

**MATERIALE DI STUDIO  
PER LA PREPARAZIONE  
ALL'ESAME PER I  
CITTADINI  
EXTRACOMUNITARI**

## Premessa

Il presente materiale ha la finalità di consentire un'attività di studio individuale in preparazione all'esame volto all'accertamento delle conoscenze relative alla normativa che regola l'esercizio professionale in Italia. Il materiale contiene i seguenti documenti:

- La normativa ordinistica italiana
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994 n.739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
  
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
- Legge 10 agosto 2000, n. 251
- Legge 1 febbraio 2006, n.43 “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 Codice deontologico dell'Infermiere (2009)
  
- Commentario al Codice Deontologico
  
- La formazione infermieristica in Italia: cenni
  
- L'Educazione Continua in Medicina (ECM) : le nuove regole per i professionisti
- Altre normative di interesse infermieristico
  - Legge 194/78 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza) (omissis) Art. 9
  - Legge 12 Ottobre 1993 n. 413 (Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale)
  - Legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita)
  
- Modalità di esercizio della professione infermieristica in Italia

Al fine di consentire uno studio maggiormente efficace si suggerisce, quale bibliografia indicata per sostenere l'esame, il seguente testo:

- ✓ G. Mutillo, M. Magri, L. Aletto, F. Fanari “*Essere Infermieri in Italia. Guida all'esercizio della professione per Infermieri non comunitari*” Ed. Mc Graw Hill ISBN: 9788838616648

Il Consiglio Direttivo

Savona, 24 agosto 2012

## La normativa ordinistica italiana

Con il Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato (D. Lgs. C.P.S.) 233 del 1946 si provvede alla "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse", aboliti durante il ventennio fascista.

Vediamo in sintesi i contenuti della norma.

Gli **Ordini ed i Collegi** si costituiscono di norma a livello provinciale ma possono anche associare due o più province confinanti.

Sia per gli Ordini che per i Collegi, si procede all'elezione di un **Consiglio Direttivo**, a cui possono candidarsi tutti gli Iscritti.

Il Consiglio resta in carica per 3 anni e l'assemblea elettiva viene convocata nel mese di novembre del terzo anno.

"Ogni Consiglio elegge nel proprio seno un Presidente, un Vicepresidente un Tesoriere ed un Segretario.

Il Presidente ha la rappresentanza dell'Ordine e Collegio, di cui convoca e presiede il Consiglio Direttivo e le Assemblee degli Iscritti; il Vicepresidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal Presidente".

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

- compilare e tenere l'albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;
- vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del Collegio;
- designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti; dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo, salvo in ogni caso le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- 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 presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e 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 conto 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.

Per l'iscrizione all'Albo è necessario:

- essere cittadino italiano;
- avere il pieno godimento dei diritti civili;
- essere di buona condotta;
- 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, avere ottenuto il diploma rilasciato dalle apposite scuole;
- avere la residenza o esercitare la professione 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.

Sia gli Ordini che i Collegi provinciali sono riuniti in **Federazioni Nazionali** con sede in Roma, rette da un Comitato Centrale composto da 13 membri, nel caso degli Ordini, e da 7 membri nel caso dei Collegi.

Ogni Comitato Centrale elegge nel proprio seno un Presidente, un Vicepresidente, un Tesoriere ed un Segretario.

Il Presidente ha la rappresentanza della Federazione di cui convoca e presiede il Comitato Centrale ed il Consiglio Nazionale; il Vicepresidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal Presidente. L'elettorato del Comitato Centrale è rappresentato dall'Assemblea Nazionale dei Presidenti provinciali. Ciascun presidente provinciale dispone di 1 voto ogni duecento Iscritti al proprio Collegio.

Per il funzionamento della Federazione ciascun Collegio Provinciale versa una quota in rapporto al proprio numero di iscritti.

Al Comitato centrale di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:

- a) vigilare sul piano nazionale, alla conservazione del decoro e dell'indipendenza delle rispettive professioni;
- b) coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini o Collegi;
- c) promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative di cui alla lettera d) dell'articolo 3 del presente decreto;
- d) designare i rappresentanti della Federazione presso commissioni, enti od organizzazioni di carattere interprovinciale o nazionale;
- e) dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare gli Ordini ed i Collegi;
- f) dare direttive di massima per la soluzione delle controversie di cui alla lettera g) dell'articolo 3;
- g) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli Direttivi degli Ordini e Collegi.

Contro i provvedimenti indicati nella precedente lettera g) è ammesso ricorso alla Commissione Centrale per gli esercenti le Professioni Sanitarie.

Questa "Commissione Centrale per gli esercenti le Professioni Sanitarie" ha la funzione di:

1. decidere sui ricorsi ad essa proposti a norma del presente decreto;
2. esercitare il potere disciplinare nei confronti dei propri membri professionisti e dei membri dei Comitati Centrali delle Federazioni Nazionali.

Contro le decisioni della Commissione Centrale è ammesso ricorso alle Sezioni unite della Corte Suprema di Cassazione.

Sempre il D. Lgs. C.P.S. 233/46 prevede che un successivo provvedimento disciplini la professione infermieristica.

Ciò avverrà con la "**Legge 29 ottobre 1954, n. 1049 "Istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie e delle Vigilatrici d'Infanzia."**

Nel 1951, viene emanato il DPR n. 221 "Approvazione del regolamento per l'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."

Un capitolo particolare del Regolamento è dedicato alle sanzioni disciplinari ed al 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. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica."

