

THE VENTILATION TEAM

Una gamma selezionata di presidi
per anestesia e rianimazione



DAR S.p.A.
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY
Via Galvani, 6 - Tel. 0535/25907
Telex: 520021 - Fax: 26442



Direttore Responsabile

Giuliana Pitacco
Via R. Manna 17
34134 Trieste
tel./fax 040 416188

Vicedirettore

Massimiliano Castellani
Via Castiglione Teverina 2
00189 Roma
tel./fax 06 3662625

Comitato di Redazione

Enrica Bonzi
Raniero D'Amuri

**Segreteria Amministrativo/
Organizzativa**

Elio Drigo
Raniero D'Amuri
Piazza Corazzini 4
06074 Corciano (PG)
tel./fax 075 5170473

Pubblicità

Claudia Bancolini
Via Marzabotto 281
20099 Sesto S.Giovanni Milano
tel./fax 02 2427705

Tariffe

Iscrizione Aniarti 1992
(comprensiva di Scenario) Lit. 30.000

Abbonamento individuale Lit. 40.000

Abbonamento a Scenario
(per Enti, Associazioni, Biblioteche
Unità operative, Istituzioni, Scuole) Lit. 80.000

Le quote vanno versate
sul c/c postale N° 11606332
intestato a:

ANIARTI c/o Ello Drigo,
Via del Pozzo 19 - 33100 Udine

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

Stampa

Tipografia Tappini
Via Morandi 19 Città di Castello (PG)
Tel. 075/855.81.94

SOMMARIO

DIECI ANNI NELLA REALTÀ INFERMIERISTICA E SANITARIA ITALIANA di <i>Elio Drigo</i>	pag. 3
IL CONGRESSO	» 4
DOLORE E COMA: QUALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA? di <i>G.F. Cecinati, E. Ciriello, E. Gianassi, P. Maccanti, S. Mangani</i> ..	» 6
RIFLESSIONE E PROPOSTA PER UNA ACQUISIZIONE DI PROFESSIONALITÀ RELAZIONALE-TERAPEUTICA IN AMBITO INFERMIERISTICO di <i>P.M. Bettini</i>	» 11
LA NECROSI DEI TESSUTI MOLLI Nostra esperienza di <i>R. Torre, A. Moriconi</i>	» 13
NURSING DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE ARTIFICIALE di <i>M. Zerbinati</i>	» 15
STUDIO DI UNA SCHEDA INFORMATIVA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE IN SALA OPERATORIA di <i>A. Fingolo, L. De Vecchi, A. Cattai, F. Rorato, M.G. Serafin, L. Gottardi, G. Marian, L. Visintin</i>	» 23
INSERTO LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA	» 1

DIECI ANNI NELLA REALTÀ INFERMIERISTICA E SANITARIA ITALIANA

Da 10 anni nella realtà infermieristica e sanitaria italiana l'Aniarti ha significato chiaramente la riproposta sistematica dell'idea di "persona". Un'idea che è ormai un valore incontestabile ed insopprimibile in qualunque società.

Inspiegabilmente nei luoghi della Medicina, della sofferenza, della vita e della morte, questa idea di persona era stata come velata, se non addirittura bandita, nonostante che da sempre tanto valore fosse stato attribuito al lavoro ed alla dedizione nel togliere il dolore e nel soccorrere chi era malato.

Sembra quasi che il nucleo costitutivo della specie umana, che si distingue per il rispetto profondo e totale per i propri simili, fosse stato dimenticato.

Dai luoghi della massima distrazione possibile dell'attenzione all'uomo favorita dalla tecnologia coinvolgente ed esigente, dal rischio immediato di vita, dall'euforia per successi impensabili sulla morte resi possibili da sempre nuove conoscenze e più abbondanti risorse, è venuta dagli infermieri Aniarti una decisa posizione di recupero di fondamentali principi di una società civile e di elementi specificamente costitutivi della professione infermieristica.

La rilevanza di questa posizione non trova consistenza in semplici dichiarazioni ma nell'incidenza nel

quotidiano del lavoro infermieristico e della vita del malato che sperimenta una situazione di criticità.

Le idee e le proposte operative dell'Aniarti derivano direttamente dal concetto di salute come equilibrio universale e non solo come assenza di malattia. Concetto che è penetrato nella percezione della gente la quale lo esprime attraverso l'esigenza di una migliore qualità della vita e l'esigenza di rispetto e valorizzazione della soggettività.

Stranamente pare che le strutture sanitarie siano gli ambiti in cui persiste una considerevole resistenza all'attualizzazione di tutte le implicanze del concetto di salute in riferimento all'uomo.

In questo contesto sono nate alcune idee infermieristiche:

- *L'idea di "area della criticità" in quanto "situazione" di rischio per la vita di qualsiasi origine esso sia, rappresenta il superamento del rischio considerato conseguenza di una patologia di un unico organo.*
- *L'idea di "area critica" in quanto insieme integrato di strutture ed operatori in funzione della migliore risposta possibile al malato in condizioni critiche, rappresenta il superamento delle chiusure e delle differenze poste*

tra le singole attuali unità intensive e d'emergenza.

- *L'idea di "infermiere d'area critica" in quanto esperto dell'area della di criticità delle persone rappresenta il definitivo superamento dell'infermiere che assiste il medico specialista, la tecnologia o il singolo organo malato.*

L'Aniarti dopo 10 anni rilegge la propria strada e si ripropone come movimento culturale fatto di cittadini professionisti, quindi di una particolare porzione di società determinata a tradurre in elementi di evoluzione sociale tutte le proprie potenzialità professionali specifiche.

Da un'analisi della realtà vissuta attualmente dai malati in condizioni di necessità di assistenza intensiva, si rileva che un obiettivo di fondo da perseguire è quello di riorientare radicalmente la struttura sanitaria verso il servizio all'uomo considerato nella sua integrità e globalità e di liberare l'uomo malato dai pesanti condizionamenti che la struttura e gli operatori gli impongono.

È certamente un obiettivo di contraddizione ma è l'unico che può garantire una risposta reale alle attuali esigenze di salute delle persone.

Elio Drigo

X Congresso Aniarti
Rimini 14-16 novembre 1991

INFERMIERE: UNA PROFESSIONE DA CONQUISTARE
10 ANNI DI PRESENZA ANIARTI

Brescia 1981-Rimini 1991

Il congresso del decennale dell'Aniarti non può essere e non sarà un congresso qualunque.

- Sarà, è giusto, un congresso celebrativo; ma non nella forma quanto nei contenuti.
- Sarà un congresso di memoria storica; ma soprattutto di acquisizione comune di consapevolezza di aver creato e percorso strade totalmente nuove dentro alla professione infermieristica e dentro alla sanità e perciò dentro alla società.
- Sarà un congresso di presentazione e di analisi dei più gravi problemi che attraversano la professione infermieristica, nel campo specifico dell'area critica e nel suo insieme; la frustrazione, il burn-out, lo stress e la formazione inadeguata.
- Sarà un congresso di confronto di esperienze-simbolo, di apporti di ricerca infermieristica sul nostro quotidiano.
- Sarà un congresso di dibattito sul futuro che ci spetta: l'imminente normativa sulla formazione e il riordino della professione condiziona almeno i nostri prossimi vent'anni; l'Aniarti è stata e deve essere ancora presente con la propria tipica linearità, realismo ed aderenza agli obiettivi veri dell'assistenza infermieristica.
- Sarà un congresso di proposte ancora avanzate per l'assistenza, per la professione, per l'organizzazione dell'assistenza e della sanità e per gli orientamenti delle scelte sociali più generali con l'ottica rivolta alla salute.
- Sarà infine un congresso di impegno formale dell'Associazione ad operare con le proprie persone e con i propri mezzi, per contribuire alla applicazione soprattutto nei confronti dei malati in condizioni critiche, di quei principi e di quei valori che ispirano tante dichiarazioni e documenti anche delle istituzioni ai massimi livelli ma che purtroppo trovano ancora grandi difficoltà a tradursi nella realtà di ogni giorno.

Con questi contenuti e con queste premesse il X congresso di Rimini non potrà non essere un momento forte nella vita dell'Aniarti e nella realtà della professione infermieristica in Italia.

La forza ci deriverà dal tipico radicamento delle idee Aniarti al vissuto quotidiano. Le proposte sempre espresse per le caratteristiche dell'assistenza, per la formazione infermieristica e per l'organizzazione del lavoro sono certo molto avanzate ma non sono irrealizzabili; sono sogni che si stanno già avverando.

Questo significa che gli infermieri esistono, che sono molto creativi ma soprattutto che sono un inarrestabile agente di cambiamento verso le attese più profonde dell'uomo. Ci è parso importante scoprirlo, comunicarlo ed incoraggiare quanti sperano a continuare.

Incontriamoci a Rimini: vedremo nei fatti che siamo più numerosi e più carichi di energia di quanto possiamo credere. La storia dell'Aniarti ne è una garanzia.

L'invito è ad entrare da protagonisti nella storia di questa conquista di civiltà.

DOLORE E COMA: QUALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA?

AFD G.F. Cecinati ⁽¹⁾, IP E. Ciriello ⁽²⁾, IP E. Gianassi ⁽²⁾, IP P. Maccanti ⁽²⁾,
IP S. Mangani ⁽¹⁾

Unità Operativa Anestesia e Rianimazione USL 10/D Firenze

⁽¹⁾ Terapia Intensiva Cardiochirurgica

⁽²⁾ Rianimazione Polivalente

Relazione presentata al Congresso:

"DOLORE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA"

Riccione, 31 Maggio

Obiettivo generale

L'obiettivo generale della nostra relazione è quello (dopo avere presentato definizioni di Coma e di Dolore e avere enunciato quali sono le vie di propagazione), di fare sorgere il dubbio negli operatori sanitari che il paziente in coma possa sentire dolore. Vogliamo presentare il dolore non solo come stato fisico del paziente ma anche come sofferenza emotiva, stressante per gli operatori sanitari e per i familiari dei pazienti in coma.

Il coma

Fra le tante definizioni esistenti, una abbastanza generica ma significativa, è quella che definisce il coma come:

- "Una condizione in cui, per cause cerebrali o extracerebrali, esiste una riduzione fino all'abolizione dello stato di coscienza e delle funzioni della vita di relazione o so-

PREMESSA

La nostra relazione vuole essere un semplice contributo di esperienze personali.

Il tema propostoci dalla Segreteria scientifica del Congresso non era tra i più semplici. Dovevamo decidere se fare un lungo lavoro di ricerca su testi e riviste specializzate, presentando quindi una serie di definizioni e nozioni teoriche, oppure affrontare, con l'aiuto della memoria storica della nostra rianimazione e della terapia intensiva, una serie di problematiche legate al dolore inteso nel senso più ampio del suo significato. Ci siamo avvalsi di interviste a colleghi e parenti, di colloqui passati e presenti con pazienti "usciti dal coma" e quindi biblioteche viventi sull'argomento.

Non riteniamo di aver esplorato, con questa relazione, Tutto ciò che interessa "il dolore e il coma" e siamo pronti, quindi, a confrontarci con altri colleghi interessati allo sviluppo ed alla conoscenza di questo particolare argomento.

matiche (mobilità, sensibilità, espressione e comprensione verbale) associate ad alterazioni, talora marcate delle funzioni vegetative o vitali quali la respirazione, l'attività cardiaca e pressoria".

Coma e morte cerebrale

Vista l'attualità del problema della donazione di organi si impone una distinzione fra questi due termini:

- Nel coma esiste una attività elettrica cerebrale più o meno alterata.
- Nella morte cerebrale abbiamo assenza totale di detta attività. Autori francesi hanno chiamato questo "stato cerebrale" coma depassé, letteralmente al di là del coma.

Il dolore

Il dolore può essere definito come il risultato del sommarsi della percezione di uno stimolo e della interpretazione di esso come stato aggressivo: esso è quindi un feno-

meno duplice, organico e psichico. Abbiamo scelto questa definizione perché riteniamo la più indicata e coerente all'impostazione del nostro lavoro di ricerca.

Il dolore nel coma

Alla luce delle attuali conoscenze scientifiche non abbiamo basi per affermare che il paziente in coma non ha dolore.

Alcuni autori affermano che il dolore implica coscienza.

Ma quanto sappiamo sulla coscienza?

La nostra personalità è formata solo dalla coscienza?

Se nel paziente in coma non esiste, apparentemente, coscienza che ruolo può avere l'inconscio?

Coma, dolore e assistenza infermieristica

L'attuale teoria suggerisce che esiste una *embridatura* fra lo stimolo fisico e la influenza psico-neuro-

ormonale per produrre il livello di dolore come viene percepito dal paziente.

Il dolore è una sensazione puramente *soggettiva*.

Anche se esistono diversi indicatori fisiologici obiettivi usati per accertare il dolore (frequenza cardiaca, respirazione, pressione arteriosa, sudorazione, espressione facciale, monitoraggio della pressione endocranica) essi non sono altrettanto attendibili quanto l'espressione soggettiva del paziente.

Sfortunatamente il paziente in coma è incapace di esprimere dolore e disagio, l'assenza di vita di relazione che caratterizza il suo stato rende molto difficile risolvere il problema della comunicazione in quanto non esistono sistemi efficaci per valutare il grado e il tipo di messaggi sensoriali che possono essere recepiti; e deve quindi fare affidamento sull'infermiere che, sensibilizzato sotto questo aspetto, attuerà tutte le manovre, le tecniche e userà tutti i presidi atti a prevenirlo e alleviarlo; attraverso l'attuazione del processo di nursing e l'elaborazione di un piano di assistenza con i suoi obiettivi, le sue verifiche e valutazioni.

Per tale ragione sarà quindi necessario raccogliere notizie sul paziente (rapporti affettivi, abitudini generali di vita, carattere, fede religiosa, ansie, patologie precedenti) e rispettare alcune regole comportamentali (curare un ambiente il più possibile tranquillo, rispetto del corpo, e del pudore, evitare manovre inutili e limitare quelle che possono provocare dolore). Coinvolgere tutta l'équipe assistenziale.

È importante che chi si avvicina al paziente in coma adotti una linea unitaria di comportamento.

Tipologia del coma

La causa che ha instaurato il coma e la corretta e frequente valutazione del suo livello, sia da parte del personale medico che infermieristico, è importante per stabilire le condizioni del paziente e le sue modificazioni nel corso del tempo. Infatti nel coma il paziente non è più capace di eseguire alcun atto volontario, reagisce solo

a stimoli dolorifici. Se tale reazione risulta ancora coordinata e finalistica (lamento, smorfie di dolore, allontanamento della mano dell'operatore che gli pizzica la cute o il capezzolo), il coma può essere ancora considerato superficiale. Se il paziente reagisce incoordinatamente, afinalisticamente agli stimoli dolorosi (assenza delle naturali reazioni di difesa), lo stato di coma è più profondo del precedente.

Tale distinzioni e differenziazioni sono poco utili ai fini della prevenzione e dell'attenuazione del dolore, obiettivi, questi, che l'infermiere professionale deve sempre prevedere in un corretto e completo piano di assistenza, se è vero che la responsabilità primaria dell'infermiere è quella di assistere, qualunque sia la gravità del paziente e l'esito prevedibile della sua malattia.

Tuttavia è ovvio e giusto, in una logica assistenziale che ha come suo fine *l'uomo* nella sua unità di mente e di corpo, pensare l'esistenza di una inversa proporzionalità tra dolore e livello di coma, quindi appare più corretto, da un punto di vista etico ed umano, rivolgere l'attenzione verso tutti i pazienti, dato che sono proprio le sensazioni a ribadire di esserci e quindi di esistere; non considerare questa unità equivarrebbe a negarla ed a compiere dunque quella facile operazione mentale che porta al distacco, a considerare il paziente solo come un corpo che riceve sofisticate prestazioni tecniche e che mascherano tutta la sfera psico-emotiva.

Percezione e relazione

A questo punto sorge spontanea una domanda:

- Quale capacità ha il paziente di relazionarsi con l'esterno? Purtroppo è la stessa definizione di coma a precludere tale possibilità. Questo "completo isolamento", dunque, come potrebbe essere vissuto dal paziente?

Potrebbe essere causa della crescita di un dolore emotivo legato all'incapacità e alla difficoltà di esprimersi?

Se tali considerazioni vengono recepite, può l'operatore fare qualcosa per attenuare tale forma di dolore?

E attraverso quali mezzi?

Secondo il nostro parere l'operatore può fare molto, a patto che non usi la macchina come elemento di mediazione nel rapporto con il paziente. In Area Critica la tecnologia ricopre un ruolo essenziale, che nessuno vuole sottovalutare, ma dietro la quale l'infermiere non deve nascondersi per sfuggire dalle situazioni stressanti ed angoscianti che troppo spesso è costretto a vivere.

Del resto la macchina dà sicurezza perché è essenziale nell'aiutare gli operatori sanitari nella cura del paziente, ed essi si affidano alle macchine con la consapevolezza di "aiutare" meglio le persone in stato di coma a superare momenti critici e di dolore.

La comunicazione si divide in due livelli o codici:

- Verbale, o della parola parlata.
- Non verbale ovvero il linguaggio del corpo.

Ma attraverso quali mezzi e quali canali possiamo far giungere i nostri messaggi rassicuranti?

Noi crediamo che la cosa più importante sia quella di essere sempre autentici, poiché siamo dell'opinione che l'incoerenza, che spesso esiste fra messaggio verbale (incongruenza fra il significato del messaggio e il tono della voce) e non verbale (incongruenza fra un tono di voce rassicurante e un contatto affrettato, distaccato, o viceversa) possa contribuire ad accrescere il senso di paura, di sconforto, di solitudine, di frustrazione e quindi di dolore del paziente.

Come possono essere utilizzati tali elementi di disturbo dall'infermiere?

La pratica corrente ci insegna che il negarli non apre nessuna via di risoluzione; il prenderne coscienza (invece) e rifletterci sopra può aiutare a conoscere se stessi e ad accettare i propri limiti.

Abbiamo detto che l'infermiere per facilitare la percezione esterna come mezzo per attenuare il dolore può fare molto; ma cosa in sostanza?

Una corretta stimolazione deve es-

sere iniziata precocemente perché è dimostrato che questo atteggiamento assistenziale può influenzare in qualche modo il recupero dello stato di coscienza.

In varie Rianimazioni e Terapie Intensive si è verificato più volte che un paziente, in base alla valutazione dei parametri di varie scale del coma e dopo accurate e sofisticate indagini diagnostiche, sia stato dichiarato in una situazione di danno cerebrale irreversibile.

Improvvisamente, per meccanismi non ancora ben conosciuti, il paziente ha modificato le proprie condizioni fino a completare il processo inverso arrivando alla ripresa fisiologica di alcune se non di tutte le funzioni vitali, in alcuni casi raggiungendo il completo risveglio.

Nella fase di coma profondo il paziente giace ad occhi chiusi; quindi risultano particolarmente importanti gli stimoli di tipo uditivo, tattile, olfattivo. Successivamente acquistano importanza anche quelli gustativi e visivi.

Stimoli uditivi

Gli stimoli di tipo uditivo possono essere realizzati, dal personale di assistenza, facendo ascoltare al paziente, attraverso mezzi idonei, voci di parenti, amici o comunque voci conosciute e significative. Anche l'ascolto di musica registrata, che in base alla raccolta dati risultava particolarmente gradita al paziente, si è dimostrata terapeuticamente valida.

Programmare e favorire quanto più è possibile i contatti umani educando precedentemente i visitatori sul comportamento da tenere e sul suo significato terapeutico. La voce degli operatori sanitari è l'unica cosa che i pazienti "usciti" dal coma ricordano e riconoscono. Usare un tono di voce più dolce, parlare al paziente come se recepisce il nostro messaggio, favorire la percezione dell'ambiente esterno per attenuare il dolore da:

- "dove sono"
- "chi sono"
- "chi e che cosa mi circonda".

Cercare di orientare il paziente nel tempo e nello spazio, informarlo

sempre sull'orario, sul giorno, sul mese e sull'anno.

Cercare, sempre, di dare informazioni su ciò che stiamo facendo. Presentare alla fine del turno il collega che ci sostituirà, comunicando al paziente informazioni riguardo al nostro ritorno e tranquillizzandolo sulla preparazione del collega che lo assisterà. Con questo atteggiamento, che richiede da parte dell'operatore un notevole impegno e un costo psicologico e di stress non indifferente, si devono superare anche i giudizi ed i pregiudizi di coloro che considerano poco proficuo fermarsi a parlare con un paziente, figuriamoci se in coma, piuttosto che "il fare ed il correre" che sembra più confacente alla figura dell'infermiere tipo, secondo la logica dell'efficiantismo.

Stimoli tattili

Gli stimoli di tipo tattile devono diventare attivi durante le manovre di mobilitazione o con gli atti che normalmente si compiono durante le cure igieniche al paziente. Hanno lo scopo di determinare sensazioni di benessere e creano un contatto diretto fra operatore e paziente che in questo modo può acquisire messaggi di sicurezza. L'infermiere dovrà favorire nel paziente la percezione fisica di sé e della relazione tra il sé e la tecnologia:

- Spiegare lo scopo e far percepire i supporti respiratori, i drenaggi, i cateteri venosi, arteriosi e quello vescicale.

Stimoli olfattivi

Gli stimoli di tipo olfattivo vengono realizzati usando per la pulizia del paziente saponi, deodoranti, profumi da lui abitualmente adoperati.

A questi stimoli che potremmo definire *positivi* bisogna evitare di contrapporre altri *negativi* e ansiogeni: gli stressori tipici dell'area critica, come ad esempio rumori improvvisi, il suono ripetitivo degli allarmi dei monitors e dei respiratori meccanici, il parlare a voce alta, dare giudizi negativi sul de-

corso della malattia, muovere bruscamente il paziente, mobilitarlo senza prima averlo informato; procurargli comunque un dolore fisico o psico-emotivo inutile che crea od aumenta la sensazione dolorifica.

Rapporti infermiere-familiari

A questo punto passiamo ad affrontare le problematiche che nei rapporti tra infermieri e familiari inevitabilmente si creano.

Il dramma che vede protagonista il paziente in coma coinvolge pienamente le persone che rappresentano l'insieme della sua vita socio-affettiva (familiari, amici, affetti). La sofferenza di queste persone è direttamente proporzionale alla gravità del paziente; in alcuni casi addirittura si può instaurare una situazione tale che anche questi soggetti possono essere pazienti, presentando disturbi importanti a carico della personalità. Questi disturbi fisiologici, considerata l'ampiezza del dramma che sono costretti a vivere, possono creare delle frustrazioni derivate dal senso di impotenza di fronte alle necessità del proprio caro e si manifestano in momenti diversi con: ansia, diniego, collera, rimorso, distacco e riconciliazione.

L'apparire di questi comportamenti è un chiaro sintomo del dolore provato.

Quando i familiari hanno poche informazioni, presentano una maggiore ansia che sommandosi allo stato di sofferenza sopra descritto, amplifica il disagio manifestato nei confronti delle incognite legate alla "prognosi riservata". Gli operatori sanitari, di contro, hanno un notevole apporto di informazioni che però analizzano principalmente la sfera tecnica e sono funzionali ad una valutazione di anamnesi e di prognosi; manca quindi, in parte o del tutto, la valutazione della sfera psico-affettiva e morale. Ciò porta all'uso di due linguaggi che ostacolano il passaggio delle informazioni. La percezione di tale incomunicabilità da parte degli operatori sanitari e l'abitudine di valutare i problemi in base a priorità tecni-

che, porta spesso ad una reazione che nasconde, dietro al linguaggio tecnico, l'ansia di incomunicabilità fino ad arrivare ad un dialogo che malgrado sia esaudiente e preciso dal punto di vista tecnico risulta scarsamente comprensibile ai non addetti ai lavori; instaurando così un giro vizioso che fa scadere progressivamente la comunicazione fino ad arrivare a situazioni conflittuali che generano sofferenze per tutte le figure coinvolte.

Frequentemente l'infermiere si trova ad essere il tramite tra il *mondo familiare* del paziente in coma e il *mondo sanitario* che cura ed assiste il paziente stesso. Tale ruolo, forse generato dal caso, o forse dal fatto che l'infermiere è materialmente più accanto al paziente rispetto ad altre figure professionali, apre un capitolo di problematiche di notevole rilevanza, spesso pregiudizievoli per l'instaurazione di un rapporto comunicativo che può assumere una valenza terapeutica verso il paziente e verso la famiglia.

Infatti la possibilità di raggiungere questo risultato è vincolata a due fattori:

- La maggiore conoscenza possibile del paziente e della sua famiglia, con un'attenzione particolare alla sfera religiosa-morale-affettiva.
- Un approccio alla conoscenza ed all'analisi delle dinamiche svincolato da qualsiasi pregiudizio.

Nel concreto, secondo noi, dovranno essere conosciuti e analizzati i seguenti aspetti:

- L'estrazione sociale, il grado di cultura, la comprensione della lingua italiana.
- I propri modelli di vita che implicano sia il credo religioso che la cultura della morte.
- Le varie manifestazioni di affettività che fanno assumere particolare importanza ad alcune figure che possono essere al di fuori dell'ambito familiare.

Spesso tali aspetti che sono alla base della personalità degli individui, non vengono considerati dagli operatori, aggravando ulteriormente situazioni già drammatiche.

Ruolo della struttura e dell'organizzazione

Un ruolo fondamentale hanno la struttura e l'organizzazione nel determinare lo stato d'animo dei familiari e degli infermieri.

Locali d'attesa

Negli ospedali, spesso, come sale di attesa vengono utilizzati locali occasionali, come corridoi antistanti la porta di ingresso del reparto dove i familiari hanno ricoverato il proprio caro. Questi corridoi sono in comune con altri reparti e diventano così un passaggio di servizio, creando ulteriori problemi. In queste "sale di attesa" i visitatori hanno la possibilità di accomodarsi (non sempre) su scomode panche o sedie di fortuna; i più giovani si siedono per terra. In queste sale le mura e le porte del reparto non fungono da barriere isolanti lasciando così passare tutti i rumori provocati dai suoni degli allarmi delle apparecchiature e le voci degli operatori, creando ulteriori stimoli ansiogeni anziché rassicuranti.

Passare giorni e notti in queste "sale" non può che apportare dolore al dolore.

Locali di assistenza

Lavorare in un reparto di area critica significa, nella maggior parte dei casi, vivere molte ore della giornata in un ambiente angusto, a stretto contatto gli uni con gli altri (vari operatori sanitari e strumentazioni tecnologiche), deprivatizzante e nel quale è facile perdere la cognizione temporo-spaziale. Spesso si tratta di ambienti adattati su vecchie strutture preesistenti da persone prive di una conoscenza diretta delle problematiche e delle esigenze funzionali e strutturali che dovranno assolvere. Tutto questo senza nessun coinvolgimento preventivo degli operatori sanitari che dovranno operare nella struttura stessa.

Informazioni

Le informazioni nella maggior parte delle realtà sono scarse e il non sapere, il non conoscere, il

non capire è motivo di ansia. Sovente le informazioni sullo stato del paziente vengono date dai medici due o tre volte al giorno, vengono usati termini spesso incomprensibili, tono di voce ed atteggiamenti distaccati.

Anche per questo momento così importante, solitamente non esiste un'apposita stanza dove poter ascoltare con calma e in comodità ciò che dice il medico o l'infermiere. Tutto questo si svolge in maniera frettolosa, in piedi, alla presenza di familiari di altri pazienti, in mezzo ad un corridoio, vicino alle scatole dei rifiuti ospedalieri. L'infermiere si trova ad operare in una realtà che frequentemente crea disagio. La situazione di ognuno è caratterizzata da una tensione latente di fondo pronta a scattare nell'emergenza ed il ruolo richiede, da una parte di non farsi sopraffare dalle emozioni, dall'altra di non essere esclusivamente dei tecnici.

Nei reparti di area critica dove i confini della vita e della morte sono assai labili, l'infermiere rischia di perdere il proprio equilibrio personale: egli deve continuamente confrontarsi con situazioni di incertezza, di paura, di rischio e di morte. Questo continuo confronto è parte integrante del suo lavoro anche se in taluni casi questi sentimenti vengono esasperati ed a volte resi insopportabili quando l'infermiere si trova a dover rispondere alle più comuni domande dei familiari i quali, spesso all'oscuro di cosa viene fatto al paziente, sono alla ricerca di certezze fidando sull'esperienza dell'infermiere, vedendolo come un possibile interprete del linguaggio medico, sufficientemente esperto e quindi capace di fare delle previsioni.

Risulta alla lunga sempre più difficile rispondere serenamente a domande come:

- Cosa potrà accadere?
- Come e quando si sveglierà?
- Quanto soffre?
- Ritournerà ad una vita normale?

Ancora più difficile e psicologicamente oneroso sarà trovare delle risposte capaci di infondere fiducia, specialmente quando queste vengono date intuendo che si tratta

di bugie pietose. Forse necessarie? La soluzione di accentuare il distacco dai familiari, grazie alle difficoltà di comunicazione, potrà sembrare se non la migliore, la meno pesante.

Cosa può essere fatto per migliorare tutto questo?

- l'inserimento di materie psicosociologiche nei corsi di base per infermieri professionali e un successivo aggiornamento specifico permanente;
- la revisione degli organici in modo da assicurare un adeguato rapporto infermiere-paziente-parente;
- l'uso di un linguaggio medico e infermieristico semplice e comprensibile;
- l'ausilio ed il supporto permanente di figure specifiche per gli operatori, i pazienti ed i loro familiari (psicologi, sociologi, ministri di culto, assistenti sociali);
- l'utilizzo di targhette che permettano il riconoscimento degli operatori sanitari;
- la distribuzione, ai familiari, di

materiale informativo al momento del ricovero (regola dell'organizzazione del reparto);

- la creazione di ambienti idonei ai bisogni dei familiari in attesa (stanza appartata e arredata con comode poltrone, divani, telefoni, servizi);
- un'organizzazione del lavoro e delle strutture che possa permettere il prolungamento delle visite dei parenti ai propri cari.

Abbiamo parlato di iniziative sicuramente necessarie ma che impongono costi ed interventi di onere tale da non essere prevedibili in tempi brevi.

Esiste una via che è possibile percorrere immediatamente, senza peraltro sminuire la necessità degli interventi suddetti.

Se comprendiamo che è il *modo* con cui ci si rapporta a tutto ciò che costituisce "il paziente in coma" a determinare la qualità della prestazione infermieristica, senza che questo richieda una grande quantità di tempo in più, si può allora capire che è il *modo* e non il

tempo a qualificare la relazione infermiere-paziente-parente.

Questo permetterà di attenuare momenti di stress, di angoscia del paziente, ottenendo con questa prevenzione una diminuzione del dolore cosiddetto non fisico o della sfera psico-emotiva.

Se riusciremo a raggiungere questo obiettivo il paziente ed il suo familiare saranno più protetti e più tranquilli e l'infermiere più gratificato professionalmente.

Bibliografia

ANIARTI: "Atti del VII e VIII Congresso Nazionale.

ANIARTI: Atti del I Congresso Regionale Toscano.

L'assistenza infermieristica del Nord America:

Vol.3 nr.4

Vol.7 nr.4 (Piccin Editore)

Critical Care Nursing: "A Holistic approach".

(J.B. Lippincott Company - Philadelphia).

Si ringraziano colleghi e pazienti per la gentile collaborazione.

RIFLESSIONE E PROPOSTA PER UNA ACQUISIZIONE DI PROFESSIONALITÀ RELAZIONALE-TERAPEUTICA IN AMBITO INFERMIERISTICO

Patricia Monica Bettini

Infermiera-insegnante Scuola I.P. - U.S.L. 10/D Firenze
Consulente in sessuologia, Istituto Internazionale di Sessuologia, Firenze

Nella professione infermieristica gran parte delle attività svolte dall'infermiere sono orientate al trattamento dei problemi connessi con il corpo della persona assistita, e con gli eventi della vita (o della morte) della persona stessa, dei cui segni il corpo è portatore referente. Il corpo si inserisce nella relazione infermiere-paziente esprimendosi nelle sue valenze di presenza e oggetto.

Come entità biologica complessa è portatore di necessità organiche da riconoscere, salvaguardare, ripristinare; è strumento fondamentale di comunicazione verbale e non verbale (espressione di sensazioni, emozioni, sentimenti, pensieri, individuali e relazionali); ed è oggetto e strumento di intervento diagnostico terapeutico e riabilitativo.

Investito dal proprio ruolo l'infermiere, presa in carico la salute dell'altro, con il proprio corpo si rapporta e eccede al corpo della persona assistita osservandola e manipolandola.

Il "paziente", investito di questo ruolo passivo dell'atteggiamento tendenzialmente paternalistico degli operatori sanitari, oggetto di cura, è sottomesso all'infermiere che dall'"alto" opera su di lui utilizzando il proprio corpo, a sua volta strumento demandato della volontà del medico, ordinante supremo della salute umana.

In questo tipo di rapporto che riduce la soggettività ed il vissuto emotivo rappresentato dal corpo, oggettivandolo, la relazione infermiere-paziente, già carica di tensioni emotive, ideologiche e di va-

lore (come tutte le relazioni) diviene maggiormente conflittuale perché necessariamente implicante il coinvolgimento funzionale del corpo di entrambi in una relazione di intimità.

Infatti gli atti assistenziali che l'infermiere compie sulla persona assistita danno accesso in modo più o meno invasivo a zone, organi, apparati che, per il loro valore funzionale e/o simbolico possono metaforizzare atti sessuali o connotare ed evocare riferimenti sessuali, attivando sia nell'infermiere che nella persona assistita emozioni, sensazioni, sentimenti, pensieri che se non adeguatamente considerati ed elaborati positivamente, possono circolare in forma di vissuto fantasmatico nella relazione generando ulteriori paure, ansie, tensioni.

Inoltre come strumento fondamentale di ulteriore comunicazione, il corpo parla di sé e della persona che lo abita.

Il suo linguaggio si esprime attraverso le espressioni del viso, la postura del corpo, i gesti, il contatto visivo e quello tattile.

Nella relazione infermiere-paziente soprattutto attraverso la pelle ed il contatto si esprime ciò che si è come essere vivente sessuato, e ciò che si è in relazione alla persona che tocchiamo.

Attraverso il tatto ed il contatto passano significati di ruolo, personali, relazionali che connotano il tipo di rapporto che ognuno ha con se stesso, con il proprio corpo, con la propria sessualità, ed anche l'autenticità di questi vari aspetti in relazione con l'altro, op-

pure le difese che vengono messe in atto per salvarsi dalle tensioni generate.

Dal momento che responsabilità dell'infermiere è quella di facilitare e promuovere un tipo di relazione che abbia effetti positivi sulla persona, egli deve possedere, oltre che conoscenze e capacità operative adeguate, anche un atteggiamento professionale che favorisca l'instaurarsi di una comunicazione ottimale con la persona.

Deve essere consapevole del proprio ruolo e di quello del paziente della relazione di assistenza; dei propri sentimenti e delle proprie emozioni e di come nella comunicazione linguaggio verbale e linguaggio corporeo debbano raggiungere la massima coerenza di messaggio.

