

Regio Decreto Legge 15 Agosto 1925, n. 1832: Facolta' della istituzione di «Scuole-convitto professionali» per infermiere, e di «Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale» per assistenti sanitarie visitatrici.

Articolo 1

Le facoltà universitarie medico-chirurgiche, i comuni del Regno, le istituzioni pubbliche di beneficenza, le istituzioni di previdenziale sociale, ed altri enti morali, nonché comitati costituiti allo scopo, possono essere autorizzati dal ministero dell'interno, di concerto con quella dell'istruzione, ad istituire scuole-convitto professionali per l'infermiere.

Gli enti predetti, qualora dispongono di servizi adeguati alle necessità del tirocinio tecnico, possono altresì essere autorizzati nelle forme di cui sopra ad istituire scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici.

Articolo 2

Alle scuole di cui all'articolo precedente qualunque sia l'ente che ne abbia promossa la istituzione è riconosciuta con decreto del ministro per l'interno della capacità di compiere tutti i negozi giuridici necessari per il raggiungimento del loro fine e di stare in giudizio per le azioni che ne conseguono.

Esse godono del beneficio del gratuito patrocinio nelle cause attive e passive in cui sono interessate.

Il riconoscimento di cui nel primo comma del presente articolo e la approvazione dello statuto possono seguire con lo stesso atto che concede l'autorizzazione ad istituire la scuola.

In mancanza di contraria disposizione dello statuto il consiglio di amministrazione della scuola è nominato per intero dall'ente che ne ha promosso l'istituzione.

Articolo 3

I mezzi finanziari per il funzionamento delle scuole sono costituiti dai cespiti e dalle entrate loro proprie. Le scuole convitto professionali per infermiere usufruiscono altresì dei proventi derivanti dall'esercizio dell'assistenza a norma dell'articolo 6 in base a convenzioni da stipularsi con gli enti ospedalieri.

Articolo 4

È istituita una commissione per dare parere:

- a) sulle domande di autorizzazione all'apertura delle scuole di cui all'articolo 1
- b) sui progetti tecnico-sanitari dell'impianto ed il funzionamento delle scuole
- c) sulle concessioni delle agevolazioni finanziarie previste dal presente decreto
- d) sui programmi di insegnamento e d'esame da adottarsi alle scuole
- e) sulla nomina degli insegnanti e sul conferimento dei posti di direzione delle scuole

La commissione è presieduta dal direttore generale della sanità pubblica ed è composta:

- del presidente della Croce Rossa italiana o di un suo delegato;
- di due membri nominati dal ministro per l'istruzione rispettivamente fra i clinici medici ed i clinici chirurghi delle università regie;
- di un membro nominato dal ministro per l'interno fra i direttori o primari di ospedali;
- della presidente dell'associazione nazionale fra infermiere

Della commissione fa parte altresì:

- a) nelle questioni concernenti le scuole-convitto professionali per infermiere: un membro nominato dal ministro per interno fra persone particolarmente esperte in tema di assistenza ospedaliera

b) per le questioni concernenti le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici: un membro nominato dal ministro per l'interno fra coloro che abbiano la presidenza o la direzione di una delle dette scuole

I membri nominati dei ministri per l'interno e per l'istruzione durano in carica per un quadriennio e sono sempre rieleggibili.

Articolo 5

Le scuole, di cui all'articolo 1, sono poste sotto la diretta vigilanza dei ministeri dell'interno e dell'istruzione.

Le scuole-convitto professionali per infermiere debbono funzionare presso un pubblico ospedale medico-chirurgico che abbia sufficiente disponibilità di servizi in proporzione al numero delle allieve, e provvedere con le proprie infermiere (capo-sala, infermiere diplomate, allieve) all'assistenza immediata di una parte almeno delle corsie dell'ospedale.

Articolo 7

Nelle scuole-convitto professionali per infermiere, l'insegnamento teorico-pratico, deve essere impartito da medici di riconosciuto valore, dalla direttrice e dalle capo-sala.

La direzione delle scuole-convitto deve essere affidata ad una infermiera che abbia conseguito in una scuola-convitto italiana il diploma ed il certificato di abilitazione a funzioni direttive di cui e che abbia tenuto con lode per almeno un biennio funzioni direttive dell'assistenza infermiera in un reparto ospitaliero del regno.

La disposizione di cui nel precedente capoverso non è applicabile alle infermiere che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, abbiano la direzione di scuole-convitto professionali per infermiere.

In via transitoria, e per la durata massima di dieci anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la direzione delle scuole-convitto può essere affidata anche ad infermiere che abbiano seguito i corsi delle scuole-convitto professionali per infermiere esistenti alla data del presente decreto e che abbiano tenuto con lode per almeno un biennio funzioni direttive dell'assistenza infermiera in un reparto ospitaliero del regno nonché ad infermiere diplomate in scuole-convitto straniere.

Articolo 8

Nelle scuole-convitto le allieve compiono un corso biennale teorico-pratico con relativo tirocinio.

Quelle di dette allieve che, alla fine del biennio, abbiano superato apposito esame, secondo i programmi che verranno applicati del ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione, conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera.

Il possesso di tale diploma costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti di servizio di assistenza immediata negli ospedali dei comuni delle istituzioni pubbliche di beneficenza e di altri enti morali.

Articolo 9

Presso le scuole-convitto può essere istituito un terzo anno di insegnamento per la abilitazione a funzioni direttive.

Quelle di dette allieve che, dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo anno di corso, secondo programmi che verranno approvati dal ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione, conseguono una speciale certificato di abilitazione.

Il possesso di tale certificato costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti direttivi.

Articolo 10

Entro il termine di dieci anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le amministrazioni ospedaliere dovranno coprire gradatamente tutti posti di caposala che si renderanno vacanti con personale religioso o laico munito del diploma di cui all'articolo 8.

Articolo 11

Alle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici possono essere ammesse le infermiere che siano provviste del diploma di cui all'articolo 8.

Articolo 12

Nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici le allieve compiere un corso annuale che comprende:

- a) insegnamento teorico-pratici impartiti da professori competenti
- b) tirocinio pratico sotto la direzione di un'assistente sanitaria o di persona riconosciuta competenza e di comprovata pratica

Articolo 13

Le allieve che, alla fine del corso, abbiano superato apposito esame secondo programmi che saranno approvati dal ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di assistente sanitaria visitatrice.

Il possesso di tale diploma costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti di servizio nelle istituzioni di carattere medico-sociale e nelle opere di igiene e profilassi urbana e rurale sotto la direzione e responsabilità del personale medico.

Articolo 14

Con speciale regolamento su proposta del ministro per l'interno di concerto con quello per l'istruzione saranno stabilite le norme per l'esecuzione del presente decreto comprendenti anche le condizioni e modalità diverse da quelle conseguenti dagli articoli 8, 6 e 13 con le quali, in via transitoria entro due anni, all'infermiere laiche e religiose, e rispettivamente alle assistenti sanitarie visitatrici le quali dimostrino di possedere un conveniente tirocinio professionale possa farsi luogo al rilascio:

- a) di certificato di ammissione al secondo anno di corso
- b) di diplomi di Stato per infermiere professionali o per assistenti sanitari visitatrici
- c) del certificato di abilitazione a funzioni direttive

REGIO DECRETO 21 novembre 1929, n. 2330 : Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici. Le scuole-convitto professionali per infermiere ordinate secondo il R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832 (legge 18 marzo 1926, n. 562) hanno lo scopo di impartire alle allieve, con unita' di indirizzo e metodo scientifico, tutte le nozioni teoriche e pratiche necessarie a ben esercitare e dirigere l'opera di assistenza diretta degli infermi nei reparti clinici e ospedalieri. I locali delle scuole-convitto professionali per infermiere debbono essere prossimi, ma perfettamente separati e distinti, dalle corsie dell'ospedale presso il quale funziona la scuola-convitto. Detti locali dovranno, preferibilmente, essere di proprieta' della scuola-convitto o dell'ente che ne ha promossa la fondazione ovvero concessi alla scuola-convitto in uso perpetuo. Non possono essere ammesse nelle scuole-convitto professionali per infermiere coloro che siano di eta' inferiore agli anni 18, od abbiano superato l'eta' di anni 35. Per essere ammesse al primo corso delle scuole-convitto professionali per infermiere, occorre possedere il certificato di licenza da una scuola media di primo grado. In mancanza di aspiranti, munite di tale titolo di studio, possono essere ammesse quelle che posseggono, almeno, il certificato di aver subito, con esito favorevole, gli esami della quinta classe elementare, ovvero il certificato di ammissione ad una scuola media di primo

grado. Le materie obbligatorie di insegnamento sono: a) per il *diploma di infermiera professionale*: 1° elementi di anatomia e di fisiologia; 2° elementi di medicina e di chirurgia; 3° assistenza medica, assistenza chirurgica e assistenza infantile; 4° pronto soccorso; 5° nozioni di igiene; 6° elementi di etica professionale e di economia domestica. b) per il *diploma di abilitazione a funzioni direttive nell'assistenza infermiera*: 1° perfezionamento nelle materie dei primi due anni; 2° tecnica ospedaliera con speciale riguardo alle funzioni di capo-sala; 3° elementi di igiene e di medicina sociale. Nelle scuole-convitto professionali per infermiere e nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici devono essere tenute annualmente due sessioni di esame, l'una estiva e l'altra autunnale.

REGIO DECRETO 2 maggio 1940, n. 1310: Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici. Alle infermiere professionali competono le seguenti attribuzioni di indole amministrativa organizzativa e disciplinare, nell'ambito del reparto ospedaliero cui sono adibite: a) esecuzione delle norme e delle disposizioni che regolano l'andamento dei servizi di assistenza del reparto o della sezione affidata all'infermiera, con responsabilita', del proprio servizio e di quello delle persone poste alle dipendenze dell'infermiera; b) tenuta delle schede cliniche e del libro di guardia riflettente gli infermi; c) richieste per gli interventi d'urgenza dei sanitari; d) compilazione e registrazione del movimento ammalati del reparto; e) tenuta e compilazione dei registri e dei moduli per le richieste dei medicinali, ordinari e di urgenza, da sottoporre alla firma dei sanitari; f) ricevimento, registrazione e conservazione dei medicinali di uso comune, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; g) registrazione sistematica degli ordini ricevuti, compilazione dei rapporti e delle consegne; h) tenuta e compilazione dei registri del reparto; i) mantenimento della disciplina degli infermi; l) controllo della pulizia degli ambienti e regolarizzazione della ventilazione, dell'illuminazione e del riscaldamento delle infermerie e delle camere di degenza dei malati. Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette proprie all'infermiera professionale, tanto nel campo ospedaliero quanto nell'esercizio privato sono le seguenti: a) assistenza completa dell'infermo, alle dirette dipendenze del medico; b) somministrazione dei medicinali ordinati; c) esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico; d) sorveglianza e somministrazione delle diete; e) raccolta, conservazione ed invio dei materiali per le ricerche cliniche destinate ai laboratori del reparto o ai laboratori centrali; f) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza dell'infermiera - temperatura, polso, respiro, secreti ed escreti - ed annotazione nel libro di guardia delle osservazioni fatte di giorno e di notte; g) compilazione delle grafiche della temperatura, del polso, del respiro; h) primi ed elementari esami di laboratorio (reazione, peso specifico, ricerca qualitativa e quantitativa, dell'albumina, ricerca qualitativa dello zucchero nelle urine).Dietro ordinazione del medico, l'infermiera professionale puo' eseguire le seguenti manovre o interventi: a) iniezioni ipodermiche, intramuscolari; b) ipodermoclisi - sorveglianza di fleboclisi; c) rettoclisi; d) frizioni, pennellature, impacchi; e) coppette, vescicanti, sanguisugio; f) applicazioni elettriche piu' semplici; g) medicazioni comuni e bendaggi; h) clisteri avacuanti, medicamentosi e nutritivi; i) lavande vaginali; l) cateterismo nella donna e in caso d'urgenza o dietro prescrizione specifica del medico anche nell'uomo, purché non siano adoperati strumenti metallici o comunque rigidi; eventuali lavande ed istillazioni vescicali dietro ordine del sanitario; m) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico dietro richiesta e sotto la

responsabilita' del medico; n) lavanda gastrica, con l'autorizzazione e sotto la responsabilita' del medico; o) intubazione d'urgenza; p) massaggi e ginnastica medica; q) tamponamento vaginale d'urgenza. Piccole medicature vaginali prescritte dal medico; r) tamponamento nasale anteriore d'urgenza; s) applicazione di lacci emostatici d'urgenza; t) respirazione artificiale; u) bagni terapeutici e medicati; v) prelevamento di secrezioni od escrezioni a scopo diagnostico. Prelevamento di tamponi orofaringei. Ogni soccorso d'urgenza dev'essere seguito dalla chiamata del medico. L'attivit  degli infermieri generici dev'essere limitata alle seguenti mansioni, per prescrizione del medico e, nell'ambito ospedaliero, sotto la responsabilita' dell'infermiera professionale: a) assistenza completa dell'infermo alle dirette dipendenze dei sanitari e della professionale preposta al reparto; b) somministrazione dei medicinali ordinati, sotto la responsabilita' della professionale preposta al reparto; c) somministrazione delle diete, secondo le istruzioni della infermiera professionale; d) presa e annotazione semplice (non grafica) della temperatura, del polso e del respiro; e) raccolta di urine, feci, espettorati, vomito, ecc.; f) iniezioni ipodermiche, intramuscolari; g) rettoclisi; h) frizioni, pennellature, impacchi; i) coppette, vescicanti, sauguisugio; l) medicazioni comuni e bendaggi sotto la responsabilita' diretta della professionale; m) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi; n) applicazione di lacci emostatici d'urgenza; o) respirazione artificiale; p) bagni terapeutici e medicati. Ogni soccorso d'urgenza dev'essere seguito dalla chiamata del medico.

DECRETO LEGISLATIVO DEL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO 13 settembre 1946, n. 233 Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse. In ogni provincia, sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti ed i Collegi delle ostetriche. Se il numero dei sanitari residenti nella provincia sia esiguo ovvero se sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, l'Alto Commissario per l'igiene e la sanita' pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali e gli Ordini o Collegi interessati, puo' disporre che un Ordine o un Collegio abbia per circoscrizione due o piu' provincie finitime, designandone la sede. Ciascuno degli Ordini e dei Collegi nei termini stabiliti dall'art. 22 elegge, in assemblea plenaria, fra gli iscritti all'albo, a maggioranza di voti ed a scrutinio segreto, il Consiglio direttivo, che e composto di cinque membri, se gli iscritti nell'albo non superano i cento; di sette se superano i cento, ma non i cinquecento; di nove, se superano i cinquecento, ma non i millecinquecento; di quindici, se superano i millecinquecento. I componenti del Consiglio durano in carica due anni e l'assemblea, per l'elezione del Consiglio, deve essere convocata. Nei quindici giorni precedenti a quello in cui esso scade. Ogni Consiglio elegge nel proprio seno un presidente, un tesoriere ed un segretario. Il presidente ha la rappresentanza dell'Ordine e Collegio di cui convoca e presiede l'assemblea.

Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni:

- a) compilare e tenere l'albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;
- b) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del Collegio;
- c) designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- e) dare il proprio concorso alle autorita' locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;
- f) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti inseriti nell'albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- g) interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presi la propria opera professionale, per ragioni di spese di onorari o per altre questioni inerenti all'esercizio professionale,

procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse. Il Consiglio provvede all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine o Collegio e propone all'approvazione dell'assemblea il bilancio preventivo ed il cono o consuntivo. Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'Ordine o Collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'albo, nonché una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari. Il Consiglio provvede all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine o Collegio e propone all'approvazione dell'assemblea il bilancio preventivo ed il cono o consuntivo. Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'Ordine o Collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'albo, nonché una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari. Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel secondo comma dell'art. 4 è ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti, convocati in adunanza generale, che decide in via definitiva. Contro i provvedimenti per le materie indicate nelle lettere a) ed f) dell'art. 3 è ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. I Consigli direttivi possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente. Lo scioglimento viene disposto con decreto dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali, con lo stesso decreto è nominata una Commissione straordinaria di tre membri iscritti nell'albo della provincia. Alla Commissione competono tutte le attribuzioni del Consiglio disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento dovrà procedersi alle nuove elezioni. Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria, residenti nella circoscrizione. Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo. Per l'iscrizione all'albo è necessario: a) essere cittadino italiano; b) avere il pieno godimento dei diritti civili; c) essere di buona condotta; d) aver conseguito il titolo accademico dato o confermato in una università o altro istituto di istruzione superiore a ciò autorizzato ed essere abilitati all'esercizio professionale oppure per la categoria delle ostetriche, aver ottenuto il diploma rilasciato dalle apposite scuole; e) avere la residenza nella circoscrizione dell'Ordine o Collegio. Possono essere anche iscritti all'albo gli stranieri che abbiano conseguito il titolo di abilitazione in Italia o all'estero, quando siano cittadini di uno Stato con il quale il Governo italiano abbia stipulato, sulla base della reciprocità, un accordo speciale che consenta ad essi l'esercizio della professione in Italia, purché dimostrino di essere di buona condotta e di avere il godimento dei diritti civili. I sanitari che siano impiegati in una pubblica amministrazione ed ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, non sia vietato l'esercizio della libera professione, possono essere iscritti all'albo. Essi sono soggetti alla disciplina dell'Ordine o Collegio, limitatamente all'esercizio della libera professione. La cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi:

- a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili;
- b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- d) di rinuncia all'iscrizione;
- e) di cessazione dell'accordo previsto dal 20 comma dell'art. 9;
- f) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto. La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato. Gli Ordini ed i Collegi provinciali sono riuniti rispettivamente in Federazioni nazionali con sede in Roma. Le Federazioni sono dirette da un Comitato centrale composto ai tredici membri per le Federazioni dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti di sette membri per le Federazioni delle ostetriche. Ogni Comitato centrale, elegge nel proprio seno un presidente, un tesoriere ed un segretario. Il presidente ha la rappresentanza della Federazione di cui convoca e presiede il Comitato centrale ed il Consiglio nazionale. I

Comitati centrali sono eletti dai presidenti di rispettivi Ordini e Collegi, ogni triennio, tra gli iscritti agli albi a maggioranza di voti ed a scrutinio segreto. Ciascun presidente dispone di un voto per ogni 200 iscritti e frazione di 200 iscritti al rispettivo albo provinciale. La Commissione centrale: a) decide sui ricorsi ad essa proposti a norma del presente decreto; b) esercita il potere disciplinare nei confronti dei propri membri professionisti e dei membri dei Comitati centrali delle Federazioni nazionali. Avverso le decisioni della Commissione centrale e' ammesso ricorso alle Sezioni unite della Corte Suprema di cassazione, a norma dell'art. 362 del Codice di procedura civile. I presidenti degli Ordini e dei Collegi ed i presidenti delle Federazioni nazionali sono membri di diritto rispettivamente dei Consigli provinciali e del Consiglio superiore di sanita'. Gli iscritti agli albi sono tenuti anche all'iscrizione ed al pagamento dei relativi Contributi all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza istituito o da istituirsi per ciascuna categoria. L'ammontare dei con tributi verra' determinato dei competenti organi degli enti, d'accordo con il Consiglio nazionale delle rispettive Federazioni nazionali.