Le **sanzioni disciplinari** sono:

- 1) l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) la censura, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi;
- 4) la radiazione dall'Albo.

Per reati particolari quali il commercio di sostanze stupefacenti o l'istigazione all'aborto e gli atti abortivi su donna ritenuta incinta, viene prevista la radiazione di diritto.

## Le norme che regolano attualmente la professione infermieristica in Italia

Il nucleo centrale dell'impianto normativo italiano sull'esercizio delle professioni sanitarie ruota attorno alla **Legge n. 42/99** e alla **Legge n. 251/2000**.

In particolare la L.42, nell'abrogare il cosiddetto "mansionario" richiama in sé, elevandoli al proprio rango, il profilo professionale e il codice deontologico.

La **legge 10 agosto 2000, n. 251**: "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" riguarda in Italia 22 professioni raccolte in 4 classi:

1. Professioni sanitarie infermieristiche
2. Professioni sanitarie riabilitative
3. Professioni tecnico sanitarie
4. Professioni tecniche della prevenzione

L'art. 1 riguarda appunto infermieri e ostetriche:

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.

Anche in questo caso vediamo il DM 739 ed il Codice Deontologico direttamente richiamati da una Legge dello Stato, posti a fondamento dell'autonomia e della responsabilità affidate all'Infermiere non più "ausiliario".

Il testo appare addirittura "prescrittivo" a proposito della necessità di utilizzare "metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" e inequivoco nel riconoscere agli infermieri la responsabilità diretta dell'assistenza in **tutte** le Aziende Sanitarie.

Per realizzare concretamente quest'autonomia gestionale occorre però una vera apicalità, e questa è possibile solo arrivando al più alto livello di formazione universitaria: la laurea specialistica.

A tale scopo la stessa legge all'art. 5:

Art. 5.

(Formazione universitaria)

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1,2,3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

Da alcuni anni ormai i corsi di laurea specialistica stanno producendo "dottori magistrali in scienze infermieristiche ed ostetriche" e stanno nascendo, seppure disomogeneamente sul piano nazionale e regionale, i Servizio Infermieristici, ostetrici, tecnici e della riabilitazione (generalmente denominati SITRO) in forma di strutture semplici o complesse che vedono alla loro guida un infermiere direttore, afferente alla dirigenza, posto cioè al di fuori del cd "comparto".

La svolta epocale che consente questo passaggio all'autonomia professionale e gestionale, è però contenuta nella legge di un anno precedente: la L.42/99

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

**Art. 1.** (Definizione delle professioni sanitarie)

1. La denominazione "**professione sanitaria ausiliaria**" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "**professione sanitaria**".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 (**mansionario**), ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. **Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie** di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei **decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base** nonché degli specifici **codici deontologici**, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali. (omissis)

La professione infermieristica cessa quindi di essere "ausiliaria" di quella medica, acquisisce autonomia e responsabilità professionale, e non necessita quindi più di un "mansionario" da cui ricavare le proprie competenze.

Le competenze derivano invece dal disposto congiunto dei tre elementi richiamati:

- Ciò che è previsto dal profilo professionale
- Ciò che è compatibile col Codice Deontologico
- Ciò che ho imparato a fare con la formazione di base (ordinamento didattico) e quella successiva, dove acquista particolare valore il programma ECM (Educazione Continua in Medicina) di cui diremo.

Sempre che l'attività non rientri in quelle previste come esclusive per altre professioni regolamentate, come quella medica.



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

**Art. 1**

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

2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa.

Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3 - L'infermiere:

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

**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.

---

**LEGGE 1 febbraio 2006, n.43**

**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.**

ART. 1. (Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.
3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART. 2.(Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.
2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.
3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.
4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

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

6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente: "2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di nuova configurazione.

ART. 3.(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

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

ART. 4.(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
  - a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;
  - b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;
  - c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;
  - d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;
  - e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);
  - f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;
  - g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;
  - h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;
  - i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

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

ART. 5. (Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.
3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART. 6. (Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:
  - a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
  - b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n.270;
  - c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università