La consapevolezza che il proprio corpo è strumento e mezzo fondamentale del proprio lavoro permette all'infermiere di gestire in modo autonomo e responsabile il suo ruolo nei confronti dell'utente, nel rispetto del diritto della persona ad essere informata e resa il più possibile partecipe in uno scambio positivo e rassicurante con essa.

Conoscendo il potenziale corporeo di cui dispone, l'infermiere è in grado di utilizzarne le componenti positive promuovendole nella relazione con la persona assistita, in favore della salute.

Per l'infermiere quindi la consapevolezza e l'accettazione di sé, del proprio corpo, della propria sessualità e l'essere a proprio agio nell'espressione gestuale, divengono presupposti indispensabili della professione: elementi di base per

una buona relazione d'aiuto; ambito di competenza nel quale le risorse dell'infermiere professionale possono esprimersi autonomamente e con responsabilità. A tale scopo è necessario che questa acquisizione di professionalità sia trasmessa agli allievi infermieri durante la loro formazione.

Poiché la tematica corporea-sessuale è strettamente intessuta nei contenuti dell'infermieristica, riteniamo che essa non debba rappresentare un momento informatico e/o formativo a sé stante, slegato oppure incongruente rispetto alle continue occasioni di riferimento teorico-pratiche che l'allievo incontra nella sua formazione, ma che invece debba essere parte integrante dei contenuti didattici. La figura che guida l'allievo nel suo curriculum formativo e che caratterizza l'acquisizione di professionalità inducendola nell'allievo è l'infermiere professionale insegnante.

Momentaneamente quindi si ipotizza la necessità di una preventiva sensibilizzazione in ambito corporeo-sessuale indirizzata agli infermieri-insegnati, tramite un

atelier di formazione corporea-sessualologica che con esperienze a meditazione corporea, giochi di ruolo, riflessioni e riferimenti teorico-didattici, si propone di raggiungere i seguenti obiettivi generali:

- Il monitore è sensibile alle implicazioni corporeo-sessuali presenti nella relazione infermiere-paziente.
- È consapevole del proprio corpo, della propria sessualità, della propria espressività gestuale e delle loro implicazioni nella comunicazione con il paziente e con l'allievo infermiere.
- È consapevole della funzione come operatore sanitario di promotore della salute umana e quindi anche della salute sessuale.
- È sensibilizzato a ricercare una modalità di trasmissione di questi contenuti il più possibile adeguata alla promozione nell'allievo infermiere di atteggiamenti e scelte di modalità operative rispettanti l'altro come persona e promuoventi la salute umana e la salute sessuale.

Bibliografia di riferimento:

- Abraham G., Pasini W.: "Introduzione alla sessuologia medica", Feltrinelli, Milano, 1975.
- Galimberti U.: "Il corpo", Feltrinelli, Milano, 1986.
- Guilbert J.J.: "Guida pedagogica O.M.S.", Armando, 1982.
- Martellucci P.M.: "Il corpo nel lavoro dell'Infermiere", in "Nozioni di Psicologia applicata per Infermieri", Lampronti V., Ventura S., NIS, 1983.
- Pasini W.: "Il corpo in psicoterapia", Cortina, Milano, 1982.
- Pasini W.: "Sexologia et medicine", O.M.S., 1972.
- Pasini W. "Santé planification familiares", O.M.S., 1972.
- Quaderni di Sanità pubblica dell'O.M.S.: "L'insegnamento della sessualità umana nella formazione del personale sanitario", 1974, n. 57.
- Formazione dei professionisti sanitari all'educazione e trattamento nella sessualità umana, O.M.S., 1975, n. 572.
- Quaderni di "Assistenza infermieristica del Nord America".
- Sessualità e Assistenza infermieristica, n. 1 vol. 6, 1986.
- Quaglino G.P.: "Fare formazione", Mulino, 1985.

LA NECROSI DEI TESSUTI MOLLI

NOSTRA ESPERIENZA

R. Torre *, A. Moriconi *

* IP - Istituto di Anestesiologia e Rianimazione - Università "La Sapienza"
Policlinico Umberto I - Roma

Si intendono, con tale termine, tutte le affezioni causate da microorganismi prevalentemente aerobi ed anche anaerobi a carico dei tessuti molli.

Le maggiori condizioni patologiche che si riscontrano sono: la cellulite necrotizzante, la gangrena progressiva, la gangrena gassosa. Le localizzazioni più frequenti sono in ordine: gli arti inferiori, il perineo, gli arti superiori, il tronco. L'attuale orientamento per il trattamento delle infezioni necrotizzanti dei tessuti molli, portato avanti nel nostro centro, delle conseguenze settiche e dell'inevitabile M.O.F. (Multi Organ Failure), si basa su:

Terapia antibiotica.

Terapia sistemica con apporto calorico, anticoagulanti, analgesici per via epidurale, mantenendo la diuresi oraria tra i 60/100 ml/h.

Trattamento chirurgico: toilette dei tessuti necrotici, fasciotomie ampie, drenaggio degli ematomi.

Ossigeno terapia iperbarica: 2.8/3 ATA per 75 minuti, alternati 10 min. in O₂, 5 min. in aria, oltre al periodo di compressione e decompressione.

La possibilità di trattare i pazienti utilizzando terapie chirurgiche conservative più che demolitive ha migliorato senz'altro la loro qualità di vita.

Tutto ciò ha reso necessario l'individuazione di protocolli di nursing validi per questo tipo di assistenza.

Ambiente: il paziente è considerato settico e viene per questo motivo

isolato. Inoltre le ampie fasciotomie con l'esposizione chirurgica dei tessuti sotto-fasciali e muscolari, provocando perdita di calore, di soluti e trasudati richiedono ambienti caldi, umidificati e con notevole ricambio d'aria.

Posizionamento: il trattamento infermieristico deve tenere in considerazione i seguenti elementi: a) Diffusione dell'infezione, b) Necrosi da compressione, c) Adeguata ventilazione polmonare.

Nel nostro centro prediligono l'uso di materassini antidecubito a aria alternata, poiché in molti casi si è reso necessario l'utilizzo di posizioni obbligate. Infatti nella gangrena perineale la posizione adeguata si realizza con sollevamento degli arti a 25°-30° e busto a 30°-40°. Mentre nelle necrosi sacrali e del tronco si impone decubito laterale con sollevamento del busto a 30°.

Cure igieniche: le ampie fasciotomie e l'uso aggressivo di antibiotici pone il paziente a grave rischio di super-infezioni microbiche e micotiche assai temibili. Per questo si pone la necessità di ridurre la flora batterica cutanea attraverso pulizia con soluzioni antisettiche saponose, facendo attenzione a non provocare contaminazioni crociate. Utilizzo di sistemi di drenaggio urinario, colostomie chiuse e manovre asettiche nelle zone limitrofe la lesione. Attenzione particolare va rivolta al cavo orale e perineale dato il rapido sviluppo di colonie ifiche.

Rilevamento di parametri vitali

a) *Monitoraggio cardio-circolatorio:* rilevazione E.C. Grafica continua e pressoria a orario.

Essendo difficile quantificare le abbondanti perdite trans-fasciali, è pressoché impossibile calcolare un bilancio idrico esatto, quindi per valutare lo stato di riempimento vascolare occorre monitorare anche la PVC. In base alla nostra esperienza abbiamo rilevato la comodità del posizionamento di un catetere da succlavia 3 lumen che permette la somministrazione di nutrizione parenterale, l'infusione di medicinali e il monitoraggio PVC.

b) *Funzionalità renale:* l'insufficienza renale è fra le complicanze più frequenti e temibili, il danno renale viene arrecato al parenchima renale da metaboliti settici trasportati per via ematica o per contiguità. I nostri pazienti vengono solitamente cateterizzati, anche per favorire un conteggio esatto dell'escrezione renale. Il rilevamento viene eseguito a scadenze orarie e deve mantenersi tra i 60/100 ml/h. L'instaurarsi di oligo anuria persistente prevede trattamento farmacologico con furosemide ad orario o in continuo (siringhe elettriche) e nei casi più gravi con sedute dialitiche.

c) *Attività respiratoria:* spesso in questi pazienti si può rilevare tachipnea ed ipossiemia marcata dovuta ad un aumento dell'effetto di Shunt per diminuzione dei volumi polmonari. Tale situazione viene spesso risolta con trattamenti ripetuti di C.P.A.P. in maschera, istruendo il paziente a questo tipo di ventilazione. Negli intervalli si fa respirare il paziente in ventimask a FiO₂ allo 0,5. Nei casi più gravi si ricorre ad intubazione tracheale e ventilazione in C.P.P.V. Il monitoraggio prevede inoltre rilievi clinici ed emogasanalitici, oltre che radiografici. I primi due

controlli avvengono in media ogni 2/6 h.

d) *Temperatura corporea*: nella maggior parte dei casi costantemente elevata, il suo rilevamento avviene di norma ogni 2h. Si riscontrano frequentemente rialzi repentini della temperatura corporea coincidenti con fasi di batteriemia e diffusione sistemica dell'infezione rilevabili con emocoltura.

Equilibrio metabolico: come nei traumi anche negli stati settici il metabolismo basale aumenta enormemente tanto da raggiungere fabbisogni calorici pari a 2000-2500 Kcal/die. Per soddisfare ciò si praticano infusioni di soluzioni ad alta osmolarità in continuo attraverso pompe infusionali o peristaltiche. L'infusione oraria è dapprima ridotta rispetto al fabbisogno per favorire l'adattamento dell'organismo, per raggiungere poi velocità adeguate alle necessità di apporto. Insieme ai principi nutritivi quali glucosio ed aminoacidi vengono

somministrate soluzioni cristalline ed elettrolitiche di K, Mg, Ca, Cl in base ai loro valori ematici ed urinari prelevati ogni 24h. Il valore degli elettroliti urinari è altresì indice del grado di riempimento vascolare, mentre la correlazione azoto ureico/azoto ematico permette l'analisi del catabolismo o anabolismo del paziente. Quotidianamente si somministrano dalle 2 alle 6 sacche di plasma, in base alle condizioni e alle necessità del paziente stesso, oltre all'infusione programmata di albumina.

Le medicazioni: queste si compiono solitamente due volte al giorno, eccetto situazioni particolari dove si ha contaminazione o distruzione della medicazione stessa. Usiamo attrezzarci con strumento unico riservato al paziente in questione. Il medicatore è solito indossare una veste monouso, mascherina e guanti sterili. Tolta la vecchia medicazione, si pongono sotto l'arto o nella zona limitrofa

l'infezione, telini sterili preferibilmente monouso e si procede alla pulizia con acqua ossigenata e soluzione fisiologica sterile, disinfettando poi i margini cutanei.

Dopo aver asciugato tutta la zona con garze e tamponi si procede, se necessario, all'asportazione dei lembi necrotici o del materiale purulento previo prelievo di campione per laboratorio analisi. Prima di ricoprire si effettua zaffatura con lunghette e pezze cucite imbevute di soluzione di Dakin fino al riempimento della neo-cavità. Si ricopre tutta la zona con telini sterili fissati con benda a rete.

Le colture biologiche: eseguiamo a scadenze fisse raccolte di materiale biologico, affinché attraverso colture ed antibiogramma sia possibile praticare una terapia antibiotica mirata su eventuali nuovi germi giunti sulla lesione. Periodicamente si inviano in laboratorio punte di cateteri vescicali e di quelli posizionati in succlavia (7 gg).

INSERTO

ANIARTI

(Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

**LA RIFORMA
DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA**

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

**IL NURSING NELLA
SOPRAVVIVENZA**



SCIENTIFICO

Quando nel luglio dello scorso anno (1990) è stato presentato il disegno di legge (d.d.l.) sulla riforma della formazione infermieristica, l'Aniarti ha assunto una posizione netta e contraria su quella che sembrava essere, e di fatto era, l'ennesima beffa nei confronti degli infermieri italiani. Mentre "altri" settori rappresentativi della professione cercano di rattoppare un progetto concettualmente sbagliato con una serie di emendamenti, l'Aniarti presentava una sua proposta e minacciava, qualora il d.d.l. fosse stato approvato senza radicali cambiamenti, una raccolta di firme necessarie a promuovere un referendum abrogativo della stessa. Notevoli sono state le modifiche del progetto di riforma dalla prima stesura del luglio '90, altrettanto numerose le proposte di emendamenti della Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI.; l'ultima proposta attualmente in discussione al Senato, è quella che più si avvicina a quanto proposto a suo tempo dall'Aniarti:

- non si parla più di professioni ma di professione infermieristica;*
- le scuole diventano universitarie;*
- sono previste le specializzazioni, anche se a questo proposito riterremmo necessaria una maggior puntualizzazione da parte del legislatore;*
- viene istituita la laurea in Scienze Infermieristiche.*

L'Aniarti ha voluto fornire con questo inserto una puntuale informazione ai colleghi su quelli che sono stati i momenti salienti, in questo ultimo anno, dell'iter della proposta di riordino della formazione. La speranza è che, attraverso il riconoscimento agli infermieri dei "diritti negati" fino a questo momento, si mettano finalmente in opera tutti quegli strumenti culturali ed organizzativi che consentono di fornire alle persone malate un'assistenza degna di questo nome.

RANIERO D'AMURI

GIULIANA PITACCO

TESTO DDL RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE

Disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 luglio 1990

Già pubblicato su SCENARIO 3/90 e SCENARIO 1/91

ART. 1

(Professioni sanitarie infermieristiche)

1. A modifica della vigente normativa la professione sanitaria di infermiere si articola nelle seguenti figure:

- infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico
- infermiere professionale specializzato
- infermiere professionale abilitato alle funzioni direttive.

2. È soppressa la professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, sostituita dall'infermiere professionale pediatrico.

ART. 2

(Infermiere Professionale e Infermiere professionale pediatrico)

1. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico è richiesto il possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado.

2. La formazione specifica professionale dell'infermiere pediatrico e dell'infermiere professionale pediatrico deve vertere obbligatoriamente sulle materie del programma di studio e deve comprendere 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico in conformità alle direttive comunitarie adottate in materia.

3. La predetta formazione ha inizio nell'ambito di istituti di istruzione secondaria di secondo grado, in apposite sezioni, a partire dal terzo anno di corso e per la durata di un triennio. Il relativo diploma di istruzione secondaria di secondo grado, valido a tutti gli effetti, dà altresì accesso a corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico di durata annuale per il completamento della formazione richiesta nel comma 2.

4. Il programma di studio comprendente le 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico, articolato nel triennio degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado e nell'anno di corso per infermiere professionale e per l'infermiere professionale pediatrico, è adottato con decreto del Ministero della Pubblica Istruzione, di concerto con i Ministri della Sanità e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica,

ca, sentito l'Istituto Superiore di Sanità. Il Ministro della Pubblica Istruzione, con propri decreti, sentiti il Ministro della Sanità e le Regioni interessate determina gli istituti di istruzione secondaria di secondo grado presso i quali sono istituite le sezioni di cui al comma 3, ne stabilisce il relativo ordinamento e la corrispondenza del titolo di studio; per quanto riguarda gli insegnamenti di specifica competenza sanitaria il Ministro della Pubblica Istruzione di concerto con il Ministro della Sanità stabilisce i programmi di studio e la composizione delle Commissioni esaminatrici degli esami di maturità.

Tali istituti sono autorizzati a stipulare apposite convenzioni con le Unità Sanitarie Locali territorialmente competenti presso le quali operano scuole per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico per il necessario coordinamento delle rispettive attività, per l'utilizzazione delle strutture ospedaliere ai fini dell'insegnamento pratico e per il conferimento di incarichi di insegnamento di carattere professionale a personale qualificato di ruolo delle Unità Sanitarie Locali in conformità a quanto previsto nel decreto di adozione del programma di studi.

5. Coloro che sono in possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado diverso da quello previsto nel comma 3 accedono ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico di durata triennale o che comunque devono comprendere 4.600 ore di insegnamento teorico e pratico. Il relativo programma di studi è adottato con decreto del Ministro della Sanità di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

Art. 3

(Infermiere professionale specializzato)

1. Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici possono essere costituiti corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica della durata non superiore ad un anno.

2. Il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di specializzazione. Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro

della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica, sono indicate le materie di studio teorico-pratico che devono essere svolte nell'anno, il cui corso deve articolarsi per la durata di un anno.

3. Presso le scuole delle professioni sanitarie infermieristiche sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica o pediatrica ai quali accedono infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto una attività di infermiere professionale e di infermiere pediatrico, debitamente documentata, per un periodo di almeno un anno.

4. Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica sono indicate le materie di studio teorico-pratico per il conseguimento della abilitazione alle funzioni direttive.

ART. 4

(Diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica)

1. Il diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica e pediatrica si consegue esclusivamente nei corsi delle scuole universitarie. A tali corsi possono accedere gli infermieri professionali e gli infermieri professionali pediatrici che hanno conseguito una specializzazione prevista dall'art.3, ovvero abbiano svolto un'attività di infermiere professionale o di infermiere professionale pediatrico, debitamente documentata, per un periodo di almeno un anno.

2. I titoli rilasciati a seguito dei predetti corsi hanno valore abilitante per l'esercizio delle corrispondenti attività e costituiscono requisiti per la partecipazione ai concorsi per le corrispondenti qualifiche dei ruoli del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

3. L'ordinamento dei corsi, di durata triennale, è stabilito con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Comitato di Medicina del Consiglio Universitario Nazionale; a decorrere dal quinto anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge, con lo stesso decreto viene stabilito il numero massimo dei partecipanti ai corsi in relazione alle strutture cliniche e didattiche disponibili.

ART. 5

(Equiparazione dei titoli professionali)

1. I diplomi di infermiere professionale, di vigilatrice d'infanzia e di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica nonché quelli di Dirigente dell'assistenza infermieristica, di infermiere insegnante dirigente e di specializzazione, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, sono a tutti gli effetti equiparati

a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

ART. 6

(Operatore tecnico addetto all'assistenza)

1. È istituita la figura professionale dell'operatore tecnico addetto all'assistenza, che coadiuva l'infermiere nell'attività di supporto a quelle proprie della funzione assistenziale diretta e sotto la responsabilità dell'infermiere stesso.

2. Presso le scuole per infermieri professionali sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del titolo di operatore tecnico addetto all'assistenza, per l'ammissione ai quali è richiesto il diploma di scuola media.

3. Il programma di studio è stabilito con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro della Pubblica Istruzione.

ART. 7

(Disciplina della formazione)

1. Le regioni con legge da emanarsi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determinano i requisiti del personale dirigente e didattico nonché i criteri di scelta degli stessi sulla base dei seguenti principi:

- a) per la direzione della scuola requisito essenziale è il possesso del diploma universitario di cui all'art.4;
- b) per l'insegnamento dell'etica professionale, delle tecniche infermieristiche e di ogni altra materia attinente la responsabilità e l'organizzazione professionale nonché per l'attività di monitore del tirocinio pratico requisito essenziale è il possesso del diploma di abilitazione alle funzioni direttive di cui all'art.3;
- c) per le funzioni di docente delle scienze fondamentali mediche è utilizzato personale medico in possesso del diploma di specializzazione attinente ovvero personale laureato del ruolo Sanitario in possesso della specifica laurea attinente alla materia dell'insegnamento;
- d) per l'attribuzione degli incarichi di docenza indicati nelle precedenti lettere sono previste idonee forme di pubblicità nonché la valutazione dei titoli posseduti utilizzando i criteri generali derivanti dal D.M. 30 gennaio 1982 sulla normativa concorsuale;
- e) per l'autorizzazione ed il funzionamento della scuola è necessaria una adeguata ed autonoma sede dotata di requisiti minimi didattici in analogia alle disposizioni generali relative all'edilizia scolastica.

La rispondenza della formazione agli obblighi suindicati e a quelli previsti dalle leggi vigenti, compresi gli obblighi internazionali e comunitari, è verificata dal Ministro della Sanità e dalle regioni anche attraverso l'esercizio del controllo ispettivo.

2. Le istituzioni sanitarie pubbliche e private convenzionate, che gestiscono scuole per infermieri professionali, debbono adeguare sin dall'anno scolastico successivo all'entrata in vigore della presente legge il proprio ordinamento didattico ai principi di cui alle lettere a), b), e), e d) del comma 1, anche in carenza della specifica legislazione regionale in materia, nel rispetto, comunque, dei principi fondamentali fissati dalla presente legge. Resta salva la competenza delle regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

3. È richiesto l'esame di Stato finale per l'esercizio delle attività di cui alla presente legge secondo la disciplina dettata con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, fatta eccezione per il personale contemplato negli articoli 4 e 6.

4. Il Governo entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della Sanità sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è autorizzato nel rispetto dei principi della legge 23.12.1978 n.833 e successive modifiche ed integrazioni nonché della presente legge e delle direttive comunitarie, a modificare e integrare, nei limiti necessari al coordinamento, e a riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche, fermo restando, in particolare, l'esame di Stato finale.

5. Il Ministro della Sanità con proprio decreto fissa annualmente il calendario scolastico unico a livello nazionale.

6. Le disposizioni del presente articolo non si applicano alle scuole universitarie che sono regolate autonomamente dalle Università secondo la normativa vigente; è fatto, altresì, salvo quanto previsto dall'art.2, commi 3,4 e 5.

ART. 8

(Esercizio delle mansioni infermieristiche)

1. Gli infermieri non possono essere distolti dalle mansioni infermieristiche proprie del loro profilo professionale.

2. Tutti gli atti e provvedimenti adottati in violazione al divieto di cui al comma 1 sono nulli ed impegnano la responsabilità, personale e diretta, dei componenti gli organi di amministrazione che li dispongono.

ART. 9

(Norme transitorie)

1. Al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio, viene concessa per

la richiesta di riammissione in servizio una deroga decennale al termine di cui al secondo comma dell'art.59 del D.P.R. 20 dicembre 1979, n.761 nonché all'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni svolte.

3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, fermo restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del precedente rapporto.

5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con l'anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario nazionale in possesso della scolarità minima richiesta dalla legge 15 novembre 1973 n.795 e interessati all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, le amministrazioni competenti promuovono, con programmazione quinquennale, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'art.45 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n.761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo. Per detto periodo al personale che usufruirà del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego.

Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'art.9 del citato D.P.R. 761/79 ed in conformità a quanto previsto dal 17° comma dell'art.9 della legge n.207/85.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le U.S.L., gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti di personale infermieristico mancanti mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici ed i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi 30 giorni, le regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. Le Regioni possono disporre, con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso al lavoro dipendente presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale da parte di personale infermieristico diplomato.

ART. 10

All'onere derivante l'attuazione della presente legge, valutato in ragione d'anno in lire 130 miliardi a decorrere dal 1991, si provvede mediante riduzione del capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro (F.do Sanitario Nazionale di parte corrente) per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

1ª PROPOSTA DI INTEGRAZIONI E MODIFICHE ELABORATE DAL COMITATO CENTRALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IP.AS.VI.

(18 settembre 1990)

ART. 1

(Professioni sanitarie infermieristiche)

La professione sanitaria di infermiere si articola come segue:

- infermiere professionale
- infermiere professionale pediatrico
- infermiere professionale specializzato
- assistente Sanitario specializzato
- assistente Sanitario visitatore
- infermiere abilitato a funzioni direttive
- infermiere docente
- infermiere dirigente.

La professione sanitaria di vigilatrice d'infanzia è sostituita da quella dell'infermiere professionale pediatrico.

ART. 2

(Scuole Infermieristiche: elementi comuni)

Le scuole infermieristiche di ogni ordine e grado hanno lo scopo di formare gli allievi, con metodo scientifico ed unità di indirizzo, al fine di ben esercitare la professione e dirigere l'attività e i servizi infermieristici.

I Ministri della Sanità e dell'Università e Ricerca Scientifica sono legittimati alla istituzione delle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado in osservanza alla normativa vigente e tenendo conto della programmazione sanitaria.

L'amministrazione delle scuole spetta alle Regioni e Province Autonome che la esercitano sotto la vigilanza e il controllo dei predetti Ministeri, nonché alle Università.

A partire dall'inizio dell'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge gli aspiranti alla ammissione alle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore, valido per l'ammissione ai corsi universitari, devono altresì aver compiuto il 18° anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

Il diploma di Stato di infermiere professionale è titolo necessario per l'accesso al Corso di Assistente Sanitario, al Corso di Abilitazione a Funzioni Direttive ed ai Corsi di specializzazione autorizzati con Decreto del Ministro della Sanità.

Il Governo è delegato ad emanare, entro 6 mesi dalla pubblicazione della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della Sanità e dell'Università e Ricerca Scientifica, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare la organizzazione delle scuole e dei corsi e lo stato giuridico del personale docente nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1. determinare la natura delle singole scuole in ragione del loro scopo formativo;
2. assicurare un unico ordinamento su tutto il territorio nazionale per ciascun tipo di scuola in adeguamento alle normative CEE, con particolare riguardo:
 - a) ai requisiti logico/strutturali delle Scuole ed alle attrezzature e sussidi didattici indispensabili;
 - b) agli obiettivi e curricoli formativi;
 - c) ai requisiti del personale dirigente e docente a tempo pieno, nonché ai criteri di scelta e nomina del restante personale docente secondo l'attitudine e competenza nella specifica disciplina;
 - d) al calendario scolastico.

3. fissare gli elementi di relazione tra i diversi tipi di scuole con riferimento al titolo, all'abilitazione ed alla competenza professionale;

4. coordinare e riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche.

ART. 3

(Infermiere Professionale e
Infermiere Professionale Pediatrico)

I corsi di studi per il conseguimento del diploma di Stato di infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico è della durata di anni tre.

L'esercizio professionale è subordinato al superamento dell'esame di abilitazione.

ART. 4

(Infermiere professionale specializzato)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici possono essere istituiti corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica, secondo la Raccomandazione 5/83 del Consiglio d'Europa, della durata non superiore ad un anno.

Il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio Superiore di Sanità e il Consiglio Sanitario Nazionale, nonché la Federazione Nazionale dei Collegi, individua i settori dell'assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di specializzazione.

Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro della Università e Ricerca Scientifica, sono indicate le materie di studio che devono essere svolte nell'anno, fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

Il certificato rilasciato dalle scuole è titolo necessario (o di preferenza) per l'esercizio professionale della relativa attività:

ART. 5

(Infermiere Abilitato a Funzioni Direttive)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica o pediatrica ai quali possono accedere infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto la corrispondente attività, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni.

Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, sono indicate le materie di studio che devono essere svolte nell'anno, fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 6

(Assistente Sanitario Visitatore)

Sono istituite scuole di durata annuale per il conseguimento del diploma di Stato di assistente Sanitario visitatore, alle quali possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale.

Con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, sono indicate le materie di studio che devono essere svolte nell'anno, fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 7

(Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche)

È istituito il corso di laurea in scienze infermieristiche per dirigenti delle scuole e dei servizi e per docenti di scuole infermieristiche di ogni ordine e grado, per la formazione permanente e l'educazione alla salute. Al corso possono accedere gli infermieri professionali e pediatrici che abbiano svolto un'attività professionale, debitamente documentata, per un periodo di almeno tre anni.

Il diploma di laurea, rilasciato dalla corrispondente facoltà universitaria, ha valore per l'esercizio delle predette funzioni e per svolgere attività di docenza nelle scuole e presso la stessa facoltà.

L'ordinamento dei corsi, di durata quadriennale, è stabilito secondo le vigenti disposizioni delle Università e decorre dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, viene fissato il numero massimo dei partecipanti ai corsi in relazione alle esigenze e alle strutture cliniche e didattiche disponibili presso ciascuna sede universitaria.

ART. 8

(Equiparazione dei titoli professionali)

I titoli di studio di infermiere professionale, di infermiere professionale pediatrico, di assistente Sanitario visitatore, di specializzazione, di abilitazione alle funzioni direttive, di infermiere docente e di dirigente l'assistenza infermieristica, giuridicamente validi e riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

Coloro che sono in possesso del Diploma di D.A.I.

o di I.I.D. per la partecipazione ai Concorsi sono obbligati, per il conseguimento della equiparazione al Diploma di laurea di cui all'art.7 della presente legge, al superamento di una tesi da discutersi entro due anni, dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso l'Università che ha rilasciato il titolo.

ART. 9
(Servizio Infermieristico)

Presso il Ministro della Sanità è istituito l'Ufficio Infermieristico al quale spettano su tutto il territorio nazionale le attribuzioni di:

- studio e ricerca;
- programmazione, direzione e coordinamento del servizio infermieristico;
- vigilanza e controllo delle Scuole di Formazione ed altre strutture didattiche, nonché del personale esercente attività infermieristica;
- rapporti con ogni altro servizio o ufficio Sanitario.

Le Regioni, le Province autonome e le UU.SS.LL. istituiscono il Servizio Infermieristico nel territorio di propria competenza con le medesime attribuzioni di cui al comma precedente, in coordinamento con il Servizio infermieristico nazionale.

ART. 10
(Esercizio della professione infermieristica)

Per l'esercizio professionale dipendente, qualunque sia la natura del datore di lavoro, che libero di ciascuna delle professioni infermieristiche di cui agli articoli 3,4,5,6 e 7 della presente legge, è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.

INOLTRE:

- Per l'Art.6 del Testo ddl sarà necessario prevedere un D.M. a parte in quanto regola una figura non rientrante nella professione infermieristica.
- Da abolire l'art.7 del Testo ddl.

Le competenze infermieristiche proprie di ciascun profilo professionale sono tassative e inderogabili e gli infermieri debbono obbligatoriamente essere adibiti ad esse.

Tutti i provvedimenti adottati in violazione della presente disposizione sono nulli ed oltre alla responsabilità penale impegnano anche le restanti responsabilità in modo diretto e personale di coloro che li hanno disposti.

ART. 11
(Norme transitorie)

Al fine di fronteggiare le omissis...

Al personale riammesso in [omissis]...

Lo stesso personale conserva omissis...

L'indennità di fine rapporto omissis...

..... in possesso della scolarità richiesta dagli artt.2 e 3 della presente legge e interessati all'iscrizione

..... promuovono per un quinquennio

6. Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in deroga alle vigenti disposizioni

I concorsi già banditi per omissis...

Le Regioni possono disporre, omissis...

ART. 12

All'onere derivante dall'attuazione omissis...

Il Ministro del Tesoro è autorizzato omissis...

DOCUMENTO ANIARTI PRESENTATO AL IX CONGRESSO NAZIONALE DI RIVA DEL GARDA E RIPORTATO SU "SCENARIO" N. 3/1990

La proposta della Federazione Collegi I.P.A.S.V.I. è di fatto una serie di emendamenti al disegno di Legge. Emendare significa validare una progettazione concettualmente sbagliata; è un errore di metodo che oltretutto ci allontana sempre più dall'Europa e dal mondo.

La proposta dell'aniarti prevede un percorso all'interno dell'Università, stabilendo quindi la necessaria istituzione della Facoltà di Scienze Infermieristiche.

All'interno di questa si prevedono tre livelli:

1° livello: laurea breve con indirizzi (l'indirizzo è dato dalla specificità del piano di studi teorico-pratici che lo studente concorderà con i docenti).

2° livello: specializzazioni orizzontali e verticali.

3° livello: laurea.

I LIVELLO

Requisito d'accesso: Scuola Media Superiore.

Durata: 3 anni.

Titolo: infermiere professionale (laurea breve).

Sede delle Scuole: Università: facoltà Scienze infermieristiche.

Possibilità di carriera:

II LIVELLO

Specializzazioni:

— orizzontale: (orientato all'assistenza clinica)

Durata: almeno annuale.

Ambiti di specializzazione: aree: per esempio critica, pediatrica, psichiatrica, sanità pubblica ...

Sede: Università.

Titolo: infermiere specializzato in ...

— verticale:

I.S.F.D.

Durata: almeno 1 anno.

Titolo: infermiere specializzato nelle funzioni direttive.

I.D.

Durata: almeno 1 anno.

Sede: Università.

Titolo: infermiere didattico.

III LIVELLO

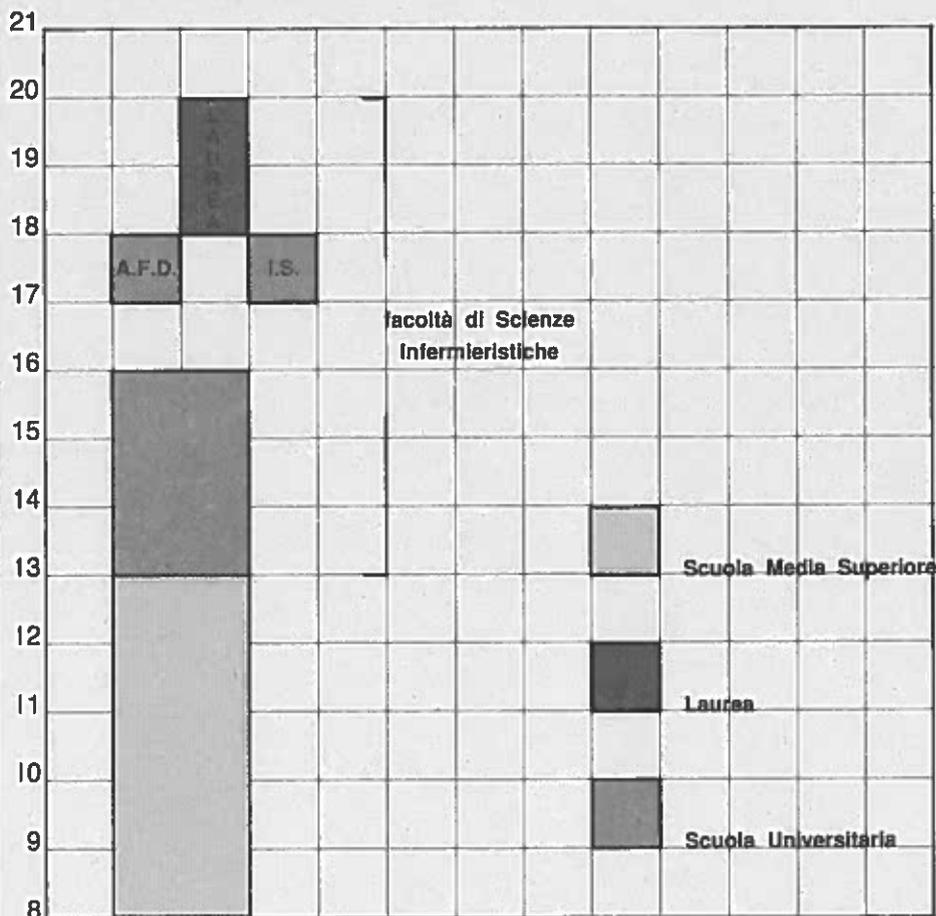
Laurea in Scienze infermieristiche.

Durata: almeno biennale.

Sede: Università.

Titolo: dott. in Scienze Infermieristiche.

