

# UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

**DAR** DISPONIBILE  
IN SISTEMI  
RIPRINTAZIONE **THE LEADING PROJECT**



**Direttore Responsabile** Giuliana Pitacco, Via R. Manna 17 - 34134 Trieste  
Tel./fax 040 416188

**Comitato di Redazione** E. Drigo  
A. Silvestro  
P. Spada  
C. Silvestri

**Segreteria  
Amministrativo/Organizzativa** Gianfranco Cecinati  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

**Pubblicità** Serena Marsuri, Via Urbinese 27/A - 52026 Pian di Scò (Arezzo)  
Tel. 055 951754 - Ter. Int. Osp. Careggi tel. 055 4277557

**Tariffe**

Iscrizione Aniarti 1994 (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° 11064508  
intestato a:

**ANIARTI**  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

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 a:

Uffici ANIARTI  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze  
Fax 055 435700  
Tel. 055 434677

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

# SOMMARIO

NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO PROFESSIONALE Proposta della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI di <i>Elio Drigo</i> .....	pag. 3
MODIFICAZIONI AL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 RECANTE RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SA- NITARIA A NORMA DELL'ART. 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 241 Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 .....	» 4
RELAZIONE ALLA PROPOSTA SULLE NORME REGOLANTI LE COMPETENZE PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA .....	» 41
PROPOSTA PER L'EMANAZIONE DI UN DECRETO MINISTERIA- LE RELATIVO ALLE NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA .....	» 42
BOZZA DI PROPOSTA DI DECRETO MINISTERIALE - PROFILI PROFESSIONALI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA ...	» 46
INSERTO .....	» I

# NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Proposta della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

*La palese inadeguatezza del D.P.R. 225/74 ("Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici") richiede un urgente provvedimento normativo che sia in grado di fornire indicazioni coerenti con l'attuale realtà operativa dell'infermiere.*

*Da molti anni ormai la professione si interroga ed elabora sull'argomento nel tentativo di trasferire in termini normativi:*

- la filosofia infermieristica di attenzione e rispetto per la globalità della persona assistita e
- la logica dell'autonomia professionale necessaria per il campo di specifica competenza.

*La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha elaborato in gennaio '94 una bozza di proposta di decreto (pubblicato nelle pagine seguenti) per il superamento del D.P.R. 225/74 che:*

- ne amplia e ne definisce con maggiore chiarezza i contenuti, pur rimanendo nella logica dell'elencazione delle mansioni,
- specifica anche le modalità dei contesti entro i quali assolvere a determinate mansioni di possibile maggiore problematicità.

*Si può eccepire che, a rigor di logica, non si può parlare di una professione e regolarne l'esercizio con un mansionario: è l'unico caso quello dell'infermiere professionale in cui questo si verifica.*

*Ma forse si devono fare in proposito delle considerazioni storiche, sociali e culturali, esaminare come l'infermiere sia stato fino ad oggi formato, quale sia stato il livello reale di dignità e di consistenza culturale attribuita alle scuole, quali siano state le funzioni e la dignità finora attribuite alla professione nel contesto della "sanità reale". Il quadro che ne esce è desolante,*

*al di là di quanto la professione, nelle sue espressioni più avanzate ha maturato e concettualizzato sia per gli aspetti operativi che culturali.*

*Probabilmente si deve considerare che "natura non facit saltus" (la natura non fa salti) e, trattandosi di materia che implica trasformazioni sociali e culturali, è opportuna in questo momento la proposta per una normativa che favorisca un'evoluzione progressiva.*

*Gli aspetti sostanzialmente positivi della proposta della Federazione si possono così riassumere:*

- 1) la chiara definizione della caratteristica di "elenco da considerarsi esemplificativo ed assolutamente non esaustivo delle prestazioni e degli atti infermieristici". Il che significa che il "nuovo mansionario" non si esaurisce nelle attività elencate nell'allegato riportato;
- 2) la chiara definizione dei tempi per una periodica revisione dell'elenco indicato;
- 3) la definizione di un "nuovo mansionario" riferito alla sola figura infermieristica di base (IP) e l'introduzione di fatto del "superamento del mansionario a partire dalle figure che, in forza di una formazione più elevata possono fin da ora esercitare, in assenza di un elenco di prestazioni e di atti, nei settori di competenza".