e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

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

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

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

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

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

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

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

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

#### ART. 7. (Disposizioni finali).

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

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

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

## **Il Codice deontologico dell'Infermiere (2009)**

Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009

### **Capo I**

#### **Articolo 1**

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

#### **Articolo 2**

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

#### **Articolo 3**

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

#### **Articolo 4**

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

#### **Articolo 5**

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

#### **Articolo 6**

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

### **Capo II**

#### **Articolo 7**

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

#### **Articolo 8**

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

#### **Articolo 9**

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

#### **Articolo 10**

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



### **Capo III**

#### **Articolo 11**

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

#### **Articolo 12**

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

#### **Articolo 13**

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

#### **Articolo 14**

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

#### **Articolo 15**

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

#### **Articolo 16**

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

#### **Articolo 17**

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

#### **Articolo 18**

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

### **Capo IV**

#### **Articolo 19**

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

#### **Articolo 20**

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

#### **Articolo 21**

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

#### **Articolo 22**

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

#### **Articolo 23**

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera

affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

#### **Articolo 24**

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

#### **Articolo 25**

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

#### **Articolo 26**

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

#### **Articolo 27**

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

#### **Articolo 28**

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

#### **Articolo 29**

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

#### **Articolo 30**

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

#### **Articolo 31**

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

#### **Articolo 32**

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

#### **Articolo 33**

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

#### **Articolo 34**

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

#### **Articolo 35**

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

#### **Articolo 36**

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

#### **Articolo 37**



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

#### **Articolo 38**

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

#### **Articolo 39**

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

#### **Articolo 40**

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

### **Capo V**

#### **Articolo 41**

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

#### **Articolo 42**

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

#### **Articolo 43**

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

#### **Articolo 44**

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

#### **Articolo 45**

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

#### **Articolo 46**

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

### **Capo VI**

#### **Articolo 47**

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

#### **Articolo 48**

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

#### **Articolo 49**

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

#### **Articolo 50**

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

## **Articolo 51**

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

### **Disposizioni finali**

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

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

## Commentario al Codice Deontologico 2009

La storia è fatta di eventi, vicende e ricorrenze. Così è anche per il cammino delle infermiere e degli infermieri italiani che, con i Collegi Provinciali e la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, hanno costruito nel tempo una grande storia, ricca di vicende ed eventi da ricordare e celebrare.

Nel febbraio del 1999 accadeva un evento rilevante per l'infermieristica italiana: veniva promulgata la legge n. 42 che, abrogando il mansionario, indicava e indica nel codice deontologico uno degli elementi che, con il profilo e gli ordinamenti didattici, definisce il campo proprio di attività dell'infermiere.

Nell'ottobre del 1999, durante il XII Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, veniva presentato e celebrato l'attuale Codice Deontologico degli infermieri italiani.

Nel febbraio del 2009 si apre il XV Congresso della Federazione nazionale Collegi IPASVI nel cui ambito - 10 anni dopo - viene presentato e celebrato il **nuovo Codice deontologico** degli Infermieri italiani, frutto di un grande e corale impegno dell'intera compagine professionale.

Sono trascorsi dieci anni ricchi di vicende, di fatti, di ulteriori mete raggiunte e dell'acquisita maturità di un'identità professionale 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.

Una svolta significativa per la professione infermieristica che si delinea con nettezza nel rapporto "infermiere - persona/assistito" che racchiude due soggetti autonomi nella relazione e reciprocamente responsabili del patto assistenziale.

Un patto di per sé valido e operante senza mediazioni da parte di altre professionalità e che acquisisce una sua specificità all'interno dei percorsi terapeutici e clinico assistenziali.

### **L'infermiere e la relazione con la persona/assistito.**

Il nuovo Codice deontologico fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito. Relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali contengono le chiavi interpretative della natura dell'atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona/assistito.

"Specifici" sta per "propri", ossia interni alla professione in quanto patrimonio di peculiari competenze ed esperienze infermieristiche.

"Autonomi" sta per "di decisione propria" rispetto ad altre figure professionali.

"Natura intellettuale, tecnico scientifica, gestionale, relazionale ed educativa" sta per saperi disciplinari che sostengono le diverse funzioni infermieristiche e per l'irrinunciabilità della relazione, dell'educazione e dell'informazione.

Anche la responsabilità, collegata all'autonomia, è intesa come un principio guida dell'agire professionale. L'assunzione di responsabilità pone l'infermiere in una condizione di costante impegno: quando assiste, quando cura e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Quando si richiama ai principi di equità e giustizia nell'assumere decisioni organizzativo gestionali, quando rispetta i valori etici, religiosi e culturali oltre che il genere e le condizioni sociali della persona/assistito nell'assumere decisioni assistenziali.

L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività. Un bene da tutelare in ogni ambito professionale attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

L'infermiere sviluppa il suo sapere ed il suo essere professionista nella relazione con la persona che assiste. "Persona" e "Assistito": due accezioni complementari di una specifica concettualizzazione.

Persona è "il cittadino" inteso come detentore di diritti e protagonista delle attività di promozione e tutela del suo stato di salute in costante cambiamento.

Assistito è "la persona" con cui l'infermiere attiva una peculiare, specifica e professionale relazione in cui trova manifestazione il rispetto, il confronto e il dialogo vissuti come principi guida della deontologia professionale.

La mission primaria dell'infermiere è il prendersi cura della persona che assiste in logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale. Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando l'assistito vive momenti difficili, diviene "più fragile" e perciò ancora più bisognoso di aiuto e sostegno.

Nel processo del prendersi cura l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse e che sostiene perché raggiunga la maggiore autonomia possibile soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità.

La relazione insita nel rapporto infermiere - assistito è ricca di incontri, scambi, confidenze, confronti, richieste. E' possibile che in tale ricchezza relazionale si verifichino incomprensioni, tensioni e conflitti derivanti da diverse visioni etiche inerenti, ad esempio, la concezione della vita, il significato della sofferenza, l'idea e la percezione della propria dignità, la libertà di scelta rispetto ai percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali. E tant'altro ancora.

In quei momenti difficili, lo strumento principe per la composizione delle tensioni delle incomprensioni e dei conflitti è l'ascolto, il confronto rispettoso e soprattutto il dialogo. Dialogo da mantenere anche quando l'assistito reitera comportamenti e richieste tali da rendere persistente il contrasto etico e indurre l'infermiere ad avvalersi della "clausola di coscienza".(1)

Avvalendosi della clausola di coscienza l'infermiere rende trasparente la sua opposizione a richieste in contrasto con i principi della professione e con i suoi valori, al di fuori delle situazioni in cui l'obiezione di coscienza è prevista e regolamentata dalle leggi.

L'adesione intima e coerente ai principi della professione e quindi all'assistere, curare e prendersi cura della persona" nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo, indurrà in ogni caso l'infermiere ad adoperarsi perché l'assistito riceva, attraverso l'intervento di altri colleghi o attraverso il coinvolgimento della struttura sanitaria, le prestazioni necessarie per la sua incolumità e per la sua vita.