D.P.R. 5 APRILE 1950, N. 221: Regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n.233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse. CAPO IV DELLE SANZIONI DISCIPLINARI E DEL RELATIVO PROCEDIMENTO.

I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti. Quando risultano fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificatene sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni. Il presidente fissa la data della seduta per il giudizio, nomina, il relatore e provvede a notificare all'interessato: a) la menzione circostanziata degli addebiti; b) il termine non inferiore a giorni venti e prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale egli puo' prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte; c) l'indicazione del luogo, giorno ed ora del giudizio disciplinare; d) l'espresso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta del Consiglio, si procedera' al giudizio in sua assenza. Nel termine di cui alla lettera b) l'interessato puo' chiedere di essere sentito. Le sanzioni disciplinari sono:

- 1) l'**avvertimento**, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) la **censura**, che e' una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) la **sospensione** dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi, salvo quanto e' stabilito dal successivo art. 43;
- 4) la **radiazione** dall'Albo e' pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignita' della classe sanitaria. La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli articoli 446 (commercio clandestino o fraudolento di

sostanze stupefacenti), 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo. Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo:

- a) l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata;
- b) il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222, secondo comma, del Codice penale;
- c) l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro).

La radiazione nei casi preveduti dal presente articolo, e' dichiarata dal Consiglio.

Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione:

- a) la emissione di un mandato o di un ordine di cattura;
- b) l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli articoli 140 e 206 del Codice penale;
- c) la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni;
- d) l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive prevedute dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario);
- e) l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive, prevedute nel citato art. 215 del Codice penale, comma terzo, nn. 1, 2, 3 e 4 (liberta' vigilata - divieto di soggiorno in uno o piu' comuni o in una o piu' province - divieto di frequentare osterie e (pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato). La sospensione e' dichiarata dal Consiglio.

Il Consiglio puo' pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorita' di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento, senza pregiudizio delle successive sanzioni. Nei casi preveduti nei precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effetto la sentenza o il provvedimento da cui essa e' stata determinata. Nel giorno fissato per il giudizio, il relatore espone i fatti addebitati e le circostanze emerse dall'istruttoria; quindi viene sentito, ove sia presente, l'incolpato. L'incolpato deve comparire personalmente. Non e' ammessa l'assistenza di avvocati o di consulenti tecnici, salvo che, per questi ultimi, il Consiglio non ritenga necessario il loro intervento. Chiusa la trattazione orale ed allontanato l'incolpato, il Consiglio decide. Le sedute del Consiglio non sono pubbliche. Per ogni seduta e' redatto apposito verbale contenente:

- a) il giorno, mese ed anno;
- b) i nomi dei componenti il Consiglio intervenuti;
- c) i giudizi esaminati e le questioni trattate;
- d) i provvedimenti presi in ordine a ciascun procedimento.

I dispositivi delle decisioni sono riportati nel verbale. La decisione deve, a pena di nullita', contenere la indicazione della data in cui e' stata adottata, dei fatti addebitati e delle prove assunte, l'esposizione dei motivi, il dispositivo. E' sottoscritta da tutti i membri del Consiglio, che vi hanno preso parte. La decisione e' pubblicata mediante deposito dell'originale negli uffici di segreteria che provvede a notificarne copia all'interessato. Il sanitario radiato dall'Albo puo' essere riscritto, purché siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione e, se questa derivo' da condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione. In ogni caso deve risultare che il radiato ha tenuto, dopo la radiazione, irreprensibile condotta. Sulla istanza di riscrittura provvede il Consiglio con la osservanza delle disposizioni relative alle iscrizioni. L'azione disciplinare si prescrive in cinque anni.

LEGGE 29 ottobre 1954, n. 1049 :Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. In ogni Provincia sono costituiti i Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia. Se il numero delle aventi diritto ad iscriversi nei Collegi, residenti nella Provincia sia

esiguo, l'Alto Commissario per l'igiene e la sanita' pubblica, sentito il Collegio interessato, puo' disporre che un Collegio abbia per circoscrizione due o piu' Province finitime, designandone la sede. Sono estese ai Collegi, costituitisi in base al precedente articolo, le norme contenute nel decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, riguardante la ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse. Entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, i prefetti, sentito l'Ufficio sanitario provinciale, nomineranno una Commissione straordinaria composta di tre membri, scelti fra gli aventi diritto alla iscrizione all'albo, con l'incarico di amministrare il Collegio fino a quando saranno eletti i Consigli direttivi. A tale elezione si dovra' addivenire entro sei mesi dalla nomina della Commissione.

LEGGE 29 ottobre 1954, n. 1046: Istituzione di scuole per infermiere ed infermieri generici.

Gli ospedali, le Universita' con Facolta' di medicina e chirurgia, gli ospedali militari principali e secondari e gli altri enti pubblici che esercitano l'assistenza sanitaria e che sono in possesso dei mezzi occorrenti, possono istituire scuole per infermiere generiche e per infermieri generici, rispondenti alle necessita' assistenziali. I corsi delle scuole sono gratuiti e per l'ammissione alle scuole gli aspiranti debbono essere forniti almeno della licenza elementare, aver compiuto i 18 anni e non superato il 30° anno di eta', e presentare alla direzione della scuola la domanda con la documentazione. La durata dei corsi e' di un anno. L'insegnamento comprende lezioni teoriche e dimostrazioni pratiche, nonche' un tirocinio da effettuarsi per la durata di non piu' di sette ore giornaliere presso le corsie. Al termine del corso gli allievi sostengono una prova di esame orale e pratica presso la scuola da essi frequentata, o uno degli ospedali del capoluogo di provincia, designato dal prefetto. Ai candidati che superano gli esami viene rilasciato il certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico.

Legge n.296/1958 : Istituzione del Ministero della Sanità : Al Ministero della Sanità vengono conferite le funzioni fino a quel momento espletate dell'Alto Commissariato alla sanità operante, sin dal 1945, nell'ambito del Ministero dell'Interno.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 24 maggio 1965, n. 775:

Modificazioni allo statuto dell'Universita' degli studi di Roma: istituzione della Scuola speciale per dirigenti dell'assistenza infermieristica con il conseguente spostamento della numerazione degli articoli successivi. Essa ha lo scopo di formare personale dirigente ed insegnante per le Scuole professionali per infermiere, per assistenti sanitarie, visitatrici, per ostetriche, per vigilatrici dell'infanzia e personale dirigente di servizi infermieristici ospedalieri e di sanita' pubblica.

Art. 603. - La durata del corso degli studi per il diploma da dirigenti dell'assistenza infermieristica e' di 2 anni.

Possono essere ammesse alla Scuola allieve di eta' non inferiore a 25 anni in possesso dei seguenti titoli:

1) del titolo di studio prescritto per l'ammissione alla Universita' (preferibilmente del diploma di maturita' classica, del diploma di maturita' scientifica e del diploma di abilitazione magistrale);

2) del diploma di infermiera professionale conseguito con votazione media non inferiore ai 147/210. Le infermiere professionali devono aver prestato almeno 5 anni di servizio senza demerito presso un ospedale o una scuola per infermiere o in un servizio di sanita' pubblica. Tale periodo e' ridotto a 3 anni per le candidate in possesso del diploma di assistente sanitaria visitatrice, di ostetrica o di altra specializzazione legalmente riconosciuta e a 2 anni per le candidate in possesso del certificato di abilitazione alle funzioni direttive;

3) per le candidate della sezione dei servizi medico-sociali, e' prescritto il diploma di assistente sanitaria visitatrice conseguito con votazione media non inferiore ai 147/210.

Art. 604. - La Scuola speciale si suddivide in tre sezioni:

1) Pedagogica per la formazione di personale infermieristico insegnante e di direttrici di scuole per:

Infermiere professionali e assistenti sanitarie visitatrici.

Ostetriche.

Vigilatrici dell'infanzia.

Infermiere e infermieri generici.

2) Amministrativa per i servizi assistenziali, per la formazione di personale infermieristico dirigente di servizi assistenziali (ospedalieri, ambulatoriali, mutualistici)

3) Amministrativa per i servizi medico-sociali, per la formazione di personale dirigente di servizi di sanita' pubblica.

Art. 605. - L'ammissione al 1° anno della Scuola avviene per titoli. Le candidate, tuttavia, prima di essere ammesse definitivamente dovranno essere sottoposte ad un colloquio preliminare. Il numero dei posti disponibili annualmente e stabilito nella misura massima di trenta complessivamente per le tre sezioni e per ciascun anno di corso. La distribuzione dei posti fra le tre sezioni verra' effettuata annualmente. Il direttore della Scuola e' di diritto il titolare della cattedra di Igiene della Facolta' di Medicina e chirurgia. Gli insegnanti della Scuola sono proposti dal Consiglio di Facolta' di Medicina e chirurgia, udito il direttore e nominati dal rettore.

Il direttore della Scuola speciale, d'accordo con la direttrice della Scuola Convitto professionali della C.R.I. nomina una infermiera, altamente qualificata, la quale viene preposta alla preparazione specifica teorico-pratica delle allieve. Il corpo insegnante e' costituito da docenti delle Facolta' di:

Medicina e chirurgia

Magistero

Lettere

Giurisprudenza

e da esperti nel campo dell'assistenza infermieristica, dell'Amministrazione e della educazione sanitaria e da un rappresentante del Ministero della sanita'.

Art. 607. - Le materie di insegnamento sono le seguenti:

1° Anno:

a) Insegnamenti fondamentali comuni a tutte e tre le sezioni:

1) Psicologia

2) Pedagogia

3) Sociologia

4) Filosofia morale

5) Statistica

6) Elementi di microbiologia, e igiene

7) Storia dell'assistenza infermieristica

8) Deontologia professionale

9) Tecnica infermieristica

10) Elementi di pubblica Amministrazione

b) Insegnamenti complementari comuni a tutte e tre le sezioni:

1) Elementi di biologia

2) Elementi di anatomia e fisiologia

3) Elementi di chimica biologica

inoltre le allieve sono tenute ad effettuare i seguenti tirocini:

1) Sezione pedagogica:

Esercizi didattici preparatori

Insegnamento clinico

Guida educativa di allieve infermiere

2) Sezione amministrativa per servizi assistenziali:

Esercitazioni nei servizi ospedalieri

3) Sezione amministrativa per i servizi medicosociali:

Esercitazioni nei servizi di sanità pubblica.

2° Anno:

a) Insegnamenti fondamentali comuni a tutte e tre le sezioni:

1) Elementi di diritto costituzionale

2) Elementi di diritto del lavoro

3) Principi di amministrazione pubblica applicati

all'assistenza infermieristica

4) Psicologia applicata alla professione

5) Pedagogia applicata alla professione

6) Sociologia

7) Elementi di patologia medica e chirurgica

8) Elementi di legislazione sanitaria

9) Igiene e tecnica ospedaliera

10) Organizzazione delle Associazioni professionali infermieristiche nazionali e internazionali

11) Organizzazione di Scuole per infermiere in Italia e all'estero.

b) Insegnamenti complementari:

1) elementi di farmacologia e terapia clinica

2) elementi di radiologia

inoltre le allieve sono tenute ad effettuare i seguenti tirocini

1) Sezione pedagogica:

Esercitazioni didattiche

Organizzazione e funzionamento delle Scuole

Visite documentative

2) Sezione amministrativa per i servizi assistenziali:

Esercitazioni nei servizi ospedalieri

Visite documentative

3) Sezione amministrativa per i servizi medicosociali:

Esercitazioni nei servizi di sanità pubblica

Visite documentative.

Art. 608. - Per essere ammesse al 2° anno le allieve dovranno aver seguito i corsi, superato gli esami in tutti gli insegnamenti fondamentali ed in almeno uno scelto fra i complementari ed aver compiuto con esito favorevole i tirocini prescritti.

Art. 609. - La Commissione per gli esami di idoneità al 2° anno e di ammissione agli esami di diploma sono nominate dal Consiglio della Facoltà di medicina e chirurgia su proposta del direttore della Scuola.

Le Commissioni sono composte dal presidente che, di regola, è il professore ufficiale della materia, e da altri due membri di materia affine e da un rappresentante del Ministero della sanità'.

Ogni commissario ha a disposizione 10 punti.

Art. 610. - Per essere ammesse a sostenere l'esame di diploma le allieve devono aver seguito i corsi del 2° anno, superato gli esami in tutti gli insegnamenti fondamentali dell'anno stesso e almeno uno scelto fra i complementari ed aver compiuto, con esito favorevole, tutti i tirocini prescritti.

Art. 611 - L'esame per il conseguimento del "diploma di dirigente dell'Assistenza infermieristica" secondo le varie sezioni della Scuola consiste nella discussione su un elaborato scritto, preventivamente assegnato dal direttore della Scuola di fronte ad una Commissione di cinque membri, composta dal direttore della Scuola, da tre docenti designati dalla Facoltà di medicina e

chirurgia e dalla infermiera responsabile della preparazione specifica. Ogni commissario ha a disposizione 10 punti.

Codice deontologico : È il 15 febbraio del 1959: il Comitato centrale della Federazione Ipasvi comincia a discutere della necessità di mettere a punto un Codice deontologico infermieristico, che indichi le coordinate etiche in relazione alle quali operano le appartenenti alla professione. Il primo Codice deontologico delle infermiere italiane sarà pronto l'anno successivo, nel 1960. Una conquista importante che rappresenta un passo avanti nella costruzione dell'identità professionale, soprattutto nel rapporto con le altre professioni sanitarie.

Ma qualche anno dopo si avvertirà l'esigenza di rivedere quel testo con lo scopo di eliminare ciò che in esso era troppo "legato al tempo, ad elementi storici e sociali transitori", come si legge nella presentazione del nuovo Codice. Si tratta, in sostanza, di togliere riferimenti troppo antiquati, stridenti con una nuova leva infermieristica che non è certo estranea ai fermenti sociali che in quegli anni attraversano non solo il nostro Paese, ma il mondo intero.

Il Codice deontologico del 1977 è un testo sintetico, asciutto, ma non per questo privo di importanti sottolineature: "l'infermiere facilita i rapporti umani e sociali dell'assistito", "l'infermiere, nel pieno rispetto dei diritti del malato, si avvale dei propri diritti sindacali", "l'infermiere ha il dovere di qualificare ed aggiornare la sua formazione". Vi si può leggere in controluce il profilo di una professionista (gli uomini entreranno nella professione solo nel 1971) che non rinuncia certo alla dimensione umana dell'assistenza, ma la arricchisce in una prospettiva sociale, coniugandola con un'affermazione di dignità della categoria che spazia dalle difese sindacali alla necessità dell'aggiornamento tecnico-scientifico.

Questo Codice resterà in uso per molti anni, senza che si ponga nuovamente l'esigenza di rinnovarlo, probabilmente proprio grazie alla caratteristica di estrema sintesi della formulazione.

Un primo intervento, aggiuntivo, si compie nel 1996, quando viene elaborato il *Patto* tra l'infermiere e il cittadino. Il *Patto* è uno strumento del tutto innovativo che dà spazio all'esigenza crescente di protagonismo autonomo della professione, rivolgendosi al naturale interlocutore della propria attività. Si tratta di un'autentica scommessa, che inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie proponendo un "contratto" senza mediazioni tra i veri protagonisti dell'assistenza, cioè proprio l'infermiere e il cittadino.

In linea con il *Patto* si arriverà poi ad una riscrittura del Codice deontologico infermieristico, presentato in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999. Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano. Il Codice deontologico approvato nel 1999 resterà in vigore fino al 2009.

L'esigenza di ridefinire l'articolato riflette l'evoluzione della professione, che nell'arco di un decennio ha acquisito un'identità finalmente netta e definita nei suoi contorni: l'infermiere non è più "l'operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante, ma "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso *l'atto infermieristico* inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.

