possono essere resi accessibili - se non agli operatori preposti - o pubblici, senza il consenso scritto del malato;
- ❖ la cartella infermieristica va custodita e conservata come da disposizioni relative alla documentazione sanitaria.

Il registro degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope. Le strutture hanno l'obbligo di tenere un registro di carico e scarico degli stupefacenti che deve essere conforme a quello approvato dal Ministero della Salute e vidimato dal Direttore Sanitario o un suo delegato. Il registro deve essere conservato dal responsabile dell'assistenza infermieristica dell'unità operativa, per due anni dalla data dell'ultima registrazione. Il Dirigente medico preposto all'unità operativa è responsabile dell'effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella effettiva degli stupefacenti. Il Direttore del servizio farmaceutico dell'azienda sanitaria compie periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta del registro di carico e scarico del reparto e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria. L'infermiere è quindi responsabile del carico e dello scarico degli stupefacenti – ricordando che lo scarico deve essere contestuale alla somministrazione – e della conservazione del registro.

15 - Strumenti operativi: procedure, protocolli, linee guida.

Le procedure di assistenza infermieristica.

Le procedure sono la forma più elementare di standardizzazione, infatti esse si riferiscono ad una successione logica di azioni con lo scopo di raccomandare quali siano le modalità tecnicamente ottimali nell'esecuzione di una pratica semplice o complessa. Con l'adozione delle procedure, si tende a ridurre la variabilità ingiustificata, cercando di arrivare all'obiettivo comune di uniformare i comportamenti. Per arrivare a questo è necessaria la condivisione da parte di tutti gli utilizzatori, non sarebbe logico formalizzare una procedura se poi non venisse utilizzata dal gruppo, senza dimenticare l'aggiornamento continuo e la revisione



I protocolli di assistenza infermieristica

I protocolli ovvero i percorsi clinico assistenziali, prestabiliscono uno schema ottimale di sequenza di comportamenti in relazione all'iter diagnostico, terapeutico ed assistenziale da mettere in atto nel momento in cui si verifichi una situazione tipica, al fine di massimizzare efficacia ed efficienza delle attività. I protocolli nascono dall'esigenza di migliorare l'assistenza da parte di tutti, per questo necessitano della collaborazione attiva di tutti i componenti del gruppo; devono essere flessibili e non statici perché possono essere utilizzati in tutti quei casi in cui si presenta una determinata situazione o patologia. L'applicazione dei protocolli ha lo scopo di uniformare i metodi di lavoro, modificare i comportamenti, valutare la qualità dell'assistenza, promuovere l'aggiornamento. Lo scopo del protocollo è invece quello di raggiungere uno standard qualitativo cui far riferimento nell'erogare le varie prestazioni. È importante che alla stesura del protocollo provvedono quegli operatori che lo dovranno poi applicare perché questo ne facilita la rispondenza alle risorse e l'effettiva traduzione in atto.

Con il termine protocollo si fa riferimento allo "strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali, con le quali l'infermiere raggiunge un determinato obiettivo professionale.

La finalità del protocollo è quindi quella di permettere l'erogazione della prestazione infermieristica in maniera efficace, efficiente e omogenea.

I vantaggi derivanti dall'applicazione dei protocolli:

- ❖ Valorizzano la professionalità infermieristica e favoriscono l'evoluzione sistematica delle conoscenze professionali;
- ❖ Sono un meccanismo di integrazione tra diversi operatori; permettono pertanto di sviluppare un sistema integrato di cure;
- ❖ Permettono di verificare i risultati poiché rendono i comportamenti osservabili, misurabili e confrontabili;
- ❖ Consentono di motivare s basi scientifiche i comportamenti degli infermieri;
- ❖ Permettono di utilizzare al meglio le risorse disponibili, puntando a un loro uso ottimale e razionale ed evitando sprechi;
 - ❖ Definiscono le responsabilità: infatti, è prevista una chiara esplicitazione di chi fa che cosa, come, quando e perché;
 - ❖ Favoriscono l'uniformità dei comportamenti degli infermieri, riducendo così la possibilità di errori e l'arbitrarietà dei comportamenti;
- ❖ Facilitano l'inserimento dei nuovi infermieri e l'apprendimento degli studenti.

Gli svantaggi riscontrabili nell'utilizzo dei protocolli:

- ❖ La scarsa elasticità; essi lasciano al professionista solo una relativa discrezionalità decisoria;
- ❖ Il protocollo risponde a un criterio prevalentemente efficientista e questo, a volte, potrebbe essere in contrasto con le esigenze individuali degli assistiti;
- ❖ Nell'uso continuativo, il protocollo può portare alla messa in atto di comportamenti automatici, quasi senza la partecipazione della volontà o dell'intelligenza; ciò nonostante, questa sua caratteristica lo rende valido nelle UO di emergenza, dove gli infermieri sono chiamati ad agire con tempismo e determinatezza;
- ❖ Non ha valore generale ma locale, l'efficacia e la validità del protocollo riguarda solo il contesto per il quale è stato elaborato.

Per garantirne la corretta applicazione di un protocollo è necessaria la condivisione dello stesso da parte di tutta l'equipe infermieristica dell'UO; pertanto è indispensabile il suo coinvolgimento nelle fasi di analisi e di valutazione generale.

Le linee-guida.

Secondo la definizione formulata dall'Institute of Medicine nel 1992, le linee-guida sono "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere sanitari (medici e infermieri) e pazienti nelle decisioni sulla gestione più appropriata in specifiche condizioni cliniche". In altre parole,

raccomandazioni di comportamento clinico, che hanno lo scopo di assistere i pazienti e gli operatori sanitari nel processo decisionale relativo alle modalità di assistenza più appropriate.

Le linee guida rappresentano il risultato delle migliori evidenze scientifiche disponibili, opportunamente integrate con l'opinione dei professionisti.

La messa a punto e l'applicazione delle linee guida consentono di raggiungere importanti obiettivi, fra cui:

- ❖ Il miglioramento della qualità dei servizi erogati in termini di efficacia ed efficienza;
- ❖ L'orientamento dei professionisti nella gestione dei problemi degli utenti;
- ❖ La formazione, l'educazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari impiegati nell'elaborazione delle linee guida;
- ❖ Il monitoraggio della pratica clinica e l'individuazione dei comportamenti, al fine di rendere l'attività clinica più omogenea.