Così agendo l'infermiere tutelerà l'assistito, non lo lascerà mai solo e gli garantirà il diritto di manifestare la propria volontà.

Ma la tutela dell'assistito verrà garantita dall'infermiere anche attraverso l'impegno quotidiano affinché non abbia mai a subire danno o nocumento in conseguenza dell'agire professionale.

Agirà, dunque, con "prudenza" per non "nuocere" e si richiamerà al principio dell'equità nelle scelte allocative per un uso ottimale delle risorse disponibili.

(1) Il concetto di "clausola di coscienza" nell'ambito sanitario è stato definito dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel 2004, in un pronunciamento sulla legittimità per l'operatore sanitario di ricorrere all'obiezione di coscienza in caso di richiesta di prescrizione e somministrazione della cosiddetta pillola del giorno dopo. In quella circostanza il CNB individuò nel concetto di "clausola di coscienza" un principio guida al quale ispirare il comportamento etico degli operatori sanitari in quei casi dove l'obiezione di coscienza propriamente detta non sia contemplata per legge.

Nell'ordinamento giuridico dello Stato, l'obiezione di coscienza è prevista solo in relazione all'interruzione volontaria di gravidanza, legge 194/78, alla sperimentazione animale, legge 413/93 e alla procreazione medicalmente assistita, legge 40/04

### **L'infermiere e la volontà e la dignità dell'assistito nei processi di cura e assistenza**

Perseguire la centralità dell'assistito nei processi di cura e assistenza significa, per l'infermiere, riconoscerne la dignità in ogni fase della malattia. Significa impegnarsi per prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza; operare perché riceva i trattamenti necessari e assicurargli una vicinanza empatica in qualunque condizione clinica, fino al termine della vita, anche attraverso la palliazione e il conforto fisico, psicologico, relazionale, spirituale e ambientale. Il fine vita è un momento a cui

l'infermiere guarda con rispetto e sensibilità ponendosi dalla parte dell'assistito, dei suoi bisogni e delle sue volontà in merito alle prestazioni da erogare.

L'infermiere tutela perciò la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita e contrasta qualsiasi forma di accanimento terapeutico o assistenziale. Potrebbe però succedere che l'assistito non sia in grado di manifestare la propria volontà; in quel caso l'infermiere tiene conto di quanto l'assistito ha chiaramente espresso e

documentato in precedenza pur ribadendo, con fermezza, che non attuerà e non parteciperà a interventi finalizzati a provocarne la morte, anche se la richiesta proviene da lui stesso. Facendo proprio il valore della "pietas", l'infermiere si impegna a sostenere i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto. Si impegna altresì a favorire l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi - intesa quale atto di solidarietà - e a sostenere le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

### **L'infermiere, le relazioni professionali e il rapporto con il sistema sanitario**

La sfera delle relazioni professionali e inter professionali comprende tutte le dinamiche insite nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli operatori appartenenti ad altre professioni.

In tale contesto l'approccio dell'infermiere è basato sulla collaborazione, sulla valorizzazione del lavoro d'équipe e sulla tutela della dignità propria e dei colleghi.

Assume perciò comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà anche facendosi carico di segnalare al proprio Collegio ogni abuso o comportamento, attuato da altri infermieri, che sia contrario alla deontologia professionale.

Tutela il decoro personale e del proprio nome e salvaguarda il prestigio della professione - che esercita con onestà e lealtà - nei confronti dei colleghi e degli altri operatori. Pone altresì attenzione, rispettando le indicazioni dei Collegi provinciali, ai messaggi pubblicitari riferiti all'esercizio professionale.

Impegnarsi per processi assistenziali di elevata qualità significa anche schierarsi per una sanità efficace e attenta ai bisogni dei cittadini.

Ciò riguarda la professione tutta e assume particolare importanza alla luce dell'evoluzione dell'infermieristica, in termini di cultura disciplinare, profilo professionale e progresso e innovazione assistenziale.

Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono un ruolo attivo dell'intera compagine professionale anche sul monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, sulle proposte per il loro miglioramento e sui percorsi di adeguamento del sistema sanitario all'evoluzione della domanda di salute.

L'infermiere, in questa logica e ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale. Pertanto, di fronte a carenze o disservizi, ne dà comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o della struttura a cui afferisce il proprio assistito quando opera in regime libero professionale.

La complessità delle organizzazioni sanitarie, la molteplicità dei processi operativi e le numerose correlazioni tra risorse umane, carichi di lavoro, diritti e doveri contrattuali e diversificazione della domanda sanitaria e delle modalità di risposta possono produrre disfunzioni organizzative e disservizi organizzativo assistenziali.

Qualora questo avvenga, coerentemente con la propria mission, l'infermiere si impegna - nell'interesse primario degli assistiti - a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Ma altrettanto coerentemente con la



propria mission, l'infermiere si rifiuta di compensare le carenze e i disservizi quando non vi sia eccezionalità ma consuetudine; quando vi sia una riproposizione di problemi e carenze già verificatisi, ricorrenti e costantemente irrisolti o quando venga sistematicamente pregiudicato il suo mandato professionale per - ad esempio - demansionamento, inappropriato utilizzo della sua competenza professionale, impossibilità a garantire adeguati standard assistenziali per sistematica inadeguatezza dell'organico.