Da questa significativa svolta ha origine il "nuovo" rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal Codice deontologico dell'infermiere 2009. Nel 2018 la legge 3 sostituisce i vecchi Collegi con i nuovi Ordini professionali e la Federazione diviene Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche - FNOPI a cui fanno capo gli albi degli infermieri e degli infermieri pediatrici, essendo gli assistenti sanitari confluiti in altra Federazione di Ordini. Ma non è l'unica legge ad aver segnato il cammino della professione. Ci sono infatti, solo per ricordarne alcune, quelle sulla responsabilità, sulle Dat, sulle cure palliative e il dolore e poi ci sono numerosi Patti per la

salute che si sono susseguiti negli anni e Piani importanti come quello delle cronicità in cui l'infermiere ha un ruolo di primo piano. Anche le regole della professione degli infermieri si aggiornano: nel 2019, a dieci anni dal Codice del 2009: la guida della professione diventa moderna e si adegua ai tempi così come i tempi si stanno via via adeguando alla professione e alla professionalità degli infermieri. Le sue caratteristiche sono massima trasparenza e condivisione e il Codice deontologico è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali. L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il nuovo Codice deontologico 2019 rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.

Il Codice deontologico dell'Infermiere : Approvato dal Comitato centrale della Federazione e dal Consiglio nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019

Capo I - Principi e valori professionali

Art. 1 – Valori

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

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

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

Art. 2 – Azione

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

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

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

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

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

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 – Questioni etiche

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

Art. 6 – Libertà di coscienza

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

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

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

Capo II- Responsabilità assistenziale

Art. 7 – Cultura della salute

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

Art. 8 – Educare all'essere professionista

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

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

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

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

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

Art. 11 – Supervisione e sicurezza

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

Capo III - Rapporti professionali

Art.12 – Cooperazione e collaborazione

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

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

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

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

Art 14 – Posizione di protezione

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

Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

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

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

Art. 16 - Interazione e integrazione

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

Capo IV -Rapporti con le persone assistite

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

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

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

Art. 18 – Dolore

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

Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.

Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

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

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

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

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

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

Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.

L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 – Cura nel fine vita

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

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

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

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

Art 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi

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

Art. 27 – Segreto professionale

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

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

Capo V- Comunicazione

Art. 28 – Comportamento nella comunicazione

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

Art. 29 – Valori nella comunicazione

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

Capo VI -Organizzazione

Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione

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

Art 31 – Valutazione dell'organizzazione

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla.

Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce

fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Art 33 – Documentazione clinica

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

Art 34 – Risoluzione dei contrasti

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

Art 35 – Contenzione

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

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

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

Art. 36 – Operatori di supporto

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

Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

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

Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale

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

Capo VII -Libera professione

Art. 39 – Esercizio della libera professione

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

Art. 40 – Contratto di cura

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

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

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

Capo VIII - Disposizioni finali

Art 42 – Libertà da condizionamenti

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

Art. 43 – Conflitto d'interesse

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

Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione

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

Art. 45 – Decoro

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

Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

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

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

Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

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

Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

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

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

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

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

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

Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

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

Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico

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

Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici

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

Art. 53 – Clausola finale

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

LEGGE 25 febbraio 1971, n. 124: Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta. L'esercizio della professione sanitaria ausiliaria di infermiere. Il profilo e' esteso ai cittadini di sesso maschile che siano in possesso del prescritto diploma. Le scuole-convitto professionali per infermiere, ordinate secondo il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, assumono la denominazione di scuole per infermieri professionali. Su domanda degli allievi e tenuto conto delle esigenze di carattere sociale e logistico, il consiglio di amministrazione delle scuole decide sull'ammissione degli aspiranti all'internato in convitto. Il numero massimo degli allievi da ammettere nelle scuole viene determinato dalle singole regioni, tenendo presenti, di norma, la capacita' dei locali, la disponibilita' dei servizi e le attrezzature didattiche della scuola. Gli aspiranti all'ammissione alle scuole per infermieri professionali debbono fare domanda nei termini e con le modalita' fissate dal regolamento speciale della scuola. Gli aspiranti all'ammissione alle scuole di cui al precedente articolo debbono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado, e, a partire dall'inizio dell'anno scolastico 1973-74, anche di un certificato attestante l'ammissione al terzo anno di scuola secondaria di secondo grado o titolo equipollente dopo il conseguimento del diploma di istruzione secondaria di primo grado. Devono altresì aver compiuto il diciassettesimo anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

LEGGE 15 novembre 1973, n. 795 : Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1957 :

- NORME MINIME PER L'ISTRUZIONE E LA FORMAZIONE DELLE INFERMIERE
- Capitolo I - DEFINIZIONE DELLE FUNZIONI DELL'INFERMIERA PROFESSIONALE

1. L'infermiera professionale esercita, in conformita' della legislazione nazionale, le seguenti funzioni essenziali:

- a) prodigare negli ospedali, a domicilio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, ecc. un'assistenza infermieristica competente alle persone il cui stato di salute lo richieda, tenuto conto delle loro esigenze fisiche, affettive e spirituali;
- b) osservare le condizioni o gli stati fisici od emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute, e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario;
- c) formare e guidare il personale ausiliario necessario per rispondere alle esigenze del servizio di qualsiasi istituzione sanitaria.

2. In tal veste, l'infermiera dovra' sempre valutare le cure infermieristiche necessarie ad ogni ammalato ed assegnare il personale occorrente.

-Capitolo II - LIVELLO D'ISTRUZIONE RICHIESTO ALLE CANDIDATE PER ESSERE AMMESSE ALLE SCUOLE PER INFERMIERE : Le candidate alle scuole per infermiere dovranno, di norma, aver raggiunto un livello intellettuale e culturale corrispondente almeno al decimo anno di insegnamento generale. Di conseguenza, esse dovranno possedere un titolo scolastico attestante il compimento di detto ciclo di studi, o aver superato un esame ufficiale di ammissione di livello equivalente.

-Capitolo III - DURATA E MATERIE DEL PROGRAMMA DI INSEGNAMENTO : Il numero di ore di insegnamento infermieristico di base deve essere fissato a un minimo di 4.600. Almeno meta' di detto tempo dovra' essere dedicato alla pratica ospedaliera (vedere il seguente punto B). Tuttavia, il numero delle ore destinato ai corsi teorici e tecnici (vedere il seguente punto A) non deve essere inferiore ad un terzo del tempo dedicato allo svolgimento del programma totale.

A. Istruzione teorica e tecnica L'insegnamento deve comprendere tutti gli aspetti delle cure infermieristiche, compresa la prevenzione delle malattie, l'istruzione sanitaria, l'uso e l'azione dei medicinali ed i problemi alimentari e dietetici, il riadattamento, nonche' le cure di pronto soccorso, la rianimazione e la teoria della trasfusione del sangue. L'insegnamento teorico e tecnico e l'istruzione clinica devono essere coordinati. Le materie d'insegnamento da includere nel programma possono suddividersi in due gruppi:

1. Cure infermieristiche: - Orientamento e etica professionale; - Nozioni generali di igiene e di cure infermieristiche nel campo della: medicina generale e specialita' mediche, chirurgia generale e specialita' chirurgiche, puericultura e pediatria, igiene e profilassi della puerpera e del neonato, igiene mentale e psichiatria, assistenza alle persone anziane e geriatria.
2. Scienze fondamentali: - Anatomia e fisiologia; - Patologia generale; - Batteriologia, virologia e parassitologia; - Biofisica e biochimica; - Igiene: profilassi, istruzione sanitaria; - Scienze sociali: sociologia, psicologia, principi amministrativi, principi di insegnamento, legislazione sociale e sanitaria, aspetti giuridici della professione.

B. Insegnamento clinico per infermiere (pratica ospedaliera) L'insegnamento clinico deve vertere su tutti gli aspetti del ruolo dell'infermiera in materia di assistenza infermieristica, incluse la prevenzione delle malattie, l'istruzione sanitaria, nonche' le cure di pronto soccorso, di rianimazione e di trasfusione del sangue. Esso deve comprendere: - Medicina generale e specialita' mediche; - Chirurgia generale e specialita' chirurgiche; - Puericultura e pediatria; Igiene e profilassi della puerpera e del neonato; - Igiene mentale e psichiatria (possibilmente nei reparti specializzati); - Assistenza alle persone anziane e geriatria. Nella scelta dei settori in cui dovra' svolgersi la pratica ospedaliera, si deve tener conto dei seguenti fattori:

1. L'insieme dell'insegnamento pratico infermieristico deve avere valore educativo, per cui: - deve disporsi di personale qualificato in numero sufficiente per garantire un livello soddisfacente di cure infermieristiche; - devono esistere condizioni soddisfacenti per quel che concerne i locali ed il materiale da utilizzare per la cura dei malati.
2. In tutti i reparti presso i quali le allieve infermiere sono assegnate nel corso della loro formazione pratica, dovra' essere presente in ogni momento almeno un'infermiera diplomata che possa assicurare la sorveglianza, nonche' il personale di altre categorie in numero sufficiente onde evitare che all'allieva vengano affidate mansioni prive di valore educativo.

3. Le infermiere diplomate che verranno assegnate ai reparti abilitati alla tenuta di corsi pratici, debbono concorrere alla sorveglianza ed alla formazione delle allieve poste sotto la responsabilita' delle istruttrici.

- Capitolo IV - REQUISITI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE SCUOLE PER INFERMIERE: Affinche' il programma proposto per la formazione delle infermiere venga svolto in modo adeguato, l'organizzazione e il funzionamento della scuola debbono soddisfare le seguenti condizioni:

A. Direzione della scuola per infermiere La direzione della scuola deve essere affidata ad un medico o ad un'infermiera, competenti nel campo dell'insegnamento e dell'amministrazione.

B. Corpo insegnante L'insegnamento deve essere affidato ad insegnanti qualificati: medici, infermiere e specialisti nelle varie discipline. Il personale di ogni scuola deve comprendere almeno un'infermiera diplomata che abbia seguito non meno di un anno di formazione che l'abbia abilitata all'insegnamento alle infermiere.

C. Finanziamento della scuola I crediti disponibili per far fronte alle spese direttamente imputabili alla formazione delle infermiere, quali ad esempio gli stipendi degli insegnanti e il costo del materiale d'insegnamento, devono essere chiaramente individuabili.

-Capitolo V- CONTROLLO DEGLI STUDI :

A. Ogni allieva deve essere munita di un "libretto di profitto" la cui autenticita' deve essere garantita dall'autorita' competente e nel quale devono essere specificati: - notizie dettagliate sull'istruzione pratica ricevuta; - i risultati delle prove pratiche e degli esami; - una valutazione delle attitudini personali e professionali dimostrate dall'allieva nel corso degli studi.

B. L'esame finale dovra' comprendere prove scritte, pratiche ed orali, e ne dovra' essere certificato il buon esito mediante il rilascio di apposito attestato.

DPR 14 marzo 1974, n. 225 : Modifiche al regio decreto 1940 n. 1310 sulle mansioni degli infermiere professionali e infermieri generici : Le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali sono le seguenti:

a) programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione;

b) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali; registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio);

c) richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti;

d) compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio;

e) tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente;

f) registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto;

g) controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali del reparto;

h) sorveglianza sulle attivita' dei malati affinche' le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.

Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti:

1) a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo ed alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza;

2) a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;

3) ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

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

- 1) assistenza completa dell'infermo;
- 2) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;
- 3) sorveglianza e somministrazione delle diete;
- 4) assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria;
- 5) rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria;
- 6) effettuazione degli esami di laboratorio più semplici;
- 7) raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche;
- 8) disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta al malato;
- 9) opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;
- 10) opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo;
- 11) interventi di urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico;
- 12) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico:

- a) prelievo capillare e venoso del sangue;
- b) iniezioni ipodermiche, intramuscolari e tests allergo-diagnostici;
- c) ipodermoclisi;
- d) vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee;
- e) rettoclisi;
- f) frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica;
- g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari;
- h) medicazioni e bendaggi;
- i) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- l) lavande vaginali;
- m) cateterismo nella donna;
- n) cateterismo nell'uomo con cateteri molli;
- o) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico;
- p) lavanda gastrica;
- q) bagni terapeutici e medicati;

r) prelievamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelievamento dei tamponi.

Le prestazioni di cui ai punti d), g), n), o), p) debbono essere eseguite su prescrizione e sotto controllo medico. E' consentita agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto. L'infermiere professionale specializzato in anestesia e rianimazione o in terapia intensiva, oltre alle mansioni indicate per gli infermieri professionali, ha le seguenti attribuzioni assistenziali dirette o indirette dell'infermo, nell'ambito dell'ospedale: assistenza al medico specialista nelle varie attività di reparto (visite pre operatore, consulenze), di sala operatoria presso centri di rianimazione; raccolta, conservazione ed archiviazione delle schede di anestesia e delle cartelle di rianimazione; somministrazione della medicazione preanestetica prescritta dallo specialista; preparazione delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia generale; pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature e del materiale occorrente per l'anestesia; assistenza allo specialista nel corso dell'anestesia limitatamente alla sola sorveglianza ed al trattamento di supporto del paziente (richieste di sangue, sostituzioni di fleboclisi, approvvigionamento di sostanze farmacologiche varie, controllo del polso e della pressione, compilazione della scheda di anestesia); sorveglianza del polso, della pressione e del respiro nello immediato periodo post-operatorio, nella sala di risveglio, ed esecuzione di pratiche terapeutiche inerenti alla sua qualifica (iniezioni intramuscolari, rinnovo di fleboclisi, ossigenoterapia con maschera e tenda e su ordine e sotto

controllo dello specialista); controllo, in reparto, della esecuzione di tutte le prescrizioni della cartella di anestesia; sorveglianza della regolarità del funzionamento degli apparecchi di respirazione automatica, di monitoraggio, di emodialisi, dei materassi ipotermici ecc., per richiedere al primo segno di anormale funzionamento l'immediato intervento medico; alimentazione attraverso il sondino. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni:

1) assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria;

2) raccolta degli escrementi;

3) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisteri;

4) bagni terapeutici e medicati, frizioni;

5) medicazioni semplici e bendaggi;

6) pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario;

7) rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;

8) somministrazione dei medicinali prescritti;

9) iniezioni ipodermiche ed intramuscolari;

10) sorveglianza di flebotomie;

11) respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza.

Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti:

1) a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro;

2) a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225: Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

TITOLO I Mansioni dell'infermiere professionale : 1. Le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali sono le seguenti: a. programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione; b. annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali; registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio); c. richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti; d. compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio; e. tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente; f. registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto; g. controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali del reparto; h. sorveglianza sulle attività dei malati affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni. Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti: a. a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo ed alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza; b. a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie; c. ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

2. Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti: 1. assistenza completa dell'infermo; 2. somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico; 3. sorveglianza e somministrazione delle diete; 4. assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria; 5. rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza

respiratoria; 6. effettuazione degli esami di laboratorio più semplici; 7. raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche; 8. disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta al malato; 9. opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari; 10. opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo; 11. interventi d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico; 12. somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico: a) prelievo capillare e venoso del sangue; b) iniezioni ipodermiche, intramuscolari e tests allergo-diagnostici; c) ipodermoclisi; d) vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee; e) rettoclisi; f) frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica; g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari; h) medicazioni e bendaggi; i) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi; j) lavande vaginali; k) cateterismo nella donna; l) cateterismo nell'uomo con cateteri molli; m) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico; n) lavanda gastrica; o) bagni terapeutici e medicati; p) prelevamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelevamento dei tamponi. Le prestazioni di cui ai punti d), g), n), o), p), debbono essere eseguite su prescrizione e sotto controllo medico. E' consentita agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto.

TITOLO III *Mansioni dell'infermiere professionale specializzato* 4. L'infermiere professionale specializzato in anestesia o rianimazione o in terapia intensiva, oltre alle mansioni indicate per gli infermieri professionali, ha le seguenti attribuzioni assistenziali dirette o indirette dell'infermo, nell'ambito dell'ospedale: assistenza al medico specialista nelle varie attività di reparto (visite pre-operatorie, consulenze), di sala operatoria presso centri di rianimazione; raccolta, conservazione ed archiviazione delle schede di anestesia e delle cartelle di rianimazione; somministrazione della medicazione preanestetica prescritta dallo specialista; preparazione delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia generale; pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature e del materiale occorrente per l'anestesia; assistenza allo specialista nel corso dell'anestesia limitatamente alla sola sorveglianza ed al trattamento di supporto del paziente (richieste di sangue, sostituzioni di fleboclisi, approvvigionamento di sostanze farmacologiche varie, controllo del polso e della pressione, compilazione della scheda di anestesia); sorveglianza del polso, della pressione e del respiro nell'immediato periodo post-operatorio, nella sala di risveglio, ed esecuzione di pratiche terapeutiche inerenti alla sua qualifica (iniezioni intramuscolari, rinnovo di fleboclisi, ossigenoterapia con maschera e tenda e su ordine e sotto controllo dello specialista); controllo, in reparto, della esecuzione di tutte le prescrizioni della cartella di anestesia; sorveglianza della regolarità del funzionamento degli apparecchi di respirazione automatica, di monitoraggio, di emodialisi, dei materassi ipotermici ecc., per richiedere al primo segno di anormale funzionamento l'immediato intervento medico; alimentazione attraverso il sondino.

TITOLO V *Mansioni dell'infermiere generico* 6. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni: a. assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria; b. raccolta degli escreti; c. clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi; d. bagni terapeutici e medicati, frizioni; e. medicazioni semplici e bendaggi; f. pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario; g. rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro; h. somministrazione dei medicinali prescritti; i. iniezioni ipodermiche ed intramuscolari; j. sorveglianza di fleboclisi; k. respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza. Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti: a. a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro; b. a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare

le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 13 ottobre 1975, n. 867:

Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento.

A decorrere dall'anno scolastico 1975-76, il corso di studi per il conseguimento del diploma di Stato di infermiere professionale e' ripartito in tre anni scolastici. I corsi iniziatisi con l'anno scolastico 1974-75 mantengono la loro durata biennale e continueranno ad essere svolti secondo i programmi fissati dal decreto ministeriale 30 settembre 1938.