ANNI DI STUDIO E/O LAVORO



8 anni di scolarità

RIFORMA DEGLI ORDINAMENTI DIDATTICI UNIVERSITARI

Art. 1 *Titoli universitari*

1. Le università rilasciano i seguenti titoli:

- a) diploma universitario (DU);
- b) diploma di laurea (DL);
- c) diploma di specializzazione (DS);
- d) dottorato di ricerca (DR).

Art. 2 *Diploma universitario*

1. Il corso di diploma si svolge nelle facoltà, ha una durata non inferiore a due anni e non superiore a tre, e comunque corrispondente a quella eventualmente stabilita dalle norme della Comunità economica europea per i diploma universitari di primo livello ed ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali.

2. Le facoltà riconoscono totalmente o parzialmente gli studi compiuti nello svolgimento dei curricula previsti per i corsi di diploma universitario e per quelli di laurea ai fini del proseguimento degli studi per il conseguimento, rispettivamente, delle lauree e dei diplomi universitari affini, secondo criteri e modalità dettati con i decreti di cui all'articolo 9, comma 1, fermo restando in ogni caso l'obbligo di tale riconoscimento.

Art. 3 *Diploma di laurea*

1. Il corso di laurea si svolge nelle facoltà, ha una durata non inferiore a quattro anni e non superiore a sei ed ha il fine di fornire agli studenti conoscenze di metodi e contenuti culturali, scientifici e professionali di livello superiore.

2. Uno specifico corso di laurea, articolato in due indirizzi, è preordinato alla formazione culturale e professionale degli insegnanti, rispettivamente, della scuola materna e della scuola elementare, in relazione alle norme del relativo stato giuridico. Il diploma di laurea costituisce titolo necessario, a seconda dell'indirizzo seguito, ai fini dell'ammissione ai concorsi a posti di insegnamento nella scuola materna e nella scuola

elementare. Il diploma di laurea dell'indirizzo per la formazione culturale e professionale degli insegnanti della scuola elementare costituisce altresì titolo necessario ai fini dell'ammissione ai concorsi per l'accesso a posti di istitutore o istitutrice nelle istituzioni educative dello Stato. I concorsi hanno funzione abilitante. Ai due indirizzi del corso di laurea contribuiscono i dipartimenti interessati; per il funzionamento dei predetti corsi sono utilizzati le strutture e, con il loro consenso, i professori ed i ricercatori di tutte le facoltà presso cui le necessarie competenze sono disponibili.

3. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, su parere del Consiglio universitario nazionale (CUN), di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio nazionale della pubblica istruzione (CNPI), acquisito il parere del Consiglio di Stato, viene definita la tabella del corso di laurea e ne sono precisati modalità e contenuti, comprese le attività di tirocinio didattico. I Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della pubblica istruzione si avvalgono della commissione di cui all'articolo 4, comma 5, della legge 9 maggio 1989, n.168, integrata, a tal fine, da esperti nelle problematiche del corso di laurea stesso e della scuola di specializzazione di cui all'articolo 4, comma 2, della presente legge.

4. Il decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma 3 contiene altresì norme per la formazione degli insegnanti della regione Valle d'Aosta ai fini di adeguarla alle particolari situazioni di bilinguismo di cui agli articoli 38, 39 e 40 dello statuto speciale. Apposite convenzioni possono essere stipulate dalla regione Valle d'Aosta, d'intesa con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della pubblica istruzione, con le università italiane e con quelle dei Paesi dell'area linguistica francese.

5. Convenzioni per gli insegnanti delle scuole in lingua tedesca, delle scuole in lingua slovena e di quelle delle località ladine possono essere stipulate dalle province autonome di Trento e di Bolzano e dalla regione Friuli-Venezia-Giulia, d'intesa con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della pubblica istruzione, con le università italiane, con quelle dei Paesi dell'area linguistica tedesca e con quelle slovene.

6. Con lo stesso decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma 3 o con altro decreto adottato con le medesime modalità, di concerto altresì con i Ministri di grazia e giustizia e per la funzione pubblica e con gli altri Ministri interessati, sono individuati i profili professionali per i quali, salvo le eventuali e opportune integrazioni, il diploma di laurea di cui al comma 2 è titolo valido per l'esercizio delle corrispondenti attività, nonché le qualifiche funzionali del pubblico impiego per le quali il diploma di laurea costituisce titolo per l'accesso.

7. I corsi di laurea di cui al comma 2 sono attivati a partire dall'anno accademico successivo a quello di emanazione del decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma 3.

8. Con decreto del Ministro della pubblica istruzione, emanato di concerto con i Ministri per la funzione pubblica e del tesoro entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i tempi e le modalità per il graduale passaggio al nuovo ordinamento, anche con riferimento ai diritti degli insegnanti di scuola materna ed elementare in servizio.

Art. 4

Diploma di specializzazione

1. Il diploma di specializzazione si consegue, successivamente alla laurea, al termine di un corso di studi di durata non inferiore a due anni finalizzato alla formazione di specialisti in settori professionali determinati, presso le scuole di specializzazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n.162.

2. Con una specifica scuola di specializzazione articolata in indirizzi, cui contribuiscono le facoltà ed i dipartimenti interessati, ed in particolare le attuali facoltà di magistero, le università provvedono alla formazione, anche attraverso attività di tirocinio didattico, degli insegnanti delle scuole secondarie, prevista dalle norme del relativo stato giuridico. L'esame finale per il conseguimento del diploma ha valore di esame di Stato ed abilita all'insegnamento per le aree disciplinari cui si riferiscono i relativi diplomi di laurea. I diplomi rilasciati dalla scuola di specializzazione costituiscono titolo di ammissione ai corrispondenti concorsi a posti di insegnamento nelle scuole secondarie.

3. Con decreto del Presidente della Repubblica, da adottare nel termine e con le modalità di cui all'articolo 3, comma 3, sono definiti la tabella della scuola di specializzazione all'insegnamento di cui al comma 2 del presente articolo, la durata dei corsi da fissare in un periodo non inferiore ad un anno ed i relativi piani di studio. Questi devono comprendere discipline finalizzate alla preparazione professionale con riferimento alle scienze dell'educazione e all'approfondimento metodologico e didattico delle aree discipli-

nari interessate nonché attività di tirocinio didattico obbligatorio. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sono stabiliti i criteri di ammissione alla scuola di specializzazione all'insegnamento e le modalità di svolgimento dell'esame finale. Si applicano altresì le disposizioni di cui all'articolo 3, commi 7 e 8.

4. Con lo stesso decreto del Presidente della Repubblica di cui al comma 3 o con altro decreto adottato con le medesime modalità, di concerto altresì con i Ministri di grazia e giustizia e per la funzione pubblica, sono determinati i diplomi di specializzazione di cui al comma 2 che in relazione a specifici profili professionali danno titolo alla partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle corrispondenti professioni ovvero danno titolo per l'accesso alla dirigenza nel pubblico impiego.

Art. 5

Dottorato di ricerca

1. I corsi di dottorato di ricerca sono regolati da specifiche disposizioni di legge.

Art. 6

Formazione finalizzata e servizi didattici integrativi

1. Gli statuti delle università debbono prevedere:

- a) corsi di orientamento degli studenti, gestiti dalle università anche in collaborazione con le scuole secondarie superiori nell'ambito delle intese tra i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e della pubblica istruzione, espresse ai sensi dell'articolo 4 della legge 9 maggio 1989, n.168, per l'iscrizione agli studi universitari e per la elaborazione dei piani di studio, nonché per l'iscrizione ai corsi post-laurea;
- b) corsi di aggiornamento del proprio personale tecnico e amministrativo;
- c) attività formative autogestite dagli studenti nei settori della cultura e degli scambi culturali, dello sport, del tempo libero, fatte salve quelle disciplinate da apposite disposizioni legislative in materia.

2. Le università possono inoltre attivare, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili nel proprio bilancio e con esclusione di qualsiasi onere aggiuntivo a carico del bilancio dello Stato:

- a) corsi di preparazione agli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni ed ai concorsi pubblici;
- b) corsi di educazione ed attività culturali e formative esterne, ivi compresi quelli per l'aggiornamento culturale degli adulti, nonché quelli per la formazione permanente, ricorrente e per i lavoratori, ferme restando le competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

c) corsi di perfezionamento e aggiornamento professionale.

3. Le università rilasciano attestati sulle attività dei corsi previsti dal presente articolo.

4. I criteri e le modalità di svolgimento dei corsi e delle attività formative, ad eccezione di quelle previste dalla lettera c) del comma 1, sono deliberati dalle strutture didattiche e scientifiche, secondo le norme stabilite nel regolamento di cui all'articolo 11.

Art. 7

Disposizioni per le scuole dirette a fini speciali

1. Entro un anno dalla pubblicazione dei decreti di cui all'articolo 9, le università deliberano la soppressione delle scuole dirette a fini speciali, ovvero ne prevedono, nello statuto:

a) la trasformazione in corsi di diploma universitario;
b) la conferma secondo il loro specifico ordinamento.

2. Trascorso il predetto termine qualora l'università non abbia provveduto a quanto previsto dal comma 1, le scuole dirette a fini speciali presenti nell'ateneo sono soppresse.

3. L'attivazione di nuove scuole dirette a fini speciali è limitata alle tipologie esistenti e a quelle già previste nel piano di sviluppo dell'università 1986-1990.

4. Le scuole dirette a fini speciali confermate ai sensi del comma 1, lettera b), o attivate ai sensi del comma 3, rimangono in funzione secondo le norme del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n.162, fino alla data di entrata in vigore della legge sull'ordinamento dell'istruzione post-secondaria.

5. Lo statuto dovrà dettare le eventuali disposizioni per il graduale passaggio al nuovo ordinamento e per consentire il completamento degli studi da parte degli studenti già iscritti.

Art. 8

Collaborazioni esterne

1. Per la realizzazione dei corsi di studio nonché delle attività culturali e formative di cui all'articolo 6, le università possono avvalersi, secondo modalità definite dalle singole sedi, della collaborazione di soggetti pubblici e privati, con facoltà di prevedere la costituzione di consorzi, anche di diritto privato, e la stipulazione di apposite convenzioni.

2. Le università possono partecipare alla progettazione ed alla realizzazione di attività culturali e formative promosse da terzi, con specifico riferimento alle iniziative di formazione organizzate da regioni, province autonome, enti locali e istituti di istruzione secondaria, attraverso apposite convenzioni e consorzi, anche di diritto privato.

3. I consigli delle strutture didattiche e scientifiche interessate assicurano la pubblicità dei corsi e dei progetti, nonché delle forme di collaborazione e partecipazione.

Art. 9

Ordinamento dei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono definiti ed aggiornati gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario, dei corsi di laurea e delle scuole di specializzazione e le rispettive tabelle.

2. I decreti di cui al comma 1 sono emanati su conforme parere del CUN, il quale lo esprime uditi i comitati consultivi di cui all'art.67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, sentiti, per le rispettive materie, i rappresentanti dei colleghi e degli ordini professionali, nell'osservanza dei seguenti criteri:

- a) devono rispettare la normativa comunitaria in materia;
- b) devono realizzare una riduzione delle duplicazioni totali o parziali e la ricomposizione o la riconversione innovativa degli insegnamenti secondo criteri di omogeneità disciplinare, tenendo conto dei mutamenti sopravvenuti nelle aree scientifiche e professionali;
- c) devono determinare le facoltà e la collocazione dei corsi nelle facoltà, secondo criteri di omogeneità disciplinare volti ad evitare sovrapposizioni e duplicazioni dei corsi stessi, e dettare norme per il passaggio degli studenti dal precedente al nuovo ordinamento;
- d) devono individuare le aree disciplinari, intese come insiemi di discipline scientificamente affini raggruppate per raggiungere definiti obiettivi didattico-formativi, da includere necessariamente nei curricula didattici, che devono essere adottati dalle università, al fine di consentire la partecipazione agli esami di abilitazione per l'esercizio delle professioni o l'accesso a determinate qualifiche funzionali del pubblico impiego;
- e) devono precisare le affinità al fine della valutazione delle equipollenze e per il conseguimento di altro diploma dello stesso o diverso livello;
- f) devono tenere conto delle previsioni occupazionali.

3. Con la medesima procedura si provvede alle successive modifiche ed integrazioni di quanto disciplinato dai commi 1 e 2.

4. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica definisce, su conforme parere del CUN, i criteri generali per la regolamentazione dell'accesso alle scuole di specializzazione ed ai corsi per

i quali sia prevista una limitazione nelle iscrizioni.

5. Fermo restando quanto disposto dall'articolo 3, comma 6, e dell'articolo 4, comma 4, con decreti del Presidente della Repubblica adottati su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con i Ministri interessati, possono essere individuati i livelli funzionali del pubblico impiego e le attività professionali per accedere ai quali sono richiesti i titoli di studio previsti dalla presente legge.

6. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, su conforme parere del CUN, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, sono dichiarate le equipollenze tra i diplomi universitari e quelle tra i diplomi di laurea al fine esclusivo dell'ammissione ai pubblici concorsi per l'accesso alle qualifiche funzionali del pubblico impiego per le quali ne è prescritto il possesso.

Art. 10

Consiglio universitario nazionale

1. Il Consiglio universitario nazionale (CUN) è organo elettivo di rappresentanza delle università italiane.

2. Il CUN svolge funzioni consultive relativamente a tutti gli atti di carattere generale di competenza del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, in ordine:

- a) al coordinamento tra le sedi universitarie;
- b) al reclutamento, ivi compresa la definizione dei raggruppamenti disciplinari, e allo stato giuridico dei professori e ricercatori universitari;
- c) alla ripartizione tra le università dei fondi destinati al finanziamento della ricerca scientifica;
- d) alla definizione e all'aggiornamento della disciplina nazionale in materia di ordinamenti didattici;
- e) al piano triennale di sviluppo dell'università.

3. Per le materie di cui alle lettere c) e d) del comma 2, il CUN si avvale dei comitati consultivi di cui all'articolo 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, che, per la ripartizione del 40 per cento dei fondi destinati alla ricerca scientifica di cui all'articolo 65 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica n.382, esprimono proposta vincolante.

4. Il CUN è composto da:

- a) trenta membri eletti in rappresentanza delle aree di cui all'articolo 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382;
- b) otto rettori designati dalla Conferenza permanente dei rettori delle università italiane;
- c) otto studenti eletti dagli studenti iscritti ai corsi di laurea e di diploma;
- d) cinque membri eletti dal personale tecnico ed amministrativo delle università;

e) due membri, non appartenenti al personale docente, ricercatore o tecnico ed amministrativo delle università, designati dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL);

f) un membro non appartenente al personale docente, ricercatore o tecnico ed amministrativo delle università, designato dal Consiglio nazionale delle ricerche (CNR).

5. I rappresentanti degli studenti e del personale tecnico e amministrativo nel CUN e nei comitati consultivi non partecipano alle deliberazioni relative alle lettere b) e c) del comma 2.

6. Le modalità di elezione e di designazione dei componenti di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 4, anche al fine di garantire una rappresentanza delle aree proporzionale alla loro consistenza e una equilibrata presenza delle diverse componenti e delle sedi universitarie presenti nel territorio, nonché l'organizzazione interna e il funzionamento del CUN sono disciplinati con regolamento emanato ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n.400. L'elettorato attivo e passivo per l'elezione dei membri di cui alla lettera a) è comunque attribuito ai professori e ai ricercatori afferenti a ciascuna area. Sullo schema di regolamento, dopo l'acquisizione del parere del Consiglio di Stato, esprimono parere le competenti Commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica.

7. I componenti del CUN sono nominati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, durano in carica quattro anni e non sono immediatamente rieleggibili. Il CUN elegge il presidente tra i suoi componenti.

8. A modifica di quanto previsto dall'articolo 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, di ciascun comitato consultivo di cui al comma 3 fa parte una rappresentanza dei ricercatori e degli studenti, eletta dai ricercatori e dagli studenti appartenenti rispettivamente ai corrispondenti gruppi di discipline e corsi di laurea e di diploma in proporzione analoga a quella risultante nella composizione del CUN. La corrispondenza dei gruppi di discipline e dei corsi ai comitati e le modalità di elezione sono determinate con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il CUN.

9. Per i provvedimenti disciplinari a carico dei professori e dei ricercatori, il CUN elegge nel suo seno una corte di disciplina, composta dal presidente, che la presiede, da due professori ordinari, da due professori associati e da due ricercatori. Per ciascuna categoria di membri sono eletti altrettanti membri supplenti che sostituiscono i titolari in caso di impedimento o di assenza. Il presidente, in caso di impedimento o di assenza, è sostituito dal professore più anziano in ruolo. A parità di anzianità di ruolo prevale il più anziano di età.

La corte si riunisce con la partecipazione dei soli professori ordinari nel caso che si proceda nei confronti

dei professori ordinari; con la partecipazione dei professori ordinari ed associati se si procede nei confronti di professori associati; con la partecipazione dei professori ordinari ed associati e dei ricercatori se si procede nei confronti dei ricercatori. Nel caso di concorso nella stessa infrazione di appartenenti a categoria diverse, il collegio giudica con la partecipazione dei membri la cui presenza è richiesta per il giudizio relativo a ciascuna delle categorie interessate. Le funzioni di relatore sono assolte da un rappresentante dell'università interessata designato dal rettore. L'articolo 2 della legge 7 febbraio 1979, n.31, è abrogato.

Art. 11

Autonomia didattica

1. L'ordinamento degli studi dei corsi di cui all'articolo 1, nonché dei corsi e delle attività formative di cui all'articolo , comma 2, è disciplinato, per ciascun ateneo, da un regolamento degli ordinamenti didattici, denominato "regolamento didattico di ateneo". Il regolamento è deliberato dal senato accademico, su proposta delle strutture didattiche, ed è inviato al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica per l'approvazione. Il Ministro, sentito il CUN, approva il regolamento entro 180 giorni dal ricevimento, decorsi i quali senza che il Ministro si sia pronunciato il regolamento si intende approvato. Il regolamento è emanato con decreto del rettore.

2. I consigli delle strutture didattiche determinano, con apposito regolamento, in conformità al regolamento didattico di ateneo e nel rispetto della libertà di insegnamento, l'articolazione dei corsi di diploma universitario e di laurea, dei corsi di specializzazione e di dottorato di ricerca, i piani di studio con relativi insegnamenti fondamentali obbligatori, i moduli didattici, la tipologia delle forme didattiche, ivi comprese quelle dell'insegnamento a distanza, le forme di tutorato, le prove di valutazione della preparazione degli studenti e la composizione delle relative commissioni, le modalità degli obblighi di frequenza anche in riferimento alla condizione degli studenti lavoratori, i limiti delle possibilità di iscrizione ai fuori corso, fatta salva la posizione dello studente lavoratore, gli insegnamenti utilizzabili per il conseguimento dei diplomi, nonché la propedeuticità degli insegnamenti stessi, le attività di laboratorio, pratiche e di tirocinio e l'introduzione di un sistema di crediti didattici finalizzati al riconoscimento dei corsi seguiti con esito positivo, ferma restando l'obbligatorietà di quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, lettera d).

3. Nell'ambito del piano di sviluppo dell'università, tenuto anche conto delle proposte delle università, deliberate dagli organi competente, può essere previsto il sostegno finanziario ad iniziative di istruzione universitaria a distanza attuate dalle università anche in forma di consortile con il concorso di altri enti pubblici e privati, nonché a programmi e a strutture nazionali di ricerca relativi al medesimo settore. Tali strutture possono essere costituite con decreto del

Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro del tesoro.

Art. 12

Attività di docenza

1. I professori di ruolo, a integrazione di quanto previsto agli articoli 1, 9 e 10 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, e successive modificazioni, e dall'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n.162, adempiono ai compiti didattici nei corsi di diploma universitario e nei corsi di cui all'articolo 6, comma 1, lettera a), comma 2, della presente legge. I ricercatori confermati, a integrazione di quanto previsto dagli articoli 30, 31 e 32 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, adempiono con compiti didattici in tutti i corsi di studio previsti dalla presente legge, secondo le modalità di cui ai commi 3, 4, 5, 6 e 7 del presente articolo.

2. È altresì compito istituzionale dei professori e dei ricercatori guidare il processo di formazione culturale dello studente secondo quanto previsto dal sistema di tutorato di cui all'articolo 11.

3. Ferma restando per i professori la responsabilità didattica di un corso relativo ad un insegnamento, le strutture didattiche, secondo le esigenze della programmazione didattica, attribuiscono ai professori e ai ricercatori confermati, con le modalità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, e con il consenso dell'interessato, l'affidamento e la supplenza di ulteriori corsi o moduli che, comunque, non danno diritto ad alcuna riserva di posti nei concorsi. La programmazione deve in ogni caso assicurare la piena utilizzazione nelle strutture didattiche dei professori e dei ricercatori e l'assolvimento degli impegni previsti dalle rispettive norme di stato giuridico.

4. I ricercatori confermati possono essere componenti delle commissioni di esame di profitto nei corsi di diploma universitario, di laurea e di specializzazione e relatori di tesi di laurea.

5. Il primo comma dell'articolo 114 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, già sostituito dall'articolo 3 della legge 13 agosto 1984, n.477, è sostituito dal seguente:

"Gli affidamenti e le supplenze possono essere conferite esclusivamente a professori di ruolo e a ricercatori confermati del medesimo settore scientifico-disciplinare o di settore affine, appartenenti alla stessa facoltà; in mancanza, con motivata deliberazione, a professori di ruolo e a ricercatori confermati di altra facoltà della stessa università ovvero di altra università. Nell'attribuzione delle supplenze, in presenza di domande di professori di ruolo e di ricercatori confermati, appartenenti al medesimo settore scientifico-disciplinare, via data preferenza, da parte del consi-

glio di facoltà a quelle presentate dai professori”.

6. Gli insegnamenti nei corsi di laurea e di diploma sono di norma sdoppiati ogni qualvolta il numero degli esami sostenuti nell'anno precedente, moltiplicato per il rapporto tra gli iscritti nell'anno in corso e gli iscritti dell'anno precedente, supera -250. Gli insegnamenti sdoppiati possono essere coperti dai professori e dai ricercatori confermati per supplenza o per affidamento.

7. La supplenza o l'affidamento di un corso o modulo, che rientrino nei limiti dell'impegno orario complessivo previsto per i professori e per i ricercatori dalle rispettive norme, sono conferiti a titolo gratuito. Le supplenze e gli affidamenti che superino i predetti limiti possono essere retribuiti esclusivamente con oneri a carico degli ordinari stanziamenti dello stato di previsione del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, fatta salva la possibilità di quanto previsto dal quinto comma dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382.

8. L'istituto del contratto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, e dal decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n.162, si estende ai corsi di diploma universitario. Per i professori a contratto sono rispettate le incompatibilità di cui all'articolo 13 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, e successive modificazioni.

Art.13 *Tutorato*

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge ciascuna università provvede ad istituire con regolamento il tutorato, sotto la responsabilità dei consigli delle strutture didattiche.

2. Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli ad una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini ed alle esigenze dei singoli.

3. I servizi di tutorato collaborano con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, concorrendo alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti e alla loro compiuta partecipazione alle attività universitarie.

Art. 14 *Settori scientifico-disciplinari*

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati previa deliberazione del

Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, su conforme parere del CUN, il quale lo esprime uditi i comitati consultivi di cui all'articolo 67 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, gli insegnamenti sono raggruppati in settori scientifico-disciplinari in base a criteri di omogeneità scientifica e didattica. Sulle proposte del Ministro esprimono il proprio parere, nel termine perentorio di novanta giorni, le facoltà interessate.

2. Il decreto o i decreti di cui al comma 1 stabiliscono la pertinenza delle titolarità ai settori scientifico-disciplinari, individuati ai sensi dello stesso comma 1, che costituiranno i raggruppamenti concorsuali.

Art. 15 *Inquadramento dei professori di ruolo e dei ricercatori*

1. I professori di ruolo e i ricercatori vengono inquadrati, ai fini delle funzioni didattiche, nei settori scientifico-disciplinari definiti ai sensi dell'articolo 14.

2. L'attribuzione dei compiti didattici avviene, sentiti gli interessati, nel rispetto della loro libertà di insegnamento e delle loro specifiche competenze scientifiche.

3. I professori di ruolo in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge conservano la responsabilità didattica del corso di cui sono titolari, ovvero, con il loro consenso, assumono la responsabilità di altro corso loro attribuito dal consiglio di facoltà.

Art. 16 *Norme finali*

1. Nella presente legge, nelle dizioni "ricercatori" o "ricercatori confermati" si intendono comprese anche quelle di "assistenti di ruolo ad esaurimento" e "tecnici laureati in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 50 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n.382, alla data di entrata in vigore del predetto decreto"; nella dizione di "corsi di diploma" si intende compresa anche quella di "corsi delle scuole dirette a fini speciali" fino alla loro trasformazione o soppressione.

2. L'istituzione e l'attivazione dei corsi di diploma universitario, di laurea, di specializzazione e di dottorato di ricerca, saranno attuate in conformità alle disposizioni che regolano le procedure inerenti al piano di sviluppo dell'università, nei limiti del finanziamento di parte corrente del piano stesso, previsto dall'articolo 17, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n.245, e tenuto conto altresì del concorso di ulteriori forme di finanziamento, quali i fondi derivati da: convenzioni con enti pubblici, con particolare riferimento alle regioni nell'ambito delle competenze per la formazione professionale; convenzioni con soggetti privati; eventuali variazioni dei contributi degli iscritti;

rasferimenti del fondo sociale europeo, nonché risparmi conseguiti con una più flessibile ed intensa utilizzazione dei docenti e con una utilizzazione finalizzata alle nuove esigenze dei posti di ruolo vacanti già previsti nella pianta organica alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Nella prima applicazione della presente legge, le università che attivino un corso di diploma, oltre a dare inizio ai corsi del primo anno, provvedono ai riconoscimenti, ai sensi del comma 2 dell'articolo 2, di esami sostenuti in un corso di laurea per studenti aspiranti al diploma; qualora ciò risulti necessario per consentire il conseguimento del titolo, le università possono altresì attivare anche insegnamenti previsti per gli ulteriori anni del corso.

4. Le disposizioni degli statuti che, alla data di entrata in vigore della presente legge, prevedono scuole che rilasciano titoli aventi valore di laurea, ovvero scuole che nella loro unitaria costituzione sono articolate in più corsi, anche autonomi, di diverso livello di studi

per il conseguimento di distinti titoli finali, possono essere confermate dalle università con atto ricognitivo adottato dagli organi competenti, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, da comunicare al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica; restano ferme le disposizioni concernenti gli istituti superiori ad ordinamento speciale.

Art. 17

Abrogazione di norme

1. Sono abrogate tutte le norme in contrasto con la presente legge.

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

**2ª PROPOSTA DI INTEGRAZIONI
E MODIFICHE DELLA FEDERAZIONE
NAZIONALE COLLEGI IP. - A.S. - V.I.**

(Già pubblicato su Scenario n. 1/91)

Roma, 11 gennaio 1991

Protocollo n. 123/21/8/1 - 43/4 - 75/A

Oggetto: DDL 5081/90

Alle Associazioni Professionali
Alle Scuole D.A.I. - I.I.D.
LORO SEDI

Si trasmette il testo delle proposte di emendamenti di questa Federazione al d.d.l. 5081/90 sul Riordino delle professioni infermieristiche. In questa stesura si è cercato, nei limiti del possibile, di tener conto degli elementi emersi dal dibattito in Consiglio Nazionale, dal confronto con le componenti associative della Professione e da alcune ulteriori osservazioni dei Collegi.

L'approvazione e pubblicazione della recente legge del 19 novembre 1990 n.341 sulla "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" ha comportato una ulteriore revisione soprattutto per gli aspetti riguardanti l'istituzione del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e il dottorato di ricerca.

La suddetta legge richiederà ulteriori approfondimenti per l'applicazione nonché i necessari contatti col Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e con il C.U.N.

Intanto è stato assegnato il d.d.l. 5081/90 alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, in sede legislativa, ed è stata posta all'o.d.g. della stessa il 6 dicembre u.s., relatore l'On.le Aldo Gabriele Renzulli da noi incontrato il 5 dicembre.

Si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti e auguri.

LA PRESIDENTE
(DAI Sr. Odilia D'Avella)

**2ª PROPOSTA DI INTEGRAZIONI E MODIFICHE
ELABORATE DAL COMITATO CENTRALE (11 GENNAIO 1991)
DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IP.AS.VI.**

ART. 1
(Professioni sanitarie infermieristiche)

La professione sanitaria di infermiere si articola come segue:

- infermiere professionale
- infermiere professionale pediatrico
- infermiere professionale specializzato
- assistente Sanitario visitatore
- infermiere abilitato a funzioni direttive
- infermiere docente e dirigente

La professione sanitaria di vigilatrice d'infanzia è sostituita da quella dell'infermiere professionale pediatrico.

ART. 2
(Scuole Infermieristiche: elementi comuni)

Le scuole infermieristiche di ogni ordine e grado hanno lo scopo di formare gli allievi, con metodo scientifico ed unità di indirizzo, al fine di ben esercitare la professione e dirigere le Scuole, l'attività e i servizi infermieristici.

I Ministri dell'Università e Ricerca Scientifica e della Sanità sono legittimati alla istituzione delle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado in osservanza alla normativa vigente e tenendo conto della programmazione sanitaria.

L'amministrazione delle scuole spetta alle Università, alle Regioni e Province Autonome che la esercitano sotto la vigilanza e il controllo dei predetti Ministeri.

A partire dall'inizio dell'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge gli aspiranti alla ammissione alle scuole infermieristiche di ogni ordine e grado devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore, valido per l'ammissione ai corsi universitari, devono altresì aver compiuto il 18° anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

Il diploma di Stato di infermiere professionale è titolo necessario per l'accesso al Corso di Assistente Sanitario, al Corso di Abilitazione a Funzioni Direttive ed ai Corsi di specializzazione autorizzati con Decreto del Ministro della Sanità.

Il Governo è delegato ad emanare, entro 6 mesi dalla pubblicazione della presente legge, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri

dell'Università e Ricerca Scientifica e della Sanità uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare la organizzazione delle scuole e dei corsi e lo stato giuridico del personale docente nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

1. determinare la natura delle singole scuole in ragione del loro scopo formativo, l'uniformità dei Corsi e del Diploma;
2. assicurare un unico ordinamento su tutto il territorio nazionale per ciascun tipo di scuola in adeguamento alle normative CEE, con particolare riguardo:
 - a) ai requisiti logico/strutturali delle Scuole ed alle attrezzature e sussidi didattici indispensabili;
 - b) agli obiettivi e curricoli formativi;
 - c) ai requisiti del personale dirigente e docente a tempo pieno, nonché ai criteri di scelta e nomina del restante personale docente secondo l'attitudine e competenza nella specifica disciplina;
 - d) al calendario scolastico.
3. fissare gli elementi di relazione tra i diversi tipi di scuole con riferimento al titolo, all'abilitazione ed alla competenza professionale;
4. coordinare e riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche.

ART. 3
(Infermiere Professionale e
Infermiere Professionale Pediatrico)

I corsi di studi per il conseguimento del diploma di Stato di infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico sono della durata di anni tre. L'esercizio professionale è subordinato al superamento dell'esame di abilitazione.

ART. 4
(Infermiere professionale specializzato)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici possono essere istituiti corsi di specializzazione nell'assistenza infermieristica, secondo la Raccomandazione 5/83 del Consiglio d'Europa, della durata non superiore ad un anno.

Il Ministro della Sanità con proprio decreto, sentito il Consiglio Superiore di Sanità e il Consiglio Sanitario Nazionale, nonché la Federazione Nazionale dei Collegi, individua i settori dell'assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di specializzazione.

Con decreto del Ministro della Università e Ricerca Scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

Il certificato rilasciato dalle scuole è titolo necessario per l'esercizio professionale della relativa attività.

ART. 5

(Infermiere Abilitato a Funzioni Direttive)

Presso le scuole per infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica o pediatrica ai quali possono accedere infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici diplomati ai sensi della presente legge e che abbiano svolto la corrispondente attività, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, l'Università che ha rilasciato il titolo di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 6

(Assistente Sanitario Visitatore)

Sono istituite scuole di durata annuale per il conseguimento del diploma di Stato di assistente Sanitario visitatore, alle quali possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica, di concerto con il Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio fissando le ore della teoria e del tirocinio ed ogni altra modalità necessaria.

ART. 7.

(Diploma di Laurea in Scienze Infermieristiche)

È istituito il corso di laurea in scienze infermieristiche per dirigenti delle scuole e dei servizi e per docenti di scuole infermieristiche di ogni ordine e grado, ai sensi dell'art. 3 L. 19 novembre 1990 n. 341. Al corso possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale e pediatrico conseguiti ai sensi degli artt. 2 e 3 della presente legge.

Il diploma di laurea, rilasciato dalla corrispondente facoltà universitaria, ha valore per l'esercizio delle predette funzioni e per svolgere attività di docenza anche nelle altre scuole e presso la stessa facoltà.

L'ordinamento del corso, di durata quinquennale, è stabilito secondo le vigenti disposizioni delle Univer-

sità e decorre dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge.

Con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, viene fissato il numero massimo dei partecipanti ai corsi in relazione alle esigenze e alle strutture didattiche e cliniche disponibili presso ciascuna sede universitaria.

L'esercizio professionale è subordinato al superamento dell'esame di abilitazione a cui possono essere ammessi coloro che abbiano svolto un'attività professionale, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni.

ART. 7 Bis

(Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche)

È istituito il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche.

ART. 8

(Equiparazione dei titoli professionali)

I titoli di studio di infermiere professionale, di infermiere professionale pediatrico, di assistente Sanitario visitatore, di abilitazione alle funzioni direttive, di infermiere docente e di dirigente l'assistenza infermieristica, giuridicamente validi e riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, purché non con leggi eccezionali, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

Coloro che sono in possesso del Diploma di D.A.I. o di I.I.D. per la partecipazione ai Concorsi sono obbligati, per il conseguimento della equiparazione al Diploma di laurea di cui all'art.7 della presente legge, al superamento di una tesi da discutersi entro due anni, dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso la Facoltà di Scienze Infermieristiche.

ART. 9

(Servizio Infermieristico)

Presso il Ministro della Sanità è istituito il Servizio Infermieristico al quale spettano su tutto il territorio nazionale le attribuzioni di:

- studio e ricerca;
- programmazione, direzione e coordinamento del servizio infermieristico;
- vigilanza e controllo delle Scuole di Formazione ed altre strutture didattiche, nonché del personale esercente attività infermieristica;
- rapporti con ogni altro servizio o ufficio Sanitario.

Le Regioni, le Province autonome e le UU.SS.LL., i Policlinici universitari e le strutture ospedaliere pubbliche e private istituiscono il Servizio Infermieristico

nel territorio di propria competenza con le medesime attribuzioni di cui al comma precedente, in coordinamento con il Servizio infermieristico nazionale.