Sempre in questa logica l'infermiere si impegna a tutelare la collettività per quanto attiene il benessere e la sicurezza, denunciando l'esercizio abusivo della professione e tutte le situazioni in cui le circostanze o le condizioni ambientali e strutturali possono limitare la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

### **Concludendo...**

Il nuovo Codice deontologico si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità cui gli infermieri vogliono impegnarsi, nell'agire professionale, per gli assistiti e l'intera collettività.

Le norme del Codice deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, che dello status, che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale. Oggi l'infermiere italiano è a tutti gli effetti un professionista della salute a cui ogni cittadino può rivolgersi in un rapporto diretto, senza mediazioni e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza infermieristica professionalizzata, pertinente e personalizzata.

La relazione infermiere/assistito, rilevante e fondamentale per rispondere a esigenze di cura ed assistenza in costante e veloce evoluzione, si manifesta come una realtà significativa del sistema salute. Una realtà in grado di dare risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare, sistematicamente e nel tempo, capacità di presa in carico, risposta strutturata ai bisogni dei singoli e della collettività, continuità assistenziale.

Anche attraverso le norme di questo loro nuovo Codice deontologico, gli infermieri italiani manifestano l'impegno per un "saper essere" ad alta valenza etica, per un "saper assistere" ad alta valenza professionale e per attuarli al meglio ovunque.

**Annalisa Silvestro**

Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

## La formazione infermieristica in Italia

Un elemento fondamentale per decidere quello che può fare un infermiere è dato, ovviamente, da quello che sa fare, perché lo ha imparato durante il corso di laurea o successivamente.

Come si articola la formazione universitaria dell'infermiere in Italia?

Ad ogni esame nelle università italiane, è associato un certo numero di CFU.

Il CFU serve per misurare il carico di lavoro richiesto allo studente e ne stima l'impegno; convenzionalmente 1 CFU è pari a 25 ore di lavoro (indipendentemente se questo sia svolto come studio personale o come frequenza a laboratori o lezioni).

Il triennio di infermieristica fa eccezione perché il CFU corrisponde a 30 ore invece che a 25.

Mediamente 1 anno di lavoro corrisponde a 60 CFU.

Per conseguire la laurea infermieristica occorrono 180 CFU: 3 anni.

Dopo la laurea si può proseguire su tre versanti:

- i **corsi di perfezionamento**: approfondimenti tematici che comportano un impegno di 15-20 CFU
- i **master di primo livello**: percorsi specialistici gestionali (coordinamento) o clinici che si articolano su uno o due anni per un totale di 60 CFU
- la **laurea specialistica**: percorso biennale orientato alla formazione dirigenziale, comporta 120 CFU

Dopo la laurea specialistica si può accedere al **master di II livello**, 60 CFU oppure al **Dottorato di Ricerca** per ulteriori 180 CFU.



## **L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM):**

### **le nuove regole per i professionisti**

**08/08/2012 - Obbligatorî 150 crediti formativi nel triennio, nuove Linee guida per l'accreditamento, Albo dei provider, compiti di Ordini e Collegi, obiettivi formativi, controllo della qualità, liberi professionisti.**

E' stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n. 98 del 14 maggio 2012) il nuovo Accordo sul sistema di formazione continua in medicina. L'Accordo (del 19 aprile 2012) traccia nuove regole per rendere omogeneo il sistema ECM su tutto il territorio nazionale, introducendo una maggiore integrazione tra i diversi attori della formazione continua in sanità.

Il documento sancisce definitivamente il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi alla situazione attuale, che prevede quello dei Provider, introducendo alcuni importanti elementi di novità soprattutto sul ruolo rivestito da Ordini, Collegi ed Associazioni.

Diversi sono i contenuti inclusi nel documento: le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei Provider a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei Provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma ECM; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità e le regole per i liberi professionisti.

Il testo integrale del documento può essere consultato alla pagina:

[http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO\\_19\\_APRILE\\_2012.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/ACCORDO_19_APRILE_2012.pdf)

### **Quanti crediti devono essere maturati nel periodo 2011-2013?**

Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio. Per ogni anno i professionisti dovranno acquisire un minimo di 25 crediti e un massimo di 75.

Si prevede la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio 2008-2010, a condizione che il professionista abbia pienamente ottemperato al debito formativo previsto per il triennio precedente di 150 crediti formativi (c.f.) oppure 90 c.f. [1].

Per i professionisti sanitari del territorio abruzzese colpito dal terremoto del 2009, i crediti formativi richiesti per il 2011 sono ridotti a 30, di cui 15 obbligatori.

[1] Dal triennio 2005-2007, il professionista, che ha acquisito 60 crediti formativi può detrarli dal numero di crediti complessivo (150) relativo al successivo triennio (2008-2010) e acquisire 90 c.f. Tale misura consente di detrarre ulteriormente nel triennio in corso (2011-2013) 45 crediti formativi e quindi acquisire 105 c.f. Chi non ha acquisito i crediti formativi sulla base delle indicazioni riportate, deve per ogni periodo, acquisire 150 crediti formativi.

## CREDITI PER IL TRIENNIO 2011 – 2013

ANNO	CREDITI	MINIMO	MASSIMO
2011	50*	25	75
2012	50*	25	75
2013	50*	25	75

\*La Commissione Nazionale ha previsto la possibilità di riportare fino ad un massimo di 45 crediti dal triennio precedente 2008-2010. Chi ha maturato 45 o più crediti deve conseguirne solo 105; possono essere riportanti anche crediti in numero inferiore a 45: in tal caso i crediti da conseguire corrisponderanno alla differenza tra 150 e quelli riportati dal triennio precedente.