PROGRAMMA D'INSEGNAMENTO PER LE SCUOLE INFERMIERISTICHE (numero minimo di ore per le materie fondamentali)

1° ANNO MATERIE D'INSEGNAMENTO: -Scienze fondamentali umane: psicologia generale ore 30; pedagogia ore 20; Lingue straniere (francese o inglese) ore 60; Etica professionale ore 10; Organizzazione professionale in Italia e all'estero ore 15; Scienze fondamentali mediche: - anatomia ore 40; fisiologia ore 50; chimica generale ore 20; biochimica ore 20; fisica e biofisica ore 30; microbiologia (batteriologia, virologia, parassitologia) ore 30; nozioni generali di immunologia ore 20; farmacologia generale ore 30; - patologia generale: medicina e chirurgia ore 60; principi di igiene ore 30; principi di scienza dell'alimentazione ore 30; puericultura ore 20; Principi di legislazione e organizzazione sanitaria nazionale ed internazionale ore 25; Statistica sanitaria ore 20; Tecniche infermieristiche: nozioni generali di tecniche infermieristiche ore 120; TIROCINIO PRATICO ore 700; Il tirocinio si effettua mediante esercitazioni guidate in ospedali secondo il programma delle lezioni tecniche e delle dimostrazioni gia' svolte. Tali esercitazioni sono integrate dalla proiezione di films, da lavori di gruppo, da ricerche su opuscoli e giornali nonche' da visite ed inchieste presso centri sanitari extra-ospedalieri.

2° ANNO MATERIE D'INSEGNAMENTO: -Scienze fondamentali umane: psicologia di gruppo ore 20; sociologia ore 20; Lingue straniere (francese o inglese) ore 40; Aspetti giuridici della professione ore 10; - Scienze fondamentali mediche: igiene: epidemiologia e profilassi ore 40; dietologia e dieto-terapia ore 20; patologia medica ore 50; patologia chirurgica ore 40; anestesia e rianimazione ore 20; immunoematologia ore 20; farmacologia clinica ore 30; pediatria ore 30; igiene e tecnica ospedaliera ore 30; principi e metodologia dell'educazione sanitaria ore 30; neuropsichiatria mentale ore 30; geriatria ore 30; Etica professionale ore 20; -Tecniche infermieristiche: tecnica ed assistenza infermieristica nel campo della medicina generale, chirurgia generale, puericultura e pediatria ore 140; TIROCINIO PRATICO ore 900.

Tirocinio guidato in reparto di: medicina e chirurgia generale; ostetricia e ginecologia; servizi ambulatoriali; servizio domiciliare. Visite documentative ai: nidi; consultori; ambulatori; dispensari. Esperienze di tirocinio notturno.

3° ANNO MATERIE D'INSEGNAMENTO: -Scienze fondamentali umane: psicologia applicata alla professione ore 20; Lingue straniere (francese o inglese) ore 30; Principi amministrativi applicati alla professione ore 20; Orientamento ed etica professionale ore 20; Legislazione sociale ore 20; - Scienze fondamentali mediche: medicina sociale: medicina preventiva, medicina riabilitativa, medicina e igiene del lavoro, assistenza domiciliare ore 30;- specialita' chirurgiche: urologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ostetricia e ginecologia, stomatologia, ortopedia e traumatologia, neurochirurgia, chirurgia polmonare ore 80; - specialita' mediche: nefrologia ed emodialisi, cardiologia, dermatologia, ematologia, malattie infettive, tossicologia e malattie iatrogene ore 40; Tecniche infermieristiche ore 200; tecnica e pratica di assistenza speciale medica; tecnica e pratica di assistenza speciale chirurgica; piani di assistenza; collaborazione nell'equipe sanitaria. TIROCINIO PRATICO ore 1250. Tirocinio prevalentemente in reparti specializzati delle branche sopraelencate con

progressiva responsabilizzazione. Turni notturni Visite e servizi di medicina e igiene del lavoro. Servizi extraospedalieri con particolare riguardo per quelli di medicina preventiva e di assistenza domiciliare. Visite documentative.

Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza .

Articolo 1 Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Articolo 21 consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza: a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante; c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a); d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

Articolo 4 Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura sociosanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Articolo 5 Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto. Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie. Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la

interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate. **Articolo 6** L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 7 I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Articolo 8 L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti e nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetricoginecologici.

Articolo 9 Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Articolo 10 L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di

cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386. Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica. Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitano la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

Articolo 11 L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna.

Articolo 12 La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela.

Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza. Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Articolo 13 Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Articolo 14 Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Articolo 15 Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed

incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Sono punibili : Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni; Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro; Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna; chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna; Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8; La donna che interrompe volontariamente la gravidanza avviene senza l'accertamento medico; chiunque pratica l'ivg su una donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13; Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

LEGGE 833/1978 : Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN): Questa legge si compone di 3 parti fondamentali:

1. Principi e obiettivi del SSN : dignità, diritto alla salute, equità e capillarità. La cura come pilastro portante della legge, definita dall'art. 32 della costituzione "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale*".

Tra gli obiettivi: -La costituzione di una moderna coscienza sanitaria, grazie a un'adeguata educazione della popolazione.

- La prevenzione delle patologie e degli infortuni in contesti di vita e di lavoro.

-La diagnosi e la cura delle malattie, a prescindere da cause, fenomenologia e durata.

-La riabilitazione delle condizioni di invalidità somatica e psichica.

-La salvaguardia dell'igiene dell'ambiente in cui si vive e si lavora.

-L'igiene di alimenti, bevande e prodotti generici per la salute delle persone.

-La prevenzione e la tutela sanitaria degli allevamenti animali e il controllo della loro alimentazione integrata e medicata.

-La giusta sperimentazione, produzione e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica, per assicurare efficacia nelle cure, la non nocività e la economicità dei prodotti.

-La formazione professionale e l'aggiornamento scientifico del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Tra le Competenze ripartite tra Stato, Regioni, Province e Comuni:

Lo Stato assolve le sue competenze legislative tramite il Ministero della Salute. Le delibere del Consiglio dei Ministri consentono il coordinamento delle Regioni in materia sanitaria. Il Ministero si occuperà di:

- Programmazioni.
- Valutazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.
- Valutazione dei requisiti che devono avere i profili professionali degli operatori sanitari.

-Le Regioni possono governare nel rispetto delle Leggi statali, definendo i livelli essenziali.

Ai comuni sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni". Le USL (acronimo di Unità Sanitarie Locali) rappresentano, dunque, strutture tecnico-funzionali di base per l'erogazione dei servizi.

2. Programmazione per l'attuazione del SSN attraverso l'emanazione, ogni tre anni, del Piano Sanitario Nazionale e Piano Sanitario Regionale

LEGGE 3 giugno 1980, n. 243 :Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici : In via straordinaria e per non oltre cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono alla riqualificazione professionale di coloro che siano in possesso dell'abilitazione di infermiere generico e di infermiere psichiatrico che abbiano prestato servizio continuativo per un periodo non inferiore a due anni e siano in servizio all'entrata in vigore della presente legge, ammettendoli ai corsi per infermieri professionali. L'ammissione ai corsi avviene nel rispetto dei seguenti principi: il titolo di studio necessario per l'ammissione ai corsi non può essere inferiore al diploma di scuola secondaria di primo grado; gli aspiranti all'ammissione devono inoltre superare un esame-colloquio diretto all'accertamento di un adeguato livello culturale generale corrispondente al decimo anno di formazione scolastica. Le regioni promuovono iniziative per preparare il personale a sostenere detto esame-colloquio. A tale scopo possono avvalersi della collaborazione degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione. Le regioni provvederanno a formare le commissioni per l'espletamento di detto esame-colloquio con la partecipazione di un rappresentante degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione. Dall'esame sono esonerati gli aspiranti aventi titolo all'ammissione al terzo anno di scuola secondaria superiore; la durata dei corsi non può essere inferiore a tre anni scolastici; nell'ambito dei corsi di cui al capoverso precedente possono essere previsti particolari piani di studio che tengano conto dell'insegnamento teorico-pratico acquisito dagli allievi nei rispettivi precedenti corsi abilitanti in modo che la durata complessiva dell'insegnamento teorico-pratico non sia inferiore a quanto prescritto dal decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867; gli allievi parteciperanno all'esame finale di Stato che si svolgerà secondo la vigente normativa; per i dipendenti da istituzioni sanitarie pubbliche e private detti corsi si svolgono al di fuori dell'orario di lavoro, ad eccezione delle attività di tirocinio che possono coincidere con i turni di lavoro, compatibilmente con le esigenze di servizio e nel rispetto delle modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867. Al personale che frequenta i corsi di cui al precedente comma viene corrisposto un assegno di studio dell'importo massimo di L. 120.000 annue, in relazione alla regolare partecipazione ai corsi. Il personale, ammesso ai corsi di riqualificazione, è esentato dal lavoro straordinario; in ogni caso l'assegno di studio non è cumulabile con qualsiasi forma di retribuzione per lavoro straordinario.

Legge 19 novembre 1990, n. 34 :Riforma degli ordinamenti didattici universitari:

Le università rilasciano i seguenti titoli:

a) diploma universitario (DU): Il corso di diploma si svolge nelle facoltà, ha una durata non inferiore a due anni e non superiore a tre, e comunque corrispondente a quella eventualmente stabilita dalle norme della Comunità economica europea per i diplomi universitari di primo livello ed ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali. Le facoltà riconoscono totalmente o parzialmente gli studi compiuti nello svolgimento dei curricula previsti per i corsi di diploma universitario e per quelli di laurea ai fini del proseguimento degli studi per il conseguimento, rispettivamente, delle lauree e dei diplomi universitari affini

b) diploma di laurea (DL): Il corso di laurea si svolge nelle facoltà, ha una durata non inferiore a quattro anni e non superiore a sei ed ha il fine di fornire agli studenti adeguate conoscenze di metodi e contenuti culturali, scientifici e professionali di livello superiore. Uno specifico corso di laurea, articolato in due indirizzi, è preordinato alla formazione culturale e professionale degli insegnanti, rispettivamente, della scuola materna e della scuola elementare, in relazione alle norme del relativo stato giuridico. Il diploma di laurea costituisce titolo necessario, a seconda dell'indirizzo seguito, ai fini dell'ammissione ai concorsi a posti di insegnamento nella scuola materna e nella scuola elementare. Il diploma di laurea dell'indirizzo per la formazione culturale e professionale degli insegnanti della scuola elementare costituisce altresì titolo necessario ai fini dell'ammissione ai concorsi per l'accesso a posti di istitutore o istitutrice nelle istituzioni educative dello Stato. I concorsi hanno funzione abilitante. Ai due indirizzi del corso di laurea contribuiscono dipartimenti interessati; per il funzionamento dei predetti corsi sono utilizzati le strutture e, con il loro consenso, i professori ed i ricercatori di tutte le facoltà presso cui le necessarie competenze sono disponibili.

c) diploma di specializzazione (DS): Il diploma di specializzazione si consegue, successivamente alla laurea, al termine di un corso di studi di durata non inferiore a due anni finalizzato alla formazione di specialisti in settori professionali determinati, presso le scuole di specializzazione. Con una specifica scuola di specializzazione articolata in indirizzi, cui contribuiscono le facoltà ed i dipartimenti interessati, ed in particolare le attuali facoltà di magistero, le università provvedono alla formazione, anche attraverso attività di tirocinio didattico, degli insegnanti delle scuole secondarie, prevista dalle norme del relativo stato giuridico. L'esame finale per il conseguimento del diploma ha valore di esame di Stato ed abilita all'insegnamento per le aree disciplinari cui si riferiscono i relativi diplomi di laurea. I diplomi rilasciati dalla scuola di specializzazione costituiscono titolo di ammissione ai corrispondenti concorsi a posti di insegnamento nelle scuole secondarie.

d) dottorato di ricerca (DR)

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 :Riordino della disciplina in materia sanitaria: Essa si fonda su : - *l'aziendalizzazione*: Le USL vengono dotate di **personalità** giuridica in quanto aziende, i cui organi di rappresentanza sono il **direttore generale** e il **collegio dei revisori** (ed ulteriori figure). Il direttore generale ha potere gestionale e di rappresentanza legale. E' coadiuvato da un **direttore sanitario** e da un **direttore amministrativo**. Il DG è nominato dal presidente della Giunta regionale, e i suoi doveri sono il buon andamento economico-amministrativo e tecnico-funzionale per i 5 anni in cui è in carica. Il **collegio dei revisori**, nominato invece dal **direttore generale** da una lista di membri designati da altri enti (ministero competente, sindaco, regione), si occupa di verificare la tenuta della **contabilità**, la risultante delle scritture contabili ed esamina il bilancio di previsione. In poche parole si preoccupa che i conti tornino; - *la distribuzione di responsabilità alle regioni*: **Le USL, ridotte di numero e non riferendosi più ai comuni, vengono delegate direttamente dalla regione che li sostiene economicamente. La regione non può più avvalersi sullo Stato per i propri disavanzi, per cui le responsabilità ricadono sulla governance della singola azienda "figlia della regione". La regione da quel momento ha maggiore interesse nel far fare bene i conti.**

Lo Stato attraverso il **Piano Sanitario Nazionale** (stabiliti i livelli essenziali di assistenza) definisce, in base ai bisogni dei cittadini e alle risorse disponibili (ricavate dalla fiscalità generale), una programmazione economica per distribuire alle regioni una quota capitaria. La regione, in seguito ad un proprio piano sanitario regionale, distribuisce queste risorse alle aziende. In caso di richieste di ripianamenti di disavanzi da parte delle aziende, le regioni possono avvalersi di strumenti di finanziamento quali l'uso di proprie risorse economiche e dei contributi sanitari IRAP,

oltre alle entrate dirette delle strutture (**ticket**).

Un **dipartimento** è una federazione di reparti affini e complementari secondo settore specialistico o specifico bisogno del paziente (esempio dipartimento di chirurgia o dipartimento materno-infantile). Lo scopo è quello di organizzare e ottimizzare al meglio le risorse strutturali e umane, migliorando il servizio al cittadino ed riducendo i costi.

Decreto 14 settembre 1994, n. 739 : Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Art. 1. 1. È 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 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

delle 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.

Art. 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.

Art. 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. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

DM 3 novembre 1999, n. 509: Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei

Titoli e corsi di studio. 1. Le università rilasciano i seguenti titoli di primo e di secondo livello: a) laurea (L); b) laurea specialistica (LS).

2. Le università rilasciano altresì il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR).

3. La laurea, la laurea specialistica, il diploma di specializzazione e il dottorato di ricerca sono conseguiti al termine, rispettivamente, dei corsi di laurea, di laurea specialistica, di specializzazione e di dottorato di ricerca istituiti dalle università. 4. Il corso di laurea ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche conoscenze professionali. 5. Il corso di laurea specialistica ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici. 6. Il corso di specializzazione ha l'obiettivo di fornire allo studente conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali e può essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione europea. 8. Le università possono attivare, disciplinandoli nei regolamenti didattici di ateneo, corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente, successivi al conseguimento della laurea o della laurea specialistica, alla conclusione dei quali sono rilasciati i master universitari di primo e di secondo livello. 10. Al Credito formativo universitario corrispondono venticinque ore di lavoro per studente;. La quantità media di lavoro di apprendimento svolto in un anno da uno studente impegnato a tempo pieno negli studi universitari è convenzionalmente fissata in 60 crediti.

Requisiti di ammissione ai corsi di studio. 1. Per essere ammessi ad un corso di laurea occorre essere in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore o di altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo. I regolamenti didattici di ateneo richiedono altresì il possesso o l'acquisizione di un'adeguata preparazione iniziale. A tal fine gli stessi regolamenti didattici definiscono le conoscenze richieste per l'accesso e ne determinano, ove necessario, le modalità di verifica, anche a conclusione di attività formative propedeutiche, svolte eventualmente in collaborazione con istituti di istruzione secondaria superiore. Se la verifica non è positiva vengono indicati specifici obblighi formativi aggiuntivi da soddisfare nel primo anno di corso. Tali obblighi formativi aggiuntivi sono assegnati anche agli studenti dei corsi di laurea ad accesso programmato che siano stati ammessi ai corsi con una votazione inferiore ad una prefissata votazione minima. 2. Per essere ammessi ad un corso di laurea specialistica occorre essere in

possesso della laurea, ovvero di altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo. Nel caso di corsi di laurea specialistica per i quali non sia previsto il numero programmato dalla normativa vigente in materia di accessi ai corsi universitari, occorre, altresì, il possesso di requisiti curriculari e l'adeguatezza della personale preparazione verificata dagli atenei. **4.** Per essere ammessi ad un corso di specializzazione occorre essere in possesso almeno della laurea, ovvero di altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo. **5.** Per essere ammessi ad un corso di dottorato di ricerca occorre essere in possesso della laurea specialistica ovvero di altro titolo di studio conseguito all'estero e riconosciuto idoneo. **6.** Il riconoscimento dell'idoneità dei titoli di studio conseguiti all'estero ai soli fini dell'ammissione a corsi di studio e di dottorato di ricerca è deliberata dall'università interessata, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti.

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Il D.Lgs 229/99 conosciuto anche come Legge Bindi o Riforma-Ter mantiene inalterati i principi fondanti della legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (principio dell'uguaglianza, principio della globalità, principio della territorialità) ma mira alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità (comunque in un contesto di garanzia e solidarietà assistenziale). Ha introdotto norme per accentuare la connotazione aziendalistica delle aziende sanitarie: autonomia imprenditoriale con la quale trova affermazione la più ampia forma:

- di autonomia giuridica (come quella goduta dalle persone fisiche e giuridiche, secondo i dettami del codice civile) ovvero quella di perseguire i propri interessi, sfruttando gli strumenti e l'organizzazione imprenditoriale;
- organizzazione e funzionamento definiti con atto aziendale di diritto privato;
- appalti o contratti per le forniture di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, definiti direttamente secondo le norme del diritto privato;
- attività orientata a criteri di efficacia, efficienza ed economicità con rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Principi del decreto:

- Conferma principi ispiratori S.S.N.