*Quest'ultimo punto in particolare, interessa soprattutto gli infermieri di area critica ed attribuisce loro l'opportunità e la grande responsabilità di fronte ai cittadini ed a tutta la professione di aprire la strada nuova dell'autonomia professionale.*

*L'Aniarti, pur esprimendo in linea di principio per i ricordati motivi, la non condivisibilità del fatto di proporre un "mansionario" per*

*una professione, riconosce l'opportunità per il contesto storico e politico di adottare strumenti normativi con carattere di transitorietà stabilita a priori.*

*L'Aniarti si farà parte attiva nel favorire e sollecitare chi di dovere affinché le previste, periodiche revisioni ed il carattere di effettiva transitorietà di tale normativa vengano compiutamente rispettate.*

*L'Aniarti inoltre ritiene che le organizzazioni infermieristiche, e la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI in primo luogo, al fine di pervenire in questo paese ad una normativa fruibile sulla professione infermieristica debbano trovare per il futuro delle strategie decisamente più efficaci per:*

- portare a conoscenza dei cittadini la reale dimensione ed importanza dell'assistenza infermieristica nell'insieme dell'assistenza sanitaria;
- informare sistematicamente e tempestivamente tutti i professionisti sullo stato di avanzamento delle proposte di legge che li riguardano;
- coagulare ed organizzare la attenzione e la presenza attiva degli infermieri al fine di avere la certezza di ottenere delle leggi che siano all'altezza dei tempi che viviamo.

*Non è assolutamente ammissibile che una categoria di professionisti con un ruolo nodale come la nostra sia assente da ogni qualsivoglia considerazione delle istituzioni. Questo pregiudica un'equilibrata concezione ed attuazione dell'assistenza sanitaria.*

*Responsabilizziamoci su questo!*

Elio Drigo

# MODIFICAZIONI AL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 RECANTE RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA A NORMA DELL'ART. 1 DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 241

Per agevolare il confronto tra i due decreti legislativi, sono state evidenziate le modifiche, le sostituzioni e le aggiunte

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n.502.  
*"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*

## IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;  
Visto l'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421;  
Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 1° dicembre 1992;  
Acquisito il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;  
Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 23 dicembre 1992;  
Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro:

EMANA  
il seguente decreto legislativo:

### Titolo I ORDINAMENTO

#### Articolo 1 *Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza*

1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità di finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n.517.  
*"Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*

## IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;  
Visto l'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421;  
Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria;  
Ritenuto di dover introdurre nel predetto decreto alcune disposizioni correttive, nel rispetto dei principi e dei criteri direttivi indicati dalla citata legge n. 421 del 1992;  
Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 30 settembre 1993;  
Acquisito il parere delle commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;  
Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 24 novembre 1993;  
Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro:

EMANA  
il seguente decreto legislativo:

### Titolo I ORDINAMENTO

#### Articolo 1 **1. Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è modificato ai sensi dei seguenti articoli**

#### Articolo 1 *Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza*

1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale **ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale** sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità di finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal

Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle Commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n.13, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome. Ove l'intesa con la Conferenza non intervenga entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente.

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;
- b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;
- c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n.730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;
- d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;
- e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale.

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La Relazione sullo stato sanitario del Paese espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione.

Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle Commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n.13, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome. **Ove non vi sia l'intesa entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente con atto motivato.**

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;
- b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;
- c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n.730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;
- d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;
- e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale;
- f) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti;**
- g) i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza.**

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La Relazione sullo stato sanitario del Paese **predispone annualmente dal Ministro della sanità**, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale **illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio** e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. **La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali.**

7. Su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministro della sanità promuove forme di collaborazione nonché l'elaborazione di apposite linee guida, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano

sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Per questa attività il Ministro si avvale dell'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali.

## Art. 2

### *Programmazione sanitaria e indirizzi delle regioni*

Le linee dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, rientrano nella competenza delle regioni.

## Articolo 3

### *Organizzazione delle unità sanitarie locali*

1. L'unità sanitaria locale è azienda e si configura come ente strumentale della regione, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno sociosanitario delle comunità locali.

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli Enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5. Le regioni disciplinano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro, **sentite le province interessate**:

a) la riduzione delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione può prevedere ambiti territoriali di estensione diversa;

b) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;

c) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi

## Art. 2

### *Competenze regionali*

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

## Articolo 3

### *Organizzazione delle unità sanitarie locali*

1. L'unità sanitaria locale è azienda dotata di **personalità giuridica** pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno sociosanitario delle comunità locali.