ART. 10

(Esercizio della professione infermieristica)

Per l'esercizio professionale sia libero che dipendente, qualunque sia la natura del datore di lavoro delle professioni infermieristiche di cui agli articoli 3, 4, 5, 6 e 7 della presente legge, è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.

Le competenze infermieristiche proprie di ciascun profilo professionale sono tassative e inderogabili e gli infermieri debbono obbligatoriamente essere adibiti ad esse.

Tutti i provvedimenti adottati in violazione della presente disposizione sono nulli ed oltre alla responsabilità penale impegnano anche le restanti responsabilità in modo diretto e personale di coloro che li hanno disposti.

Al fine di fronteggiare le omissis ...

Al personale riammesso in omissis ...

INOLTRE:

— Per l'art. 6 del Testo ddl sarà necessario prevedere un D.M. a parte in quanto regola una figura non rientrante nella professione infermieristica.

— Da abolire l'art. 7 del Testo ddl.

ART. 11

Lo stesso personale conserva omissis ...

L'indennità di fine rapporto omissis ...

... in possesso della scolarità richiesta dagli artt. 2 e 3 della presente legge e interessati all'iscrizione ...

... promuovono per un quinquennio

6. Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in deroga alle vigenti disposizioni ...

7. I concorsi già banditi per omissis ...

8. Le Regioni possono disporre, omissis ...

ART. 12

All'onere derivante dall'attuazione omissis ...

Il Ministro del Tesoro è autorizzato omissis ...

RIFORMA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

PROPOSTA ALTERNATIVA DELLA CNAIOSS AL DISEGNO DI LEGGE GOVERNATIVO

Il Consiglio di Amministrazione di questa Consociazione Nazionale, riunitosi il giorno 20 gennaio 1991, ha approvato all'unanimità la proposta di legge di riforma della professione infermieristica, predisposta da una propria Commissione di Esperti, proposta alternativa al d.d.l. presentato dal Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo e approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 luglio 1990 ().*

L'articolato, di cui pubblichiamo la Relazione introduttiva e il testo integrale, rispecchia fedelmente la linea che la nostra Consociazione persegue tenacemente da anni: oggi, essendosi verificate le condizioni più favorevoli per i larghi consensi già ottenuti e per la recente approvazione della legge di riforma dell'ordinamento dell'Università, la Consociazione vorrebbe che tale linea fosse finalmente condivisa dal Governo e dal Parlamento, al fine di fornire al nostro Paese infermieri qualificati, in grado di esercitare la Professione infermieristica a quel livello di qualità ottimale che gli infermieri stessi hanno deciso e che i cittadini hanno il diritto di esigere.

RELAZIONE INTRODUTTIVA ALLA « PROPOSTA DI LEGGE DI RIFORMA DEGLI STUDI INFERMIERISTICI »

Nell'ambito della nostra società la professione infermieristica risponde ai bisogni di assistenza infermieristica della persona, della famiglia, della comunità.

Il Servizio fornito, la rende socialmente indispensabile nel concorrere alla promozione, alla tutela e al mantenimento dello stato di salute del cittadino nei diversi ambiti di vita e di lavoro.

La qualità delle prestazioni infermieristiche è garantita dall'infermiere attraverso l'acquisizione, lo sviluppo di una competenza specifica e il rispetto delle norme deontologiche.

Per acquisire tale competenza nell'area professionale specifica dell'assistenza infermieristica è necessaria una formazione da realizzarsi nell'ordinamento universitario.

L'occasione per ribadire che quello universitario è l'unico ambito in grado di garantire la formazione del professionista infermiere è data dall'imminente attuazione della legge n. 341 del 19-11-1990 che riprende i livelli di formazione universitaria stabiliti dalle norme della Comunità Europea.

E' in questa prospettiva che si colloca la proposta di legge di « Riforma degli studi infermieristici » della Consociazione Nazionale Infermiere/Infermieri e altri Operatori Sanitario-Sociali (CNAIOSS) che all'art. 1 prevede la modifica della dizione ormai superata « professione sanitaria ausiliaria » in « professione infermieristica ». Confermando il nuovo status di questa professione lo stesso articolo prevede la laurea in Scienze Infermieristiche.

L'art. 2, in ottemperanza della già citata legge n. 341, istituisce la facoltà di Scienze Infermieristiche nell'ambito della quale si articoleranno i diversi livelli di formazione.

L'art. 4 specifica la durata dei corsi nell'osservanza della normativa CEE prevedendo un esame di stato abilitante all'esercizio professionale.

L'art. 5, nelle convenzioni previste dall'art. 39 della legge 833/78, nonché dall'art. 92 del D.P.R. 11 luglio 1980 n. 382 indica una garanzia di un'adeguata formazione clinica.

In conseguenza dell'istituzione della facoltà di Scienze Infermieristiche a tutela della disciplina, l'art. 6 prevede l'istituzione delle cattedre in scienze infermieristiche e la loro assegnazione ad infermieri.

Nell'art. 8 è infine prevista la revisione e integrazione del D.P.R. n. 225 del 1974 come diretta conseguenza della diversa formazione e responsabilità infermieristica.

L'art. 10 prevede l'istituzione del Servizio Infermieristico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, prefigurandone l'articolazione a livello regionale e locale.

L'art. 11 istituisce l'Ordine degli Infermieri Professionali in sostituzione dell'attuale Collegio.

(*) Il testo del suddetto d.d.l. è pubblicato in « Professioni Infermieristiche » n. 4/1990 pp. 43-45.

PROPOSTA DI LEGGE DI RIFORMA DEGLI STUDI INFERMIERISTICI

Art. 1

(Professione infermieristica)

A modifica della vigente normativa la denominazione « professione sanitaria ausiliaria » riferita alla professione di infermiere è sostituita dalla denominazione « professione infermieristica ».

La professione infermieristica è esercitata dall'infermiere professionale in possesso dell'abilitazione di Stato conseguita a termini di legge. All'infermiere professionale è riconosciuto il diritto di acquisire ulteriori livelli di formazione per il conseguimento dei seguenti titoli:

- a) diploma di laurea in Scienze Infermieristiche;
- b) Dottorato di ricerca in campo infermieristico;
- c) Specializzazioni nei principali ambiti dell'assistenza infermieristica.

— L'infermiere professionale eroga assistenza infermieristica generale o di base, sia a carattere libero professionale, sia in costanza di rapporto di impiego pubblico o privato.

— L'infermiere professionale in possesso di specializzazione eroga assistenza specialistica.

— L'infermiere professionale, in possesso del diploma di laurea, svolge attività di coordinamento, di docenza, di programmazione, di organizzazione, gestione e controllo nei vari ambiti a livelli, sia della formazione che dell'assistenza pubblica o privata.

— L'infermiere professionale che sia anche in possesso del Dottorato di ricerca svolge prevalentemente attività propria del ricercatore.

Art. 2

(Facoltà di Scienze Infermieristiche)

Presso le Università, sede di Facoltà di Medicina e Chirurgia, è istituita la Facoltà di Scienze Infermieristiche.

Le Facoltà di Scienze Infermieristiche istituiscono corsi per il conseguimento:

- a) del diploma universitario di Infermiere Professionale;
- b) del diploma di laurea in Scienze Infermieristiche;

c) del Dottorato di ricerca nell'area infermieristica;

d) di specializzazione nei principali settori della assistenza infermieristica.

Art. 3

(Requisiti di accesso ai corsi della Facoltà di Scienze Infermieristiche)

I requisiti di accesso ai corsi di cui al precedente art. 2 sono costituiti dal possesso:

- a) della maturità quinquennale per l'accesso al corso universitario per infermiere professionale;
- b) maturità quinquennale integrata dal diploma universitario di Infermiere Professionale per l'accesso al corso di laurea in Scienze Infermieristiche;
- c) Laurea in Scienze Infermieristiche per accesso ai corsi per il conseguimento del Dottorato di ricerca;
- d) diploma di infermiere professionale per l'accesso ai corsi di specializzazione.

L'accesso ai corsi di cui ai precedenti punti a, b, c, d, è, inoltre, subordinato al superamento di un esame selettivo, in conformità alle disposizioni vigenti in materia.

Art. 4

(Durata dei corsi)

— La durata del corso di studi per il conseguimento del diploma universitario di infermiere professionale è di anni tre con frequenza obbligatoria. La formazione specifica deve vertere obbligatoriamente sulle materie del programma di studio comprendente 4600 ore di insegnamento teorico e clinico in conformità alle direttive comunitarie adottate in materia.

Il corso di studi per il conseguimento del diploma universitario di infermiere professionale si conclude con la discussione di una tesi.

Il diploma conseguito costituisce titolo per la partecipazione all'esame di Stato abilitante all'esercizio professionale da effettuarsi a termine del R.D. 31 agosto 1933 n. 1592, T.U. delle leggi sull'Istruzione Superiore e successive modificazioni e integrazioni.

— Il corso di studi per il conseguimento del diploma di laurea in scienze infermieristiche è di due anni accademici con frequenza obbligatoria e si conclude con la discussione di una tesi secondo le modalità stabilite delle norme universitarie.

— I corsi di specializzazione hanno la durata non inferiore ad un anno e si concludono con il superamento di un esame teorico e pratico dinanzi ad una Commissione appositamente costituita.

Per le specializzazioni definite dalla Comunità europea i programmi di studio dovranno essere conformi alle relative direttive.

I corsi di Dottorato di Ricerca sono regolati da specifiche disposizioni di legge.

Art. 5

(Convenzione ex art. 39 legge 833/78)

Per far fronte alle esigenze di formazione di infermieri professionali e infermieri specializzati le Università, sedi di Facoltà di Scienze Infermieristiche, attraverso il Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministero della Sanità, stipulano, a termine dell'articolo 39 legge 833/78, apposite convenzioni con le Regioni e altre istituzioni pubbliche, per l'utilizzo di strutture dotate dei requisiti di legge per lo svolgimento delle attività teoretico-cliniche finalizzate al rilascio del diploma universitario per infermiere professionale e dei titoli di specializzazione.

Art. 6

(Docenza)

Nelle more dell'acquisizione del diploma di laurea in Scienze Infermieristiche e della istituzione del ruolo dei docenti infermieri, la cattedra della Facoltà di Scienze Infermieristiche nonché la docenza delle discipline infermieristiche sono assegnate, in conformità a quanto dispone in materia l'art. 68 del Regio Decreto (31 agosto 1933) n. 1.592, ad infermieri in possesso del diploma universitario di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e di Infermiere Insegnante Dirigente con almeno tre anni di documentata e continuativa attività didattico/organizzativa.

Art. 7

(Delega al Governo)

Entro sei mesi dall'approvazione della presente

legge il Ministero della Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministero della Sanità, sentita la Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri Professionali con apposito DPR ridefinisce:

a) i programmi di studio per infermieri professionali nel rispetto delle norme comunitarie in materia;

b) i programmi di studio per i corsi di specializzazione;

Con separato DPR il Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministero della Sanità entro sei mesi dall'approvazione della presente legge definisce i programmi di studio per i corsi di laurea in Scienze infermieristiche.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della Sanità di concerto con il Dipartimento Funzione Pubblica, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale e la Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri Professionali procede alla revisione delle norme di cui al DPR 761/1979 concernente lo stato giuridico del personale e delle USL, nonché delle norme concorsuali di cui ai DM 30 gennaio 1982 e 3 dicembre 1982, al fine di adeguare lo stato giuridico del personale infermieristico delle USL e relativa normativa concorsuale ai nuovi e più elevati livelli di formazione e responsabilità degli infermieri medesimi.

Art. 8

(Revisione del DPR 225/1974)

Il Ministero della Sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità e la Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri Professionali, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, procede con D.P.R. alla revisione ed integrazione del D.P.R. 225/1974 al fine di definire il ruolo, le funzioni e le responsabilità degli Infermieri Professionali e Specializzati.

Art. 9

(Conversione dei corsi per Vigilatrice d'Infanzia e per Assistente Sanitario)

A decorrere dall'anno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, il Corso di formazione per Vigilatrice d'Infanzia è convertito nel Corso di specializzazione in Assistenza pediatrica; il Corso di formazione per Assistente Sanitario è

convertito in Corso di Specializzazione in Assistenza Infermieristica di comunità.

Le figure professionali di Viglatrice d'Infanzia e di Assistente Sanitario sono considerate ad esaurimento.

Art. 10

(Istituzione del Servizio Infermieristico)

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è istituito il Servizio Infermieristico organicamente strutturato ai tre livelli istituzionali dello stesso. La direzione del Servizio è affidata ad un infermiere in possesso del diploma di laurea in scienze infermieristiche.

A tal fine, il Ministro della Sanità istituisce con proprio decreto la divisione infermieristica con direzione attribuita ad un infermiere in possesso del diploma di laurea in scienze infermieristiche.

In sede di prima applicazione la direzione della divisione infermieristica è attribuita, mediante pubblico concorso per titoli ed esami, ad un infermiere in possesso del diploma universitario di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e/o di Infermiere Insegnante Dirigente con almeno 5 anni di documentata e continuativa attività didattico/organizzativa.

La divisione deve prevedere personale infermieristico con competenze nei vari campi dell'area infermieristica e deve disporre di un comitato di controllo, costituito da infermieri preparati al più alto livello, sulle attività organizzative e assistenziali proprie dell'area infermieristica.

Art. 11

(Modifica alla denominazione del Collegio Infermieri Professionali Assistenti Sanitari - Viglatrici d'Infanzia)

Con l'entrata in vigore della presente legge il Collegio degli Infermieri Professionali - Assistenti Sanitari - Viglatrici d'Infanzia, istituito con legge 29 ottobre 1954 n. 1049 e relativa Federazione prenderanno la denominazione rispettivamente di Ordine degli Infermieri e Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri. Analogamente l'Albo professionale di Infermieri Professionali - Assistenti Sanitari - Viglatrici d'Infanzia assumerà la denominazione di Albo degli Infermieri Professionali.

Art. 12

(Copertura Finanziaria)

Il Ministro del Tesoro per far fronte alla copertura finanziaria derivante dall'applicazione della presente legge è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Art. 13

(Abrogazione norme)

Con l'entrata in vigore della presente legge decadono tutte le norme nazionali e regionali che contrastano con le norme della presente legge.

II COMITATO DI AGITAZIONE PER LA DIFESA DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA *, istituito dalla CNAIOSS nell'aprile 1990 e che si era posto il duplice obiettivo di « ... indurre in breve tempo il Governo e il Parlamento ad emanare norme che: 1) legittimino il RUOLO INFERMIERISTICO nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e 2) di conseguenza, elevino la formazione alla professione » **si impegna** a continuare la sua attività divulgando all'interno delle Associazioni Regionali, Provinciali e dei Nuclei della Consociazione e all'esterno di essa il presente articolato di legge, al fine di raggiungere nel più breve termine di tempo possibile l'attesa riforma degli studi infermieristici e dell'esercizio professionale.

* Vedi Professioni Infermieristiche n. 2/90, pp. 5-8.

Il Comitato ristretto discute le modifiche al ddl di riforma delle professioni sanitarie infermieristiche

Il nuovo testo del ddl n. 5081

Titolo I - Finalità

Articolo 1

La presente legge detta norme per il riordino della formazione nonché per gli ordinamenti professionali delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, riabilitative e della prevenzione ambientale nel rispetto delle direttive comunitarie in materia.

Articolo 2

1. Sono istituite con legge regionale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale le Scuole di Sanità, ad ordinamento autonomo, per la formazione delle professioni sanitarie di cui all'Articolo 1 e l'aggiornamento permanente di tutto il personale del SSN, nonché per la specializzazione post-laurea del personale laureato dipendente e convenzionato.

2. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università, su parere del Consiglio Universitario Nazionale e del Consiglio Sanitario Nazionale, è definito l'ordinamento delle Scuole di Sanità di cui al precedente comma, sentita la conferenza stato-regioni.

3. Il medesimo decreto determina anche i requisiti del personale dirigente e didattico, nonché i criteri di scelta degli stessi, sulla base dei seguenti principi:

a) per la direzione dei corsi delle professioni sanitarie di cui all'Articolo 1 della scuola, il requisito necessario è il possesso del diploma di laurea di cui all'Articolo 6 della presente legge;

b) per l'insegnamento delle scienze infermieristiche e di ogni altra materia attinente alla responsabilità e all'organizzazione professionale, nonché per l'attività di tirocinio pratico, requisito minimo è il possesso del diploma di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche di cui all'Articolo 5 comma 3; fatto salvo quanto disposto dall'Articolo 6;

c) per l'insegnamento delle scienze fondamentali mediche e utilizzato personale medico dipendente del SSN o docente universitario in possesso di specializzazione attinente, ovvero personale laureato in possesso della specifica laurea attinente alla materia dell'insegnamento;

d) per l'insegnamento nei corsi di specializzazione o di abilitazione alle professioni di ostetrica e di assistente sanitario visitatore delle materie specifiche è richiesto il possesso del relativo diploma;

e) per l'attribuzione al personale degli incarichi di docenza indicati nelle precedenti lettere sono previste idonee forme di pubblicità, nonché criteri per la valutazione dei titoli posseduti secondo la normativa vigente;

f) per l'autorizzazione ed il funzionamento della Scuola è necessaria una adeguata ed autonoma sede dotata di requisiti minimi didattici in analogia alle disposizioni generali relative all'edilizia scolastica;

g) possono essere utilizzate le istituzioni sanitarie pubbliche e

private convenzionate, che attualmente gestiscono scuole per infermieri professionali e delle altre professioni di cui all'Articolo 1 della presente legge; queste debbono adeguare sin dall'anno scolastico successivo all'entrata in vigore della presente legge il proprio ordinamento didattico ai principi di cui al presente articolo, anche in carenza della specifica legislazione regionale dei principi fondamentali fissati dalla presente legge. Resta salva la competenza delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

4. rapporti tra le Regioni e l'Università interessate per il funzionamento delle Scuole di Sanità di cui all'Articolo 2 sono regolati da apposite convenzioni obbligatorie, definite sulla base di uno schema tipo emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Tali convenzioni possono altresì prevedere l'utilizzazione delle Scuole Universitarie già esistenti.

5. La rispondenza della formazione agli obblighi di cui al comma 1 e a quelli previsti dalle leggi vigenti, compresi gli obblighi internazionali e comunitari, è verificata dai Ministri della Sanità e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e dalle Regioni anche attraverso l'esercizio del controllo ispettivo.

6. Il Governo, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è autorizzato, nel rispetto dei principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, e successive modifiche ed integrazioni, nonché della presente legge e delle direttive comunitarie, a modificare e integrare nei limiti necessari al coordinamento, e a riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie.

7. Il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità con apposito decreto, fissa annualmente il calendario scolastico a livello nazionale, sentita la conferenza Stato-Regioni.

8. I diplomi abilitanti l'esercizio delle professioni sanitarie rilasciati dalle Scuole di sanità di cui al comma 1 del presente articolo sono equivalenti al diploma universitario di cui all'Articolo 1 della legge 19 novembre 1990, n. 341 ai fini del conseguimento del diploma di laurea.

Titolo 2

Professioni sanitarie infermieristiche

Articolo 3

1. A modifica della vigente normativa, l'area delle professioni infermieristiche si articola in:

- a) infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico;
- b) infermiere professionale specializzato;
- c) infermiere professionale abilitato alle funzioni direttive di didattiche;

numero 13
25 marzo 1991

16 **ISG**

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

- d) ostetrica;
 - e) assistente sanitario visitatore;
 - f) dirigente di servizio infermieristico, Direttore didattico e docente di scienze infermieristiche.
2. E' soppressa la professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, sostituita dall'infermiere professionale pediatrico;

Articolo 4

1. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico è richiesto il possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado.
2. L'ordinamento didattico dei corsi abilitanti alle professioni di infermiere pediatrico, infermiere professionale, ostetrica ed assistente sanitario visitatore è definito con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica sentito il Ministro della Sanità, sulla base di conformi pareri del Consiglio Universitario Nazionale e del Consiglio Sanitario Nazionale.

Articolo 5

1. Presso le Scuole di Sanità di cui all'Articolo 2 comma 1 sono istituiti corsi di formazione complementare post diploma nell'assistenza infermieristica della durata di norma di un anno.
2. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di formazione complementare post diploma con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica e del Ministro della sanità, sono indicate le materie di studio teorico-pratico che devono essere svolte nell'anno.
3. Presso le scuole di sanità sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche dell'assistenza infermieristica o pediatrica, ai quali accedono infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto una attività di infermiere professionale e di infermiere pediatrico, debitamente documentata, per un periodo di almeno due anni e che siano in possesso del diploma di scuola media superiore di II grado.
4. Con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica e della Sanità, sono indicate le materie di studio teorico-pratico per il conseguimento della abilitazione alle funzioni direttive.

Articolo 6

1. E' istituito secondo le modalità previste dall'Articolo 3 della legge 19/11/90 n. 341, su proposta del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale ed il Consiglio Universitario Nazionale il corso di laurea in scienze infermieristiche di cui all'Articolo 3 della presente legge.
2. Il diploma di laurea in scienze infermieristiche costituisce titolo per accedere allo svolgimento di funzioni dirigenziali e per lo svolgimento di funzioni di docenza; a tali funzioni sino al settimo anno successivo all'attivazione dei corsi di laurea del presente articolo può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica e di infermiere insegnante dirigente.

Articolo 7

1. I diplomi di infermiere professionale, di vigilatrice d'infanzia, di assistente sanitario visitatore, di ostetrica, e di abilitazione

alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, nonché quelli di dirigente della assistenza infermieristica, di infermiere insegnante dirigente e di specializzazione, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della normativa della presente legge, sono tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

TITOLO III - Professioni sanitarie tecniche-riabilitative e della prevenzione ambientale

Articolo 8

1. Con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della Sanità, su parere conforme del Consiglio Sanitario Nazionale e del Consiglio Universitario Nazionale, vengono dettate norme per l'istituzione dei corsi di formazione, di abilitazione a funzioni direttive, nonché uno specifico corso di laurea in organizzazione e formazione sanitaria, in conformità a quanto disposto per le professioni infermieristiche degli artt. 4, 5 e 6 della presente legge e per l'abilitazione dell'esercizio delle relative professioni.
2. Con decreto del Ministro della Sanità, su parere del Consiglio Sanitario Nazionale, vengono dettate norme per l'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'Articolo 1, nonché per la costituzione dei relativi albi professionali ed il riordino di quelli già esistenti.
3. Con il decreto di cui al precedente comma viene istituita la Federazione Nazionale degli albi degli esercenti le professioni sanitarie di cui all'Articolo 1 e vengono dettate le relative norme per la costituzione ed il funzionamento della stessa secondo modalità che garantiscono l'autonomia organizzativa dei singoli Albi Professionali.
4. Al personale delle professioni tecniche sanitarie, riabilitative e della prevenzione ambientale si applica quanto disposto dall'Articolo 7 della presente legge.

TITOLO IV - Disposizioni generali

Articolo 9

1. Con legge regionale viene disciplinata in ogni unità sanitaria locale la organizzazione dell'attività dell'assistenza infermieristica nonché delle connesse funzioni e ausiliarie di assistenza, nell'ambito di uno specifico servizio infermieristico, con autonomia tecnico-funzionale, coordinato da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'Articolo 5.
2. Al servizio infermieristico competono funzioni di studio e ricerca, programmazione direzione e coordinamento, nonché vigilanza e controllo delle attività infermieristiche ed altresì i rapporti funzionali con ogni servizio, dipartimento o ufficio.
3. Con legge regionale viene disciplinata la organizzazione dell'attività delle professioni sanitarie tecniche, riabilitative ed ambientali in un servizio tecnico sanitario coordinate da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'Articolo 6 della presente legge.
4. Per i compiti derivanti dalla presente legge è istituito presso il Ministero della Sanità l'ufficio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, riabilitative e ambientali con personale anche comandato dal SSN nel limite massimo di 10 unità.

Articolo 10

Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'Articolo 1 della presente legge dipendenti del Servizio sanitario nazionale o di

numero 13
25 marzo 1991



Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

altre istituzioni sanitarie possono chiedere ai fini previdenziali il riscatto del periodo corrispondente al corso di studio prescritto per il conseguimento del titolo abilitante a specifica professione.

Articolo 11

1. Gli esercenti le professioni sanitarie non possono essere distolti dalle funzioni proprie del loro profilo professionale.
2. Tutti gli atti e provvedimenti adottati in violazione al divieto di cui al comma 1 sono nulli ed impegnano la responsabilità, personale e diretta, dei componenti degli organi di amministrazione che li dispongono.

Articolo 12

1. Le Regioni al fine di fronteggiare le carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio possono concedere la riammissione in servizio tramite una deroga decennale al termine di cui al secondo comma dell'articolo 59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché all'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.
2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare e iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni svolte.
3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorativa.
4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del precedente rapporto.
5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario Nazionale, in possesso del diploma di Scuola media secondaria superiore, e interessati all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, le amministrazioni competenti promuovono, con programmazione quinquennale, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'articolo 45 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo; per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 270.
6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti del personale infermieristico e delle altre professioni di cui all'art. 1 della presente legge mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi trenta giorni, le Regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta. In caso di

inadempienza da parte delle Regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.
8. Le Regioni possono disporre con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e da parte di personale infermieristico diplomato.
9. Verrà facilitato il conseguimento del diploma di scuola media superiore per il personale delle professioni appartenenti all'articolo 1 della presente legge che abbiano conseguito il titolo abilitante prima dell'entrata in vigore della presente normativa anche in deroga alla normativa vigente sul diritto allo studio tramite appositi accordi fra Regioni e OO.SS.

Titolo V

Articolo 13

1. È istituito il profilo professionale dell'operatore tecnico addetto all'assistenza, che coadiuva l'infermiere nelle attività di supporto a quelle proprie della funzione assistenziale diretta e sotto la responsabilità dell'infermiere stesso.
2. Presso le scuole per infermieri professionali sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del titolo di operatore tecnico addetto all'assistenza, per l'ammissione ai quali è richiesto il diploma di scuola media.
3. Il programma di studio è stabilito con decreto del Ministro della Sanità.

Articolo 14

1. All'onere derivante dall'articolo 3, comma 2, valutato in ragione d'anno in lire 11.300 milioni per il 1991, in lire 45.200 milioni per il 1992, in lire 79.200 milioni per il 1993 ed in lire 102.000 milioni a decorrere dal 1994, da iscriversi nello stato di previsione del Ministero della Pubblica Istruzione, si prevede mediante riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.
2. All'onere derivante dall'articolo 3, comma 5, valutato in ragione d'anno in lire 28.000 milioni per ciascuno degli anni dal 1991 al 1997, al netto delle minori spese derivanti dall'articolo 3 comma 2, si provvede a carico dello stanziamento iscritto al capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.
3. Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

numero 13
25 marzo 1991

18 

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

Emendamenti della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. al D.D.L. 5081 «Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche

Roma, 26 giugno 1991

Protocollo n. 1773/21/8/1

Oggetto: DDL 5081/90

Alle Associazioni Professionali
Alle Scuole D.A.I. - I.I.D.
LORO SEDI

Per opportuna conoscenza e per una fattiva collaborazione, s'inviando alle SS.LL. gli emendamenti ulteriormente approfonditi dalla Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. al d.d.l. 5081: «Riforma delle professioni infermieristiche».

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

LA PRESIDENTE
(DAI Sr. Odilia D'Avella)

L'urgenza di un riordino della professione infermieristica, avvertito non solo da chi è direttamente interessato ma persino dalla coscienza comune, richiede una rigorosa conoscenza delle esigenze esistenti al fine di pervenire alla più giusta soluzione giuridica, che si rinviene solo nella esatta visione della tutela della salute. In tale quadro risulta evidente la concordanza dell'interesse del gruppo professionale con quello pubblico e generale della collettività.

Le predette esigenze pretendono necessariamente un adeguamento del percorso formativo della professione infermieristica. Esso è imposto nel contesto storico:

1 - dalla necessità di una più idonea preparazione dell'infermiere conseguente sia all'evoluzione del progresso culturale e scientifico che al bisogno di rispondere ad un più globale e completo servizio, anche in ragione dell'avvenuto mutamento del sistema sanitario;

2 - dalle sollecitazioni che si avvertono più impellentemente in prossimità dell'integrazione CEE. In tal senso l'Italia già risultava, nel campo infermieristico, ritardataria rispetto ad altri Paesi europei, essendo per essa intervenuta la ratifica dell'Accordo di Strasburgo ad imprimere una spinta di adeguamento formativo secondo i bisogni;

3 - dalla accettazione di tale logica già realizzata relativamente all'ordinamento universitario con la recente riforma, che riconosce a tale istituzione una funzione più completa con il rilascio, nell'ordine, del Diploma Universitario (DU), Diploma di Laurea (DL), Diploma di Specializzazione (DS) con uscita trasversale dopo il D.U. e Dottorato di Ricerca (DR).

In tale contesto la formazione infermieristica trova il suo più idoneo adeguamento nella progressività di detti titoli più opportunamente rispondenti alla progressività ascendente delle diverse figure nell'unità della professionalità infermieristica.

Infatti la recente legge 341/90 offre più idonea possibilità di corrispondere alla complessità dell'iter formativo infermieristico rispetto alla molteplicità del suo comporsi per rispondere alla varietà dei bisogni di salute delle persone e della collettività.

La innegabilità e riconosciuta esistenza di tali esigenze richiede che la loro soddisfazione avvenga con una nuova e più appropriata normazione regolante il mondo infermieristico per contribuire, da un lato, ad un salto di qualità della specifica preparazione ed offrire, dall'altro, una significativa qualificazione sociale con positive ripercussioni sulla motivazione di tutta la categoria e l'acquisizione di uno status giuridico ed economico rispondente alla valenza complessa della professione infermieristica.

La prima e più importante va identificata nella necessità che esso abbia una regolamentazione a sé e tutta propria esigita dalla vastità dell'incidenza sull'attività sanitaria della stessa professionalità infermieristica nei suoi diversi aspetti corrispondente alla vastità dell'area di competenza. D'altro canto, già la normativa tuttora vigente è improntata a una regolamentazione tutta propria della professionalità infermie-

ristica, in quanto già in passato si avvertiva la necessità di tale specifica regolamentazione, criterio al quale si era ispirata l'originaria proposta governativa.

La seconda di tali esigenze si rinviene nella necessità che, proprio tali premesse nella vastità dell'incidenza sull'attività sanitaria e la vastità dell'area di competenza infermieristica, postulano una normativa sola e specifica della professionalità infermieristica rispondente ai criteri di organicità e completezza, regolando l'infermieristica in modo sistematico e nel contempo completo.

La terza esigenza della intellettualità ed autonomia della professione infermieristica, a sua volta, può trovare riconoscimento e soluzione solo nel contesto di una regolamentazione che tenga conto della specificità e globalità di essa nella tutela della salute e nella risposta competente ai bisogni di salute.

Si ritiene, infatti, che i due peculiari requisiti accennati della intellettualità ed autonomia, già peraltro sussistenti nella vigente normativa, trovino più adeguata risposta nel riordino della professione infermieristica.

La legge di riordino potrà incidere su una più idonea organizzazione dei servizi e una più professionale qualità delle prestazioni.

Da ultimo, si ritiene necessaria una fondamentale innovazione relativamente ai soggetti preposti alla nuova e più adeguata formazione infermieristica, convinti che debba essere affidata a quelle Istituzioni che, nell'ordinamento globale dello Stato, sono preposte alla preparazione delle professioni intellettuali.

Esse hanno per scopo di formare, mediante l'acquisizione di una cultura umanistica e scientifica, all'esercizio di competenze professionali specifiche, nelle quali vanno annoverate anche quelle infermieristiche. A tal fine, la recente riforma universitaria offre possibilità adeguate ed immediate anche per la formazione infermieristica, tenuto conto della progressività dei titoli previsti, pienamente rispondente alle molteplicità dei curricula formativi per tale professione, nonché all'esigenza di acquisire una formazione che sia nel contempo umanistica e scientifica, indispensabile per una completa assistenza alla persona.

In tale contesto formativo sarà possibile altresì dare risposta alla ulteriore esigenza del mondo infermieristico che, anche nell'interesse della collettività, ha bisogno ormai di essere del tutto autonomo non solo professionalmente, ma anche nel processo formativo a mezzo di un proprio corpo docente in corrispondenza ad ogni grado formativo e relativamente alle discipline d'insegnamento.

La proposta, che qui di seguito questa Federazione per diritto-dovere istituzionale presenta alla considerazione di quanti preposti ad un riordino della professione infermieristica, appare validamente accettabile per il rigore della sua impostazione nel rispondere agli attuali bisogni.

Nella fiducia di sollecita e definitiva approvazione, questa Federazione è disponibile alla più immediata elaborazione di tutti gli ulteriori provvedimenti conseguenti e di completamento.

RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE

Emendamenti della Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. al d.d.l. 5081

RIORDINO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

ART. 1

La presente legge detta norme per il riordino della formazione delle professioni sanitarie infermieristiche nel rispetto delle direttive europee in materia.

A modifica della vigente normativa le professioni infermieristiche si articolano in:

- a) infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico
- b) infermiere specializzato
- c) infermiere abilitato a funzioni direttive
- d) assistente sanitario visitatore
- e) infermiere docente di scienze infermieristiche e dirigente della scuola e dei servizi infermieristici.

ART. 2

1. Con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, da emanarsi entro 6 mesi dalla pubblicazione della presente legge, adottati su proposta del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, su parere rispettivamente del Consiglio Universitario Nazionale, del Consiglio Sanitario Nazionale, sentita la competente Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI., è definito l'ordinamento dei corsi universitari per la formazione infermieristica di ogni ordine e grado, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

I. Determinare la natura dei singoli corsi in ragione del loro scopo formativo, della loro uniformità su tutto il territorio nazionale e della natura del diploma, in adeguamento alla normativa europea con particolare riguardo:

- a) ai requisiti logistico strutturali e alle attrezzature e sussidi didattici indispensabili;
- b) agli obiettivi e curricula formativi;
- c) alla modalità di accesso in ruolo del personale dirigente e docente a tempo pieno nonché ai criteri di scelta e nomina del restante personale docente.

II. Fissare gli elementi di relazione tra i diversi tipi di scuola con riferimento al titolo, alla abilitazione e alla competenza professionale;

III. Coordinare e riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie infermieristiche.

2. Per la realizzazione dei corsi di studio di cui al comma precedente le Università si avvalgono di conven-

zioni obbligatorie con le Regioni e le Province Autonome, definite con decreti del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità.