La riforma TER mantiene inalterati i principi fondanti della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (principio dell'uguaglianza, principio della globalità, principio della territorialità).

- Nuovo ruolo del Servizio Sanitario Nazionale:

Il SSN assume il compito di operare un "raccordo e armonizzazione" dei servizi sanitari a livello regionale (in coerenza con l'evoluzione federalista dello Stato e il processo di regionalizzazione).

- Alle Regioni compete principalmente la responsabilità di assicurare il sistema di garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione nei livelli essenziali di assistenza.
- Allo Stato compete la responsabilità di vigilare sull'assicurazione, su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali di assistenza.

- Livelli essenziali di assistenza e ridefinizione:

Dell'Offerta degli Ospedali (definizione criteri)

Del Distretto (produzione servizi, governo domanda, coordinamento servizi)

Del Dipartimento di Prevenzione

- Esclusività rapporto

Scelta impiego pubblico/privato.

Obbligo di esclusività nel rapporto di lavoro dei medici, assunti a partire dal 1° gennaio 2000, nei confronti delle strutture del Ssn. Per i medici in servizio, la possibilità di scegliere tra l'attività libero-professionale svolta all'esterno della struttura (privatamente) o all'interno (intramoenia) nell'ambito della struttura di appartenenza. A questa scelta sono legati diversi trattamenti economici.

- *Formazione*

Presso il Ministero della Salute è istituita una Commissione nazionale per la formazione continua (ECM).

La formazione per gli operatori sanitari comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente; L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma o di laurea diretta ad adeguare le conoscenze per tutto l'arco della vita professionale;

- Si introduce il principio dell'*appropriatezza per l'erogabilità* dei servizi da parte del SSN e dei SSR.

L'appropriatezza è per il grado di congruenza tra interventi ritenuti necessari ed effettivamente realizzati e criteri di scelta degli interventi stessi, definiti come adeguati a priori in sede di technology assessment.

Rappresenta l'espressione della qualità tecnica della prestazione sanitaria e si traduce nel grado di utilità della prestazione stessa rispetto alla soluzione del problema sanitario ed allo stato delle conoscenze. Nel rispetto del principio di economicità, ed affinché si raggiungano prestazioni efficaci ed efficienti è opportuno essere guidati da prestazioni appropriate.

- ***Introduzione dell'atto aziendale di diritto privato***, che dovrà regolare organizzazione e funzionamento delle ASL.

Esso definirà la struttura organizzativa e il piano strategico dell'azienda adottato secondo norme del codice civile, e non più sulla base di regole e modalità tipiche della pubblica amministrazione.

- Introduzione del *collegio sindacale*

Organo di controllo interno (tipico delle società di capitali) che andrà a sostituire le funzioni svolte dal collegio dei revisori. Tra i suoi compiti: verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, vigilare sull'osservanza della legge.

- *Accreditamento e Logiche di Qualità*

Autorizzazione, Accreditamento Istituzionale, Accordi Contrattuali, Interventi di comprovata efficacia

- ***Rafforzamento dei poteri del direttore generale e alla precisazione delle competenze dei direttori sanitario e amministrativo.***

- ***Il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione sanitaria***

- ***Potenziamento dei distretti***

- ***Promozione dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale***

- ***La qualificazione del dipartimento di prevenzione***

- ***La promozione della ricerca***

- *Stretto rapporto prevenzione cura e riabilitazione*
- *Continuità assistenziale tra ospedale e distretto*

Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie:

*ART.1 La denominazione "professione sanitaria ausiliaria", e successive modificazioni è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie 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.*

Legge 10 agosto 2000, n. 251 :Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

Art. 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.

DM 27 luglio 2000 Equipollenza di diploma universitario al diploma universitario di assistente sanitario, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base

DECRETA:

1. I diplomi e gli attestati conseguiti in base alla normativa precedente a quella attuativa dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che sono indicati nella sezione B della tabella sotto riportata, sono equipollenti, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, al diploma universitario di infermiere di cui al decreto 14 settembre 1994, n. 739 del Ministro della sanità, indicato nella sezione A della stessa tabella, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

Sezione A - diploma universitario	Sezione B - titoli equipollenti
Infermiere - Decreto 14 settembre 1994, n. 739 del Ministro della sanità	Infermiere professionale - Regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330
Infermiere professionale - Decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162	
D scienze infermieristiche - Legge 11 novembre 1990, n. 341	

2. L'equipollenza dei titoli indicati nella sezione B della tabella riportata nell'articolo 1, al diploma universitario di infermiere indicato nella sezione A della stessa tabella, non produce, per il possessore del titolo, alcun effetto sulla posizione funzionale rivestita e sulle mansioni esercitate in ragione del titolo nei rapporti di lavoro dipendente già instaurati alla data di entrata in vigore del presente decreto.

DECRETO 22 ottobre 2004, n. 270 Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509. 1. Le universita' rilasciano i seguenti titoli:

a) laurea (L); b) laurea magistrale (L.M.). 2. Le universita' rilasciano altresì il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR). 3. La laurea, la laurea magistrale, il diploma di specializzazione e il dottorato di ricerca sono conseguiti al termine, rispettivamente, dei corsi di laurea, di laurea magistrale, di specializzazione e di dottorato di ricerca istituiti dalle universita'. 4. Il corso di laurea ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, anche nel caso in cui sia orientato all'acquisizione di specifiche conoscenze professionali. 5. L'acquisizione delle conoscenze professionali e' preordinata all'inserimento del laureato nel mondo del lavoro ed all'esercizio delle correlate attivita' professionali regolamentate, nell'osservanza delle disposizioni di legge e dell'Unione europea. 6. Il corso di laurea magistrale ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attivita' di elevata qualificazione in ambiti specifici. 7. Il corso di specializzazione ha l'obiettivo di fornire allo studente conoscenze e abilita' per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attivita' professionali e puo' essere istituito esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge o di direttive dell'Unione europea. 8. I corsi di dottorato di ricerca e il conseguimento del relativo titolo sono disciplinati dall'articolo 4 della legge 3 luglio 1998, n. 210. 9. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 6 della legge 19 novembre 1990, n. 341, in materia di formazione finalizzata e di servizi didattici integrativi. In particolare le universita' possono attivare, disciplinandoli nei regolamenti didattici di ateneo, corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente, successivi al conseguimento della laurea o della laurea magistrale, alla conclusione dei quali sono rilasciati i master universitari di primo e di secondo livello. 10. Sulla base di apposite convenzioni, le universita' italiane possono rilasciare i titoli di cui al presente articolo, anche congiuntamente con altri atenei italiani o stranieri.

Legge 43/2006 Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali

Il Governo è delegato a: - trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali 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; - individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi; - 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; - 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; - definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie 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; - prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale; - disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti; - 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; - prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 :Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Quando si parla di tutela dei lavoratori e di sicurezza sul luogo di lavoro, il **d.lgs. 81/2008**, ovvero il **“Testo Unico per la Sicurezza del Lavoro”** non può che rappresentare la base disciplinare di maggiore interesse e rilevanza. L **d.lgs. 81/2008** è un provvedimento normativo che è stato emanato al fine di riordinare e di coordinare, all'interno di un unico testo, tutte le norme in materia di salute e di sicurezza dei lavoratori nel luogo di lavoro.

Il decreto stabilisce il modo in cui debbano essere obbligatoriamente effettuate una serie di azioni preventive, come la valutazione dei **rischi in azienda** e, conseguentemente, debbano essere adottati una serie di interventi per il **miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori**.

A titolo di esempio non esaustivo, rientrano in questo contesto: l'adeguamento delle strutture, degli impianti e delle attrezzature, il controllo di natura sanitaria, i corsi di formazione e tutti gli altri aspetti obbligatori, la cui carenza o mancanza potrebbero esporre l'azienda a significative sanzioni.

Per quanto invece riguarda i destinatari, si noti come l'importanza **del d.lgs. 81/2008** sia confermato dal fatto che tale provvedimento è applicato a **tutte le aziende**, private e pubbliche, di qualsiasi settore di attività, e a tutti i lavoratori e lavoratrici, subordinati e autonomi, nonché ai soggetti che possono essere equiparati ad essi.

Sulla base di quanto sopra anticipato, il datore di lavoro dovrà procedere ad effettuare una valutazione dei rischi presenti in azienda, adottare le misure di prevenzione e di protezione che possano eliminare o contenere i rischi, ma anche di assicurarsi che ogni lavoro sia adeguatamente formato e informato.

Stando a quanto suggerisce la **normativa**, per lavoratore si deve intendere qualsiasi persona, indipendentemente dalla tipologia di contratto, che svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione del datore di lavoro pubblico o privato, anche senza retribuzione, e anche al solo scopo di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, ma fatta eccezione per gli addetti ai servizi domestici e familiari. Una definizione molto ampia, che fa ricadere pertanto in tale concetto anche i volontari e gli apprendisti / studenti.

Per quanto invece concerne l'informativa, lo scopo principale della **condivisione di informazioni** ai lavoratori dovrà essere quello di: migliorare le loro conoscenze in materia, modificare alcuni comportamenti errati, consolidare quelli corretti indirizzati alla prevenzione e alla tutela della sicurezza, inoltre è assodato che la formazione dovrà essere rivolta in maniera specifica ai destinatari per il contesto operativo in cui operano, e che il datore di lavoro dovrà avere il compito di verificare se la formazione è stata efficace.

Particolare importanza è attribuita anche al ruolo del responsabile di servizio prevenzione e protezione (RSPP), da individuarsi tra le figure interne all'azienda, o in un consulente esterno.

AMBITO INFERMIERISTICO

La **responsabilità sulla sicurezza dei lavoratori** e la tutela della salute in capo agli infermieri viene definita dalla **Legge 81/2008**(Decreto Legislativo) "*Testo unico delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro*" che vale per tutto il mondo del lavoro e non solo per quello sanitario.

Il **responsabile generale della sicurezza dei lavoratori** è da attribuire sempre al datore di lavoro, nel nostro caso, il **Direttore Generale** dell'azienda sanitaria pubblica o privata in cui lavoriamo, attraverso:

- Il Servizio di Prevenzione e Protezione e il relativo responsabile: l'**Rspp**.
- Il **medico competente** o medico del lavoro

Questi organi in armonia con il datore del lavoro forniranno dei servizi di ispezione e controllo sugli ambienti di lavoro e formazione ai lavoratori per assicurare il rispetto della legge 81/2008, della sicurezza e della salubrità.

Coordinatore, in quanto *Preposto*, è il soggetto che si occupa di organizzare e coordinare le attività di lavoro. Secondo attribuzione e competenze devono:

- vigilare sulla **osservanza** da parte dei singoli lavoratori dei loro obblighi di legge, nonché dalle disposizioni aziendali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di uso dei mezzi di protezione;
- **informare** i loro superiori diretti in caso di persistenza della **inosservanza**;
- **verificare** affinché soltanto i lavoratori che hanno ricevuto adeguate istruzioni **accedano** alle zone che li espongono ad un rischio grave e specifico;
- **richiedere** l'osservanza delle misure per il controllo delle situazioni di rischio in caso di emergenza e di fornire le relative istruzioni;
- **informare** tempestivamente i lavoratori esposti al rischio di un pericolo grave e immediato circa il rischio stesso e le disposizioni prese o da prendere in materia di protezione;
- **segnalare** tempestivamente al datore di lavoro o al dirigente sia le deficienze dei mezzi e delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale, sia per ogni altra condizione di pericolo che si verifichi durante il lavoro, delle quali venga a conoscenza sulla base della formazione ricevuta;
- **frequentare** appositi e specifici **corsi di formazione**;

doveri degli infermieri

- prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro;
- contribuire insieme al datore di lavoro, ai dirigenti ed ai coordinatori preposti, all'**adempimento degli obblighi previsti** a tutela della salute;
- **osservare le disposizioni** e le istruzioni impartite a livello aziendale in materia di sicurezza;
- **utilizzare correttamente** le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e i dispositivi di protezione individuale;
- **segnalare** immediatamente al preposto/dirigente/datore di lavoro qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui venga a conoscenza;
- **non** rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;
- **non** compiere di propria iniziativa operazione o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;
- partecipare ai programmi di **formazione** e di **addestramento** organizzati dal datore di lavoro;
- sottoporsi ai **controlli sanitari** previsti o comunque disposti dal medico competente.

Rivolgersi al proprio Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) per ulteriori informazioni qui non specificate e adottare le politiche della propria azienda riguardo la sicurezza del lavoro.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 (legge gelli) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Viene riconosciuto il **diritto alla sicurezza delle cure**, posizione soggettiva estrapolata direttamente dal diritto alla salute, previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

E' di fondamentale importanza garantire la **sicurezza delle prestazioni sanitarie**. La norma prescrive poi che tale garanzia debba essere assicurata attraverso gli strumenti di **prevenzione e gestione del rischio sanitario**, in concerto con l'appropriato utilizzo delle risorse a disposizione.

Inoltre viene specificato **l'obbligo in capo ad ogni lavoratore** delle strutture sanitarie di **concorrere alla prevenzione del rischio** connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

È di palese ovvietà come il legislatore abbia voluto responsabilizzare gli esercenti le professioni sanitarie in senso civico, ancor prima che legale, allargando il campo semantico del termine responsabilità oltre il significato tecnico del lessico giuridico.

Una fondamentale revisione terminologica, significativa soprattutto in ambito prettamente giuridico, riguarda inoltre l'estensione del concetto di responsabilità (principalmente giuridica, oltre che civica) al di là del personale medico, ricomprendendovi ogni figura dotata di profilo professionale: gli **esercenti le professioni sanitarie**. Riguardo alla **responsabilità civile**, in concreto risarcitoria, nulla cambia nei confronti delle strutture che continuano a rispondere a titolo di responsabilità contrattuale ex articoli 1218 e 1228 del c.c (il danneggiato non ha l'onere di provare il dolo, deve solo fornire la prova del fatto storico e quantificare il danno. Il danneggiante deve dimostrare che il fatto non è a lui imputabile), in merito alle condotte dolose e colpose del personale operante (anche in regime libero professionale intramurario); il singolo professionista invece risponderà ex art. 2043, cioè a titolo di responsabilità extracontrattuale(il danneggiato deve

provare il dolo del danneggiante), salvo il caso in cui non abbia posto in essere con il danneggiato un proprio vincolo negoziale. In merito alla **responsabilità penale** la legge introduce un precipuo articolo nel codice penale, 590 sexies, il quale regola la responsabilità colposa eventualmente derivante dallo svolgimento di attività sanitaria. Il legislatore revisiona la configurazione della **colpa grave** (derivante da condotte imperite) e prescrive ai professionisti il rispetto delle linee guida dell'arte o, in loro assenza, delle buone pratiche, richiedendone tuttavia l'adeguatezza al singolo caso concreto clinico-assistenziale: tale adempimento costituisce fattore giustificante per il professionista in caso di fatto illecito. Inoltre il suddetto criterio di valutazione della colposità costituisce il metro di giudizio del magistrato in caso di responsabilità civile. Ma il testo normativo non si limita a ciò, prevede altresì:

- l'obbligo di predisporre adeguata copertura assicurativa per ogni professionista per gli eventuali risarcimenti derivanti da colpa grave;
- l'obbligo assicurativo per le strutture dettandone i requisiti;
- l'obbligo di conciliazione;
- la procedura per la nomina peritale;
- la procedura giudiziale;
- l'eventuale azione di rivalsa verso il professionista, da parte della struttura sanitaria.

Di maggior interesse per questa sede risultano tuttavia:

- la previsione della possibilità, in capo alle Regioni e alle province autonome, di attribuire al **Difensore Civico** la funzione di garante per la tutela del diritto alla sicurezza delle cure, attivabile gratuitamente su istanza diretta del soggetto leso o di un suo delegato;
- l'istituzione in ogni Regione del **Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**, ufficio incaricato di raccogliere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, i dati relativi a rischi ed eventi avversi, nonché ai contenziosi sostenuti, per poi trasmetterli con cadenza annuale tramite modalità telematica unificata all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità;
- la previsione dell'obbligo per ogni struttura di pubblicare annualmente sul proprio sito internet una **relazione consuntiva** sugli eventi avversi, sulle cause che li hanno provocati e sulle eventuali iniziative legali conseguenti;
- l'istituzione dell'**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità**, che acquisisce dai Centri regionali i dati sopracitati, predispone linee di indirizzo e idonee misure per la prevenzione del rischio sanitario, il monitoraggio sulle buone pratiche per la sicurezza, l'aggiornamento permanente;
- la previsione dell'**obbligo di trasparenza** a carico delle strutture sanitarie, a norma del Codice sul trattamento dei dati personali, le quali sono obbligate ad ottemperare alle richieste dei soggetti interessati alla documentazione sanitaria entro sette giorni, con eventuale integrazione entro un massimo di trenta giorni (i termini si calcolano dalla presentazione della richiesta); ancora, le strutture devono pubblicare sul proprio sito internet i dati relativi ai risarcimenti erogati nel precedente lustro.

LEGGE 11 gennaio 2018, n. 3 (legge lorenzin) Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

La legge "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" è pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 3/2018 ed è entrata in vigore il 15 febbraio 2018. Nasce ufficialmente la FNOPI, la Federazione nazionale Ipasvi cambia nome: ora – dal momento dell'entrata in vigore della legge il 15 febbraio - è ufficialmente Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, la più grande d'Italia con i suoi 440mila iscritti. E i Collegi provinciali sono Ordini provinciali delle professioni infermieristiche: Opi.

Questa legge prevede che ci vorrà un decreto del ministero della Salute per determinare la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine, garantendo "un'adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte": in questo caso infermieri e infermieri pediatrici.