### **Quali modalità di formazione permettono di maturare crediti ECM ?**

Il nuovo accordo conferma le diverse modalità di formazione così come i criteri per l'assegnazione dei crediti, definiti dai precedenti documenti:

[http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri\\_per\\_assegnazione\\_crediti\\_e\\_fsc.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri_per_assegnazione_crediti_e_fsc.pdf)

#### MODALITA' DI FORMAZIONE

- Formazione residenziale
- Convegni, congressi, simposi, conferenze (oltre 200 partecipanti)
- Workshop, seminari, corsi (anche all'interno di congressi ecc.)
- Formazione residenziale interattiva
- Training individualizzato
- Gruppi di miglioramento
- Attività di ricerca
- Audit clinico e/o assistenziale
- Autoapprendimento senza tutoraggio
- Autoapprendimento con tutoraggio
- Docenza e tutoring

### **Quanti crediti possono essere acquisiti tramite sponsor?**

I professionisti possono conseguire al massimo 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio attraverso la partecipazione ad eventi formativi su invito diretto di Sponsor (qualsiasi soggetto privato che fornisce finanziamenti, risorse o servizi a un Provider ECM mediante un contratto a titolo oneroso in cambio di spazi di pubblicità o di attività promozionali per il nome e/o i prodotti del soggetto sponsorizzante); ogni professionista sponsorizzato deve trasmettere al Provider che gestisce il corso una copia dell'invito o una dichiarazione sottoscritta attestante l'invito l'autorizzazione della propria Amministrazione a partecipare in virtù dell'invito da parte dello Sponsor. Al professionista che consegue, in seguito alla sua partecipazione su

invito diretto da parte delle Aziende, un numero di crediti superiore a 1/3 dell'intero ammontare di crediti del triennio, l'eccedenza non verrà considerata al fine del computo totale dei crediti necessari per il triennio.

### **Chi è il Provider di formazione ECM e quali requisiti deve possedere ?**

L'Accordo descrive i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore di eventi formativi, ovvero il Provider. Sono indicati i requisiti amministrativi, organizzativi e scientifici dell'aspirante Provider, le risorse finanziarie e organizzative che deve dimostrare di avere, l'indipendenza da interessi commerciali e le procedure per il controllo della qualità dell'offerta formativa.

La scelta di definire criteri comuni risponde all'obiettivo di assicurare omogeneità alla formazione continua del personale sanitario che opera e si muove su tutto il territorio nazionale.

Ogni anno il 10% dei Provider dovrà essere ispezionato dall'Ente che lo ha accreditato (Commissione nazionale, regionale o provinciale) per verificare requisiti e qualità.

### **Quali aree di formazione sono incluse nel sistema ECM?**

Sono 29 le aree in cui si articolano gli obiettivi formativi della formazione, che vanno a comporre il "dossier formativo individuale" di ciascun professionista, che dovrà integrare obiettivi formativi di sistema (con tematiche di valore strategico aziendale), obiettivi formativi di processo (con tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera) e obiettivi formativi tecnico-professionali (rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze nel settore di attività).

Indicati come di particolare rilievo per il SSN e i SSR le tematiche legate all'umanizzazione delle cure e terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali.

Non potranno rientrare nel sistema ECM i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale.

### **Quali novità sono contenute nel documento in merito al ruolo di Ordini, Collegi ed Associazioni?**

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le relative Federazioni rivestiranno un ruolo centrale nella certificazione della formazione svolta.

Per tale finalità è operante il CO.GE.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) deputato a gestire l'anagrafe nazionale dei crediti ECM. Quest'ultimo riceve le informazioni relative al conseguimento crediti ECM da parte dei Provider nazionali e regionali e in futuro renderà disponibili tali informazioni a Ordini, Collegi e Associazioni, affinché gli stessi possano certificare, al termine del triennio formativo (2011 – 2013) i crediti acquisiti.

La certificazione avverrà con modalità che saranno comunicate dagli Ordini, Collegi e Associazioni ai propri iscritti.

L'Accordo riconosce, a differenza del passato, ad un ruolo decisivo nella formazione continua per Ordini, Collegi ed Associazioni in quanto la loro offerta formativa potrà consentire ai professionisti formarsi su tematiche di particolare rilevanza tecnico professionali. Accanto alle materie "proprie" (etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione), il documento prevede la possibilità che Ordini e Collegi

organizzino anche corsi su materie tecnico-professionali, ma in modo da non superare il 50% dell'offerta complessiva.

### **Quali novità per i liberi professionisti ?**

I liberi professionisti avranno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Proprio per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e Associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

### **Possono essere acquisiti crediti ECM come docente ?**

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzazione, a 2 crediti formativi per ogni ora di effettiva docenza in eventi o progetti formativi aziendali, entro il limite del 50% dei crediti da acquisire nel corso dell'anno solare.

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a 2 crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in contesti diversi).

Si fa presente che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, in data 20 febbraio 2008, ha stabilito che in caso di contemporanea docenza di un'ora di due docenti deve essere assegnato 1 credito per docente.

Tale misura è relativa a quelle tipologie di formazione previste dal documento sui criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM:

[http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri\\_per\\_assegnazione\\_crediti\\_e\\_fsc.pdf](http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri_per_assegnazione_crediti_e_fsc.pdf) - p.17.

I docenti/relatori non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

I docenti o i tutor di un Corso FAD non hanno diritto ai crediti ECM.