3. I requisiti del personale dirigente e docente dei corsi di cui sopra sono:

- a) per la direzione dei corsi infermieristici e per l'insegnamento delle scienze infermieristiche nonché di ogni altra materia attinente alla competenza, alla responsabilità e alla organizzazione professionale il requisito necessario è il possesso del diploma di Laurea di cui all'art.5 della presente legge;
- b) per l'attività di insegnamento clinico (tirocinio pratico) il requisito minimo necessario è il possesso della abilitazione a funzioni direttive, per la medicina pubblica il possesso del diploma di Assistente Sanitario, utilizzando personale dipendente dal SSN, in convenzione con lo stesso, nonché personale universitario;
- c) per l'insegnamento delle scienze fondamentali mediche è utilizzato personale medico universitario nonché dipendente dal SSN o in convenzione con lo stesso;
- d) per l'insegnamento delle restanti discipline è utilizzato personale in possesso della specifica laurea attinente alla materia di insegnamento.

4. Il diploma universitario (D.U.) di Stato di infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico, conseguito ai sensi della presente normativa, è rilasciato dall'Università secondo gli artt. 1 e 2 della legge 19 novembre 1990 n.341, a seguito di un corso triennale.

5. Il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità con apposito decreto fissa annualmente il calendario scolastico nazionale.

ART. 3

A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico è richiesto il possesso del diploma quinquennale di istruzione secondaria di secondo grado.

ART. 4

1. Presso i corsi di cui all'art.2 sono istituite le scuole

di specializzazione infermieristica post diploma universitario, della durata non inferiore a un anno.

2. Il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, con proprio decreto individua i settori di assistenza infermieristica per i quali in relazione alla programmazione nazionale e regionale è necessario attivare corsi di specializzazione post diploma.

3. Presso le suddette scuole sono istituiti corsi di durata non inferiore a un anno per il conseguimento dell'abilitazione a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica ai quali accedono infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto la corrispondente attività, debitamente documentata, per un periodo di almeno 2 anni e che siano in possesso del diploma quinquennale di istruzione secondaria di secondo grado.

4. Sono istituiti altresì i corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di Assistente Sanitario Visitatore, ai quali accedono gli infermieri professionali che siano in possesso del diploma quinquennale di istruzione secondaria di secondo grado.

5. Con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e del Ministro della Sanità sono indicate le materie di studio teorico-pratiche per il conseguimento dei diplomi di cui al presente articolo.

ART. 5

1. È istituito il corso di laurea in scienze infermieristiche per i dirigenti dei corsi e dei servizi e per docenti dei corsi infermieristici di ogni ordine e grado, ai sensi dell'art. 3 L. 19 novembre 1990 n. 341. Al corso possono accedere coloro che sono in possesso del diploma di infermiere professionale e infermiere professionale pediatrico conseguito ai sensi della presente legge e che abbiano svolto una attività professionale, debitamente documentata, per un periodo di almeno tre anni.

2. Il diploma di laurea, rilasciato dalla corrispondente facoltà universitaria, ha valore per l'esercizio delle predette funzioni e per svolgere attività di docenza anche nelle altre scuole e presso la stessa facoltà.

3. L'ordinamento del corso di durata quinquennale (D.U. - D.L.) è stabilito secondo le vigenti disposizioni delle Università sentito il Ministro della Sanità, il Consiglio Sanitario Nazionale e la competente Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI. e decorre dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge.

4. Con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, tenendo conto della programmazione regionale, viene fissato il numero massimo di

partecipanti ai corsi in relazione alle esigenze e alle strutture didattiche e cliniche disponibili presso ciascuna sede universitaria.

ART. 6

È istituito il Dottorato di Ricerca in scienze infermieristiche.

ART. 7

1. I diploma di infermiere professionale, di vigilatrice d'infanzia, di specializzazione, di abilitazioni alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica e di assistente sanitario visitatore, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli.

2. Il diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica e di infermiere insegnante dirigente è equiparato, a tutti gli effetti, al diploma di laurea di cui all'art.5 della presente legge.

ART. 8

1. Presso il Ministero della Sanità è istituito il Servizio infermieristico nazionale al quale spettano, su tutto il territorio nazionale, le seguenti attribuzioni:

- studio e ricerca;
- direzione, programmazione, organizzazione e coordinamento nazionale dei servizi infermieristici;
- vigilanza e controllo dei corsi infermieristici e della loro istituzione e di ogni altra struttura comunque finalizzata alla formazione;
- vigilanza e controllo del personale esercente attività infermieristiche;
- rapporti con ogni altro servizio o ufficio sanitario nazionale e internazionale.

2. Per la realizzazione delle attribuzioni di cui al comma precedente, il Servizio Infermieristico Nazionale nonché il Servizio Infermieristico Regionale e quello Locale, sono divisi in funzioni organizzative e funzioni formativo-didattiche.

Le funzioni organizzative del Servizio Infermieristico Nazionale sono espletate dall'ufficio dei servizi infermieristici ospedalieri ed extraospedalieri, dall'ufficio di programmazione e utilizzazione del personale infermieristico e ausiliario, dall'ufficio di studio e ricerca e di rapporti con i servizi e uffici sanitari nazionali e internazionali.

Le funzioni formativo-didattiche del Servizio Infermieristico Nazionale sono espletate dall'ufficio di vigilanza e controllo dei corsi di formazione, dall'ufficio di aggiornamento e formazione permanente, dall'ufficio di educazione alla salute coordinato secondo la normativa vigente.

3. Le Regioni, le Province autonome, le UU.SS.LL., i Policlinici universitari e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere pubbliche e private istituiscono il Servizio Infermieristico nel territorio di propria competenza con le medesime attribuzioni di cui al comma precedente, in coordinamento con il Servizio infermieristico nazionale.

ART. 9

Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'art. 1 della presente legge dipendenti dal servizio sanitario nazionale o da altre istituzioni sanitarie possono chiedere ai fini previdenziali il riscatto del periodo corrispondente al corso di studio prescritto per il conseguimento del titolo abilitante alle funzioni corrispondenti al posto ricoperto.

ART. 10

1. Per l'esercizio professionale, sia libero che dipendente, qualunque sia la natura del datore di lavoro delle professioni infermieristiche di cui alla presente legge è obbligatoria la iscrizione all'albo professionale.

2. Le competenze infermieristiche proprie di ciascun profilo professionale sono tassative e inderogabili e gli infermieri debbono obbligatoriamente essere adibiti ad esse.

3. Tutti i provvedimenti adottati in violazione della presente disposizione sono nulli e oltre alla responsabilità penale impegnano anche le restanti responsabilità in modo diretto e personale di coloro che li hanno disposti.

ART. 11

1. Le Regioni al fine di fronteggiare le carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio possono concedere la riammissione in servizio tramite deroga decennale al termine di cui al secondo comma dell'art. 59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché l'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare e iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni.

3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai

solli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del primo rapporto.

5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario Nazionale, in possesso del diploma quinquennale di scuola secondaria superiore, e interessati all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma universitario di infermiere professionale, le amministrazioni competenti promuovono, per un quinquennio, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'art. 45 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo; per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'art. 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'art. 9 della legge 20 maggio 1985, n. 270.

6. Per un periodo di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Maurizioano provvedono alla copertura dei posti del personale infermieristico e delle altre professioni di cui all'art. 1 della presente legge mediante pubbliche selezioni per titoli.

A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi trenta giorni, le Regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta.

In caso di inadempienza da parte delle Regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. Le Regioni possono disporre con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di materia economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e da parte di personale infermieristico diplomato.

Arriva la seconda versione del ddl sulla riforma delle professioni infermieristiche

Il Comitato ristretto della Commissione Affari Sociali della Camera ha elaborato una seconda versione del ddl n. 5081. "Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche". Nel testo di seguito riportato, le parti modificate rispetto alla prima versione sono riportate in neretto

Ddl 5081 - "Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche" Il testo presentato al Comitato ristretto

Titolo I - Finalità

Articolo 1

A modifica della vigente normativa, le professioni sanitarie ausiliarie sono trasformate in professioni sanitarie intermedie. In relazione alle diverse professionalità le suddette professioni si articolano in professioni sanitarie infermieristiche della riabilitazione e tecnico sanitarie.

Articolo 2

1. Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale per la formazione e l'aggiornamento permanente delle professioni sanitarie di cui al precedente articolo sono istituite Scuole di Sanità che rilasciano i diplomi abilitanti all'esercizio delle professioni di cui all'articolo 1.

2. Con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità, su conforme parere della Conferenza Stato-Regioni, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale è definito l'ordinamento delle Scuole di Sanità di cui al precedente comma.

3. Con il medesimo decreto si determinano anche i requisiti del personale dirigente e didattico, nonché i criteri di scelta dello stesso, sulla base dei seguenti principi:

a) per la direzione della scuola, di cui all'articolo 1 della scuola, requisito necessario è il possesso del diploma di laurea di cui agli articoli 6 e 8 della presente legge;

b) per la direzione dei corsi relativi a ciascuna professione regolamentata dalla presente legge costituisce requisito necessario il possesso del diploma abilitante all'esercizio della relativa professione e del relativo diploma di laurea;

c) per l'insegnamento dell'etica professionale, delle tecniche infermieristiche e di ogni altra materia attinente alla responsabilità e all'organizzazione professionale infermieristica nonché per l'attività di tirocinio pratico, requisito minimo è il possesso del diploma di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche di cui all'articolo 5;

d) per l'insegnamento delle scienze fondamentali mediche è utilizzato personale medico dipendente del SSN o docente universitario in possesso di specializzazione attinente, ovvero personale laureato in possesso della specifica laurea attinente alla materia dell'insegnamento;

e) per l'insegnamento nei corsi di specializzazione o di abilitazione alle professioni di ostetrica e di assistente sanitario visitatore delle materie specifiche è richiesto il possesso del relativo diploma;

f) per l'insegnamento dell'etica professionale e delle materie attinenti alla responsabilità ed all'organizzazione professionale, nonché per l'attività di tirocinio pratico per le professioni sanitarie della riabilitazione e tecnico-sanitarie, requisito minimo è il possesso del diploma di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche di cui agli articoli 8 e 5, nonché del relativo diploma;

g) per l'attribuzione al personale degli incarichi di docenza indicati nelle precedenti lettere sono previsti idonee forme di pubblicità, nonché la valutazione dei titoli posseduti, utilizzando i criteri generali derivanti dalla normativa concorsuale in vigore;

k) per l'autorizzazione ed il funzionamento della Scuola è necessaria una adeguata ed autonoma sede dotata di requisiti minimi didattici in analogia alle disposizioni generali relative all'edilizia scolastica;

l) possono essere utilizzate le istituzioni scolastiche pubbliche e private convenzionate, che attualmente svolgono formazione per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1; l'ordinamento didattico delle scuole deve essere adeguato sin dall'anno scolastico successivo all'entrata in vigore della presente legge ai principi di cui al presente articolo, anche in carenza della specifica legislazione regionale. Resta salva la competenza delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

4. I rapporti tra le Regioni e l'Università interessate per il funzionamento delle Scuole di Sanità di cui all'articolo 2 sono regolati da apposite convenzioni obbligatorie, definite sulla base di uno schema tipo emanato entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Tali convenzioni possono altresì prevedere l'utilizzazione delle Scuole Universitarie già esistenti.

5. La rispondenza della formazione di cui alle norme del decreto di cui al comma 2 nonché alle norme di cui agli articoli 5 e 8 è verificata anche attraverso l'esercizio del controllo ispettivo dai Ministri della Sanità e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e dalle Regioni anche ai fini del rispetto della normativa comunitaria in materia.

6. Il Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e tecnologica con apposito decreto, fissa annualmente il calendario scolastico a livello nazionale, sentita la conferenza Stato-Regioni.

7. I diplomi abilitanti all'esercizio delle professioni sanitarie rilasciati dalle Scuole di sanità di cui al comma 1 del presente articolo sono equivalenti al diploma universitario di cui all'articolo 1 della legge 19 novembre 1990, n. 341 ai

numero 21
20 maggio 1991

12

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

fini del conseguimento del diploma di laurea.

8. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica sentita la Conferenza Stato-Regioni è determinato ogni tre anni il numero degli operatori, appartenenti a ciascuna professione disciplinata dalla presente legge, da formare nelle scuole di Sanità sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria.

9. Sulla base del decreto di cui al precedente comma le Regioni determinano il numero dei posti, per la formazione delle professioni disciplinate dalla presente legge, presso ciascuna Scuola di Sanità, sentite le facoltà interessate.

Titolo II Professioni sanitarie infermieristiche

Articolo 3

1. A modifica della vigente normativa, le professioni infermieristiche si articolano in:

- a) infermiere professionale;
- b) infermiere professionale pediatrico;
- c) ostetrica;
- d) assistente sanitario visitatore;

2. E' soppressa la professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, sostituita dall'infermiere professionale pediatrico;

Articolo 4

1. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per infermiere professionale e per infermiere professionale pediatrico è richiesto il possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado conseguito al termine di un corso di studi quinquennale.

2. Entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge l'ordinamento didattico dei corsi abilitanti all'esercizio delle professioni di infermiere pediatrico, infermiere professionale, ostetrica ed assistente sanitario visitatore è definito con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Universitario Nazionale e il Consiglio Sanitario Nazionale.

Articolo 5

1. Presso le Scuole di Sanità di cui all'articolo 2 comma 1 sono istituiti corsi di specializzazione post diploma nell'assistenza infermieristica della durata di norma di un anno.

2. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale, è necessario attivare corsi di formazione specialistica post diploma. Con decreto del Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio teorico-pratico che devono essere svolte nell'anno scolastico.

3. Presso le scuole di sanità sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento del diploma di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche dell'assistenza infermieristica o pediatrica, ai quali accedono infermieri professionali e infermieri professionali pediatrici che abbiano svolto una attività di infermiere professionale e di infermiere pediatrico, debitamente documentata, per un periodo non inferiore ad un anno e che siano in possesso del diploma di scuola media superiore di II grado.

4. Con decreto del Ministro della Sanità, sono indicate le materie di studio teorico-pratico per il conseguimento della abilitazione alle funzioni direttive e didattiche.

Articolo 6

1. E' istituito secondo le modalità previste dall'articolo 9 della legge 19/1/90 n. 341, su proposta del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale ed il Consiglio Universitario Nazionale il corso di laurea in scienze infermieristiche e relativi indirizzi a cui accedono gli esercenti le professioni infermieristiche di cui all'articolo 3 della presente legge.

2. Il diploma di laurea in scienze infermieristiche costituisce titolo per l'esercizio di funzioni dirigenziali e per lo svolgimento di funzioni didattiche; a tali funzioni sino al decimo anno successivo all'attivazione dei corsi di laurea può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica.

Articolo 7

1. I diplomi di infermiere professionale, di vigilatrice d'infanzia e di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, nonché quelli di dirigente della assistenza infermieristica, di assistente sanitario visitatore, di ostetrica e di specializzazione giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima della data di entrata in vigore della normativa della presente legge, sono tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui ai precedenti articoli, i corsi iniziati prima dell'entrata in vigore della presente legge sono portati a termine con la presente normativa.

Titolo III - Professioni sanitarie della riabilitazione e tecnico sanitarie

Articolo 8

1. Le professioni sanitarie intermedie della riabilitazione si articolano in:

- a) terapeuta della riabilitazione;
- b) logopedista;
- c) ortottista;
- d) psicomotricista;

e) educatore professionale;

2. Le professioni sanitarie intermedie tecnico-sanitarie si articolano in:

- a) tecnico di radiologia;
- b) ottico optometrista;
- c) dietista;
- d) tecnico di igiene ambientale;
- e) tecnico di laboratorio;
- f) tecnico igienista dentale;
- g) tecnico di fisiopatologia;
- h) podologo;

3. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi per le professioni sanitarie di cui ai precedenti commi è richiesto il possesso del diploma di istruzione secondaria di secondo grado conseguito al termine di un corso di studi quinquennale.

4. Con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca

numero 21
20 maggio 1991

13

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità, da emanarsi entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, vengono definiti gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma abilitanti all'esercizio delle professioni di cui ai precedenti commi, anche prevedendo distinti indirizzi specialistici nell'ambito di ciascuna professione.

5. Presso le Scuole di Sanità sono istituiti corsi di durata annuale per il conseguimento dei diplomi di abilitazione alle funzioni direttive e didattiche delle professioni sanitarie di cui ai precedenti commi, ai quali possono accedere gli esercenti le professioni della riabilitazione e tecnico sanitarie che abbiano svolto attività professionale per almeno un anno e che siano comunque in possesso del diploma di scuola media secondaria di II grado.

6. Con decreto del Ministro della Sanità sono indicate le materie di studio teorico-pratiche per il conseguimento della abilitazione alle funzioni direttive e didattiche.

7. In conformità a quanto previsto dall'articolo 6 della presente legge per le professioni infermieristiche, è istituito secondo le modalità previste dall'articolo 9 della legge 19.11.90 n. 341, su proposta del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, di concerto con il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Universitario Nazionale ed il consiglio superiore di sanità, il corso di laurea in organizzazione dei servizi tecnici e formazione sanitaria, a cui possono accedere gli esercenti le professioni sanitarie della riabilitazione e tecnico sanitarie di cui ai precedenti commi 1 e 2 del presente articolo.

8. I diplomi e gli attestati degli esercenti le professioni sanitarie intermedie della riabilitazione e tecniche sanitarie di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo conseguiti prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono a tutti gli effetti equiparati a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui al presente articolo. I corsi iniziati prima dell'entrata in vigore della presente legge sono portati a termine con la precedente normativa.

Titolo IV - Disposizioni generali

Articolo 9

1. Con decreto del Ministro della Sanità, da emanarsi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio Superiore di Sanità ed il Consiglio Sanitario Nazionale, vengono definite le attribuzioni professionali di cui di ciascuna professione disciplinata dalla presente legge, nel rispetto delle competenze professionali già attribuite dalle vigenti leggi alle professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea.

2. Alle professioni disciplinate dalla presente legge, si applicano le norme di cui al DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 ed al DP 5 aprile 1950 n. 221, e vengono costituiti i relativi collegi professionali.

3. Con legge regionale viene disciplinata la organizzazione dell'attività dell'assistenza infermieristica nonché delle connesse funzioni ausiliarie di assistenza, nell'ambito di un specifico servizio infermieristico in ogni unità sanitaria locale, coordinato da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'articolo 6.

4. Al servizio infermieristico competono funzioni di direzione, organizzazione, programmazione e coordinamento nonché di studio e ricerca delle attività infermieristiche.

5. Con la legge regionale viene disciplinata la organizzazione dell'attività delle professioni sanitarie tecnico sanitarie e della riabilitazione in un servizio tecnico-sanitario in ogni Unità Sanitaria Locale coordinato da un dirigente in possesso del diploma di laurea cui articolo 8 della presente legge.

Articolo 10

1. Per l'attuazione dei compiti derivanti dalla presente legge è istituito presso il Ministero della Sanità l'osservatorio per la formazione delle professioni sanitarie intermedie infermieristiche, tecnico sanitarie riabilitativa con personale appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, in possesso di idoneo curriculum formativo anche comandato dal SSN nel limite massimo di 10 unità, al quale è preposto un dirigente superiore dei ruoli del Ministero.

Articolo 11

1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della presente legge dipendenti del servizio sanitario nazionale o di altre istituzioni sanitarie possono chiedere ai fini previdenziali il riscatto del periodo corrispondente al corso di studio prescritto per il conseguimento del titolo abilitante a specifica professione.

Articolo 12

1. Per l'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della presente legge è obbligatoria l'iscrizione al relativo Collegio professionale.
2. Gli esercenti le professioni sanitarie non possono essere distolti dalle funzioni proprie del loro profilo professionale.
3. Tutti gli atti e provvedimenti adottati in violazione al divieto di cui al comma 1 sono nulli ed impegnano la responsabilità, personale e diretta, dei componenti degli organi di amministrazione che li dispongono.

Articolo 13

1. Le Regioni al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio possono concedere la riammissione in servizio tramite una deroga decennale al termine di cui al secondo comma dell'articolo 59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché all'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare e iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni svolte.

3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del precedente rapporto.

5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario Nazionale, in possesso del diploma di Scuola media secondaria superiore, e interessali all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, le amministrazioni competenti promuovono, per un quinquennio, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'articolo 45 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo: per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate

numero 21
20 maggio 1991

14 

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'Articolo 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'Articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 270. Per il personale appartenente ai profili di infermiere generico e di puericultrice la durata del comando di cui sopra è rapportata anche al conseguimento del diploma di scuola media superiore.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti del personale infermieristico vacanti mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi trenta giorni, le Regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle Regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art. 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del

Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. Le Regioni possono disporre con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e da parte di personale infermieristico diplomato.

9. Verrà facilitato il conseguimento del diploma di scuola media superiore per il personale delle professioni appartenenti all'Articolo 1 della presente legge che abbiano conseguito il titolo abilitante prima dell'entrata in vigore della presente normativa anche in deroga alla normativa vigente sul diritto allo studio tramite appositi accordi fra Regioni e OO.SS.

10. Il Governo entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge su proposta del Ministero della Sanità sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è autorizzato, nel rispetto dei principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, e successivamente modifiche ed integrazioni, nonché della presente legge e delle direttive comunitarie, a modificare e integrare nei limiti necessari al coordinamento, e a riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie.

11. A far data dall'entrata in vigore della presente legge è abrogato il D.M. 30 luglio 1988 n. 344.

numero 21
20 maggio 1991

IAS 15

Informazioni
Stampa Interesse
Sanitario

Terza revisione del testo sul riordino delle professioni infermieristiche

(Giugno 1991)

Comitato ristretto della Commissione Affari sociali della Camera

TITOLO I Finalità

Articolo 1

1. A modifica della vigente normativa, le professioni sanitarie ausiliarie sono trasformate in professioni sanitarie. In relazione alle diverse professionalità le suddette professioni si articolano in professioni sanitarie infermieristiche, della riabilitazione e tecnico sanitarie.

Articolo 2

1. Per l'esercizio delle professioni suddette è necessaria l'acquisizione di specifico diploma universitario ai sensi dell'art.1 della legge 341/90. I corsi di studio si concludono con una prova finale avente valore di esame di stato abilitante all'esercizio delle relative professioni.

Articolo 3

1. Ai sensi dell'art.9 della legge 19/11/90 n.341 le università per l'attivazione dei corsi di diploma universitario di cui precedenti articoli sono tenute a concludere apposite convenzioni obbligatorie con le regioni e le strutture sanitarie interessate.

2. Verrà definito uno schema tipo di convenzione da emanare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge con il decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

3. Per tali fini le Università e le Regioni nell'ambito delle suddette convenzioni individuano idonee e autonome strutture all'interno delle quali allocare i suddetti corsi.

4. Nelle scuole universitarie di sanità attivate presso strutture sanitarie pubbliche convenzionate i corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico sono conferiti per affidamento o contratto secondo le disposizioni dell'art.12 della legge 19/11/90 n.341 e sulla

base dei criteri stabiliti nelle convenzioni obbligatorie fra Regioni e Università anche a personale laureato di ruolo, o a personale appartenente alle professioni di cui all'art.1 della presente legge, in servizio presso le strutture stesse. Per la specificità della formazione delle professioni sanitarie di cui all'art.1 della presente legge e nel rispetto delle direttive comunitarie in materia per la direzione dei corsi relativi a ciascuna professione regolamentata alla presente legge costituisce requisito necessario al possesso del diploma abilitante all'esercizio della relativa professione e del relativo diploma di laurea. Le attività di tirocinio pratico sono affidate a personale in possesso del diploma di abilitazione a funzioni direttive di cui all'art.4 della presente legge e di norma dipendenti delle strutture sanitarie presso le quali sono allocate le scuole universitarie di sanità.

5. Con decreto del Ministro della Sanità d'intesa con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, sentita la conferenza Stato-Regioni, è determinato ogni tre anni il numero degli operatori appartenenti a ciascuna professione disciplinata dalla presente legge, da formare nelle scuole di sanità, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria.

6. Sulla base del decreto di cui al precedente comma le Regioni determinano il numero dei posti, per la formazione delle professioni disciplinate dalla presente legge, presso ciascuna scuola universitaria di sanità, sentite le facoltà interessate.

7. Gli ordinamenti didattici nazionali per le professioni di cui all'art.1 della presente legge dovranno prevedere specifici indirizzi in relazione alle esigenze di professionalità nei diversi settori specialistici.

Articolo 4

1. Per le attribuzioni delle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria è prevista l'istituzione da parte del Servizio Sanitario Nazionale di appositi corsi semestrali di formazione cui possono accedere gli appartenenti alle professioni di cui all'art.1 della presente legge in possesso di almeno due anni di servizio di ruolo.

2. Il servizio sanitario nazionale può, inoltre, promuovere l'istituzione di corsi di perfezionamento e di for-

mazione complementare post-diploma per le professioni sanitarie sulla base delle scelte di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Articolo 5

1. È istituito secondo le modalità previste dall'art.9 della legge 19 novembre 1990 n.341, su proposta del Ministro dell'Università, d'intesa con il Ministro della Sanità e il Consiglio Superiore Nazionale il corso di laurea in scienze infermieristiche, organizzazione e formazione sanitaria con la previsione di specifici indirizzi.

2. Il diploma di laurea di cui sopra costituisce titolo per l'esercizio di funzioni dirigenziali e per lo svolgimento di funzioni di docenza, a tali funzioni sino al 10° anno successivo all'attivazione di tale corso di laurea può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica.

Articolo 6

1. I diplomi e gli attestati degli esercenti le professioni sanitarie di cui all'art.1 della presente legge conseguiti prima della data di entrata in vigore della presente legge mantengono tutti gli effetti giuridici.

2. La normativa di cui ai precedenti articoli entrerà a regime entro 5 anni dall'entrata in vigore della presente legge: fino a tale data i corsi sono portati a termine con la normativa precedente ad eccezione del requisito d'accesso, che a decorrere dall'anno successivo all'entrata in vigore della presente legge, è elevato al diploma quinquennale di scuola secondaria superiore.

TITOLO II

Articolo 7

1. A modifica della vigente normativa, le professioni infermieristiche si articolano in:

- a) infermiere professionale;
- b) infermiere professionale pediatrico;
- c) assistente sanitario visitatore.

2. È soppressa la professione sanitaria ausiliaria di vigilatrice d'infanzia, sostituita dall'infermiere professionale pediatrico.

Articolo 8

1. Le professioni sanitarie della riabilitazione si articolano in:

- a) terapeuta della riabilitazione;
- b) logopedista;
- c) ortottista;
- d) psicomotricista;

- e) educatore professionale;
- f) audiometrista.

2. Le professioni sanitarie intermedie tecnico-sanitarie si articolano in:

- a) tecnico di radiologia;
- b) ottico-optometrista;
- c) dietista;
- d) tecnico di igiene ambientale;
- d1) ostetrica;
- e) tecnico di laboratorio;
- f) tecnico igienista dentale;
- g) tecnico di fisiopatologia;
- h) podologo.

3. la professione sanitaria ausiliaria di massofisioterapista è abolita e sostituita da uno specifico indirizzo del corso del terapeuta della riabilitazione.

TITOLO III

Disposizioni generali

Articolo 9

1. Con decreto del Ministro della Sanità, da emanarsi entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio Superiore di Sanità ed il Consiglio Sanitario Nazionale, vengono definite le attribuzioni professionali di ciascuna professione disciplinata dalla presente legge, nel rispetto delle competenze professioni già attribuite dalle vigenti leggi alla professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea.

2. Alle professioni disciplinate dalla presente legge, si applicano le norme di cui al DLCP 13 settembre 1946, n.233 ed al DP 5 aprile 1950, n.221, e vengono costituiti i relativi collegi professionali.

3. Con legge regionale viene disciplinata la organizzazione dell'attività dell'assistenza infermieristica nonché delle connesse funzioni ausiliarie di assistenza, nell'ambito di uno specifico servizio infermieristico in ogni unità sanitaria locale, coordinato da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'art.6.

4. Al servizio infermieristico competono funzioni di direzione, organizzazione, programmazione e coordinamento nonché di studio e di ricerca delle attività infermieristiche.

5. Con legge regionale viene disciplinata la organizzazione dell'attività delle professioni sanitarie tecnico-sanitarie e della riabilitazione in un servizio tecnico-sanitario in ogni Unità Sanitaria Locale coordinato da un dirigente in possesso del diploma di laurea cui all'art.8 della presente legge.

Articolo 10

1. Per l'attuazione dei compiti derivanti dalla presente legge è istituito presso il Ministero della Sanità l'osservatorio per la formazione delle professioni sanitarie intermedie infermieristiche, tecnico sanitarie

abilitative con personale appartenente alle professioni di cui all'art.1 della presente legge, in possesso di idoneo curriculum formativo anche comandato dal Servizio Sanitario Nazionale nel limite massimo di 10 unità, al quale è preposto un dirigente superiore dei ruoli del Ministero.

Articolo 11

1. Gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'art.1 della presente legge, dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale o di altre istituzioni sanitarie possono chiedere ai fini previdenziali il riscatto del periodo corrispondente al corso di studi prescritto per il conseguimento del titolo abilitante a specifica professione.

Articolo 12

1. Per l'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'art.1 della presente legge, è obbligatoria l'iscrizione a relativo collegio professionale.

2. Gli esercenti le professioni sanitarie non possono essere distolti dalle funzioni proprie del loro profilo professionale.

3. Tutti gli atti e provvedimenti adottati in violazione al divieto di cui al comma 1 sono nulli ed impegnano le responsabilità, personale diretta, dei componenti degli organi di amministrazione che li dispongono.

Articolo 13

1. Le Regioni al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio possono concedere la riammissione in servizio tramite una deroga decennale a termine di cui al secondo comma dell'art.59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, nonché all'obbligo di restituzione di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabella re e iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche mansioni svolte.

3. Lo stesso personale conserva il trattamento pensionistico in godimento ma con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico dei pensionati che svolgono attività lavorative.

4. L'indennità di fine rapporto verrà commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità percepita alla fine del precedente rapporto.

5. Per favorire e facilitare l'accesso e la frequenza di dipendenti di ruolo con anzianità almeno triennale del Servizio Sanitario Nazionale, in possesso del diploma di Scuola media secondaria superiore e interessati all'iscrizione al corso per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, le amministrazioni competenti promuovono, per un quinquennio, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'art.45 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1978 n.761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto al stesso comma del predetto articolo: per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli

assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'art.9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n.761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'art.9 della legge 20 maggio 1985, n. 270. Per il personale appartenente ai profili di infermiere generico e di puericultrice la durata del comando di cui sopra è rapportata anche al conseguimento del diploma di scuola media superiore.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'Ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti di personale infermieristico vacanti mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e i criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi trenta giorni, le Regioni e i Ministri competenti con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle Regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'art.6 della legge 23 ottobre 1985 n.595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale sono portati a termine secondo la normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. Le Regioni possono disporre con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per le professioni infermieristiche, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e da parte di personale infermieristico diplomato.

9. Verrà facilitato il conseguimento del diploma di scuola media superiore per il personale delle professioni appartenenti all'Articolo 1 della presente legge che abbiano conseguito il titolo abilitante prima dell'entrata in vigore della presente normativa anche in deroga alla normativa vigente sul diritto allo studio tramite appositi accordi fra Regioni e OO.SS.

10. Il Governo, entro un anno dalla data in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è autorizzato, nel rispetto dei principi della legge 23 dicembre 1978 n.833 e successive modifiche ed integrazioni, nonché della presente legge e delle direttive comunitarie, a modificare e integrare nei limiti necessari al coordinamento, e a riunire in un testo unico tutte le disposizioni vigenti in materia di professioni sanitarie.

11. A far data dall'entrata in vigore della presente legge è abrogato il D.M. 30 luglio 1988, n.344.

di Annalisa Silvestro e Giuliana Pitacco

On. Renzulli

È trascorso un anno dalla pubblicazione del primo progetto di riforma della formazione infermieristica, in quest'anno si sono susseguite numerose iniziative delle associazioni infermieristiche e non, dei sindacati, della Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I., spesso ci siamo trovati di fronte a prese di posizione antitetiche e contraddittorie.

Si è partiti da un progetto che prevedeva tre diversi canali formativi (vedi SCENARIO n. 3/90) da espletarsi o all'interno di scuole medie secondarie o all'interno delle Scuole regionali; si è passati poi ad una proposta che prevedeva l'istituzione delle Scuole di sanità, con competenze universitarie e regionali, all'interno delle quali gli studenti svolgevano un iter formativo parificato a quello universitario; per arrivare poi a quest'ultimo progetto in cui, da una prima lettura, si è compreso che la formazione infermieristica si attuerà esclusivamente in ambito universitario, così come auspicato anche dall'Aniarti al congresso di Riva del Garda, (fatta eccezione per un periodo di transizione in cui sussisteranno due canali formativi). Da una più attenta lettura emergono a nostro avviso, alcuni punti che possono, se non chiariti essere fonte di incertezza e quindi preoccupazione per la professione infermieristica.

Abbiamo ritenuto importante per un ulteriore approfondimento e dibattito chiedere un incontro con il relatore del primo progetto (progetto De Lorenzo n.d.r.) e membro del comitato ristretto per la definizione dei progetti di legge sulla formazione infermieristica On. A.G.Renzulli.

Va sottolineata la notevole disponibilità e cordialità dimostrata dall'Onorevole in occasione dell'incontro tenutosi a Udine il 9 luglio 1991.

L'intervista che di seguito riportiamo in sintesi è stata condotta per l'Aniarti da Annalisa Silvestro responsabile del settore formazione e aggiornamento e da Giuliana Pitacco direttore di SCENARIO.

Rappr. Aniarti: On.Renzulli abbiamo avuto modo di analizzare gli ultimi due disegni di legge sulla formazione infermieristica ed abbiamo riscontrato una certa diversificazione tra i due, nell'ultimo si parla chiaramente di formazione universitaria..

On. Renzulli: Voglio dire che in questa settimana si conoscerà la posizione del Ministro della Sanità su quest'ultimo progetto che non definirei un'inversione rispetto al precedente ma un approfondimento. Da quando la materia della formazione infermieristica

è passata dalle competenze dello Stato a quella delle Regioni si è riscontrata una notevole trascuratezza da parte del Ministero, e le Regioni hanno affrontato la materia come formazione professionale non considerandola peculiare formazione della sanità. Va inoltre considerata la notevole differenza tra le diverse regioni. Non tutte si sono organizzate come la Regione Friuli Venezia Giulia dove si riscontra una solida base ed un ruolo del Sistema Sanitario regionale prioritario. Questo disegno si propone di recuperare il ruolo delle regioni e allo stesso momento di creare un ancoraggio serio ed unitario con l'Università, si tratta quindi di coniugare l'esperienza e le capacità acquisite dalle Scuole Regionali con quella dell'Università, che in Italia costituisce l'unica struttura che garantisca un ancoraggio con gli aspetti teorici della formazione.

Il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, On.Ruberti, quando è stato coinvolto rispetto al progetto precedente, ha ribadito la necessità di uniformarsi a quanto previsto nello strumento che l'Università si è data con la Legge 341/90 e l'inutilità di creare soluzioni diverse per quanto riguarda la formazione delle professioni infermieristiche e tecniche.