DIFFERENZE TRA ENTI SUSSIDIARI ED ENTI AUSILIARI

La differenza tra essere enti ausiliari ed enti sussidiari dello Stato è che nel primo caso gli Ordini non svolgono una funzione amministrativa attiva, ma solo una funzione di iniziativa e di controllo, nell'altro caso, in base al principio di sussidiarietà, possono svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.

In questa veste ad esempio stabilisce la legge che vigilino sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando direttamente sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro.

STRUTTURA DELLA LEGGE

La professione infermieristica avrà a livello centrale una Federazione nazionale che coordina gli Ordini di livello provinciale ed emana il Codice Deontologico che deve essere approvato dal Consiglio Nazionale con il via libera di almeno due terzi dei consiglieri presidenti di Ordine.

Le Federazioni sono dirette dal Comitato centrale costituito da quindici componenti eletti dai presidenti di Ordine. Ciascun presidente dispone di un voto per ogni cinquecento iscritti e frazione di almeno duecentocinquanta iscritti al rispettivo albo.

Ogni Comitato centrale elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta degli aventi diritto, il presidente, il vice presidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, con la maggioranza qualificata dei due terzi degli aventi diritto.

I Comitati centrali e le commissioni di albo sono sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente o se si configurano gravi violazioni della normativa.

Lo scioglimento è disposto con decreto del ministro della Salute. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di cinque componenti, di cui non più di due iscritti agli albi professionali della categoria; alla commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato o della commissione disciolta. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni. Il nuovo Comitato centrale eletto dura in carica quattro anni

Si deve poi realizzare una commissione separata di albo per gli infermieri e per gli infermieri pediatrici, in analogia con quanto avviene per medici e odontoiatri e poiché la legge stabilisce che questo tipo di struttura abbia 7 componenti se gli iscritti non superano i 1.500 ma sono inferiori a 3.000; 9 se superano i 3.000, nel caso della Federazione avrà 9 componenti, nel caso dei singoli Ordini il numero invece sarà relativo agli iscritti.

I Consigli Direttivi degli Ordini Provinciali avranno fino a 7 componenti se gli iscritti sono fino a 500, 9 se sono tra 500 e 1500, 15 oltre i 1500. Con il Comitato centrale garantiscono equilibrio tra i

generi e le generazioni. Ogni collegio dei revisori avrà un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e sarà composto da tre membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi.

Tuttavia, se il numero dei professionisti residenti nella circoscrizione geografica è basso in relazione al numero degli iscritti a livello nazionale o ci sono altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, il ministero della Salute, d'intesa con le rispettive Federazioni nazionali e sentiti gli Ordini interessati, può disporre che un Ordine abbia per competenza territoriale due o più circoscrizioni geografiche confinanti o anche una o più Regioni.

ELEZIONI

terranno ogni 4 anni e non più 3. Chi è stato presidente, vice, tesoriere e segretario, può essere rieletto nella stessa carica consecutivamente una sola volta. Il mandato corrente non si considera tra quelli validi per il limite di una sola rielezione.

L'elezione del Consiglio direttivo e della commissione di albo è valida in prima convocazione se hanno votato almeno i due quinti degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché non inferiore a un quinto degli iscritti. A partire dalla terza convocazione la votazione è valida qualunque sia il numero dei votanti.

Le votazioni durano da un minimo di due a un massimo di cinque giorni consecutivi, di cui uno festivo, e si svolgono anche in più sedi, in modo di garantire la piena accessibilità in ragione del numero degli iscritti, dell'ampiezza territoriale e delle caratteristiche geografiche.

Se l'Ordine ha un numero di iscritti superiore a cinquemila, la durata delle votazioni non può essere inferiore a tre giorni.

Nuovo meccanismo per i risultati: devono essere comunicati entro quindici giorni da ciascun Ordine alla rispettiva Federazione nazionale e al ministero della Salute.

A stabilire come saranno i seggi sarà un decreto del ministero della Salute da emanare entro 60 giorni dall'approvazione della legge. E dovranno garantire la terzietà di chi ne fa parte, le procedure per l'indizione delle elezioni, per la presentazione delle liste e per lo svolgimento delle operazioni di voto e di scrutinio e le modalità di conservazione delle schede, prevedendo nel caso la possibilità per gli Ordini di stabilire che le votazioni abbiano luogo con modalità telematiche che quindi non è automaticamente operativa e possibili, ma, anche in questo caso, legata a un decreto del ministro della Salute

POTERE DISCIPLINARE

Si separa la funzione istruttoria da quella giudicante. Gli uffici istruttori sono composti da 5 a 11 iscritti di commissioni albo esterne a quella dell'ordine nel cui territorio è avvenuto il fatto in giudizio.

Abusivismo - Il comma 1 dell'articolo 12 sostituisce l'articolo 348 del codice penale, e aumenta le sanzioni per gli abusivi dall'attuale "milione di lire" prevedendo la reclusione fino a 3 anni e la multa da 10mila a 50mila euro. La pena però aumenta con reclusione fino a 5 anni e multa fino a 75mila euro per il professionista prestanome, che rischia anche l'interdizione da 1 a 3 anni dall'attività.

La sentenza è pubblicata e c'è la confisca della strumentazione usata per commettere il reato che i comuni indirizzeranno a fini assistenziali. In caso di omicidio colposo per l'abusivo (aggiunta ad articolo 589 c.p.) c'è la reclusione da 3 a 10 anni.

In caso di lesioni colpose (art 590 cp) la reclusione va da 6 mesi a 2 anni e la pena per lesioni gravissime è la reclusione da un anno e mezzo a 4 anni. Per chi eserciti un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie senza licenza c'è la sanzione amministrativa fino a 7.500 euro

RESPONSABILITA'

Si confermano le norme della legge Gelli (legge 24/2017) secondo cui in caso di condanna per responsabilità amministrativa di una struttura e di rivalsa di questa sul professionista per dolo o colpa grave, l'importo del risarcimento non supererà il triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o della retribuzione dell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno subito precedente o successivo. Il Fondo di garanzia per i danni da responsabilità sanitaria previsto dalla legge 24 tra gli altri compiti dovrà agevolare l'accesso alla copertura assicurativa dei sanitari libero professionisti.

“Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione di dati individuali”.

Storia dell'ordinamento legislativo

Prima del “Testo unico sulla privacy” era in vigore in Italia la “Legge 31 dicembre 1996, n. 675 Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali“. Era il testo “primordiale” introdotto nella nostra norma per adempiere a quanto previsto a livello europeo dagli Accordi di Shengen e alla “Direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati”. Nel 2003 le norme contenute nella legge del 1996 sono state assorbite e riviste e hanno dato vita al Testo unico di cui ora parleremo. Il Testo unico sulla privacy è tutt'ora in vigore, ha forza e assoluta presenza nell'ordinamento italiano, e sulla propria corretta applicazione vigila l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali. Ha subito come di consuetudine e come accade a ogni altra legge nel tempo integrazioni e modifiche, che le hanno permesso di aggiornarsi e di essere al passo con le novità informatiche, con internet, il web. Le ultime integrazioni in ordine cronologico e che citiamo per ovvi motivi di spazio e di tempo sono state la: “Legge 4 novembre 2010, n. 183 – “Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro”; “Legge 29 luglio 2010, n. 120 Decreto-Legge 25 settembre 2009, n. 135 Disposizioni urgenti per l'attuazione di obblighi comunitari e per l'esecuzione di sentenze della Corte di giustizia delle Comunità europee”.

Il decreto ministeriale sulla privacy, la legge attuale

L' “Art. 1. Diritto alla protezione dei dati personali:

1. Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano.

“Art. 2. Finalità

1. Il presente testo unico, di seguito denominato “codice”, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

2. Il trattamento dei dati personali è disciplinato assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà di cui al comma 1 nel rispetto dei principi di semplificazione, armonizzazione ed efficacia delle modalità previste per il loro esercizio da parte degli interessati, nonché per l'adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento.

Art. 3. Principio di necessità nel trattamento dei dati

1. I sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità”.

Si entra poi nel vivo della norma, nella definizione di indicazioni, obblighi e paletti utili a proteggere la privacy e il rispetto dei dati personali. Primo fra tutti il trattamento dei dati personali, che per le aziende nelle richieste informative, nei contratti, sappiamo quanto sia un passaggio delicato e sul quale non comportarsi con sufficienza.

Per il Testo “1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile”, ha poi diritto a conoscerne l'aggiornamento e opporsi al loro trattamento. “Per garantire l'effettivo esercizio dei diritti di cui all'articolo il titolare del trattamento è tenuto ad adottare idonee misure volte, in particolare:

- a) Ad agevolare l'accesso ai dati personali da parte dell'interessato, anche attraverso l'impiego di appositi programmi per elaboratore finalizzati ad un'accurata selezione dei dati che riguardano singoli interessati identificati o identificabili;
- b) a semplificare le modalità e a ridurre i tempi per il riscontro al richiedente, anche nell'ambito di uffici o servizi preposti alle relazioni con il pubblico.

Da ciò discende la necessaria informativa, tramite la quale comunicare alla persona il trattamento dei suoi dati. E “1. Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'articolo 2050 del codice civile (Art. 2050 Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose - Chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, e tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno. Il danno non patrimoniale è risarcibile anche in caso di violazione dell'articolo 11”.

Il Testo unico sulla privacy affronta come facile immaginare ogni aspetto riguardante la privacy, dai dati personali a quelli sensibili, e il loro rapporto con la gestione dell'amministrazione pubblica, della sanità nazionale, della giustizia, fino ad arrivare alla deontologia di ordini e professioni. Crediamo sia utile in questa sede illustrarne la parte riguardante la gestione di dati personali possibile per le aziende, per i privati, per imprese che hanno un continuo rapporto commerciale e comunicativo con la

clientela e con la potenziale clientela della quale potrebbero trovare a gestire la privacy e il rispetto dei dati.

Innanzitutto in ogni ente pubblico deve essere presente un responsabile del trattamento dei dati che sia anche differente dal titolare:

“Titolare”, la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza”;

“Responsabile”, la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo preposti dal titolare al trattamento di dati personali;

“Incaricati”, le persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile;

Soggetti giuridici responsabili in aziende, per il primo dei quali spetta anche, tra le misure minime di sicurezza l’obbligo di stesura del DPS.

Ancora. “Capo III – Regole ulteriori per privati ed enti pubblici economici”:

“Art. 23. Consenso

1. Il trattamento di dati personali da parte di privati o di enti pubblici economici è ammesso solo con il consenso espresso dell’interessato;
2. Il consenso può riguardare l’intero trattamento ovvero una o più operazioni dello stesso.
3. Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente e specificamente in riferimento ad un trattamento chiaramente individuato, se è documentato per iscritto, e se sono state rese all’interessato le informazioni di cui all’articolo 13.
4. Il consenso è manifestato in forma scritta quando il trattamento riguarda dati sensibili.

Il trattamento dei dati può essere effettuato quindi solo tramite esplicito consenso. Gli unici casi nei quali il consenso non è richiesto sono quando:

- a) È necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;
- b) è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l’interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto, a specifiche richieste dell’interessato;
- c) riguarda dati provenienti da pubblici registri, elenchi, atti o documenti conoscibili da chiunque, fermi restando i limiti e le modalità che le leggi, i regolamenti o la normativa comunitaria stabiliscono per la conoscibilità e pubblicità dei dati;
- d) riguarda dati relativi allo svolgimento di attività economiche, trattati nel rispetto della vigente normativa in materia di segreto aziendale e industriale;

e) è necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica di un terzo. Se la medesima finalità riguarda l'interessato e quest'ultimo non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;

f) con esclusione della diffusione, è necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento, nel rispetto della vigente normativa in materia di segreto aziendale e industriale;

g) con esclusione della diffusione, è necessario, nei casi individuati dal Garante sulla base dei principi sanciti dalla legge, per perseguire un legittimo interesse del titolare o di un terzo destinatario dei dati, anche in

riferimento all'attività di gruppi bancari e di società controllate o collegate, qualora non prevalgano i diritti e le libertà fondamentali, la dignità o un legittimo interesse dell'interessato;

h) con esclusione della comunicazione all'esterno e della diffusione, è effettuato da associazioni, enti od organismi senza scopo di lucro, anche non riconosciuti, in riferimento a soggetti che hanno con essi contatti regolari o ad aderenti, per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo, dallo statuto o dal contratto collettivo, e con modalità di utilizzo previste espressamente con determinazione resa nota agli interessati all'atto dell'informativa ai sensi dell'articolo 13;

i) è necessario, in conformità ai rispettivi codici di deontologia di cui all'allegato A), per esclusivi scopi scientifici o statistici, ovvero per esclusivi scopi storici presso archivi privati dichiarati di notevole interesse storico ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 29 ottobre 1999, n. 490, di approvazione del testo unico in materia di beni culturali e ambientali o, secondo quanto previsto dai medesimi codici, presso altri archivi privati.

Art. 25. Divieti di comunicazione e diffusione

“1. La comunicazione e la diffusione sono vietate, oltre che in caso di divieto disposto dal Garante o dall'autorità giudiziaria:

a) in riferimento a dati personali dei quali è stata ordinata la cancellazione, ovvero quando è decorso il periodo di tempo indicato nell'articolo 11, comma 1, lettera e);

b) per finalità diverse da quelle indicate nella notificazione del trattamento, ove prescritta.

2. È fatta salva la comunicazione o diffusione di dati richieste, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e

sicurezza o da altri soggetti pubblici ai sensi dell'articolo 58, comma 2, per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

“Art. 26. Garanzie per i dati sensibili

1. I dati sensibili possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, nell'osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal presente codice, nonché dalla legge e dai regolamenti”.

Il “Titolo VIII della legge 196 del 2003” è chiamato “Lavoro e previdenza sociale”. In esso viene innanzitutto auspicata l'adozione e il rispetto di un “codice di deontologia e di buona condotta per i soggetti pubblici e privati interessati al trattamento dei dati personali effettuato per finalità previdenziali o per la gestione del rapporto di lavoro, prevedendo anche specifiche modalità per l'informativa all'interessato e per l'eventuale prestazione del consenso relativamente alla pubblicazione degli annunci per finalità di occupazione di cui all'articolo 113, comma 3 e alla ricezione di curricula contenenti dati personali anche sensibili”.

Nel caso ancora di annunci di lavoro, o comunque di dati riguardanti persone che già lavorino in azienda, è vietata dalla legge in questione l'indagine sui dati sensibili dei dipendenti o dei candidati. La norma in questione, l'obbligo è mutuato dal Testo unico dalla Legge 20 maggio 1970 n.300 chiamata “Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e nell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento”. Un articolo che si esprime in questo modo netto e definitivo: “È fatto divieto al datore di lavoro, ai fini dell'assunzione, come nel corso dello svolgimento del rapporto di lavoro, di

effettuare indagini, anche a mezzo di terzi, sulle opinioni politiche, religiose o sindacali del lavoratore, nonché su fatti non rilevanti ai fini della valutazione dell'attitudine professionale del lavoratore”.

La tutela della privacy del lavoratore va tutelata anche in caso di lavoro a distanza, al tempo già chiamato telelavoro. Anche in tali condizioni infatti il datore di lavoro deve garantire il rispetto della personalità e della libertà morale del dipendente e al contempo però, sarà lo stesso lavoratore domestico a dover mantenere riserbo su quanto riguarda la sua vita familiare. Il datore di lavoro non potrà inoltre controllare e violare la privacy del suo dipendente tramite telecamere o impianti audio.

Per quanto riguarda le banche, gli istituti finanziari, le assicurazioni:

L'interessato può rivolgersi al Garante:

“a) Mediante reclamo circostanziato nei modi previsti dall'articolo 142, per rappresentare una violazione della disciplina rilevante in materia di trattamento di dati personali;

b) mediante segnalazione, se non è possibile presentare un reclamo circostanziato ai sensi della lettera a), al fine di sollecitare un controllo da parte del Garante sulla disciplina medesima;

c) mediante ricorso, se intende far valere gli specifici diritti di cui all'articolo 7 secondo le modalità e per conseguire gli effetti previsti nella sezione III del presente capo”.

Il Garante per la privacy è un organo autonomo e collegiale che ha quattro componenti. Due eletti dalla Camera e due dal Senato. Tra questi gli stessi quattro eleggono un presidente e un vice presidente. L'organismo così costituito, che resterà in carica per quattro anni ha piena autonomia di giudizio e valutazione. Le sentenze e le condanne amministrative e pecuniarie del Garante sono quindi pubblicate su Gazzetta Ufficiale e l'inosservanza dei suoi provvedimenti è punita con la reclusione da tre mesi a due anni.

D. LGS. 101/2018

Il GDPR disciplina la protezione dei dati delle persone fisiche con riferimento sia al trattamento sia alla libera circolazione di tali dati. Persegue due principali finalità:

- sensibilizzare e rendere consapevoli gli “interessati” (le persone fisiche) nel momento in cui rendono disponibili i propri dati personali;
- responsabilizzare sia le imprese private sia le autorità pubbliche che utilizzano i dati personali nell'ambito delle loro attività.

- Maggiori diritti dell'interessato in termini di privacy personale, ossia:

i titolari devono dichiarare agli interessati, in modo trasparente, le finalità del trattamento e le misure di protezione dei dati.

Maggiori doveri per le organizzazioni:

Il regolamento conferma che ogni trattamento di dati personali deve trovare fondamento in un'ideale base giuridica; i titolari del trattamento dei dati sono tenuti a seguire un percorso di adeguamento alle norme, nel rispetto dei fondamenti di liceità del trattamento, che coincidono, in linea di massima, con quelli già previsti dal Codice privacy d.lgs. 196/2003 (consenso, adempimento obblighi contrattuali, obblighi di legge cui è soggetto il titolare, ecc.).