### **A chi spetta il computo dei crediti?**

Il computo dei crediti spetta al professionista sanitario, mentre la verifica per la certificazione dei crediti formativi spetta all'Ordine competente che utilizzerà al termine del triennio 2011 - 2013, i dati archiviati dal CO.GE.A.P.S.

### **Anche i nuovi iscritti hanno l'obbligo di maturare crediti ECM?**

Il debito formativo per il professionista iscritto per la prima volta all'Albo professionale decorre dall'anno successivo a quello di conseguimento del titolo e dell'iscrizione all'Albo stesso.

Se la data di iscrizione all'Albo professionale non è immediatamente successiva alla data del conseguimento del titolo abilitante, è comunque legittimo ritenere l'obbligo formativo vigente dall'anno successivo a quello di iscrizione.

### **Quale obbligatorietà per il raggiungimento crediti ECM?**

A decorrere dal 2002, è iniziata la fase a regime del Programma nazionale ECM che deve ritenersi obbligatorio per tutti i professionisti sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti. A tal proposito il Piano sanitario 2003/2005, approvato con Dpr 23 maggio 2003, ha confermato chiaramente l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i professionisti.

Il DL 138/2011 del 13 agosto 2011 convertito in Legge n.148 del 14 settembre 2011 prevede all'art. 3, comma 5,lett. b) : “Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM). La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione”.

Il citato Decreto Legge prevede altresì che “gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore” dello stesso.

Al momento non vi sono, a questo riguardo, precise indicazioni; nel prossimo futuro la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, gli Ordini, i Collegi e le rispettive Federazioni, dovranno elaborare disposizioni ad hoc per regolamentare tale obbligo.

### **Chi è esonerato dall'obbligo crediti ECM?**

Nella circolare del Ministro della Salute del 5/03/02 N. DIRP 3°/AG/448, al comma 15, viene chiarito che è esonerato dall'obbligo dell'ECM - per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) - il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propria della categoria di appartenenza: corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del Murst del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n.2 del 4 gennaio 2000;

corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;

formazione complementare; es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 “Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza” di cui al Dpr 28 luglio 2000, n. 270, Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;

corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) “Piano di interventi contro l'Aids” di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990.

Sono esonerati, altresì, dall'obbligo ECM i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia

di adempimento del servizio militare di cui alla Legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Si precisa che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi.

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Occorre specificare che nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2003 a gennaio 2004, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2003, ossia per l'anno 2003 non si devono acquisire i crediti.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente.

Sono altresì esonerati, in base alla Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 13 gennaio 2010, gli operatori sanitari che assumono incarichi di alta amministrazione di natura gestionale (a titolo esemplificativo Direttori generali dei Ministeri e delle Agenzie nazionali).

Gli esoneri, le esenzioni e comunque gli istituti che concorrono a definire l'assolvimento dell'obbligo formativo saranno oggetto, nei prossimi mesi, di studio e valutazione da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua con i rappresentanti regionali e con il CTR per farne criteri omogenei su tutto il territorio nazionale e per tutti i professionisti interessati.

## **Altre normative di interesse infermieristico**

Un argomento di evidente rilievo deontologico è rappresentato dall'obiezione di coscienza. In termini generali per obiezione di coscienza si intende il rifiuto di espletare un'attività o un compito perché lo si ritiene contrario alle proprie convinzioni ideologiche, morali o religiose. Chi solleva obiezione di coscienza si assume quindi direttamente le conseguenze civili e penali che derivano da tale omissione tranne che l'obiezione non sia prevista e normata dalla legge. In ambito sanitario la legge interviene a normare l'obiezione di coscienza in tre soli casi:

### **1. Legge 194/78 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza) (omissis) Art. 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 (NDR: tali erano le attività infermieristiche e ostetriche prima della l.42 del 1999) 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. (omissis)

### **2. Legge 12 Ottobre 1993 n. 413 (Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale)**

Art. 1. Diritto di obiezione di coscienza

I cittadini che, per obbedienza alla coscienza, nell'esercizio del diritto alle libertà di pensiero, coscienza e religione riconosciute dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, dalla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali e dal Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, si oppongono alla violenza su tutti gli esseri viventi, possono dichiarare la propria obiezione di coscienza ad ogni atto connesso con la sperimentazione animale.

Art. 2. Effetti della dichiarazione di obiezione di coscienza

I medici, i ricercatori e il personale sanitario dei ruoli dei professionisti laureati, tecnici ed infermieristici, nonché gli studenti universitari interessati, che abbiano dichiarato la propria obiezione di coscienza, non sono tenuti a prendere parte direttamente alle attività e agli interventi specificamente e necessariamente diretti alla sperimentazione animale. (omissis)

### **3. Legge 19 febbraio 2004, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita)**

(omissis) Art. 16.(Obiezione di coscienza).

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

#### **Al di fuori delle previsioni di legge in ordine all'obiezione di coscienza si pone la cosiddetta "clausola di coscienza" .**

Il termine clausola di coscienza è stato usato per la prima volta dalla Commissione Nazionale di Bioetica nel suo pronunciamento del 28/5/2004 sulla contraccezione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

La clausola di coscienza è prevista:

□ dall'art. 22 del Codice di Deontologia Medica: "Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

□ dall'art. 8 del Codice Deontologico dell'infermiere "L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito." Quindi il limite fondamentale all'esercizio della clausola di coscienza, consiste nell'evitare che tale comportamento possa nuocere al cittadino.