D'altra parte entrambi i progetti si sono proposti di sconfiggere la tendenza emersa dal primo progetto sul riordino della formazione infermieristica (progetto De Lorenzo n.d.r.) che prevedendo l'istituzione dei Licei biologici sanitari ci allontanava sempre di più da quanto previsto in materia dalla C.E.E.. Va sottolineato che anche questo nuovo progetto si discosta in parte da quanto previsto dall'accordo di Strasburgo infatti la scolarità complessiva prevista è di un anno superiore a quella del resto d'Europa.

La formazione universitaria offre delle opportunità che devono essere considerate e che voglio sottolineare:

- impostazione formativa univoca su tutto il territorio nazionale, l'Università è il centro formativo per eccellenza in cui l'aspetto scientifico della formazione è riconosciuto a pieno titolo;
- il rapporto tra Università e S.S.N. trova riscontro nello strumento della convenzione (art. 39 L. 833/78) e la convenzione è un atto flessibile attraverso il quale la regione può svolgere un'importante funzione politica costringendo l'Università a misurarsi con il concreto anche con proposte programmatiche in termini quantitativi e qualitativi.

Questa convenzione potrà essere una maxiconvenzione o meglio quella che io definisco una convenzione tripartita, nel senso che l'attuale rapporto risulterà arricchito, ci saranno quindi:

- la convenzione classica per quanto attiene all'assistenza;
- la convenzione per le specializzazioni post laurea, nella quale si prevederà l'obbligo di servirsi del personale del S.S.N., perché solo in questo modo si avrà garanzia di una specializzazione rispondente ai reali bisogni formativi e svolta nell'operativo, ci sarà inoltre garanzia di maggior trasparenza sulla scelta dei docenti in termini paritari equilibrati e chiari;
- la convenzione per la formazione del personale (anche infermieristico n.d.r.).

Emergerà la necessità di identificare degli ospedali, che possiamo definire ospedali d'insegnamento, che costituiranno i nuclei fondamentali per la formazione, nei quali verranno garantite alcune funzioni didattiche del S.S.R., il tutto riportato ad un progetto complessivo di scelte di politica sanitaria del Ministero della Sanità, perché pur riconoscendo l'autonomia regionale in materia di sanità, le regioni non possono considerarsi delle "nomadi" ma parte integrante di un insieme.

Ribadisco che comunque anche in ambito universitario dovrà essere riconosciuta attraverso la convenzione la docenza e la dirigenza infermieristica, all'Università competerà la direzione scientifica, ma dovrà essere prevista anche la quota d'insegnamento infermieristico e la direzione dei corsi. Su questo saremo intransigenti. Il passaggio all'Università è necessario, le regioni non possono rilasciare titoli.

Questo progetto incontra diversi ostacoli, a mio avviso soprattutto perché c'è poca consapevolezza e conoscenza del nursing.

Durante l'iter di questo progetto mi sono confrontato con molte istituzioni e ho riscontrato questa ignoranza a molti livelli.

Rappr. Aniarti: anche nel confronto con infermieri...

On. Renzulli: purtroppo a volte sì. Vanno inoltre considerate le difficoltà che si incontreranno nel periodo di transizione da un regime ad un altro e le difficoltà di inserire questi corsi nei piani di sviluppo triennali delle Università.

Un altro problema è quello che io definisco il "mondo residuale", da dati del 1988 risultano ancora in servizio 60.000 infermieri generici, se consideriamo i tre anni passati quindi gli abbandoni, i pensionamenti ecc..., possiamo fare una stima approssimativa di circa 40.000 infermieri generici tuttora in servizio, per queste persone andranno studiate delle forme di agevolazione.

Rappr. Aniarti: che Lei ha già previsto negli ultimi articoli del progetto...

On. Renzulli: sì ma probabilmente occorrerà una maggior chiarezza, diventando il diploma di maturità obbligatorio per l'accesso alle scuole, si dovranno stu-

diare agevolazioni sindacali o prevedere un percorso "coatto", i riconoscimenti economici dati sino a questo momento non sono risultati risolutivi, bisogna inoltre evitare la conflittualità nelle corsie.

Rappr. Aniarti: ci sembra chiara la filosofia sottesa al progetto, vorremmo alcuni chiarimenti su alcuni dubbi emersi dalla nostra lettura dell'articolato, in particolare dal comma 7 dell'art.3 ("Gli ordinamenti didattici nazionali per le professioni di cui all'art.1 della presente Legge dovranno prevedere specifici indirizzi in relazione alle esigenze di professionalità nei diversi settori specialistici"); per specifici indirizzi intendete un piano di studi con alcuni esami che indirizzano verso un particolare settore?

On. Renzulli: siamo in Università, i piani di studio vanno concordati e quindi si può prevedere, fatto salvo uno "zoccolo" comune l'effettuazione di alcuni esami orientati alla specificità di settori di intervento, per esempio l'area critica, potrebbero essere due anni più un anno orientato, ma quello che è importante è creare una "gabbia" normativa che dia la possibilità a modificazioni successive in base ai nuovi bisogni emergenti.

Rappr. Aniarti: ma allora il diploma di Infermiere Professionale, Infermiere Professionale pediatrico e di Assistente sanitario visitatore è un unico diploma con diversi indirizzi? Ci sarà la possibilità di scambio all'interno delle diverse aree?

On. Renzulli: sì, dal mio punto di vista, anche se questo costituirà materia di contrattazione.

Rappr. Aniarti: ma allora le specializzazioni infermieristiche non esisteranno più?

On. Renzulli: questo è un nodo da sciogliere, perché se prevedessimo anche un anno di specializzazione ci troveremmo di fronte ad un percorso formativo di due anni superiore a quanto previsto dalla normativa comunitaria, inoltre a chi competerebbe questa formazione complementare? All'Università? Al S.S.N.? Ribadisco che va riconosciuta e potenziata la funzione didattica del S.S.N., che la risorsa umana è fattore strategico e che è importante avere del personale preparato e motivato, verranno incentivate iniziative di aggiornamento e formazione permanente al fine di adeguare la preparazione degli operatori ai mutamenti sanitari e sociali. Si dovrà prevedere un numero di ore da dedicare all'aggiornamento e alla formazione permanente per ogni operatore del S.S.N. da svolgersi all'interno di questi ospedali d'insegnamento.

Si arriverà quindi in un certo senso alla specializzazione alla fine del triennio da perfezionarsi con l'aggiornamento e la formazione permanente, bisognerà interpretare l'accordo di Strasburgo al fine di compattare tutto l'iter formativo.

Rappr. Aniarti: all'articolo 4 si parla degli abilitati alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria ...

On. Renzulli: dobbiamo creare i dirigenti e gli insegnanti necessari per l'autogoverno di ogni professione prevista nel progetto.

Rappr. Aniarti: e i laureati?

On. Renzulli: ci vorrà un po' di tempo, sei anni per i piani di sviluppo delle Università. Gli articoli 4 e 5 necessitano di un'ulteriore messa a punto, non possiamo spingere tutti alla laurea, dovranno essere definite chiaramente le competenze degli A.F.D. e dei laureati.

Rappr. Aniarti: e la Laurea in Scienze infermieristiche?

On. Renzulli: è prevista.

Rappr. Aniarti: ma si parla di un unico corso di laurea con diversi indirizzi per le scienze infermieristiche e l'organizzazione e la formazione sanitaria? Ci pare che, senza voler togliere niente ai tecnici, per noi esiste una specificità disciplinare che va riconosciuta ...

On. Renzulli: infatti, prevediamo due corsi di Laurea distinti, uno in scienze infermieristiche ed anche per questo si potranno prevedere più indirizzi, ed uno in organizzazione e formazione sanitaria per le professioni della riabilitazione e tecniche. Su questo c'è stato un grande dibattito, ma questa legge non può risolvere tutti i problemi di queste figure, questa legge a mio avviso ne risolve alcuni ed in particolare: si uniforma la formazione di queste figure non infermieristiche, si istituiscono i relativi albi professionali e l'acquisizione di questo tipo di laurea permetterà il loro autogoverno.

Marisa Cantarelli

Mi state chiedendo cosa penso dell'ultima proposta di formazione infermieristica.

Inizierei da cosa mi aspetto dalla riforma.

Dopo sessantacinque anni dalla istituzione delle scuole per infermieri vorrei un cambiamento radicale:

1. L'eliminazione della suddivisione della professione infermieristica in professioni infermieristiche allo scopo di rafforzare l'immagine e la compattezza della professione estirpando le radici di conflitto esistenti.
2. La formazione infermieristica orientata da un preciso modello infermieristico, con un quadro concettuale di riferimento.
3. La continuità della docenza infermieristica.
4. Ultimo ma non per importanza, la previsione di un chiaro servizio infermieristico nel quale i professionisti infermieri si riconoscono.

Rappr. Aniarti: Lei vuole dirci che "chi ha gambe per camminare camminerà"?

On. Renzulli: appunto.

Rappr. Aniarti: ci sembra che ci siamo detti tutto, Lei ritiene di sottolineare altre cose?

On. Renzulli: no, comunque in tempi brevi sarò a conoscenza degli ultimi sviluppi del progetto.

Rappr. Aniarti: Lei potrebbe gentilmente farci avere le eventuali modifiche, abbiamo delle perplessità soprattutto sull'articolo 4.

On. Renzulli: ritengo che in tempi brevissimi avremo la stesura definitiva per l'approvazione.

Rappr. Aniarti: questione di giorni?

On. Renzulli: probabilmente sì.

Rappr. Aniarti: intendiamo pubblicare questa intervista con il nostro commento e valuteremo in sede associativa, se e che tipo di appoggio dare a questo progetto. Comunque La invitiamo sin d'ora a partecipare al nostro Congresso Nazionale dove si prevede di dedicare una giornata ai problemi della formazione infermieristica.

On. Renzulli: dove lo fate quest'anno?

Rappr. Aniarti: a Rimini.

On. Renzulli: grazie ci sarò.

Rappr. Aniarti: grazie e arrivederci a Rimini.

La riforma dovrebbe prevedere una formazione di base unica.

La base comune dovrebbe essere "Infermiere professionale", poi si possono prevedere indirizzi successivi in pediatria, nella comunità, in area critica.

L'attuale iter formativo pone in essere delle sperequazioni che una formazione universitaria eliminerebbe definitivamente riconoscendo l'importanza dello specifico della disciplina infermieristica.

Solo in università l'assistenza infermieristica può affermarsi come disciplina, infatti si configura come disciplina in quanto ne possiede le caratteristiche.

Il campo materiale è l'uomo e l'ottica con cui lo si affronta è l'assistenza infermieristica intesa come risposta ai suoi bisogni specifici.

La particolare ottica con cui si affronta il campo materiale permette all'interno della struttura sostanziale della disciplina di formulare delle teorie.

Per compattezza del corpo di conoscenze si intendo: la capacità da parte della disciplina di mettere a punto strumenti e metodi di indagine e di ricerca che siano adeguati alla verifica delle teorie.

Il metodo utilizzato all'interno della disciplina infermieristica per raggiungere il suo scopo è il processo di assistenza.

Tale scopo consiste nel permettere all'uomo il raggiungimento dell'indipendenza soddisfacendo i suoi bisogni specifici.

Una disciplina è tale se è possibile individuare spazi e luoghi per la sua sperimentazione e attuazione della sua operatività.

Per l'assistenza infermieristica il campo di applicabilità può essere individuato in tutte quelle strutture sociali e sanitarie dove ci occupi della salute dell'uomo. Una disciplina deve avere anche una ragione storica di esistere, deve cioè essere giustificata dalle condizioni sociali, storiche e culturali che l'hanno determinata nel suo sviluppo.

La formazione non deve solo fornire un elevato numero di conoscenze e informazioni, ma deve creare nel professionista la capacità di un giudizio autonomo che gli permette di prendere decisioni ponderate, tenendo conto delle conoscenze acquisite.

Quindi nel momento formativo si devono stimolare la creatività e l'iniziativa individuale; la revisione dei curricula formativi devono portare alla puntualizzazione dello specifico professionale e questo è possibile solo all'interno dell'università.

La nuova formazione infermieristica deve essere orientata da un preciso quadro concettuale, da un preciso modello infermieristico.

Definito il quadro concettuale della formazione infermieristica si potranno definire scopi, obiettivi generali, obiettivi specifici, contenuti, si potranno prevedere le esercitazioni, ma si deve sapere prima che infermiere formare per quale assistenza.

Se le scuole istituite nel venticinque erano all'avanguardia in relazione al momento della loro nascita, infatti si ponevano l'obiettivo di preparare un infermiere che sapesse fare l'infermiere, la nuova ottica dovrà essere quella di preparare un infermiere che sa essere infermiere.

La continuità della docenza infermieristica è estrema-

mente importante e la scelta universitaria è quanto mai opportuna anche in quest'ottica.

La prevista figura del tutor dovrà essere ben giocata, io vedo l'attività tutoriale come garanzia di un tirocinio che non mimetizzi una forma di lavoro.

La formazione universitaria prevede il corso di laurea in scienze infermieristiche e questo è indispensabile per avere la responsabilità, la direzione del servizio infermieristico.

Si ricorda che la legge del pubblico impiego prevede alla direzione di un servizio un laureato e alla direzione del servizio infermieristico deve esserci un laureato di scienze infermieristiche solo così sarà proponibile un riconoscimento della professione che prevede e permette la progressione di carriera.

Una progressione di carriera non solo in verticale ma anche in orizzontale con poche, ma serie specialità. La possibilità di una scelta di indirizzi nell'ultima parte del corso di base come ad esempio l'area critica piuttosto che la pediatria garantirà una matrice comune dei professionisti indispensabile alla costruzione di una identità professionale.

Il risultato della riforma degli studi infermieristici dovrebbe essere quello di creare una professione che sappia rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona, della famiglia, della comunità; in grado di fornire un servizio che la renda socialmente indispensabile nel concorrere alla promozione, alla tutela e al mantenimento dello stato di salute dei cittadini nei diversi ambiti di vita e di lavoro. Ad avere una competenza specifica e il rispetto delle norme deontologiche quale garanzia della qualità delle prestazioni infermieristiche.

Secondo me una riforma che raggiunge questi obiettivi è una seria premessa alla costruzione del professionista infermiere, del "para-malato" e non più dell'ausiliario ed altri professionisti.

Da quanto ho detto è chiaro che opterei per l'applicazione della legge 10 novembre 1990 n.341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" anche per gli infermieri, cioè maturità per l'accesso, scuola triennale per il diploma di infermiere professionale = diploma universitario e corso biennale per la laurea in scienze infermieristiche.

RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE (5081)
(25 luglio 1991)

Parere della I, della V, della VII e della XI Commissione

RIFORME DELLE PROFESSIONI
SANITARIE INFERMIERISTICHE

Art. 1

(Professioni infermieristiche)

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" riferita alla professione di infermiere è sostituita, nel Capo III del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, dalla denominazione "Professione infermieristica".

Art. 2

(Titolo di studio ed esame di Stato)

1. La professione infermieristica è esercitata dall'infermiere professionale in possesso del diploma universitario, di cui all'articolo 1 della legge 19 novembre 1990, n.341, che abbia svolto apposito tirocinio guidato e che abbia superato l'esame di abilitazione alla professione infermieristica, di cui al comma 2.

2. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica è disciplinato l'esame per il conseguimento dell'abilitazione alla professione infermieristica e regolamentato il tirocinio guidato di cui al comma 1, tenuto conto dei principi fissati dalla legge 15 novembre 1973, n. 795.

3. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'ammissione ai corsi delle scuole professionali per infermieri è richiesto il possesso del diploma quinquennale di scuola secondaria di secondo grado.

Art. 3

(Ordinamento e attuazione dei corsi)

1. L'ordinamento didattico del corso di diploma universitario di cui all'articolo 2 comma 1 è stabilito con decreto del Ministro dell'Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità.

2. Per la realizzazione dei corsi di diploma universi

tario di cui all'art.2, comma 1, le Università stipulano obbligatoriamente apposite convenzioni con le Regioni per l'utilizzo di strutture sanitarie, al fine di costituire le scuole di sanità, nonché con altre istituzioni anche private che alla data di entrata in vigore della presente legge gestiscono scuole per la formazione infermieristica, secondo uno o più schemi tipo, stabiliti, nel rispetto dei criteri di cui al comma 3, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Nelle scuole di sanità di cui al comma 2, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico è conferita alle Università per contratto, secondo le disposizioni del comma 8 dell'art.12 della legge 19 novembre 1990 n.341 e sulla base dei criteri numerici e funzionali stabiliti nelle convenzioni obbligatorie fra le Regioni e le Università, per l'insegnamento delle discipline infermieristiche e di ogni altra materia attinente alla competenza, alla responsabilità e alla organizzazione professionale, a coloro che siano in possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5, per l'insegnamento delle altre materie a coloro che siano in possesso di diploma di laurea attinente e anche a personale di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale in possesso di diploma di laurea. Stante la specificità della formazione infermieristica, per la direzione dei corsi costituisce requisito necessario il possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5. Per la conduzione delle attività di tirocinio guidato costituisce minimo necessario il possesso del diploma di abilitazione a funzioni direttive di cui all'art.4.

4. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n.400, è determinato ogni tre anni sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero degli infermieri professionali da ammettersi ai corsi nelle scuole di sanità.

5. Sulla base del decreto di cui al comma 4, le Regioni e le Università interessate stabiliscono il numero dei posti da attivare presso ciascuna scuola di sanità per la formazione di infermieri professionali.

Art. 4

(Formazione complementare e formazione a funzioni direttive)

1. Il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario Nazionale, con proprio decreto individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale nonché alla normativa comunitaria in materia, possono essere attivati da parte del Servizio Sanitario Nazionale corsi di formazione complementare successivi al conseguimento del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, tra cui quelli di abilitazione alle funzioni direttive, per assistente sanitaria e di specializzazione in assistenza pediatrica.
2. A decorrere dall'anno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, il corso di diploma di Stato per l'abilitazione della professione di vigilatrice dell'infanzia, di cui all'articolo 7 della legge 19 luglio 1940, n.1098, nonché quello di diploma di Stato per assistente sanitaria vigilatrice, di cui all'articolo 1 della legge 19 luglio 1940, n.1098, sono sostituiti rispettivamente da corsi di specializzazione in assistenza Pediatrica e per assistente sanitario, di cui al comma 1.
3. Con decreto del Ministro della Sanità sono regolamentati i corsi di cui al comma 1 e determinati i requisiti per l'accesso ai corsi stessi.
4. Con decreto del Ministro della Sanità è determinato ogni tre anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero di infermieri professionali da ammettere ai corsi di cui al presente articolo. Le Regioni determinano, in conformità, il numero dei posti da attivare presso ciascuna scuola.

Art. 5

(Diploma di laurea)

1. Ai sensi della legge 19 novembre 1990, n.341, e nell'ambito del piano di sviluppo dell'Università, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge 9 maggio 1989, n.168, è istituito il corso di laurea in scienze infermieristiche con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, d'intesa con il Ministro della Sanità.
2. L'ordinamento didattico del corso di laurea di cui al comma 1, con i relativi indirizzi, è definito con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca Scientifica e Tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità.
3. Il diploma di laurea di cui al presente articolo costituisce requisito per l'esercizio delle funzioni dirigenziali nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e per lo svolgimento di funzioni di docenza per i corsi di insegnamento nelle scuole di sanità di cui all'articolo 3, comma 2. Fino al settimo anno successivo

all'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche alle funzioni dirigenziali e di docenza può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente dell'assistenza infermieristica, di cui all'articolo 603 del decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n. 775.

4. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della Sanità sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n.400, è determinato ogni due anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero massimo degli studenti da iscrivere ai corsi di laurea di cui al comma 1 e la relativa ripartizione degli accessi alle diverse sedi universitarie.

Art. 6

(Equiparazione dei titoli professionali)

1. I diplomi per l'esercizio della professione di infermiere, di vigilatrice di infanzia e il certificato di abilitazione a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima della data di entrata in vigore della presente legge, sono equiparati ai fini dell'esercizio professionale a quelli previsti dall'articolo 2, comma 1 e dell'articolo 4, comma 1 e 2.
2. I diplomi di dirigente dell'assistenza infermieristica, di cui all'articolo 603 del decreto del Presidente della Repubblica 24 maggio 1965, n.755, e di specializzazione, di cui all'articolo 3 della legge 19 luglio 1940, n.1098, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima della data dell'entrata in vigore della presente legge, sono equiparati ai fini dell'esercizio professionale a quelli conseguiti ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 5.

Art. 7

(Competenze)

1. Con decreto del Ministro della Sanità da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio Superiore di Sanità, vengono ridefinite le competenze della professione infermieristica.
2. Il personale infermieristico dipendente dal Servizio sanitario nazionale non può essere distolto dalle funzioni proprie del profilo di appartenenza.
3. Per le attività domestico-alberghiere, l'infermiere professionale si avvale, sotto la propria responsabilità, della collaborazione dell'operatore tecnico addetto all'assistenza di cui al comma 3 dell'articolo 40 del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

Art. 8

(Osservatorio per l'assistenza infermieristica)

1. Presso il Ministero della Sanità è istituito l'Osservatorio per l'assistenza infermieristica. A tal fine il Ministero della Sanità può avvalersi, mediante l'istituto del comando, di infermieri professionali in possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5.
2. Con legge regionale viene disciplinata l'organizzazione dell'attività dell'assistenza infermieristica nonché delle connesse funzioni ausiliarie di assistenza ed è costituito uno specifico Servizio infermieristico in ogni unità sanitaria locale, coordinato da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'articolo 5.

Art. 9

(Albo professionale)

1. Per l'esercizio della professione infermieristica è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.
2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, i Collegi degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia e la Federazione nazionale dei Collegi degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia sono rispettivamente denominati Collegio degli Infermieri e federazione nazionale dei Collegi degli infermieri. L'Albo professionale degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia, assume la denominazione di Albo degli infermieri professionali.

Art. 10

(Riammissione in servizio - Comando)

1. Al fine di fronteggiare le gravi carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio, è prevista, per la richiesta di riammissione in servizio una deroga decennale, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, al termine di cui al secondo comma dell'articolo 59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché all'obbligo di restituzione delle indennità previste di cui al quarto comma dello stesso articolo.
2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare iniziale del livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche funzioni svolte.
3. Il personale di cui al comma 2 conserva il trattamento pensionistico in godimento con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico del personale in quiescenza che svolge attività lavorativa.
4. L'indennità di fine rapporto viene commisurata ai

solli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità di fine percepita alla fine del precedente rapporto di lavoro.

5. Per favorire e facilitare l'iscrizione al corso universitario di infermiere professionale da parte di dipendenti di ruolo del Servizio Sanitario Nazionale in possesso del diploma quinquennale di scuola secondaria di secondo grado, le amministrazioni competenti promuovono, con programmazione quinquennale, la concessione del comando retribuito ai sensi dell'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo. Per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le università, l'ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Mauriziano provvedono alla copertura dei posti di personale infermieristico vacanti mediante pubbliche selezioni per titoli. A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e di criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi 30 giorni, le regioni con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale sono portati a termine ai sensi della normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. A decorrere dal successivo rinnovo del contratto del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale, il trattamento economico del personale con qualifica ad esaurimento di infermiere generico e di puericultrice è determinato in relazione alle mansioni effettivamente svolte.

9. Le regioni possono disporre nell'ambito delle proprie disponibilità, con i fondi destinati alla formazione professionale, interventi rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi

per infermieri professionali e l'espletamento del tirocinio guidato, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale da parte del personale infermieristico diplomato.

Art. 11
(Istituzione di professioni)

1. È istituita la professione di ostetrica.
2. Sono istituite le seguenti professioni sanitarie tecniche:
 - a) tecnico di radiologia;
 - b) tecnico di igiene mentale;
 - c) tecnico di laboratorio;
 - d) tecnico igienista dentale;
 - e) tecnico di apparecchiature biomedicali;
 - f) dietista;
 - g) podologo;
 - h) audiometrista.
3. Sono altresì istituite le seguenti professioni sanitarie di riabilitazione:
 - a) terapeuta della riabilitazione;
 - b) logopedista;
 - c) psicomotricista;
 - d) ortottista;
 - e) terapeuta occupazionale.
4. Alle professioni di cui al presente articolo si applicano le norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n.233 ed il decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n.221. Vengono altresì istituiti in ogni provincia i relativi collegi professionali.
5. Con decreto del Ministro della Sanità, da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio superiore di sanità, vengono definite le competenze di ciascuna professione di cui al presente articolo, nel rispetto delle competenze professionali già attribuite alle professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea.
6. La formazione delle professioni sanitarie di cui al presente articolo è attuata in conformità a quanto pre-

visto dagli art.2, 3 e 4 della presente legge e disciplinata con conformi provvedimenti, specifici per ogni singola professione.

Art. 12
(Norme transitorie)

1. I corsi di cui agli articoli 3, 4 e 5 devono essere previsti nel piano di sviluppo dell'Università, di cui all'articolo 2 comma 1 lettera a) della legge 9 maggio 1989, n.168, adottato successivamente all'entrata in vigore della presente legge.

2. Fino alla attivazione dei corsi di cui al comma 1, i corsi per infermieri in atto all'entrata in vigore della presente legge, sono portati a termine sulla base della normativa precedente all'entrata in vigore della presente legge.

Art. 13
(Infermiere volontarie CRI)

1. Resta fermo quanto disposto dal Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n.613 per le infermiere volontarie della CRI.

Art. 14
(Abrogazione di norma)

1. È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

Art. 15
(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge pari a lire 100 mila milioni per l'anno 1991, lire 120 mila milioni per l'anno 1992 e lire 120 mila milioni per l'anno 1993 si provvede a carico dello stanziamento iscritto al capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI
INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA
R O M A

(Istituiti ai sensi della legge 29 ottobre 1954, n. 1049)

Roma, 27 settembre 1991

Protocollo n. 2525/21/8/1

Oggetto: DDL 5081/90

Alle Associazioni Professionali
Alle Scuole D.A.I. - I.I.D.
LORO SEDI

Per opportuna conoscenza e per una fattiva collaborazione, s'in-
viano alle SS.LL. gli emendamenti ulteriormente approfonditi dalla
Federazione Nazionale Collegi alla stesura del 25 luglio 1991 del
d.d.l. 5081: "Riforma delle professioni infermieristiche", appron-
tata dal Comitato ristretto e recepita come testo base dalla Com-
missione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

LA PRESIDENTE
(DAI Sr. Odilia D'Avella)

**EMENDAMENTI PROPOSTI DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE
COLLEGI IP.AS.VI. (*)**

**RIFORMA DELLA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA**

**Art. 1
(Professione infermieristica)**

1. La denominazione "professioni sanitarie ausiliarie" riferita alla professione di infermiere, di A.S.V. e di V.I. è sostituita, nel capo III del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni e nella legge 19 luglio 1940 n. 1098, nonché in ogni altra disposizione di legge, dalla denominazione "Professione infermieristica".

**Art. 2
(Titolo di studio ed esame di Stato)**

1. La professione infermieristica è esercitata dall'infermiere che, al termine di un corso di D.U. di durata triennale, comprensivo del tirocinio prescritto dal D.P.R. 13 ottobre 1975 n. 867 abbia conseguito il D.U. di cui agli artt. 1 e 2 della legge 341/90 e abbia superato l'apposito esame di abilitazione.

2. Con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica è disciplinato l'esame di Stato per il conseguimento dell'abilitazione alla professione infermieristica.

3. A decorrere dall'anno scolastico successivo alla data di entrata in vigore della presente legge per l'ammissione ai corsi di **Diploma Universitario** per infermieri è richiesto il possesso del diploma quinquennale di scuola secondaria di secondo grado.

**Art. 3
(Ordinamento e attuazione dei corsi)**

1. L'ordinamento didattico del corso di diploma universitario di cui all'articolo 2 comma 1 è stabilito con decreto del **Presidente della Repubblica su proposta del Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica** di concerto con il Ministro della sanità, sentita la competente Federazione ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge 341/90.

2. Per la realizzazione dei corsi di diploma universitario di cui all'art. 2, comma 1, le Università stipulano obbligatoriamente apposite convenzioni con le Regioni per l'utilizzo di idonee strutture didattiche e sa-

nitarie del Servizio Sanitario Nazionale, sentita la competente Federazione, nonché con altre istituzioni anche private che alla data di entrata in vigore della presente legge gestiscono scuole per la formazione infermieristica, secondo uno o più schemi tipo, stabiliti, nel rispetto dei criteri di cui al comma 3, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata della presente legge.

3. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico è conferita dalle Università per contratto, secondo le disposizioni del comma 8, dell'articolo 12 della legge 19 novembre 1990, n. 341 e sulla base dei criteri stabiliti dalla legge 15 novembre 1973 n. 795, per l'insegnamento delle discipline infermieristiche e di ogni altra materia attinente alla competenza, alla responsabilità e alla organizzazione professionale, a coloro che siano in possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5, e per l'insegnamento delle altre materie a coloro, anche dipendenti di ruolo del S.S.N., che siano in possesso del diploma di laurea corrispondente. Stante la specificità della formazione infermieristica, per la direzione del corso di cui al comma 1 del presente articolo costituisce requisito necessario il possesso del diploma di laurea di cui all'articolo 5.

Per la conduzione delle attività di tirocinio clinico guidato costituisce requisito minimo necessario il possesso del diploma di abilitazione a funzioni direttive, per il tirocinio in medicina pubblica, il possesso del diploma di Assistente Sanitario di cui all'art. 4.

4. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'art. 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, è determinato ogni tre anni sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero minimo di studenti da ammettersi ai corsi di D.U. di infermiere.

5. Abolire.

**Art. 4
(Formazione complementare post D.U.)**

1. Il Ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e il Servizio Infermieristico Nazionale, con proprio decreto individua i settori di assistenza infermieristica per i quali, in relazione alla programmazione nazionale e regionale nonché alla normativa comunitaria in materia, possono essere attivati

(*) Il testo con gli emendamenti proposti dalla Federazione è trascritto a destra e riporta in neretto gli emendamenti fondamentali.

corsi di formazione complementari successivi al conseguimento del diploma universitario di cui all'articolo 2, comma 1, tra cui quelli di abilitazione alle funzioni direttive, per assistente sanitario e di specializzazione in assistenza pediatrica.

2. A decorrere dall'anno successivo alla data dell'entrata in vigore della presente legge, il corso di diploma di Stato per l'abilitazione della professione di vigilatrice dell'infanzia, di cui all'articolo 7 della legge 19 luglio 1940, n. 1098, nonché quello di diploma di Stato per assistente sanitaria visitatrice di cui all'articolo 1 della legge 19 luglio 1940, n. 1098, sono sostituiti rispettivamente dai corsi di specializzazione in assistenza pediatrica e per assistente sanitario, di cui al comma 1.

3. In base alla normativa CEE sono individuati e regolamentati i corsi di specializzazione successivi al **Diploma Universitario di Infermiere** e determinati i requisiti per l'accesso ai corsi stessi.

4. Con decreto del Ministro della Sanità, è determinato ogni tre anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero di infermieri professionali da ammettere ai corsi di cui al presente articolo.

Art. 5

(Diploma di laurea in scienze infermieristiche)

1. Ai sensi della legge 19 novembre 1990 n. 341, e nell'ambito del piano di sviluppo dell'Università, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge 9 maggio 1989 n. 168, è istituita la **Facoltà per il corso di laurea in scienze infermieristiche con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, d'intesa con il Ministro della sanità, sentita la competente Federazione.**

2. L'ordinamento didattico del corso di laurea di cui al comma 1, di **durata quinquennale (D.U. + D.L.)** è definito con decreto del **Presidente della Repubblica su proposta del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologia di concerto con il Ministro della Sanità, sentita la competente Federazione.**

3. Il diploma di laurea di cui al presente articolo costituisce requisito **obbligatorio per la direzione e la docenza del corso di cui all'art. 3 comma 3 e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali del Servizio Infermieristico.** Fino al settimo anno successivo all'attivazione del corso di laurea in scienze infermieristiche alle funzioni dirigenziali e di docenza può accedere il personale infermieristico in possesso del diploma universitario di dirigente della assistenza infermieristica, e di **Infermiere Insegnante Dirigente** conseguiti ai sensi della normativa vigente.

4. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Mini-

stro della sanità sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di cui all'articolo 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, è determinato ogni due anni, sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria, il numero massimo degli studenti da iscrivere ai corsi di laurea di cui al comma 1 e la relativa ripartizione degli accessi alle diverse sedi universitarie.

Art. 6

(Equiparazione dei titoli professionali)

1. I diplomi per l'esercizio della professione di infermiere, di vigilatrice d'infanzia, di **Assistente Sanitario** e il certificato di abilitazioni a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, e di **specializzazione, di cui all'art. 3 della legge 19 luglio 1940 n. 1098, giuridicamente riconosciuti, conseguiti prima dell'entrata in vigore della presente legge sono equiparati ai fini dell'esercizio professionale a quelli previsti dall'articolo 2 comma 1 e dall'articolo 4, commi 1 e 2.**

2. I diplomi di dirigente dell'assistenza infermieristica e di **Infermiere Insegnante Dirigente, conseguiti ai sensi della normativa vigente, possono essere equiparati, a tutti gli effetti, al D.L. in Scienze Infermieristiche di cui all'art. 5, previa discussione della tesi di laurea da parte degli aventi diritto.**

Art. 7

(Competenze)

1. Con decreto del **Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della Sanità da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio superiore di sanità, vengono ridefinite le competenze della professione infermieristica.**

2. Il personale infermieristico dipendente dal Servizio sanitario nazionale non può essere distolto dalle funzioni proprie del profilo di appartenenza.

3. **Abolire**

(perché non si tratta di una professione infermieristica bensì di figura atipica (D.P.R. 761/79) già normata con recente D.M.).

Art. 8

(Servizio Infermieristico)

1. Presso il Ministero della sanità è istituito il **Servizio Infermieristico Centrale con funzioni amministrative, di ricerca, programmazione, pianificazione, coordinamento e controllo.** A tal fine il Ministero della sanità si avvale di infermieri in possesso del D.L. di cui all'art. 5.

2. Con legge regionale viene disciplinata la organizzazione della attività dell'assistenza infermieristica nonché delle connesse funzioni ausiliarie ed è costitui-

to uno specifico Servizio infermieristico **Regionale** e in ogni unità sanitaria locale, **diretto** da un dirigente in possesso dei requisiti di cui all'articolo 5.

Art. 9 (Albo professionale)

1. Per l'esercizio della professione infermieristica è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale.

2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, i Collegi degli infermieri professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici di infanzia e la Federazione nazionale dei Collegi degli infermieri, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici di infanzia sono rispettivamente denominati Collegio degli infermieri e Federazione nazionale dei Collegi degli infermieri. L'Albo professionale degli infermieri, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici di infanzia assume la denominazione di **Albo degli infermieri**.