Il titolare deve sempre poter dimostrare che è stato fatto tutto il possibile per evitare e prevenire la diffusione non autorizzata di informazioni sensibili, fino anche all'autodenuncia se dovessero verificarsi violazioni o furti di archivi contenenti dati sensibili.

Il titolare è tenuto a:

- Fornire informazioni chiare agli interessati della raccolta dei dati.
- Evidenziare gli scopi dell'elaborazione e i casi di utilizzo.
- Definire i criteri di conservazione e di eliminazione dei dati.
- Proteggere i dati personali con misure di sicurezza appropriate.
- Avvalersi di un responsabile della protezione dei dati (per le organizzazioni di grandi dimensioni).

- Segnalare alle autorità eventuali violazioni.
- Conservare la documentazione dettagliata.

Formazione

- Obbligo di formare personale e dipendenti.

Cosa prescrive il nuovo regolamento?

- Dal momento in cui si raccolgono dati personali, la loro protezione e l'uso per il quale si raccolgono le informazioni devono essere dichiarate ed organizzate in modo chiaro; non sarà possibile raccogliere o gestire dati senza specificarne la finalità.
- Diritto all'oblio degli interessati: non possono essere detenute le informazioni una volta venuto meno lo scopo.
- Principio di responsabilità (accountability): non c'è un elenco minimo di precauzioni da prendere ma in caso di richiesta dell'autorità o della divulgazione non autorizzata dei dati personali occorre dimostrare di aver fatto il possibile per proteggerli in base ai mezzi disponibili.
- Sanzioni: fino a 20 milioni di euro o fino al 4% del fatturato, comminate dall'autorità garante della privacy, e controlli da parte di Guardia di Finanza e tutte le forze di polizia.

PROFILO PROFESSIONALE E COMPETENZE OSS

L'OSS (operatore socio sanitario) è una figura istituita con la conferenza stato-regione del 22 febbraio 2001. L'operatore socio sanitario è l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a : a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente[art.1: figura e profilo]. La formazione dell'operatore socio sanitario è di competenza delle regioni e province autonome, che provvedono alla organizzazione dei corsi e delle relative attività didattiche [art.2 :la formazione] I corsi di formazione per operatore socio sanitario avranno durata annuale, per un numero di ore non inferiore a 1000, articolate secondo i seguenti moduli didattici: - modulo di base: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 200 motivazione orientamento e conoscenze di base. - modulo professionalizzante: tipo di formazione teorica, numero minimo di ore 250; esercitazioni e stages, numero minimo di ore 100; tirocinio, numero minimo di ore 450 [art.8 organizzazione didattica].

L'operatore socio sanitario svolge la sua attività sia nel settore sociale che in quello sanitario in servizi di tipo socio - assistenziale e socio - sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente

ospedaliero e al domicilio dell'utente [art 3 : contesti operativi]. L'operatore socio sanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale [art.4 contesto relazionale]. Assiste la persona, in particolare non

autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale; realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico; collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale; coadiuva il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente; aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita; cura la pulizia e l'igiene ambientale. Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente; collabora alla attuazione degli interventi assistenziali; valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre.

L'operatore socio sanitario collabora con tutti i professionisti preposti all'assistenza del paziente coadiuvando soprattutto gli infermieri. Secondo l'Art. 36 del codice deontologico, l'infermiere pianifica, supervisiona, verifica l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale. Per delega si intende l'atto, ovviamente scritto, con cui si conferisce ad altri la possibilità di agire in vece propria, affidando propri poteri e responsabilità; con la conseguente necessità del delegante di controllare l'attività del delegato non interferendo con l'attività dello stesso. In ambito penalistico, la delega di funzioni ha un valore diverso che riguarda "l'eventuale esenzione di responsabilità del titolare originario, sia l'assunzione di responsabilità del nuovo soggetto di fatto preposto all'adempimento". E' ovvio quindi che lo strumento della delega non può essere utilizzato dall'Infermiere verso l'OSS poiché non è possibile trasferire a quest'ultimo la diretta responsabilità del processo infermieristico né la discrezionalità nell'eseguire dei compiti per i quali l'OSS non possiede un'adeguata formazione. L'Attribuzione è invece lo strumento adatto per compiere il processo di assistenza infermieristica avvalendosi della collaborazione fondamentale dell'Operatore Socio Sanitario: L'assegnazione di compiti previsti dal profilo o dettagliati nei piani di lavoro di quello specifico contesto operativo, rientranti nelle competenze di quell'operatore, che possono essere svolte in autonomia o in collaborazione. Nel trasferimento dell'azione l'infermiere mantiene: - La responsabilità sull'intero processo di assistenza; -La responsabilità insita nell'avvalersi ove necessario; -Il potere decisionale; -La supervisione sull'intervento. La soluzione per una corretta attribuzione va trovata nella stesura per ogni contesto di opportuni piani di lavoro che devono individuare e definire attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.

Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Legge sul Biotestamento" è stata approvata in via definitiva il 14 dicembre 2017, ecco il testo punto per punto: **IL CONSENSO INFORMATO** - Il testo prevede che, nel rispetto della Costituzione, nessun trattamento sanitario possa essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata. Viene "promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico il cui atto fondante è il consenso informato" e "nella relazione di cura sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari". **I MINORI** - Per quanto riguarda i minori "il consenso è espresso dai genitori esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore o dall'amministratore di sostegno, tenuto conto della volontà della persona minore". **LE DISPOSIZIONI**

ANTICIPATE DI TRATTAMENTO - Ogni "persona maggiorenne, capace di intendere e volere, in previsione di un' eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può, attraverso "Disposizioni anticipate di trattamento" (Dat), esprimere le proprie convinzioni e

preferenze in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto a scelte diagnostiche o terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, comprese le pratiche di nutrizione e idratazione artificiali". Le Dat, sempre revocabili, risultano inoltre vincolanti per il medico e "in conseguenza di ciò - si afferma - è esente da responsabilità civile o penale". Devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata, con sottoscrizione autenticata da notaio o altro pubblico ufficiale o da un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale o convenzionato. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, possono essere espresse attraverso videoregistrazione". In caso di emergenza o di urgenza, precisa inoltre il ddl, "la revoca può avvenire anche oralmente davanti ad almeno due testimoni".

PIANIFICAZIONE DELLE CURE - Nella relazione tra medico e paziente "rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità".

L. 8.11.2012, n. 189 'Decreto Balduzzi' Con la L. 8.11.2012, n. 189 (che converte in legge il c.d. 'Decreto Balduzzi') sono state introdotte, all'art. 3, disposizioni specifiche sulla responsabilità in ambito sanitario, con due obiettivi. • Primo obiettivo è quello di ridurre il rischio penale dell'esercente la professione sanitaria:

«L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve». Il Decreto Balduzzi, però, non esonera da responsabilità civile: anche se non vi è responsabilità penale «resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile». Quindi l'eventuale esclusione alla responsabilità penale non fa venir meno la responsabilità civile, ma può avere un'incidenza soltanto sull'ammontare dei danni da risarcire: «Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta» conforme alle linee guida. Dunque se il Decreto Balduzzi in primo luogo vuole ridurre l'esposizione ad azione penale da parte del personale medico e paramedico, però questo suo intento non sembra voler diminuire l'esposizione al civile anzi, proprio perché l'azione penale potrebbe essere infruttuosa, a questo punto conviene promuovere un'azione civile. • Il secondo obiettivo è quello di garantire la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Per un verso però, l'aumento esponenziale delle cause in questo campo ha fatto sì che gli assicuratori fuggissero dal settore della responsabilità civile medica, perché non vi è un rischio ma una certezza di una perdita, e dunque da un lato vi è questo profilo e l'altro profilo è che ovviamente il medico e la struttura sanitaria non trovano più una copertura assicurativa e quindi si trovano a dover operare in condizioni di estremo rischio, il medico il quale opera ma teme anche ogni momento che un suo minimo sbaglio

possa dare luogo a responsabilità e al suo obbligo personale di risarcimento. Allora la risposta a questo problema nata dal Decreto Balduzzi è quella della previsione della costituzione di un fondo appositamente costituito per garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. E dunque la previsione di una copertura che vale sia per il personale medico che per il personale paramedico del tutto indipendentemente dalla loro capacità di ottenere e trovare sul mercato una copertura assicurativa, perché questa è affidata ad un fondo di natura pubblica, e questa previsione della costituzione di un fondo e della copertura assicurativa e sul chi debba pagarla, nel Decreto Balduzzi vi è un esplicito riferimento al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL), il quale dovrebbe in futuro prevedere in futuro, tra le varie questioni su cui datore di lavoro e prestatore d'opera devono mettersi d'accordo anche da previsione di questo meccanismo assicurativo e su chi devono gravare i costi del premio assicurativo. Infine vi è un divieto per le compagnie assicuratrici di

disdettare la polizza se non vi sia una sentenza di condanna passata in giudicato. La prassi attuale da parte delle compagnie assicurative è che dopo il primo sinistro e dopo la prima sentenza, quindi con la condanna del medico, della struttura sanitaria o del personale paramedico, la compagnia assicurativa esercita il diritto di recedere il contratto lasciando il personale sanitario o la struttura privi di copertura assicurativa. Al tempo stesso però, il Decreto Balduzzi affida la regolamentazione di questo fondo, che probabilmente dovrà essere affidato ad un ente pubblico e alle modalità di contribuzione dello stesso affidata ad un Decreto interministeriale (Salute, Sviluppo Economico, Economia) sentite l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici) e la federazione delle professioni sanitarie (scadenza: giugno 2013).

D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (c.d. "Riforma Brunetta") La fisionomia del lavoro pubblico è stata ridisegnata, successivamente, dalla cd. riforma Brunetta: la L. 4 marzo 2009, n. 15 e il relativo decreto attuativo, D.Lgs. 27-10-2009, n. 150, hanno dato vita ad una riforma destinata a cambiare radicalmente il funzionamento dell'amministrazione italiana, soprattutto nell'ottica dell'aumento di produttività del lavoro pubblico e di una migliore organizzazione dello stesso sulla base dei principi di trasparenza ed efficienza. Gli aspetti fondamentali di tale riforma sono: — il principio di trasparenza e la valutazione della performance lavorativa. La trasparenza è proprio una parole-chiave della riforma: difatti, essa è intesa come accessibilità totale delle informazioni sull'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. L'altro profilo portante della riforma è concernente l'attribuzione selettiva degli incentivi economici e di carriera, al fine di premiare i dipendenti capaci e meritevoli; — la valorizzazione del merito e gli strumenti di premialità. Sono stati introdotti strumenti di valutazione del merito e metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa, sulla base dei principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera nonché nel riconoscimento degli incentivi; — le innovazioni in materia di dirigenza e di contrattazione collettiva; in particolare, il dirigente viene designato quale datore di lavoro nelle PP.AA. e vengono ridefinite le materie attribuite alla contrattazione collettiva; — le sanzioni disciplinari e le responsabilità dei pubblici dipendenti. Viene completamente

rinnovata la disciplina delle sanzioni disciplinari e del sistema di responsabilità dei dipendenti pubblici, soprattutto in vista della lotta all'assenteismo e alla scarsa produttività.

Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Riforma Madia) Tale decreto si rivolge a: • Il personale medico, tecnico – professionale e infermieristico del SSN; • Gli enti pubblici di ricerca; • I lavoratori già impegnati in attività socialmente utili e di pubblica utilità; All'articolo 3.1 "Procedure di reclutamento dell'art. 20 del D LGS n. 75 del 2017" viene affermato che è consentita l'assunzione a tempo indeterminato del personale non dirigenziale, che abbia un contratto a tempo determinato, e che abbia tutti i seguenti requisiti: 1. Risulti in servizio, anche per un solo giorno dopo il 28 agosto 2015 con un contratto a tempo determinato presso l'amministrazione pubblica che deve procedere alla stabilizzazione. Se il soggetto non è più in servizio, viene data la priorità di assunzione al personale in servizio alla data di entrata in vigore del decreto (22 giugno 2017). Questo criterio rimane prioritario per definire l'ordine di assunzione a tempo indeterminato. 2. Sia stato assunto a tempo determinato da una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, derivante da concorso/avviso pubblico per titoli e/o esami, per la figura professionale di appartenenza, anche in amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione 3. Abbia maturato, al 31 dicembre 2017, nella stessa amministrazione che procede l'assunzione, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi 8. Gli anni utili da conteggiare possono riferirsi anche a tipologie diverse di contratto, ma devono riguardare la stessa attività e lo stesso inquadramento professionale. Bandi di concorso Altro punto importante della legge è la possibilità, per le amministrazioni pubbliche, di bandire concorsi riservati, fino al 50%, a personale non dirigenziale che abbia come requisiti: 1. Un contratto di lavoro a tempo determinato (dopo il 28 agosto 2015) presso l'amministrazione che bandisce il concorso. Possono essere compresi anche coloro con un contratto flessibile, come collaborazioni coordinate e continuative 2. Abbia maturato, al 31 dicembre 2017, almeno 3 anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi 8, presso l'amministrazione che bandisce il concorso. Anche in questo caso, possono essere conteggiati gli anni riferiti anche a contratti diversi, purché appartenenti alla stessa amministrazione, e alla stessa attività. 3. Sono esclusi dalla norma i contratti dirigenziali, il personale docente educativo e amministrativo delle istituzioni scolastiche, e i contratti di somministrazione presso le pubbliche amministrazioni. Stabilizzazioni e assunzioni La circolare chiarisce inoltre come le pubbliche amministrazioni (PA) debbano ora comportarsi in termini di stabilizzazioni e assunzioni. Tenendo infatti conto del piano triennale dei fabbisogni e la relativa copertura finanziaria, le PA possono procedere all'attuazione della normativa già a partire dal gennaio 2018, sulla base delle risorse finanziarie a disposizione e delle figure professionali già presenti nella pianta organica. È fondamentale che le PA facciano una ricognizione del personale potenzialmente interessato e delle esigenze di professionalità da reclutare, al fine di definire il piano dei fabbisogni. È per questo necessario che le PA definiscano, a priori, le modalità di ricognizione dei requisiti, che siano preventivamente dichiarati e resi trasparenti. Qualora la PA si trovi con disponibilità finanziarie limitate, deve identificare la

procedura più efficace e funzionale per far fronte alla norma, anche applicandola parzialmente ai destinatari sulla base del fabbisogno e delle disponibilità finanziarie. Al fine di espletare le direttive imposte dalla norma, le pubbliche amministrazioni sono in possesso di risorse finanziarie aggiuntive, destinate alle assunzioni a tempo indeterminato del personale in possesso dei requisiti. Le PA possono inoltre attingere alle risorse destinate alle assunzioni del triennio 2018-2020. L'ultimo punto importante della norma riguarda il "divieto di instaurare nuovi rapporti di lavoro flessibile". Le PA non possono più assumere nuovi professionisti, fatto salvo per coloro che si inseriscono nel reclutamento speciale, a meno che le PA non mantengano comunque disponibili le risorse per la stabilizzazione del personale in servizio. Al fine di terminare le procedure di stabilizzazione, le PA possono ricorrere alla proroga dei rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che partecipano alle procedure.

Nel 2010 è stata emanata la Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).

Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La legge, tra le prime in Europa, tutela all'art. 1 "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore", ed individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest'ultimo, inoltre riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate ed adeguate alle sue esigenze e a quella della famiglia che insieme deve affrontare il percorso della malattia.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo riguardano:

Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica

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

Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore

Il Ministero promuove l'attivazione e l'integrazione di due reti della terapia del dolore e delle cure palliative che garantiscono ai pazienti risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

L'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province

autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sulle “linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”, stabilisce che venga costituito, con appositi provvedimenti regionali e aziendali, una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete di cure palliative e di terapia del dolore.

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore

La legge modifica il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309 del 1990) semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili: ai medici del Servizio sanitario nazionale sarà consentito prescrivere tale classe di farmaci non più su ricettari speciali, ma utilizzando il semplice ricettario del Servizio sanitario nazionale (non più quello in triplice copia).

Formazione del personale medico e sanitario

Con decreti del Ministro dell’istruzione, dell’università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, verranno individuati specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; verranno inoltre individuati i criteri per l’istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore.

La legge prescrive che in sede di Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro, vengano individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Il Ministero avrà un ruolo fondamentale nella concreta ed uniforme attuazione delle disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Legge e I Defibrillatori nei Luoghi Pubblici

La Legge e I Defibrillatori nei Luoghi Pubblici

L'ultimo aggiornamento sulla normativa relativa ai defibrillatori è il [decreto 20/07/2013](#) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.169 e riporta quanto segue:

Art. 5 “Linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali dispositivi salvavita

1. Ai fini del presente decreto, si intendono società sportive dilettantistiche quelle di cui al comma 17 del 90 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive modifiche e integrazioni. 2. Ai fini del presente decreto si intendono società sportive professionistiche quelle di cui al Capo II della legge 23 marzo 1981, n. 30 e successive modifiche e integrazioni. 3. Le società di cui ai commi 1 e 2 si dotano di defibrillatori semiautomatici nel rispetto delle modalità indicate dalle linee guida riportate nell'allegato E del presente decreto. La disposizione di cui al presente comma non si applica alle società dilettantistiche che svolgono attività sportive con ridotto impegno cardiocircolatorio, quali bocce (escluse bocce in volo), biliardo, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, giochi da tavolo e sport assimilabili. 4. Le società professionistiche attuano la disposizione di cui al comma 3 entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto. 5. Le società dilettantistiche attuano la disposizione di cui al comma 3 entro 30 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto. 6. L'onere della dotazione del defibrillatore semiautomatico e della manutenzione è a carico della società. Le società che operano in uno stesso impianto sportivo, ivi compresi quelli scolastici, possono associarsi ai fini dell'attuazione delle indicazioni di cui al presente articolo. Le società singole o associate possono demandare l'onere della dotazione e della manutenzione del defibrillatore semiautomatico al gestore dell'impianto attraverso un accordo che definisca anche le responsabilità in ordine all'uso e alla gestione. 7. Ferme restando le disposizioni di cui al decreto ministeriale 18 marzo 2011 “Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni”, le Linee guida (Allegato E) stabiliscono le modalità di gestione dei defibrillatori semiautomatici da parte delle società sportive professionistiche e dilettantistiche. Il CONI, nell'ambito della propria autonomia, adotta i protocolli di Pronto soccorso sportivo defibrillato (PSSD), della Federazione Medico Sportiva Italiana nel rispetto delle disposizioni del citato decreto ministeriale 18 marzo 2011.