## **Modalità di esercizio della professione infermieristica in Italia**

Dopo il superamento dell'esame e la successiva iscrizione all'Albo professionale, ogni infermiere intraprende la ricerca di un impiego.

Vi sono diverse modalità attraverso le quali esercitare la professione infermieristica, ognuna con vantaggi e svantaggi, a seconda delle necessità professionali e di vita del professionista: ecco di seguito una breve escursione sulle possibilità che oggi offre il mercato del lavoro in Italia, un mercato che nasconde per il professionista opportunità ma anche insidie circa il rispetto dei diritti/doveri di ogni lavoratore.

### **Assunzione in servizio presso strutture pubbliche**

L'assunzione a tempo indeterminato presso le strutture pubbliche avviene tramite concorso.

Per potervi partecipare occorrono:

1. Cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o cittadinanza di uno dei paesi dell'unione europea;
2. Idoneità fisica all'impiego;
3. Titolo di studio previsto per l'accesso alle rispettive carriere;
4. Iscrizione all'albo professionale, ove richiesto per l'esercizio professionale.

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'unione europea, ove prevista, consente la partecipazione ai concorsi, fermo restando l'obbligo dell'iscrizione all'albo in Italia prima dell'assunzione in servizio.

Le strutture pubbliche possono assumere anche personale a tempo determinato tramite pubblico avviso, cioè l'azienda può stipulare contratti individuali per l'assunzione di personale a tempo determinato a fronte di ragioni di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo.

Il contratto può essere prorogato una sola volta con il consenso del lavoratore (durata complessiva non superiore a 3 anni).

Possono altresì attivare contratti a tempo determinato attraverso le agenzie di somministrazione di lavoro (ex interinali).

Le aziende possono stipulare contratti di lavoro temporaneo con soggetti a ciò autorizzati dal ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel limite massimo del 7% calcolato su base mensile, dei lavoratori in servizio a tempo indeterminato presso l'azienda. In questo caso viene applicato il CCNL della categoria.

### **Assunzione in servizio presso strutture private e/o private convenzionate con il SSN**

L'assunzione presso le strutture sanitarie private e/o convenzionate, sia a tempo determinato che indeterminato, avvengono tramite chiamata diretta.

È quindi una opportunità per tutti i professionisti, indipendentemente dalla loro provenienza.

Ed è quindi buona regola, presentare il proprio curriculum professionale presso l'Ufficio Personale delle Aziende che possono interessare, possibilmente chiedendo un colloquio ai fini di assunzione.

Anche le aziende private e/o convenzionate possono usufruire delle Agenzie di somministrazione di lavoro.

### **Agenzie di somministrazione di lavoro**

Tramite la somministrazione di lavoro, si instaura un particolare tipo di contratto di lavoro: il lavoratore viene assunto dall'Agenzia ma, viene inviato a svolgere la propria attività presso altre strutture stipulando un contratto di fornitura di personale.

Il contratto di lavoro, può essere a tempo determinato oppure, a tempo indeterminato: viene applicato il Contratto Collettivo Nazionale di Categoria.

## Attività Libero Professionale

È possibile esercitare la professione infermieristica in regime di Libera Professione: negli ultimi anni si è registrato un incremento del numero di colleghi che utilizzano questa modalità, sia in forma individuale che associata.

Elenchiamo alcune peculiarità ricordando che il Collegio IPASVI di Savona è disponibile a fornire consulenza per tutti gli Infermieri che vogliono usufruire di questa opportunità di lavoro.

### □ Attività svolta in forma individuale

Apertura di una propria partita IVA:

L'esercizio della professione svolto con apertura di partita IVA dà la possibilità al professionista di poter prestare la propria attività nei confronti di qualsiasi tipo e numero di clienti desiderato.

Adempimenti da ottemperare:

- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Apertura Partita Iva presso L' Agenzia delle Entrate
- Comunicazione al Collegio del numero di Partita Iva;
- Rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria;
- Iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI);
- Sottoscrizione "Assicurazione Responsabilità Civile";
- Aggiornamento professionale (ECM);
- Posta Certificata (PEC) che viene fornita gratuitamente dal Collegio IPASVI

### □ Attività svolta in forma associata

L'esercizio libero professionale della professione Infermieristica può essere svolto in forma collegiale secondo una delle seguenti modalità:

#### 1. associazione di professionisti

L'associazione tra professionisti è una sorta di società in cui ogni associato, nei limiti stabiliti dal proprio statuto e regolamento interni, svolge in autonomia la propria attività. In questo caso **l'apertura della partita IVA è a carico dell'associazione** e non del singolo professionista associato.

#### 2. cooperative

Le cooperative sono una sorta di società di capitali in cui lo scopo principale non è un fine di lucro, ma di interesse generale e cioè mutualistico.

Il socio di cooperativa può essere dipendente, libero professionista o collaboratore coordinato e continuativo e non può esercitare in un'istituzione pubblica.

Gli adempimenti di carattere fiscale-previdenziale cambiano quindi a seconda del tipo di rapporto che si instaura.

Gli adempimenti da ottemperare da parte dell'Associazione o della Cooperativa sono:

- Apertura Partita Iva;
- Rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria;

Gli adempimenti da ottemperare da parte del singolo sono:

- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Apertura Partita Iva presso L' Agenzia delle Entrate
- Comunicazione al Collegio del numero di Partita Iva;
- Rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria;
- Iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI);
- Sottoscrizione "Assicurazione Responsabilità Civile";
- Aggiornamento professionale (ECM);
- Posta Certificata (PEC) che viene fornita gratuitamente dal Collegio IPASVI