Art. 10 (Riammissione in servizio - Comando)

1. Al fine di fronteggiare le carenze nel campo dell'assistenza infermieristica per l'insufficienza numerica del personale in servizio, è prevista, per la richiesta di riammissione in servizio, una deroga decennale, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, al termine di cui al 2 comma dell'articolo 59 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, nonché all'obbligo di restituzione delle indennità previste di cui al quarto comma dello stesso articolo.

2. Al personale riammesso in servizio compete il trattamento economico tabellare iniziale di livello retributivo di appartenenza, nonché le particolari indennità previste dagli accordi di comparto per le specifiche funzioni svolte.

3. Il personale di cui al comma 2 conserva il trattamento pensionistico in godimento con le riduzioni previste dalle vigenti disposizioni di legge a carico del personale in quiescenza che svolge attività lavorativa.

4. L'indennità di fine rapporto viene commisurata ai soli anni di servizio prestati successivamente alla riammissione, ferma restando l'acquisizione della medesima indennità di fine rapporto percepita alla fine del precedente rapporto di lavoro.

5. Per favorire e facilitare l'iscrizione al corso universitario di infermiere da parte di dipendenti di ruolo del Servizio sanitario nazionale in possesso di diploma quinquennale di scuola secondaria di secondo grado, le amministrazioni competenti promuovono, **per un quinquennio**, la concessione del comando retributivo ai sensi dell'articolo 45 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761,

la cui durata massima viene stabilita in tre anni in deroga a quanto previsto dal sesto comma del predetto articolo. Per tale periodo al personale che usufruisce del comando competono gli assegni inerenti al rapporto di impiego. Le assenze dal servizio derivanti dal comando devono essere programmate dall'amministrazione concedente, che provvederà altresì alla sostituzione del personale con assunzioni straordinarie per supplenza, in deroga a quanto previsto dall'articolo 9 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 ed in conformità a quanto previsto dal diciassettesimo comma dell'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207.

6. In deroga alle vigenti disposizioni e nei limiti delle dotazioni organiche, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero, e cura a carattere scientifico, le università, l'ospedale Galliera di Genova e l'Ordine Maurizio provvedono alla copertura dei posti di personale infermieristico vacanti mediante pubbliche selezioni per titoli.

A tali selezioni si applicano le norme vigenti per i corrispondenti pubblici concorsi in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e di criteri di valutazione dei titoli. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. In caso di inadempienza provvedono, entro i successivi 30 giorni, le regioni con la nomina del commissario ad acta. In caso di inadempienza da parte delle regioni si applica il disposto di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

7. I concorsi già banditi per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale sono portati a termine ai sensi della normativa vigente all'epoca del bando stesso.

8. **Abolire**
(in quanto trattasi di ulteriore sanatoria dannosa per la salute del cittadino).

9. **Le Regioni possono disporre nell'ambito delle proprie disponibilità, con i fondi destinati alla formazione, interventi legati a particolari requisiti qualitativi e di merito, rivolti a fornire servizi o altre forme di incentivazione anche di natura economica, idonei a favorire l'accesso e la frequenza ai corsi per infermieri e l'espletamento del tirocinio guidato, nonché per agevolare l'accesso presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale da parte del personale infermieristico diplomato.**

Art. 11 (Istituzione di professioni)

1. È istituita la professione di ostetricia.

2. Sono istituite le seguenti professioni sanitario tecniche:
a) tecnico di radiologia; b) tecnico di igiene mentale;

c) tecnico di laboratorio; d) tecnico igienista dentale; e) tecnico di apparecchiature biomedicali; f) dietista; g) podologo; h) audiometrista.

3. Sono altresì istituite le seguenti professioni sanitarie di riabilitazione: a) terapista della riabilitazione; b) logopedista; c) psicomotricista; d) ortottista; e) terapeuta occupazionale.

4. Alle professioni di cui al presente articolo si applicano norme di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ed al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221. Vengono altresì istituiti in ogni provincia i relativi collegi professionali.

5. Con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio superiore di sanità, vengono definite le competenze di ciascuna professione di cui al presente articolo, nel rispetto delle competenze professionali già attribuite alle professioni per l'esercizio delle quali sia richiesto il diploma di laurea, nonché delle competenze della professione infermieristica.

6. La formazione delle professioni sanitarie di cui al presente articolo è attuata in conformità a quanto previsto dagli articoli 2, 3 e 4 della presente legge e disciplinata con conformi provvedimenti, specifici per ogni singola professione.

Art. 12 **(Norme transitorie)**

1. I corsi di cui agli articoli 3, 4 e 5 devono essere previsti nel piano di sviluppo dell'Università, di cui al-

l'articolo 2 comma 1 lettera a) della legge 9 maggio 1989 n. 168, adottato successivamente alla entrata in vigore della presente legge.

2. Fino alla attivazione dei corsi di cui al comma 1, i corsi per infermieri in atto alla entrata in vigore della presente legge, sono portati a termine sulla base della normativa precedente alla entrata in vigore della presente legge.

Art. 13 **(Infermiere volontarie CRI)**

1. Resta fermo quanto disposto dal D.P.R. 31-7-1980 n. 613 per le infermiere volontarie della CRI.

Art. 14 **(Abrogazione di norme)**

1. È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

Art. 15 **(Copertura finanziaria)**

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge pari a L. 100 mila milioni per l'anno 1991, L. 120 mila milioni per l'anno 1992 e L. 120 mila milioni per l'anno 1993 si provvede a carico dello stanziamento iscritto al capitolo 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1991 e corrispondenti capitoli per gli anni finanziari successivi.

NURSING DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE ARTIFICIALE

I.P. Marco Zerbinati

Reparto di rianimazione polivalente Ospedale di Garbagnate Milanese

La VAM (Ventilazione meccanica artificiale) consiste nell'insufflazione di miscele gassose nelle vie aeree del paziente tramite un tubo endotracheale o una cannula tracheostomica. Tale pratica risale al 1952 periodo considerato come l'anno di nascita dei reparti autonomi di rianimazione, a seguito di un'epidemia di poliomelite nei paesi scandinavi. L'utilizzo dell'intubazione e della VAM viene applicato in larga scala e non solo in campo strettamente anestesiológico, le manovre tecniche, le indagini e le conoscenze sempre più approfondite rispetto alle patologie dei pazienti ricoverati in tali unità, hanno consentito una differenziazione sempre più perfezionata del tipo di assistenza respiratoria erogata, passando dall'approccio standard a tutta una serie di interventi mirati alla risoluzione dei singoli bisogni. La composizione della miscela varia a seconda del tipo di paziente e degli scopi preposti ma fondamentalmente, è costituita da aria/ossigeno nei pazienti sottoposti a terapia intensiva, e da protossido d'azoto/ossigeno nei pazienti sottoposti a narcosi. La maggioranza dei quadri clinici di insufficienza respiratoria si avvale di metodiche terapeutiche comuni, il cui scopo è quello di supportare la funzione respiratoria compromessa. In questo modo è possibile garantire la sopravvivenza del paziente, consentendogli gli indispensabili scambi gassosi, nell'attesa di poter attivare l'eventuale terapia etiologica o se quest'ultima è impossibile, per permettere di superare la fase critica nella speranza di una ripresa funzionale.

Vari tipi di VAM

Le metodiche di assistenza respi-

rioria possono essere schematicamente divise in due gruppi:

- 1) *tecniche di ventilazione controllata;*
- 2) *tecniche di ventilazione assistita.*

1) In tale modalità tutta la ventilazione è "controllata" dal ventilatore che impone al paziente sia un volume che la frequenza delle insufflazioni. Ciò avviene indipendentemente dalla ventilazione spontanea del paziente che se presente si somma a quella meccanica. Le principali metodiche di ventilazione controllata sono:

- a) *I.P.P.V.* (Intermittent positive pressure ventilation)
- b) *C.P.P.V.* (Continuous positive pressure ventilation)

a) *L'I.P.P.V.* è la ventilazione a pressione positiva intermittente può essere senz'altro riconosciuta come il cardine su cui poggiano le basi della ventilazione artificiale e ancora oggi è la metodica di ventilazione meccanica più comune, basti pensare che è la metodica di ventilazione artificiale utilizzata sul paziente in anestesia generale. Essenzialmente l'I.P.P.V. consiste nella ritmica insufflazione di determinati volumi di aria nei polmoni del paziente, permettendo l'espansione passiva, la ventilazione bocca a bocca o con il pallone di Ambu non sono altro che rudimentali forme di I.P.P.V.

Il meccanismo alla base dell'I.P.P.V. non è fisiologico poiché mentre nell'atto respiratorio fisiologico l'inspirazione è generata da una depressione a livello polmonare, negli alveoli durante l'inspirazione c'è una pressione negativa che tende a diventare leggermente positiva in fase espiratoria, durante la ventilazione a pressione po-

sitiva intermittente l'aria viene immessa nei polmoni del paziente spinta da una pressione positiva. Dunque a differenza della respirazione spontanea, la pressione all'interno degli alveoli diviene positiva durante la fase inspiratoria e si mantiene positiva fino al termine della espirazione passiva.

b) *C.P.P.V.* o ventilazione a pressione positiva continua è una diretta derivazione dell'I.P.P.V., dalla quale si differenzia per l'applicazione di una pressione positiva di fine espirazione identificata con la sigla P.E.E.P. (Positive end expiratory pressure).

Durante la C.P.P.V. il ciclo inspirazione/espirazione non inizia ad una pressione alveolare = 0 ma grazie all'applicazione di una valvola che crea una resistenza sulla via espiratoria, la pressione alveolare a riposo cioè in assenza di flusso non scende fino allo 0 ma mantiene il valore prestabilito dalla P.E.E.P.

Lo scopo dell'applicazione della P.E.E.P. è quello di mantenere il polmone del paziente più espanso nella situazione di riposo ovvero di aumentare la capacità funzionale residua e quindi il volume a disposizione degli scambi respiratori. Per cui riassumendo l'applicazione della P.E.E.P. permette il miglioramento dello scambio gassoso e anche se non ammesso da tutti la possibilità di riduzione delle pressioni di insufflazione con minor eventualità di barotrauma.

2) *Tecniche di ventilazione assistita:*

Tale modalità di ventilazione permette di far coincidere gli atti meccanici con quelli spontanei, in modo che il paziente si "adatti" alla ventilazione meccanica, senza "lottarvi" contro.

Per sincronizzare le insufflazioni con l'inizio dell'inspirazione spon-

tanea del paziente, si utilizza un dispositivo chiamato *Trigger* (grilletto) che rileva la depressione inspiratoria (o pressione negativa) che si verifica nelle vie aeree all'inizio dell'inspirazione. L'attivazione del trigger (che sente la depressione) provoca l'inizio dell'insufflazione del volume desiderato, da qui il motivo dell'appellativo di "grilletto".

Il fondamento della ventilazione assistita è quello di sfruttare la respirazione spontanea del paziente fornendo unicamente un supporto di ventilazione al fine di ottimizzare la funzione respiratoria del malato.

Mentre la ventilazione controllata si sostituisce completamente alla ventilazione spontanea del paziente e viene utilizzata in quei malati che non hanno nessuna possibilità autonoma di respiro, le tecniche di ventilazione assistita intervengono là dove il paziente possiede una attività autonoma di respiro che necessita soltanto di un aiuto parziale.

I vantaggi che presentano le tecniche di ventilazione assistita rispetto le tecniche di ventilazione controllata possono essere così schematicamente riassunti.

a) Agevolazione dell'adattamento del paziente al respiratore: il paziente con una propria anche se insufficiente attività può contrastare il lavoro del respiratore meccanico e per rendere possibile la ventilazione controllata può richiedere l'impiego di sedativi e curarici.

b) Riduzione dei carichi pressori con minor incidenza di barotrauma polmonare e minor ostacolo al ritorno venoso.

c) Garanzia, attraverso la respirazione autonoma di un esercizio dei muscoli respiratori prevenendo così pericolosi fenomeni di atrofia muscolare.

Le tecniche di ventilazione assistita più usate sono:

2a) *Ventilazione assistita sul volume corrente* (tipo A.S.B. Assisted Spontaneous Breathing o P.S. Pressure Support);

2b) *I.M.V.* (Intermittent Mandatory Ventilation);

2c) *M.M.V.* (Mandatory minute ventilation, ventilazione obbligatoria al minuto);

2d) *La C.P.A.P.* (Continuous positive airways pressur).

2a) Nella ventilazione assistita sul volume corrente il paziente inizia spontaneamente l'inspirazione ed il respiratore segue l'atto spontaneo fornendo un flusso gassoso, che facilita l'espansione polmonare, fino ad un limite di pressione di supporto, il quale viene stabilito dall'operatore. L'entità del lavoro che deve essere eseguita dal respiratore viene regolata in funzione della capacità di respirazione spontanea del paziente ed è estremamente variabile, se il paziente è in grado di compiere gran parte del lavoro respiratorio, l'assistenza del respiratore sarà ovviamente minima, ma può essere aumentata gradualmente con l'incrementare del deficit ventilario.

2b) Con l'I.M.V. il paziente può respirare autonomamente ma, ad intervalli prestabiliti, il respiratore fornisce una insufflazione di un predeterminato volume di gas. In questo modo si garantisce indipendentemente dall'attività del paziente, un minimo di volume minuto fornito dalle insufflazioni programmate dal respiratore.

Allo scopo di non far iniziare l'insufflazione programmata durante l'espiazione spontanea del paziente e far contrastare dal paziente l'attività del respiratore, o per non causare iperinsufflazioni polmonari nel caso che il respiratore inizi la sua insufflazione al termine di una inspirazione spontanea, si è organizzato un sistema di sincronizzazione "trigger" in modo che il respiratore inizi l'insufflazione solo al termine di una espiazione del paziente.

Con l'aggiunta della sincronizzazione la metodica viene definita S.I.M.V. (sincronized intermittent mandatory ventilation).

2c) In questo tipo di ventilazione il paziente ventila spontaneamente mentre il ventilatore calcola ad intervalli fissi la spirometria (come volume minuto) della ventilazione spontanea e se risulta essere inferiore ai valori prefissati (di sicurezza) interviene con insufflazioni meccaniche fino ad arrivare al

valore di spirometria prefissato. Anche la M.M.V., rappresenta come la I.M.V. una modalità mista di ventilazione in cui si associano quella spontanea e quella meccanica, pur assicurando comunque un volume minuto di sicurezza; esse differiscono però dal tipo di "integrazione meccanica" della ventilazione spontanea.

Infatti, mentre nell'I.M.V. l'integrazione è obbligatoria e avviene sempre indipendentemente dal volume della ventilazione spontanea, in M.M.V. l'integrazione viene fornita solo se la ventilazione spontanea è inferiore ad un valore di sicurezza prefissato.

2d) La C.P.A.P. è una metodica molto comune di assistenza respiratoria il cui scopo è quello di migliorare gli scambi gassosi del paziente, con conseguente aumento dell'ossigenazione senza però creare sostegni alla ventilazione. Tale tipo di ventilazione non è in realtà meccanica ma spontanea; viene qui trattata poiché viene ormai utilizzata molto frequentemente in pazienti ipossici ma ancora in grado di sostenere una ventilazione spontanea efficiente.

Tale metodica può essere applicata tramite il tubo endotracheale o una maschera facciale a tenuta, prevede l'uso di un circuito respiratorio consueto cui viene aggiunto un pallone ad alta capacità ed elasticità che garantisce una riserva di flusso di gas freschi (30-50 litri/min) al paziente.

Una caratteristica del circuito è data dalla valvola espiratoria posta al termine della branca espiratoria. Questa valvola detta P.E.E.P. (positive end expiratory pressur) può essere di tipo meccanico o più frequentemente del tipo ad H₂O; quest'ultima è costituita da un tubo metallico immerso sotto il livello dell'acqua per un numero determinato di centimetri.

La valvola P.E.E.P. garantisce il mantenimento di una pressione positiva continua nelle vie aeree del paziente. L'aumentata pressione endoalveolare si oppone inoltre alla trasudazione plasmatica, e viene perciò utilizzata soprattutto nell'A.R.D.S. e nell'edema polmonare emodinamico.

Ruolo dell'I.P. nel paziente in VAM

Inizialmente prima di parlare della sorveglianza infermieristica al paziente in VAM vorrei in poche parole descrivere i principali allarmi del ventilatore in modo da avere un'assistenza specifica e mirata. Ogni ventilatore meccanico è dotato di una serie di allarmi acustici e visivi che permettono di controllarne in continuo il buon funzionamento. Verranno ora descritti in modo succinto gli allarmi presenti su un ventilatore tipo.

a) *Allarme di mancata alimentazione elettrica;*

b) *Allarmi di mancata o insufficiente alimentazione dei gas freschi (aria e ossigeno);*

c) *Allarme di alta pressione nelle vie aeree;*

Questo allarme viene attivato quando il picco della curva di pressione delle vie aeree supera (per es. in seguito a tosse, disadattamento, broncospasmo, ingombro secretorio, ecc.) il valore prefissato. Tale situazione è potenzialmente pericolosa per il paziente (es. formazione di PNX da rottura alveolare) e pertanto l'attivazione di questo allarme comporta due importanti provvedimenti che il ventilatore adotta automaticamente: interruzione dell'insufflazione e apertura del circuito espiratorio in modo che la pressione delle vie aeree crolli a zero.

d) *Allarme di bassa pressione nelle vie aeree;*

Questo allarme scatta quando, durante l'insufflazione la curva di pressione delle vie aeree non supera il valore prefissato.

Questa situazione è pericolosa per il paziente poiché comporta una mancata erogazione del volume di gas prescelto (ad es. a causa di una perdita di gas nel circuito, di una disconnessione del paziente dal ventilatore, di un guasto meccanico del ventilatore) con conseguente ipoventilazione o addirittura apnea.

e) *Allarmi di alta e bassa FiO₂;*
Tali allarmi comunicano che la

percentuale di ossigeno nella miscela inspiratoria si è discostata dal valore desiderato. Ciò eviterà di insufflare miscele troppo povere di O₂, con relativo rischio di A.R.D.S. o nel prematuro di fibroplasia retrolenticolare. Gli allarmi del ventilatore e dello spirometro possono aiutare la gestione di questo tipo di pazienti ma non possono assolutamente sostituire l'infermiere nel proteggere la vita del paziente dagli incidenti e complicanze da VAM. Per esempio nel periodo successivo alla tacitazione degli allarmi, questi non funzionano e pertanto solo l'assistenza infermieristica può tutelare il paziente, inoltre gli allarmi o la spirometria non saranno mai in grado di giudicare la validità e l'efficacia della VAM che invece richiede una "esperta" valutazione umana. Non ultimo va considerato il fattore psicologico, infatti il paziente non può essere lasciato solo ed isolato con il suo ventilatore, ma ha invece un estremo bisogno di essere rassicurato e di sentirsi protetto, tipica ad esempio è la paura di morire in caso di guasto del ventilatore. L'infermiere gioca pertanto un ruolo fondamentale nell'assistenza al paziente in VAM sia dal punto di vista tecnico che psicologico. L'assistenza respiratoria presuppone un controllo continuo delle condizioni cliniche del paziente e del corretto funzionamento dell'apparecchio utilizzato.

In maniera schematica i principali controlli da eseguire e le più importanti manovre da compiere periodicamente sul paziente sottoposto ad assistenza respiratoria possono essere riassunte come segue:

1) *Principi di assistenza a paziente intubato*

Gli scopi prioritari dell'assistenza infermieristica al paziente intubato sono:

- a) Assicurare una ventilazione efficace;
- b) Prevenire complicanze minacciose per la vita;
- c) Prevenire complicanze influenzanti la qualità della vita futura.

2) *Valutazione del corretto funzionamento del ventilatore*

3) *Controllo nella prevenzione delle colonizzazioni nelle vie respiratorie*

4) *Approccio psicologico*

1) I primi tre obiettivi vengono conseguiti con un attento costante e rigoroso rispetto ai seguenti momenti dell'assistenza:

- a) Mantenere la pervietà delle vie aeree;
- b) Controllo dell'efficacia ventilatoria;
- c) Prevenzione delle lesioni laringee e tracheali.

a) Mantenere la pervietà delle vie aeree, tale scopo viene conseguito mediante il rispetto dei seguenti punti:

- Fissaggio del tubo, esso va controllato visualmente inoltre se il paziente rischia di estubarsi (volontariamente o accidentalmente) bisogna prevenirlo mediante una sorveglianza costante e l'uso giudizioso di mezzi di contenzione, in caso di sospetto spositonamento bisogna confrontarsi con la posizione attuale e con quella segnata in cartella.

- Tenuta del palloncino, almeno due volte al giorno andrebbe misurata la pressione del palloncino con l'apposito manometro, essa deve essere inferiore ai 25 cm di Hg o comunque mantenuta a valori minimi che assicurino la chiusura della trachea, quest'ultima è testimoniata dall'assenza di "fughe d'aria" o gorgoglii dalla bocca.

- Posizione del tubo nella narice, il tubo deve fuoriuscire al centro della narice e non deve appoggiare o comprimere il setto nasale e le ali del naso, comunque una attenta cura e sistemazione del tubo e del braccio sorreggi tubo sono essenziali onde evitare sia l'estubazione sia decubiti da compressione.

b) *Valutazione dell'efficacia ventilatoria*

Il paziente deve essere bene adattato al tipo di VAM in atto. Ciò sta ad indicare una sincronia dell'atto respiratorio del paziente e l'atto meccanico del ventilatore. Se il paziente non è sincrono e "lotta" con il respiratore sarà op-

portuno sedarlo o eventualmente curarizzarlo.

Non vi devono essere rumori di gorgoglio in quanto questi possono essere indice di due situazioni:

- ingombro di liquido nel tubo endotracheale ... aspirare le secrezioni;
- ingombro di liquido nei tubi ... svuotare le condense;

Controllo della spirometria trascritta sulla cartella infermieristica periodicamente in modo da sorvegliare la modalità di ventilazione insufflata.

Controllo clinico generale; esso rappresenta la miglior valutazione del buon funzionamento della VAM e si basa sul controllo dei principali parametri vitali:

- colorito cutaneo;
- temperatura cutanea e sudorazione;
- stato di coscienza;
- pressione arteriosa;
- frequenza e ritmo cardiaco al monitor.

c) Questo argomento riguardante le prevenzioni delle lesioni laringee e tracheali verrà trattato più accuratamente in seguito.

2) Valutazione del corretto funzionamento del ventilatore

Spirometria: se quella misurata coincide con quella impostata, indice di buona funzionalità del ventilatore;

Allarmi: devono essere sempre attivati su valori di sicurezza, prima di tacitarli capirne il motivo provvedendo di conseguenza e fare attenzione al periodo immediatamente successivo alla tacitazione;
Tubi del circuito: non devono essere piegati o compressi anzi il loro decorso deve provvedere a curve dolci e poco angolate; le vaschette raccogli condensa devono trovarsi nel punto più basso del circuito onde poter raccogliere per gravità le condense. Maneggiare le vaschette e le altre parti del circuito in modo asettico onde prevenire infezioni.

3) Controllo nella prevenzione delle colonizzazioni e delle complicanze da intubazione prolungata nelle vie respiratorie

È ormai stato ampiamente dimostrato come non si possa pretendere di debellare i vari microrganismi ma si debba imparare a convivere con essi; a questo punto il nostro obiettivo principale resta quello di limitarne il più possibile il proliferare e il diffondersi all'interno dell'ambiente ospedaliero. Questo punto tratta la colonizzazione e non l'infezione che non è altro che una conseguenza della colonizzazione.

Essi si differenziano per le seguenti caratteristiche:

- si definisce colonizzazione una moltiplicazione localizzata di germi che può derivare da una contaminazione (presenza di germi patogeni o potenzialmente nocivi sul materiale e sul paziente) o da inoculazione, senza reazioni tissutali e che diventano parte della flora del soggetto;
- l'infezione rappresenta la possibile conseguenza di una colonizzazione che è quindi un fattore di rischio importante per tale evento clinico; la diagnosi di infezione presuppone un'analisi di dati clinici, radiologici, ematochimici e ciò esula dalla nostra specifica competenza.

La colonizzazione è perciò l'obiettivo della prevenzione primaria ed è a questa che deve essere mirato il nostro quotidiano sforzo lavorativo. La prevenzione primaria delle colonizzazioni si avvale dell'applicazione di protocolli operativi prestabiliti, questi sono:

Intubazione

L'intubazione viene eseguita dal medico con la collaborazione dell'I.P., che deve verificare costantemente il materiale necessario e il suo corretto funzionamento. La tecnica d'elezione è l'intubazione per via rino-tracheale previa esecuzione di accurata toilette del cavo orale con collutorio, rimozio-

ne di eventuali protesi, sedazione e curarizzazione del paziente.

La corretta toilette del retrofaringe (con l'aspirazione delle secrezioni presenti) e l'uso di materiale sterile, sono necessari per la prevenzione delle colonizzazioni. Purtroppo, in casi di estrema urgenza, la mancanza di tempo non ci permette di praticare la toilette del cavo orale ma cerchiamo, comunque di "sporcare" il meno possibile l'apparato respiratorio, mantenendo almeno corrette norme di asepsi durante l'esecuzione delle manovre (per es. l'utilizzo del dito di guanto).

Broncoaspirazione

La pervietà delle vie aeree viene assicurata dall'aspirazione delle secrezioni. Una corretta manovra di broncoaspirazione deve essere adeguata ai bisogni del paziente, asettica, non traumatica, di rapida esecuzione.

Per riuscire a prefiggere un unico modo di esecuzione di tale tecnica ci rifaremo ad un protocollo il quale si propone strumento per garantire la qualità delle prestazioni:

Iniziamo a dare un obiettivo il quale è di:

uniformare il comportamento degli operatori nell'esecuzione della manovra di aspirazione tracheo-bronchiale, per ridurre l'incidenza delle infezioni delle vie respiratorie e delle complicanze annesse alla tecnica.

Che cos'è?

È una manovra che viene praticata allo scopo di mantenere la pervietà delle vie aeree.

A chi?

È indicata per pazienti non in grado di espellere le proprie secrezioni bronchiali (pazienti intubati, tracheostomizzati, stato di coscienza alterato, post-operati per interventi toracici ed addominali, malattie neurologiche e muscolari).

Quando si fa?

Va eseguita solo quando è neces-

saria in base ad alcuni parametri:

- Visivo: aspetto del paziente, dispnea, tachicardia, stato di agitazione
- Uditivo: rantoli gorgoglii.
- Auscultazione: con fonendoscopia.

Perché si fa solo quando è necessario?

- a) Provoca un breve periodo di apnea e quindi ipossia;
- b) variazioni della pressione intratoracica con atelettasie;
- c) stimolazione vagale con bradicardia e ipotensione, aritmie associate all'ipossia;
- d) irritazione e lesione della mucosa;
- e) ingresso di germi.

Parametri da valutare durante l'aspirazione:

Frequenza cardiaca (da eventuale comparsa di tachicardia da stimolazione dolorosa da bradicardia da stimolazione vagale) colorito del paziente (da ipossia).

Per quali pazienti può presentare rischi particolari:

- pazienti già aritmici;
- pazienti con trauma cranico.

Dati da registrare in cartella:

- tipo di secrezioni;
- frequenza delle aspirazioni;
- insorgenza di alterazioni dei parametri vitali.

Principi importanti

La manovra deve essere eseguita con tecniche e materiali sterili per evitare di introdurre microrganismi dall'esterno.

Il paziente infatti è a rischio per:

- stato precario;
- stasi di secrezioni;
- vengono bypassate le barriere naturali.

Durata dell'aspirazione:

- massimo 10.15 secondi per ridurre il tempo di apnea;
- il tempo va rigorosamente rispettato se il paziente è ipossico o ha un alterato scambio alveolare

o condizioni circolatorie compromesse.

Pressione dell'aspirazione:

- adulto 120 mmHg;
- bambino 80 mmHg.

Questo per evitare traumatismi alla mucosa e ridurre il rischio di ipossia ed atelettasie.

Il sondino va lubrificato con:

- Soluzione fisiologica;
- Silicone spray (N.B. per evitare formazione di emboli di silicone che possono ostruire bronchioli terminali, una volta spruzzato sul sondino si deve aspettare 1-2 minuti perché si fissi allo stesso);
- Si sconsiglia l'uso di vasellina come lubrificante perché non idrosolubile.

Lunghezza di introduzione del sondino:

- Se il paziente è intubato non va oltrepassata la cannula tracheostomica o il tubo endotracheale;
- Se il paziente non è intubato il sondino non deve raggiungere la carena, questo per evitare lesioni della mucosa tracheale o aspirazione selettiva non desiderata del bronco dx.

Calibro del sondino:

Il calibro deve consentire il passaggio di aria nelle vie respiratorie del paziente durante l'aspirazione per evitare ipossia e atelettasie.

Modalità di introduzione ed estrazione del sondino:

- l'aspirazione va attivata a sondino introdotto per evitare di aspirare ossigeno e aria durante l'introduzione;
- il sondino va ritirato ruotandolo per evitare che collabisca alla mucosa tracheale e provochi traumatismi e lesioni.

Raccomandazioni

In caso di secrezioni abbastanza dense e viscosi:

- aumentare l'idratazione del paziente;
- umidificare l'ambiente con umi-

dificatori preferibilmente ad aria calda;

- lavaggio tracheale con soluzione fisiologica sterile 5-10 ml, l'effetto è prevalentemente di stimolazione della tosse e non di fluidificazione delle secrezioni.

Ossigenazione del paziente:

È preferibile ossigenare e ventilare il paziente prima e dopo la bronco-aspirazione per prevenire/annullare il collasso di una via aerea o una ipossiemia provocata dall'aspirazione.

Valutazione:

Continua: con griglia di osservazione;

Medio termine: riduzione delle infezioni;

Lungo termine: riduzione delle complicanze ed eventuale aggiornamento sulla tecnica e sui materiali da utilizzare.

Posizionamento del sondino nasogastrico

Il posizionamento del sondino nasogastrico è una procedura che pur essendo di facile manualità, può aumentare il rischio di colonizzazione batterica specifica delle vie aeree. Ciò si verifica soprattutto quando l'introduzione della sonda avviene a breve distanza da un episodio di vomito e in assenza di una corretta igiene orale. La sonda gastrica, introdotta per via nasale, nella sua discesa attraversa un habitat "sporco" trascinando possibili agenti patogeni vicino al tratto respiratorio.

Igiene personale

Nella routine giornaliera diamo molta importanza alla completa e corretta igiene del paziente e del posto letto. La pulizia del vacuo orale del paziente (tramite colluttori e rinfrescanti) deve essere attuata almeno una volta a turno.

Gestione della tracheostomia

La tracheostomia viene medicata almeno una volta al giorno con so-

luzione disinfettante e tecnica asettica; durante tale manovra si controlla che non vi siano segni di flogosi della ferita, in tal caso si procederà all'esecuzione di un tampone culturale.

Gestione del ventilatore

La gestione del ventilatore meccanico prevede la sostituzione del circuito esterno e dei filtri antibatterici ogni 48 ore, i filtri ed i raccordi tra ventilatore tubo vengono sostituiti anche più spesso qualora siano inquinati o particolarmente impregnati di secrezioni tracheali. L'apertura del circuito all'aria ambiente deve essere effettuata in caso di effettiva necessità e rispettando le comuni norme antisettiche. Al termine della degenza l'intero circuito viene sterilizzato e il respiratore viene disinfettato, il tutto è poi riassembleato previo controlli di tenuta.

Protocollo sull'umidificazione

L'umidificazione delle vie aeree viene praticata allo scopo di mantenere l'omeostasi fisiologica a livello della mucosa bronchiale onde evitare accumulo di secrezioni, le quali possono essere causa di sviluppo di infezioni o di atelettasie in seguito a formazione di tappi.

- È indicata l'umidificazione per paziente con compromissione della funzionalità delle vie aeree superiori (intubati, tracheostomizzati, stato di coscienza alterato, post-operati per interventi toracici o addominali, malattie neurologiche o muscolari).

- Fisiologicamente le vie aeree superiori mantengono i gas ispirati ad una temperatura di 37° C e ad una umidità relativa del 100% indipendentemente dalle condizioni atmosferiche.

La temperatura di nebulizzazione consigliata dagli autori è di 30° C con umidità del 100%.

Gas secchi e freddi

- Alterazione a carico dell'epitelio cigliato
- Danni alla mucosa tracheale (essiccamento locale infiammazione ulcerazione)
- - Microatelettasie

Gas ad elevata temperatura 40° C

- Danni alla mucosa e alla funzione ciliare
- Eccessivo apporto idrico
- Pericolo di infezioni per contaminazione dell'acqua

I sistemi di base per saturare di vapore acqueo i gas sono i due tipi di umidificatori e i nebulizzatori. I primi utilizzano il passaggio dei gas attraverso l'acqua per produrre un incremento dell'acqua molecolare nella forma gassosa senza generare microgoccioline.

I nebulizzatori invece, utilizzando forze meccaniche non solo aumentano il livello dell'acqua molecolare nel gas, ma erogano gocce di acqua aerosolizzate.

La maggiore fonte di rischio è rappresentata dai nebulizzatori in quanto essi producono un aerosol che contiene particelle di diametro di 1-2 micron che possono giungere fino alle terminazioni alveolari. Come può contaminarsi il serbatoio degli umidificatori:

- presenza di liquidi o aria non sterili;
- manipolazione della coppa del nebulizzatore;
- movimento retrogrado della condensa che si raccoglie nel tubo di erogazione in prossimità del serbatoio.

Fattori favorenti:

- aria umida e calda buon terreno di cultura per i batteri;
- stasi di secrezioni;
- by-passamento delle vie aeree naturali.

Prima di effettuare qualsiasi manovra sugli umidificatori o nebulizzatori va garantito il lavaggio antisettico delle mani.

Ogni 24 ore va sostituito il serbatoio di umidificazione del circuito esterno di collegamento del ventilatore poiché dal momento della contaminazione i batteri raggiungono una quantità sufficiente ad infettare in 24 ore se la soluzione viene inalata o nebulizzata.

Pulizia e sterilizzazione del serbatoio di umidificazione del circuito esterno:

- se monouso va buttato;

- la sterilizzazione può avvenire a calore secco (temp. 160-180) o a calore umido (121-132° C);
Se danneggiabile dal calore usare: Glutaraldeide Cidex, Panasept

L'Aldeide attiva al 2% agisce:

- 20' per forme vegetative di batteri GRAM— GRAM+;
- 3 h in caso di funghi - virus - micobatterio tubercolare;
- 10 h in caso di spore.

Inutile ricordare le norme per l'utilizzo del cidex in quanto sono note.

Quale liquido uso nei serbatoi:

Uso soluzioni sterili (acqua bidistillata per evitare incrostazioni).

Quando riempio il serbatoio:

Vanno riempiti immediatamente prima dell'uso evitando di aggiungere liquidi.

N.B. Nel caso si presenti la necessità di aggiunta di liquido nel serbatoio entro le 24 h, per carenza di risorse è ammessa la manovra di sraccordo del circuito con l'avvertenza:

- eliminare l'acqua residua presente nel serbatoio;
- durante le manovre osservare strettamente le manovre di sterilità.