Art. 6

Educazione allo sport in sicurezza

1. Il Ministero della salute concorda annualmente con il Ministro delegato allo sport e con il CONI i contenuti di una campagna di comunicazione dedicata allo svolgimento dello “sport in sicurezza”. Alla campagna di informazione possono anche collaborare le Società scientifiche di settore. 2. Le disposizioni di cui al presente articolo si attuano con le risorse strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Allegato E

LINEE GUIDA SULLA DOTAZIONE E L'UTILIZZO DI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI E

Scopo: Le presenti linee guida hanno lo scopo di disciplinare la dotazione e l'impiego da parte di soccorritori sportivi, sia professionistiche sia dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici esterni.

1. Introduzione
L'Arresto Cardiocircolatorio (ACC) è una situazione nella quale il cuore cessa le proprie funzioni, di solito in modo improvviso, causando la morte del soggetto che ne è colpito. Ogni anno, in Italia, circa 60.000 persone muoiono in conseguenza di un arresto cardiaco, spesso improvviso e senza essere preceduto da alcun sintomo o segno premonitore. La letteratura scientifica internazionale ha ampiamente dimostrato che in caso di arresto cardiaco improvviso un intervento di primo soccorso, tempestivo e adeguato, contribuisce, in modo statisticamente significativo, a salvare fino al 30 per cento in più delle persone colpite. In particolare è stato dimostrato che la maggiore determinante per la sopravvivenza è rappresentata dalle compressioni toraciche esterne (massaggio cardiaco) applicate il prima possibile anche da parte di personale non sanitario. Se queste tempestive manovre, che possono essere apprese in corsi di formazione di poche ore, il soccorso successivo ha poche o nulle probabilità di successo. A questo primo e fondamentale trattamento deve seguire, in tempi stretti, la disponibilità di un Defibrillatore Semiautomatico Esterno (DAE) che consente al personale non sanitario di erogare una scarica elettrica dosata in grado, in determinate situazioni, di riprendere un'attività cardiaca spontanea. L'intervento di soccorso avanzato del sistema di emergenza completa la catena della sopravvivenza. Nonostante la disponibilità di mezzi di soccorso territoriali e del sistema di emergenza sanitaria, che intervengono nei tempi indicati dalle norme vigenti, esistono situazioni in alcune località per le quali **l'intervento di defibrillazione, efficace se erogato nei primi cinque (5) minuti** può essere ancora più precoce qualora sia presente sul posto personale non sanitario addestrato ("first responder"), che interviene prima dell'arrivo dell'equipaggio dell'emergenza sanitaria. **Per queste ragioni occorre che le tecniche di primo soccorso diventino un bagaglio di conoscenza comune e diffusa che sia tempestivamente disponibile un DAE e che sia presente personale non sanitario certificato all'utilizzo.** I Defibrillatori Semiautomatici Esterni (DAE) attualmente disponibili sul mercato permettono al personale non sanitario specificamente addestrato di effettuare con sicurezza le procedure di defibrillazione esonerandolo dal compito della diagnosi che viene effettuata dall'apparecchiatura stessa. È prevedibile che nuovi dispositivi salvavita possano entrare nell'uso, come evoluzione tecnologica degli attuali defibrillatori semiautomatici o di altri dispositivi salvavita. La legge del 3 aprile 2001, n. 120 prevede l'utilizzo del DAE anche da parte di personale non sanitario.

2. La Catena della Sopravvivenza Il DAE deve essere integrato e coordinato con il sistema di allarme sanitario 118; in questo modo è consentito il rispetto dei principi della "Catena della Sopravvivenza", secondo i quali può essere migliorata la sopravvivenza in caso di arresto cardiaco, purché siano rispettate le seguenti azioni consecutive (anelli): 1. il riconoscimento precoce del sistema di soccorso 2. la rianimazione cardiopolmonare precoce, eseguita dai presenti 3. la defibrillazione precoce, eseguita dai presenti 4. l'intervento dell'equipe di rianimazione avanzata. In ambiente extraospedaliero i primi tre anelli della Catena della Sopravvivenza sono ampiamente dipendenti dai presenti all'evento, dalla loro capacità di eseguire correttamente alcune semplici manovre e dalla disponibilità di un DAE.

3. Contesto sportivo: considerazioni generali È un dato consolidato che l'attività fisica regolare è in grado di ridurre l'incidenza di eventi correlati alla malattia cardiaca coronarica e di molte altre patologie. Tuttavia l'attività fisica costituisce di per sé un possibile rischio di Arresto Cardiocircolatorio (ACC) per cause cardiache e non cardiache. Sembra ragionevole affermare, quindi, che **i contesti dove si pratica attività fisica e sportiva, agonistica e non agonistica, possono essere scenario di arresto cardiaco più frequentemente di altre sedi.** La defibrillazione precoce rappresenta in tal caso il sistema più efficace

di promozione, recupero o esercizio di salute, sembra indispensabile prevedere una particolare tutela per la pratica, attraverso raccomandazioni efficaci e attuabili secondo le evidenze scientifiche disponibili. Un più alto livello di miglioramento è strettamente correlato alla diffusione di una maggiore specifica cultura, che non solo patrimonio delle professioni sanitarie ma raggiunga la maggior parte della popolazione. Non è importante e l'estensione della tutela sanitaria non soltanto dei professionisti dello sport agonistico ma anche e soprattutto di quanti praticano attività sportiva amatoriale e ludico motoria. Fermo restando **l'obbligo di dotazione di DAE da parte di società sportive professionistiche e dilettantistiche**, si evidenzia l'opportunità di dotare, sulla base dell'afflusso di utenti e di dati epidemiologici, di un defibrillatore anche in luoghi quali centri sportivi, stadi palestre ed ogni situazione nella quale vengono svolte attività in grado di interessare l'attività cardiovascolare, secondo quanto stabilito dal D.M. 18 marzo 2011, punto 4 dell'allegato. Alcune Regioni (es. Veneto, Emilia Romagna, Marche) hanno già previsto nel loro piano la diffusione delle attività di defibrillazione di dotare di DAE anche alcune tipologie di impianti sportivi pubblici come palestre scolastiche, piscine comunali. Si contribuisce in tal modo allo svolgimento in sicurezza dell'attività sportiva "creando anche una cultura cardiologica di base".

4. Indicazioni per le Società sportive circa la dotazione e l'impiego di DAE

Le seguenti indicazioni specificano quanto già stabilito a carattere generale e dal [D.M. 18 marzo 2011](#)

4.1 Modalità Organizzative

In ambito sportivo per garantire il corretto svolgimento della catena della sopravvivenza **le società sportive si devono dotare di defibrillatori semiautomatici, nel rispetto delle modalità indicate dalle presenti linee guida.** È stato dimostrato nei contesti dove il rischio di AC è più alto per la particolare attività che vi si svolge o semplicemente per l'alta frequentazione, la pianificazione di una risposta all'ACC aumenta notevolmente la sopravvivenza. L'onere della dotazione del defibrillatore e della sua manutenzione è a carico della società. Le società che operano in uno stesso impianto sportivo, ivi compresi quelli scolastici, possono associarsi ai fini dell'attuazione delle indicazioni di cui al presente allegato. Le società singole o associate possono demandare l'onere di dotazione e della manutenzione del defibrillatore al gestore dell'impianto sportivo attraverso un accordo che definisca le responsabilità in ordine all'uso e alla gestione dei defibrillatori. Le società che utilizzano permanentemente o temporaneamente un impianto sportivo devono assicurarsi della presenza e del regolare funzionamento del dispositivo. È possibile, in tal modo, assimilare l'impianto sportivo "cardioprotetto" al punto della rete PAD (Public Access Defibrillation) e pianificare una serie di interventi atti a prevenire l'ACC esiti in morte, quali: la presenza di personale formato, pronto ad intervenire, l'addestramento continuo, la presenza di un DAE e la facile accessibilità, la gestione e manutenzione del DAE, la condivisione dei percorsi con il sistema di emergenza territoriale locale.

In tali impianti sportivi deve essere disponibile, accessibile e funzionante almeno un DAE – posizionato ad una distanza da ogni punto dell'impianto percorribile in un tempo utile per garantire l'efficacia dell'intervento – con il relativo personale addestrato all'utilizzo. I DAE devono essere marcati CE come dispositivi medici ai sensi della vigente normativa comunitaria e nazionale (Dir. 93/42/CEE, D.lgs n. 46/97). I DAE devono essere resi disponibili all'utilizzo completo di tutti gli accessori necessari al loro funzionamento, come previsto dal fabbricante. Tutti i soggetti che sono tenuti o che intendono dotarsi di DAE devono darne comunicazione alla Centrale Operativa territorialmente competente, specificando il numero di apparecchi, la specifica del tipo di apparecchio, la dislocazione, l'elenco degli esecutori in possesso del relativo attestato. Ciò al fine di rendere più efficace ed efficiente il suo utilizzo o addirittura disponibile la sua localizzazione mediante mappe interattive.

Formazione Ai fini della formazione del personale è opportuno individuare i soggetti che all'interno

appaiono piu' idonei a svolgere il compito di first responder. La presenza di una persona formata all'uso del defibrillatore deve essere garantita nel corso delle gare e degli allenamenti. Il numero di soggetti da formare e' strettamente dipendente dal luogo in cui e' posizionato il DAE e dal tipo di organizzazione presente. In ogni caso si ritiene che per ogni DAE venga formato un numero sufficiente di persone. I corsi di formazione metteranno in condizione il personale di utilizzare con sicurezza i DAE e comprendono anche l'addestramento teorico-pratico alle manovre di BLS (Basic Life Support and Defibrillation), anche pediatrico quando necessario. I corsi sono effettuati da Centri di formazione accreditati dalle singole regioni secondo specifici criteri e sono svolti in conformita' alle Linee guida nazionali del 2003 cosi' come integrate dal D.M. del 17 marzo 2011. Per il personale formato deve essere prevista l'attivita' di retraining ogni due anni. Manutenzione e segnaletica I DAE devono essere sottoposti alle verifiche, ai controlli ed alle manutenzioni periodiche secondo le scadenze previste dal manuale d'uso e nel rispetto delle vigenti normative in materia di apparecchi elettromedicali. I DAE devono essere mantenuti in condizioni di operativita'; la batteria deve possedere carica sufficiente a garantirne il funzionamento; le piastre adesive devono essere sostituite alla scadenza. Deve essere identificato un referente incaricato di verificarne regolarmente l'operativita'. **Gli proprietari dei DAE possono stipulare convenzioni con le Aziende Sanitarie o con soggetti privati, purché gli stessi provvedano alla manutenzione delle apparecchiature, ponendo comunque i costi a carico del proprietario.** Per i DAE posizionati in modo fisso in luoghi aperti al pubblico e' raccomandato, ove possibile, l'utilizzo di contenitori esterni con meccanismi automatici di segnalazione che si attivano al prelievo del dispositivo con segnalazione immediata alla Centrale Operativa 118. Il DAE deve essere collocato in luoghi accessibili e deve essere facilmente riconoscibile; il cartello indicatore della posizione del DAE con adesivi "Defibrillatore disponibile" e "AED available", deve essere ben visibile e posizionato all'ingresso. Informazioni sulla presenza del defibrillatore Le societa' sportive e, ove previsto, i gestori degli impianti sono tenuti ad informare tutti i soggetti, che a qualsiasi titolo sono presenti negli impianti (atleti, spettatori, personale tecnico etc.), della presenza dei DAE e del loro posizionamento mediante opuscoli e cartelle illustrative o qualsiasi altra modalita' ritengano utile (video, incontri, riunioni).

4.5 Responsabilita'

L'attivita' di primo soccorso non rappresenta per il personale formato un obbligo legale che e' previsto soltanto per il personale sanitario. La societa' e' responsabile della presenza e del regolare funzionamento del dispositivo. Definizione Arresto Cardiocircolatorio (ACC): interruzione della funzione di pompa cardiaca. Morte Cardiaca Improvvisa (Sudden Cardiac Death, SCD): morte inattesa di origine cardiaca (diagnosi post mortem). Si definisce SCD testimoniata, se avviene entro 1 ora dall'inizio dei sintomi, o non testimoniata, se entro 24 ore dall'ultima osservazione in vita senza sintomi. Rianimazione cardiopolmonare: sequenza di manovre per il riconoscimento e il trattamento dell'ACC: comprende le compressioni toraciche (massaggio cardiaco esterno) e le ventilazioni di soccorso e la defibrillazione esterna."

LEGGE SULL'USO DEL DEFIBRILLATORE DA PARTE DI PERSONALE LAICO(non sanitario)

Tutto è cominciato con la legge che regola l'uso dei **Defibrillatori Semiautomatici Esterni (DAE)** da parte di personale non sanitario in Italia :la [n.120 del 3 aprile 2001](#) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 15 del 14 aprile 2001:

"Utilizzo dei Defibrillatori Semiautomatici in ambiente extraospedaliero"

Art. 1

sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.

2. Le Regioni e le Province Autonome disciplinano il rilascio da parte delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio, laddove non ancora attivato, sotto la responsabilità dell'Azienda Sanitaria Locale o dell'Azienda Ospedaliera di competenza, sulla base dei criteri indicati nelle Linee Guida adottate dal Ministro della Sanità, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente Legge.

Successivamente, il Decreto Legge n° 273 del 30 dicembre 2005 stabilisce:

All'art. 1 della Legge 3 aprile 2001, n° 120, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

“ 2-bis. La formazione dei soggetti di cui al comma 1 può essere svolta anche dalle organizzazioni medico-scientifiche senza scopo di lucro nonché dagli enti operanti nel settore dell'emergenza sanitaria che abbiano un rilievo nazionale e che dispongano di una rete di formazione.”

Il Legislatore è giunto a questa “liberalizzazione” dell'uso del defibrillatore sostanzialmente per due motivi:

– I Defibrillatori Semiautomatici (DAE) di nuova generazione diagnosticano automaticamente la fibrillazione cardiaca ed erogano la scarica elettrica solo se riconoscono la Fibrillazione Ventricolare (FV). Non è però l'operatore, ma il defibrillatore, ad effettuare la diagnosi di fibrillazione ventricolare. Di conseguenza sussiste l'abusivo esercizio della professione sanitaria, punito dall'art. 348 del Codice Penale.

– In caso di **Morte Cardiaca Improvvisa** il tempo limite per avere un minimo di speranza di salvare la vita è di 10 minuti. L'unica possibilità è nell'uso il più precoce possibile del Defibrillatore. Considerando il tempo per i soccorritori di rendersi conto dell'accaduto e di allertare il 118 (5/6 minuti) ed il tempo impiegato dall'ambulanza per arrivare (mediamente più di 10 minuti) si comprende perché il Legislatore ha deciso di ampliare al massimo il numero di persone abilitate ad utilizzare il Defibrillatore.

Naturalmente tutto ciò non esime l'operatore del DAE dall'agire con diligenza, prudenza, perizia e nel rispetto dei regolamenti, ordini e discipline che riguardano l'attività di soccorso extraospedaliero ed eventuali procedure locali di defibrillazione precoce.

IL DECRETO BALDUZZI

Il [decreto del 18/03/2011 \(G.U.n.129 del 6/6/11\)](#) stabilisce i criteri di diffusione dei Defibrillatori semiAutomatici (DAE) ed i luoghi dove deve essere garantita la loro presenza. Questo significa che è stato fatto un altro passo verso la consapevolezza che l'arresto cardiaco è una strage fino ad oggi ignorata e che è necessario cominciare a muoversi per ridurre il numero dei morti.

Di seguito alcuni dei luoghi di grande frequentazione di pubblico citati dal decreto :

- **poliambulatori**
- **palestre**
- **cinema**
- **teatri**
- **luoghi di divertimento**

- **stadi**
- **centri sportivi**
- **centri commerciali**
- **ipermercati**
- **alberghi**
- **ristoranti**
- **stabilimenti balneari**
- **stazioni sciistiche**

Le **farmacie**, inoltre, per l'alta affluenza di persone e la capillare diffusione nei centri urbani, le rendono punti di riferimento in caso di emergenze sul territorio.

Può essere opportuno, secondo il decreto, ma noi lo riteniamo indispensabile, sempre in un'ottica di presenza sul territorio, di dotare di DAE i mezzi della Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Capitanerie di Porto.

Il 13 Settembre 2012 è stato aggiunto un nuovo tassello al quadro relativo alla normativa per la prevenzione dell'arresto cardiaco.

Il nuovo Decreto (G.U.n.214. D.L.n.158) cita espressamente quanto segue:

“11. Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'**obbligo di idonea certificazione medica, nonché l'obbligo di guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte delle società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.**”

Questa legge è stata emanata poco più di un anno dopo l'emanazione del succitato **decreto del 6 Giugno 2011** che stabiliva i criteri di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nei luoghi pubblici.

Il controllo sistematico delle dotazioni, la conoscenza del loro uso ed il rispetto delle procedure e dei contenuti dei [corsi per Esecutori BLS-D](#) conformi alle linee guida ufficiali, sono la miglior garanzia di non incorrere in situazioni penalmente perseguibili.