Raccomandazioni

Vuotare le condense del circuito esterno ogni qualvolta si presenti la necessità usando tecniche asettiche.

Verifica a breve termine (1 mese)

Osservazione diretta degli operatori:

- frequenza e tipo di lavaggio delle mani;
- scelta e utilizzazione corretta delle metodiche di sterilizzazione; omogeneità dei comportamenti;
- richiesta di ulteriori approfondimenti.

Verifica a lungo termine

Rilevazioni dati con la scheda pre-

disposta per sei mesi, alla fine dei sei mesi valutazione dei risultati della scheda.

La comunicazione e gli aspetti psicologici del paziente in VAM

La comunicazione è il processo grazie al quale si trasmette da persona a persona, una serie di concetti contenuti in un messaggio, in modo che il ricevente riesca a capire il significato del messaggio inviato dal mittente.

È quindi quel fattore che permette il rapporto, e nel nostro caso, il rapporto terapeutico infermiere-paziente.

Comunicare è molto di più che un semplice scambiarsi i messaggi, infatti implica un controllo della reale efficacia del messaggio, del grado di effettiva comprensione del contenuto.

Esistono molti fattori *personali* e *ambientali*, che contribuiscono alla distorsione della relazione.

1) Fattori personali

- a) fattori emotivi: ansia, risentimento, irritazione, dolore;
- b) fattori fisici: stanchezza, sordità, dolore;
- c) fattori intellettivi: differente capacità intellettuale, livelli di conoscenza;
- d) fattori sociali: differenze culturali, linguaggio, di status professionale.

2) Fattori sociali

- a) fattori fisici: il rumore, la mancanza di privacy;
- b) fattori sociali: la presenza o la mancanza di altre o alcune persone.

La comunicazione può essere *verbale*, cioè quella espressa mediante l'uso della parola, ma può essere anche *non verbale*, ed anzi questa è la forma prevalente della comunicazione umana, e viene recepita attraverso tutti i sensi, ad esempio gesti, le azioni, la scrittura.

La *metacomunicazione* è invece una forma di chiave di lettura del messaggio, fa parte sia della comunicazione verbale che di quella non

verbale.

Obier e Haywood in una loro relazione affermano che: "Una comunicazione verbale e non verbale, raffinata e individualizzata con i malati ricoverati in T.I., è il metodo più importante per portare l'arte del guarire all'interno dell'ambiente altamente scientifico della T.I."

Si spendono molte ore a spiegare all'I.P. di T.I., come funzionano i ventilatori, le attrezzature, mentre molto ridotto, se non assente, è l'insegnamento relativo ai fondamenti della comunicazione ed ai canali che dovrebbero essere usati. Molto spesso vi è la tendenza a dimenticare che uno fra i fattori più stressanti nel paziente, portatore di tubo o cannula tracheale, è l'impossibilità di comunicare verbalmente.

Tutto questo lo riduce ad uno stato infantile, di grave impotenza e provoca ansia in un malato già di per sé debilitato, indifeso nei confronti di un ambiente "aggressivo".

Gli accorgimenti più comuni che si possono adottare sono:

a) *Lettura labiale*: essa richiede un minimo di pratica, ma è molto comoda e funzionale, purché si insegnino al malato ad esprimere i suoi bisogni con parole e frasi standard brevi e concise (ad es. "ho bisogno di essere aspirato" diventa catarro) lo svantaggio di tale tecnica è l'impossibilità di comunicare emozioni e pensieri complessi.

b) *Tavola alfabetica*: è un sistema di comunicazione lento, che richiede da parte del paziente, una buona capacità visiva ed un buon tono muscolare, anch'esso non è in grado di comunicare frasi complesse, quindi di modesta utilità.

c) *Tavole di comunicazione*: sono tavole disegnate di facile comprensione, che raffigurano situazioni di bisogno (sete), di paura (asfissia da ingombro di secrezioni), di dolore di fastidio.

Esse sono state descritte come utili nelle fasi iniziali della degenza, quando il paziente non ha ancora imparato ad esprimersi con frasi standard.

Alcune sono di scarsa efficacia in quanto:

- di numero eccessivo;
- di difficile comprensione;
- di eccessivo tempo richiesto per individuare l'effettivo bisogno.

Si deve garantire al malato la possibilità di attirare, in ogni momento, la nostra attenzione, mettendogli a disposizione degli oggetti metallici, campanello per renderlo maggiormente sicuro.

Il malato può essere aiutato a rimanere a contatto, con il mondo esterno, ascoltando radio, guardando la Tv, il giornale.

È molto importante che l'I.P. di area critica aiuti i parenti a comunicare, altrimenti il loro contatto risulterebbe inefficace.

I familiari sono coloro che spesso più di ogni altro, sono in grado di fornire al malato informazioni che risultano più convincenti rispetto a quelle del personale sanitario, oltre che tranquillizzarlo, orientarlo, farlo partecipe della vita familiare e mantenere l'identità personale.

Bisogna pertanto insegnare ai parenti ad utilizzare uno dei suddetti mezzi di comunicazione, vincendo la loro ritrosia o timore, e interpretare correttamente il comportamento del paziente che spesso è tale da sconcertare i familiari. Nella realtà quotidiana, nei reparti di area critica, si è circondati da apparecchi sofisticati ed impegnati nella rilevazione di molteplici parametri, trascurando spesso il paziente come persona.

L'ambiente estraneo e l'invasività delle manovre terapeutiche, alle quali il paziente viene sottoposto, scatenano in lui paura e disorientamento, di tutto ciò bisogna tenere conto anche nelle fasi di assistenza più routinarie, ad es. il cambio della biancheria, la toilette mattutina.

Nel paziente intubato e connesso al ventilatore si manifestano le seguenti reazioni:

a) Dipendenza totale dal ventilatore

Nella ventilazione artificiale prolungata, si verifica una completa dipendenza, dalla quale nasce la paura che la macchina non funzioni (blocco o eventuale guasto), e

che quindi lo porti alla morte, questo timore è accentuato maggiormente dall'innescarsi degli allarmi e dalle eventuali modificazioni del tipo di ventilazione da parte del personale medico.

È importante spiegare al paziente perché gli allarmi suonano e nel caso in cui venga modificata la ventilazione.

È sufficiente che gli allarmi "scattino" più volte nella giornata perché egli si preoccupi in modo esagerato, ciò comporta la necessità che l'infermiere stia il più possibile accanto al paziente assicurandolo circa la sua situazione.

Il paziente avverte immediatamente il cambiamento nel funzionamento del ventilatore, soprattutto chi è sottoposto da parecchio tempo alla VAM, ciò potrebbe essere recepito come un cattivo funzionamento dello stesso.

Spesso un eccesso di tosse terroriz-

za il paziente, sia per la difficoltà legata alla tosse in presenza di tubo tracheale, sia per l'interferenza fra tosse e l'insufficienza meccanica.

Il paziente, già preoccupato per l'abbondanza di secrezioni, non comprende, soprattutto nei primi giorni di degenza, la necessità di una manovra così stressante come la bronco-aspirazione.

La bronco aspirazione viene pertanto vissuta come un momento difficile e spesso il malato cerca di trattenere il più possibile la tosse per evitarla.

La rilevazione di alcuni parametri, quali la PVC ed i lavaggi bronchiali, richiedono il distacco temporaneo dal ventilatore cosa che induce ansia e paura.

b) *Rifiuto del respiratore*

Si verifica soprattutto a pazienti

sottoposti a VAM prolungata, e si manifesta con irrequietezza, tensione, agitazione psicomotoria, non collaborazione alle manovre di nursing, scontrosoità.

Si assiste a una vera e propria sfida fra il paziente, che si oppone all'insufflazione di gas, e la macchina, che viene pertanto percepita non come un aiuto, ma come un ostacolo alla sua respirazione, ed una fastidiosa fonte di limiti per le sue necessità.

La VAM è pertanto avvertita come qualcosa di estraneo da cui si deve staccare il più presto possibile. Bisogna sempre tener presente che il paziente percepisce un gran numero di stimoli ambientali, che gli inducono potenti emozioni che molto spesso non riesce a comunicare al personale.

Quindi è necessario approfondire e qualificare le nostre prestazioni dato che sono rivolte al malato.

STUDIO DI UNA SCHEDA INFORMATIVA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE IN SALA OPERATORIA

A. Fingolo, L. De Vecchi, A. Cattai, F. Rorato, M.G. Serafin, L. Gottardi, G. Marian, L. Visintin

Infermieri Sala Operatoria Divisione di Chirurgia Generale stabilimento ospedaliero Motta di Livenza U.S.L. 11 - Treviso

La gestione della sala operatoria deve seguire con competenza ed omogeneità i tempi di preparazione ed esecuzione delle tecniche infermieristiche che ogni intervento chirurgico richiede.

Si evidenziano pertanto anche in Sala Operatoria, tre fasi principali:

- Prima dell'intervento (antisala)
- Durante l'intervento (sala oper.)
- Dopo l'intervento (sala risveglio)

La prima fase, riguardante nel caso specifico la preparazione che si effettua in anti sala, aveva da tempo sollevato problemi quali una lenta e a volte mancante informazione tra i membri dell'équipe circa le prestazioni svolte all'operando.

L'esigenza quindi di elaborare un protocollo operativo ci parve utile al fine di migliorare il normale svolgimento delle attività del personale infermieristico, utilizzando le risorse disponibili e rendendo più efficace ed efficiente il servizio prestato.

Tale protocollo, doveva rispondere ad alcune caratteristiche essenziali, ossia offrire garanzie non solo al paziente, ma essere anche in grado di fornire precise ed accurate informazioni sulle metodologie di preparazione e di svolgimento delle prestazioni infermieristiche in qualsiasi momento dell'atto chirurgico. I tempi di esecuzione ne avrebbero senz'altro avuto giovamento e acquistato rapidità, così, oltre a risolvere tali carenze, avreb-

be di conseguenza responsabilizzato il personale.

Si decise quindi di formulare una scheda di raccolta informazioni, organizzata in base ad uno schema progressivo e razionale delle prestazioni da eseguire, decodificando i vari passaggi e collaborando per la compilazione col paziente stesso.

Schema riassuntivo del protocollo

Problema: Mancata informazione fra i membri dell'équipe delle prestazioni svolte in sala operatoria.

Obiettivo: In qualsiasi momento dell'atto chirurgico essere in grado di fornire precise informazioni sulle metodiche di preparazione di quel specifico paziente.

Mezzi: Scheda di raccolta informazioni

Risorse: a) *personale:* composto da due I.P. o I.G. e l'allievo I.P. Di solito un I.P. o I.G. di sala e un I.P. o I.G. di anestesia.

b) *strumentazione:* organizzata in Kit monopaziente per la vestizione dell'operando.

Questo Kit è stato composto da:

- 1 telo
- 1 paio calzari
- 1 cinghia
- 1 cuffia monouso

Il tutto contenuto in un cesto, sterilizzato per maggior sicurezza (la

biancheria arriva in sala operatoria dopo molti passaggi fuori e dentro l'ospedale, quindi teoricamente può essere contaminata) e tenuta al riparo dalla polvere.

Il cesto viene preparato con i set completi alla fine della seduta operatoria per il giorno successivo.

c) *materiali:* di presidio sanitario, ossia:

- antisettico
- teleria sterile
- garze sterili
- guanti monouso.

Criteri di verifica: in base al rapporto efficacia-esigenza:

- valutare l'operato del gruppo uniformando le attività infermieristiche;
- vantaggi organizzativi nell'approvvigionamento del materiale;
- migliorare la qualità di assistenza escludendo dubbi che potrebbero insorgere con una informazione orale;
- esecuzione corretta del protocollo e suo mantenimento;
- studio e controllo delle schede compilate con grafici (raccolta dati e loro spoglio).

Per semplificare il lavoro e non incorrere in equivoci interpretativi, si visualizzarono nelle schede le varie procedure dividendo gli spazi a seconda dei parametri fissati.

La prima scheda che avevamo sviluppato (vedi fig.1) non era abbastanza precisa e quindi venne ulteriormente modificata (vedi fig.2).

REGIONE DEL VENETO
 UNITÀ LOCALE SANITARIA N. 11 "OPITERGINO-MOTTENSE"
 PRESIDIO OSPEDALIERO
 STABILIMENTO DI MOTTA DI LIVENZA

SCHEMA RACCOLTA DATI SALA OPERATORIA CHIRURGIA

dati paziente

Cognome	Nome	Età	Data di nascita
Indirizzo	h. entr.	h. usc.	Data
Osservazioni			N. scheda

preparazione paz.

- Identificazione ammalato
- Cartella clinica
- Scheda di visita pre-anestesiologica
- Lastre radiologiche
- Bagno pre operatorio
- Controllo abbigliamento
- Controllo igiene generale (unghie)
- Sede intervento Dx Sx
- Controllo tricotomia
- Tolle protesi
- Presenza di altri tipi di protesi
- Saponata zona intervento
- Vestizione con abb. di sala

prestazioni inf.

- Catetere urinario: Eseguito da cc. di ristagno
- Difficoltà incontrate ora
- Ha urinato prima di entrare in sala operatoria
- Posizionato S.N.G. eseguito da cc. di ristagno
- aspetto
- Eseguita pre-anestesia
- Elettrodi per monitoraggio
- Incanulazione vena periferica idonea
- Preparazione occorrente per: a. sub aracnoidea
 - a. peridurale
 - c.v.c. in giugulare
 - c.v.c. in succlavia
 - a. locale
 - catetere in a. radiale per p.a. cruenta

terapia

- Controllo parametri vitali
- Esecuzione terapia medica:
- Calciparina dos via di somm. ore firma
- Antibiotico nome farm. dos. via somm. ore
- Firma

Posizionamento ammalato sul tavolo operatorio

Osservazioni e valutazioni:

Figura 1

REGIONE DEL VENETO
 UNITÀ LOCALE SANITARIA N. 11 "OPITERGINO-MOTTENSE"
 PRESIDIO OSPEDALIERO
 STABILIMENTO DI MOTTA DI LIVENZA

SCHEMA RACCOLTA DATI SALA OPERATORIA CHIRURGIA

dati paziente

Cognome	Nome	Età	Data di nascita	
Indirizzo	h. entr.	h. usc.	Data	
Intervento ch.			N. scheda	
		Urg.	Elez.	

preparazione paz.

- SI NO
- Identificazione ammalato
 - È stata somministrata terapia dalle ore 24. Quale
 - Cartella clinica
 - Scheda di visita pre-anestesiologica
 - Radiografie
 - Bagno pre-operatorio
 - Controllo abbigliamento
 - Controllo igiene generale
 - Rimozione protesi, presenza protesi particolari
 - Sede intervento Dx Sx
 - Controllo tricotomia
 - Saponata zona intervento
 - Vestizione con abbigliamento di sala op.

prestazioni inferm.

- Catetere urinario: cc. di ristagno Difficoltà
- ora aspetto eseguito da
- Ha urinato prima di entrare in sala oper.
- Posizionamento s.n.g.: cc. di ristagno aspetto
- eseguito da
- Eseguita pre-anestesia
- Elettrodi per monitoraggio cardiaco
- Incanulazione vena periferica idonea
- Preparazione materiale occorrente per:
- a. sub aracnoidea
- a. peridurale
- c.v.c. in giugulare
- c.v.c. in succlavia
- a. locale

terapia

- Controllo parametri vitali: PA FC
- Esecuzione terapia medica:
- Calciparina dos. Via di somm. ore firma
- Antibiotico dos. Via di somm. ore norme farm
- Firma

Osservazioni e valutazioni

.....

Prestazioni eseguite da: firma firma

Figura 2

Verifica

Le schede finora studiate sono n.145 per un totale di tre mesi di compilazione.

I tempi di esecuzione della singola scheda variano a seconda del tipo di intervento chirurgico, ossia alle prestazioni infermieristiche richieste (cateterismo vescicale, posizionamento di sondino nasogastrico, ecc...).

Tutto il personale di sala è stato coinvolto positivamente e questo viene confermato dallo spoglio delle schede.

Esse sono state compilate in modo completo anche nei momenti più critici della giornata (urgenze).

Si è così raggiunta una buona uniformità di gruppo e standardizzazione dei lavori.

74%: schede compilate in modo completo in interventi chirurgici elettivi.

20%: schede compilate in modo completo in interventi chirurgici d'urgenza.

6%: schede non compilate completamente.

L'utilizzo dei kit monopaziente ha portato più rapidità nella preparazione dell'operando evitando inutili corse per l'approvvigionamento del materiale nel momento di necessità.

La vestizione, i controlli dell'ab-

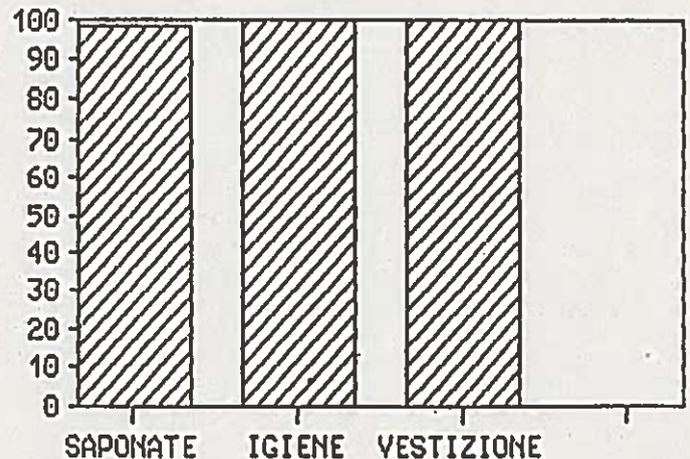
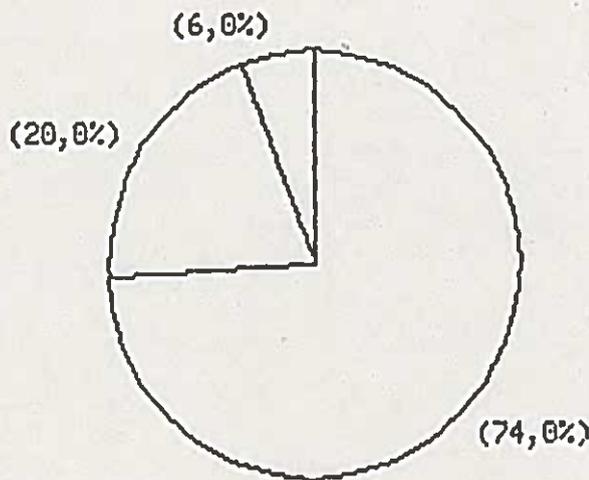
bigliamento, dell'igiene, l'esecuzione della saponata sono infatti ben interpretabili qui nel grafico riprodotto.

Il protocollo così formulato, nato come proposta di lavoro, è diventato per tutta l'équipe uno strumento necessario da adottare nella pratica quotidiana.

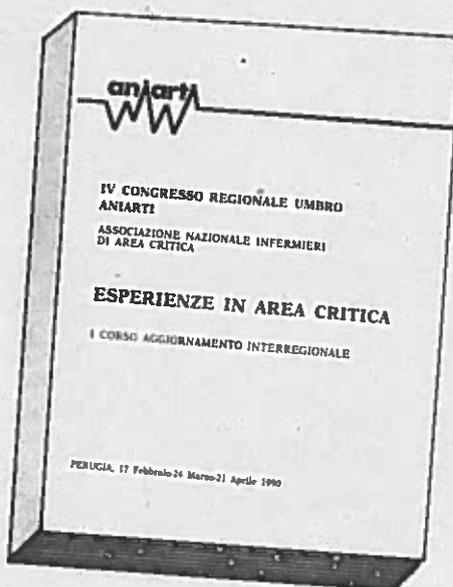
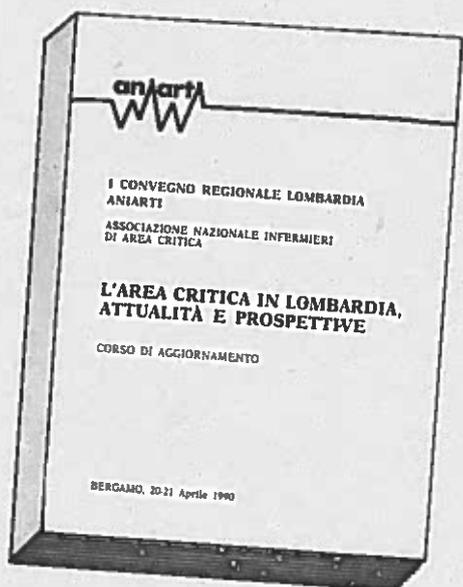
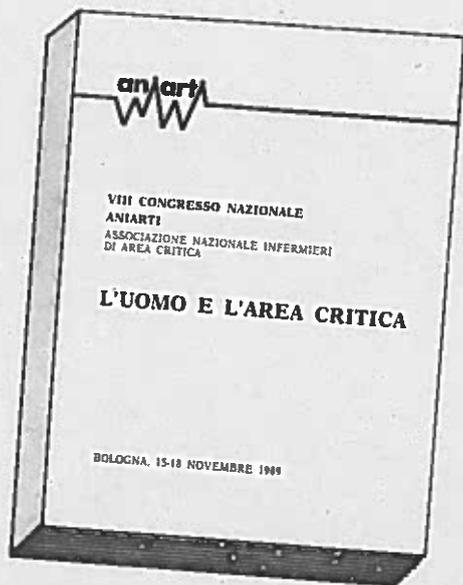
Certamente nel tempo sarà oggetto di modifica in base alle esigenze, paragonabili all'evolversi delle necessità umane e tecnologiche.

Il lavoro è stato condotto in modo semplice, visto che si trattava della nostra prima esperienza.

Nel tentativo di migliorarlo accettiamo suggerimenti di possibili modifiche.



SE LI AVETE PERSI ...



SONO DISPONIBILI

RIVOLGETEVI A

Raniero D'Amuri - P.zza Corazzini 4 - 06074 Ellera Corciano (PG)

Tel./Fax (075) 5170473

Consiglio direttivo

DRIGO ELIO:

Via del Pozzò, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461
c/o Ilo Med. Urg. osp. Udine Tel. 0432/552658

SILVESTRI CLAUDIA:

Via Piculli, 41 36100 VICENZA
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza
Tel. 0444/510000

BANCOLINI CLAUDIA:

Via Marzabotto, 281 20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI) Tel. 02/2427705 c/o Ter. Int. "Fatebenefratelli" MI - Tel. 02/6363493

CASTELLANI MASSIMILIANO:

Viale Giotto, 6 00153 ROMA
Tel. 06/5775225 c/o Rian. "Fatebenefratelli" RM Tel. 06/5873326

CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE
Tel. 055/732323
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi FI Tel. 055/4277557

D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)
Tel. 075/5170473
c/o Infettivologia Osp. PG - Tel. 075/5783366

PITACCO GIULIANA:

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE
Tel. 040/416188
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel. 040/3785206

SILVESTRO ANNALISA:

Via Monte S. Marco, 38 33100 UDINE
Tel. 0432/545329 - c/o Ufficio Aggiornamento USL
n. 7 Udinese
Tel. 0432/552351

STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 1 89015 PALMI (RC)
Tel. 0968/21548 - c/o Rian. Palmi
Tel. 0968/45471

VILLANI SILVIA:

Via Tosarelli, 170 40055 CASTENASO (BO)
Tel. 051/789443
c/o Rian. Osp. Bellaria BO
Tel. 051/6225543

Consiglio Nazionale

FRIULI VENEZIA GIULIA

LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34100 TRIESTE
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp. Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

RAFFIN LUCIA:

Viale Rocco, 20/3 - 20127 PORDENONE
c/o Centrale Operativa Emergenza
Tel. 0434-399505
Osp. "S. Maria degli Angeli" PORDENONE

VENETO

BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel. 0422-23591
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-582444/582793
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

DONÀ LUIGI:

Via Monte Zaitolo, 137/b - 36057 TORRI DI ARCUGNANO (VI) - Tel. 0444-940015
c/o Rianimazione 2a Tel. 0444-993865/993862 U.S.L. n. 8 - VICENZA

FAVERO WALTER:

Via Volpino, 82 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) - Tel. 041-5730277
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale Civile - PADOVA

PEGORARO CHIARA:

Via Giovanni XXIII, 16 - 35010 Vigodarzere PADOVA
Tel. 049-8870593

TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMEA (PADOVA) - Tel. 049-787124
c/o Ospedale - Tel. -8212222/1

LOMBARDIA

BONFOCO ELIANA:

Via Mangiarotti, 8 - 27042 BRESSANA BOTTARONE (PV) - Tel. 0383-88423
c/o Rianimazione II - Tel. 0382-388769/388768

Policlinico "S. Matteo" - PAVIA

BONZI ENRICA:

Via Broseta, 29 - 24100, BERGAMO - Tel. 035-216772
Tel. 0345-43326
c/o Terapia Intensiva Neurochirurgica - Tel. 035-269394
O.O.R.R. - BERGAMO - Largo Barozzi, 1 BG

BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAIANA (SONDRIO) - Tel. 0342-653042
c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 02-8363414 Ospedale "Fatebenefratelli" - Tel. 02-8363493

GIROLETTI ALFREDO:

Via Adua, 5 - 26013 CREMA (CREMONA) - Tel. 0373-201501
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva - Tel. 0373-893268
Ospedale Maggiore - CREMA - Tel. 0373-893222

SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) - Tel. 039-9906219
c/o Rianimazione - Tel. 039-593655 int. 294-295 Ospedale "L. Mandic" Merate (COMO)

PIEMONTE

GIORDANO PAOLA:

Via Frejus, 115 - 10139 TORINO
Tel. 011-331327
c/o Camera Operatoria Ospedale "Molinette" - 10139 TORINO - Tel. 011-6586 249/259

PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI
Tel. 0141-392460

SCHMITZ CLAUDIA:

Via Nizza, 218 - 10128 TORINO
Tel. 011-673258
c/o Rianimazione Osp. Infantile "Regina Margherita" U.S.L. n. 9 TORINO - Tel. 011-6965256

SOVRANI MARCO:

Via Morghen, 25 - 10143 TORINO
Tel. 011-7713680
c/o Ospedale "Mauriziano" - Terapia Intensiva - TORINO - Tel. 011-5080413

LIGURIA

LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 18168 QUINTO (GENOVA) - Tel. 010-336980
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto "G. Gaslini" - GENOVA

AGENO GIACOMO:

Corso Perrone, 2/13 - 18152 Genova Cornigliano

EMILIA-ROMAGNA

LAVALLE TIZIANA:

Via della Beverara, 155 - 40131 BOLOGNA - Tel. 051-6346491 c/o Centrale di Sterilizzazione - Tel. 051-6348430 Ospedale Maggiore - U.S.L. n. 27 - BOLOGNA

SABBATANI PIETRO:

Via Caprera, 39 - 48100 RAVENNA
Tel. 0544-481874 c/o Serv. di Anest. e Rianim. - Tel. 0544-409287 Ospedale "S. Maria delle Croci" - RAVENNA

SPOSITO DONATELLA:

Via Gandino, 38 - 40137 BOLOGNA
Tel. 051-306645 c/o Serv. di Anest. e Rianim.
Tel. 051-8225543 Ospedale "Bellaria"
BOLOGNA

TOSCANA

BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 - 58010 ALBERESE (GROSSETO) - Tel. 0564-407047
c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericordia" - GROSSETO

MANGANI STEFANO:

Via Lavagnini, 30 - 50143 FIRENZE - Tel. 055-470220
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica - Tel. 055-2343830
Clinica "Villa Maria Beatrice" - FIRENZE

MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52026 PIAN DI SCO' (AREZZO) - Tel. 055-951754
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careggi" - FIRENZE

SCHIRRU MASSIMO:

Via della Bassata, 58 - 57100 LIVORNO - Tel. 0586-807824
c/o Rianimazione Tel. 0586-418370 Ospedale

RISALITI GIANNI:

Via Parini, 22 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 055-4211033

MARCHE

FELCINI OLDANO:

Via Abruzzi, 3 - 60035 IESI (ANCONA) - Tel. 0731-542048
c/o Cardiocirurgia - Tel. 071-5965312
Ospedale Cardiologico - ANCONA

ABRUZZI

CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI
DI MATTEO DOMENICA:
Via A. Moro, 7 - 65013 Città S. Angelo PESCARA

UMBRIA

DONATELLI NICOLETTA:

Via dei Gargani, 9 - 05036 Nervi Scalo TERNI
Tel. 0744-737515 - c/o Sala Operatoria Ospedale

MANCINELLI LUCIANO:

Via della Pallotta, 15/A/1 - 06100 PERUGIA - Tel. 075-35712
c/o Centro di Formazione permanente

PESCIAIOLI ALESSANDRA:

Via Borroni, 95 - 06034 FOLIGNO - Tel. 0742-51493

c/o Serv. di Anest. e Rianim. Ospedale - FOLIGNO

LAZIO

PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00186 ROMA - Tel. 06-6245921
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-85192215 Ospedale "BAMBINO GESU'" - ROMA

MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglie, 84 - 00189 ROMA

PUGLIA

CONTI GIUSEPPE:

Via Martin Luter King, 93 - 70124 BARI - Tel. 080-5510164
c/o Servizio di Anestesia e Rianimazione - Tel. 080-275198
275199 Ospedale "Di Venere" BARI

SARDEGNA

DESOGUS MARCO:

Via Cavalcanti, 2 - 09100 SELARGIUS (CAGLIARI) - Tel. 070-531573
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica Tel. 070-539200
Ospedale "San Michele" - U.S.L. n. 21 - CAGLIARI

MARONGIU MARIA TERESA:

Via G.M. Angioli, 103 - 08026 ORANI (NUORO)
Tel. 0784-74559 c/o Serv. di Anest. e Rianimazione
Tel. 0784-38302 Ospedale "S. Francesco" - NUORO

SICILIA

FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel. 091-422032
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel. 091-8664524/10
Ospedale Civico - U.S.L. n. 58 PALERMO

SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.

*Se l'Associazione
è un grande passo avanti,
rinnovarla
può portarti
ancora più lontano*

La nostra associazione coinvolge e rappresenta gli infermieri italiani di area critica e di emergenza, favorendo l'aggiornamento professionale e culturale dei soci.

Essere parte della più grande associazione culturale di infermieri presente oggi in Italia

significa

- contribuire direttamente a sviluppare la professionalità infermieristica;
- essere informati su proposte di aggiornamento e formazione specifica;
- poter partecipare attivamente a iniziative e studi a livello nazionale e locale;
- essere protagonista dei più importanti avvenimenti internazionali di incontro e studio tra infermieri dell'area critica.

permette

- di conoscere le più significative esperienze infermieristiche dell'area critica;
- di stabilire collegamenti con colleghi, strutture ed associazioni nazionali ed estere;
- di disporre di informazioni sulla bibliografia italiana e internazionale del nostro settore;
- di ricevere la rivista scientifica e informativa dell'associazione "Scenario, il nursing della sopravvivenza".

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE
ALL'ANIARTI PER IL 1992.

NUOVA ISCRIZIONE

RINNOVO TESSERA

COGNOME

NOME

M

F

VIA

CAP CITTÀ

PROV TEL

TITOLO PROF. CONSEGUITO
NELL'ANNO

IP 19..... IPS 19..... VI 19.....

AS 19..... APD 19..... DAI 19.....

IID 19..... IG 19.....

ALTRO

LAVORA PRESSO

INFORMAZIONI A SCOPO
STATISTICO

Titolo di studio

MEDIA INFERIORE II
SC.M.SUP.

DIPLOMA SC.M.SUP. UNI-
VERSITÀ ALTRO

n. posti letto ospedale in cui lavori

meno di 100 100-299

300-499 500-799

800-1999 OLTRE I 2000

Esperienza di assistenza in area critica

meno di 2 anni 2-3 anni

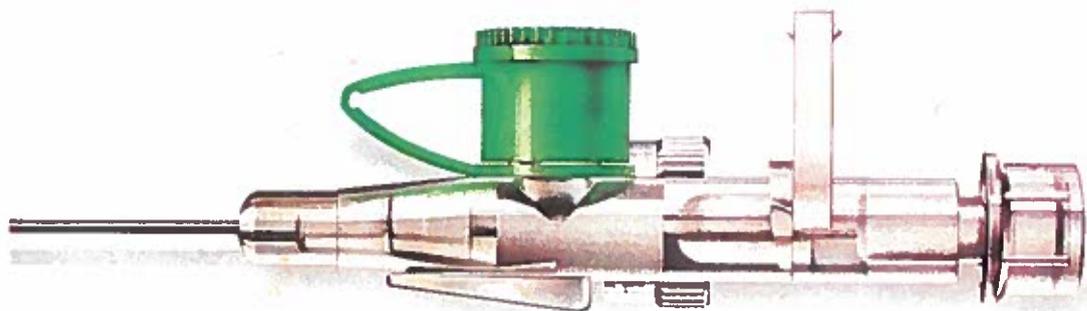
4-5 anni 6-10 anni

10-15 anni più di 15 anni

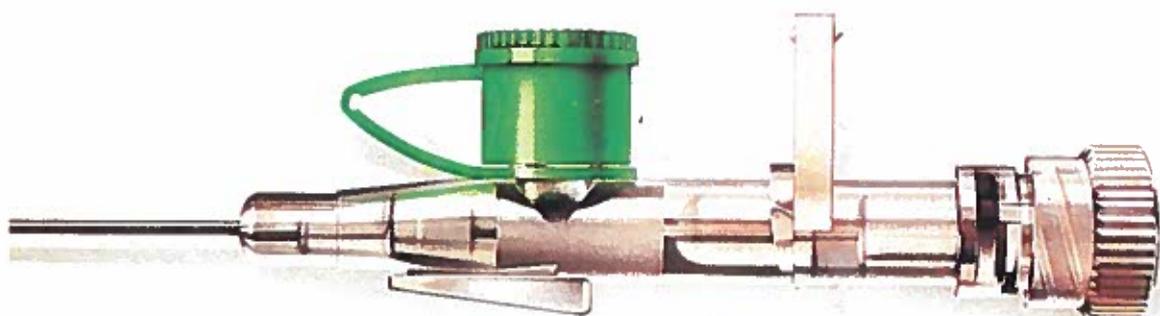
Data Firma

Quota associativa annuale per il 1992
L. 30.000: versamento su c/c postale
n.11606332 intestato: ANIARTI c/o
Elio Drigo, Via di Pozzo, 19 - 33100
UDINE (accludere alla scheda di as-
sociazione il giustificativo di ver-
samento)

**Pensavamo che il Venflon® fosse così
perfetto tanto da non poterlo
migliorare...**



Aevamo quasi ragione.



**VENFLON® 2: la perfezione é stata
migliorata.**

L'originale é solo Venflon®.

Viggo



Viggo AB
Svezia

Rappresentante esclusivo per l'Italia: MOVI S.p.A. - Milano

BOC Health Care

P.M.C. - Reg. Min. Sanità n. 9705