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali **su delega dei singoli** Enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con **specificata contabilizzazione**. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5. Le regioni disciplinano, **entro il 31 marzo 1994**, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) la riduzione, **sentite le province interessate**, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione **prevede** ambiti territoriali di estensione diversa;

b) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;

c) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi

facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità sociosanitarie locali;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali;

e) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;

f) è fatto divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario regionale di parte corrente di competenza.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale. Scaduto tale termine, qualora il Presidente della Giunta regionale non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata dal Ministro della sanità con proprio decreto. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del

facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità sociosanitarie locali;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali **che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino di utenza da servire e delle prestazioni da erogare;**

e) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;

f) **il divieto** alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente **da attribuire alla Regione.**

**g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n° 29 e successive modificazioni e integrazioni.**

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. **Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'articolo 20 del Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n° 29, e successive modificazioni e integrazioni verificare mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa.** Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale. Scaduto tale termine, qualora il Presidente della Giunta regionale non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata dal Ministro della sanità con proprio decreto. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del



Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali.

Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il Presidente della Giunta della regione, su conforme delibera della giunta, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità.

7. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario sono **assunti** con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo, il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato.

Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a

Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali **sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.**

Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il Presidente della Giunta della regione, su conforme delibera della giunta, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità.

7. Il direttore amministrativo, il direttore sanitario sono **nominati** con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo, il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato.

Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a

carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dell'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data di provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale, con le unità sanitarie locali o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. La predetta normativa si applica anche di direttori amministrativi e ai direttori sanitari.

10. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal Presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal Presidente della Provincia autonoma di Bolzano e della Regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la

carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dell'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data di provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale, con le unità sanitarie locali o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. La predetta normativa si applica anche di direttori amministrativi e ai direttori sanitari. **La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.**

10. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal Presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal Presidente della Provincia autonoma di Bolzano e della Regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la

commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e per la Provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale.

La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione.

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi, direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- 1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- 2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- 3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvo gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n.327, e dell'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n.55;
- 4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario

Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro **dieci giorni dalla richiesta**. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e per la Provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale.

La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. **Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n° 270.**

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi, direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- 1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- 2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- 3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvo gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n.327, e dell'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n.55;
- 4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario

Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro **il termine fissato dalla legge regionale**. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria Generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n.88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, **il Ministro della sanità, su segnalazione del Commissario del Governo, provvede a costituirlo in via straordinaria con due funzionari designati dal Ministro del tesoro e un funzionario designato dal predetto Commissario del Governo.** Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio di previsione ed il conto consuntivo e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di sette componenti nominati dalla stessa conferenza. **Dette funzioni non sono delegabili.**

13. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria Generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n.88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, **la Regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro.** Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio di previsione ed il conto consuntivo e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza **con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.**

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il Ministro della sanità, **sulla base delle** indicazioni pervenute dalle regioni e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. **Le regioni costituiscono altresì in aziende ospedaliere con le medesime caratteristiche di autonomia, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali, dopo la prima attuazione del presente decreto.** Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'articolo 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento, **ferma restando la composizione prevista dall'articolo 3, comma 12.** La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

- a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n.595. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;
- b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, **nonché i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico, delle facoltà di medicina e chirurgica, e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università.**

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il Ministro della sanità, **attenendosi alle** indicazioni pervenute dalle regioni **previa verifica dei requisiti e**, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. **Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali in possesso dei requisiti richiesti, dopo la prima attuazione del presente decreto.** Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'articolo 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

- a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n.595. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;
- b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

4. Possono essere costituiti in azienda gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni e integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di eliporto.

5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

7. Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro **centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto** le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

- a) prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del Fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale **non inferiore al 30%** e non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;
- b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione **all'atto della costituzione in azienda** tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera a) nonché dei criteri fissati ai sensi dell'articolo 8, comma 6;
- c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;
- d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli

4. Le Regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'Università nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento delle rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni e integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di eliporto.

5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

7. Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro il **31 marzo 1994** le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

- a) prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del Fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;
- b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalla regione tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera a) nonché dei criteri fissati ai sensi dell'articolo 8, comma 6;
- c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;
- d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli

investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della **Giunta regionale** e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, **su delega del direttore sanitario dell'unità sanitaria locale**, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, **su delega rispettivamente del direttore generale e del direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale**. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. **Le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base** delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n.412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 6% e non superiore al 12% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di assoluta impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante **convenzioni con case di cura** o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. **Le convenzioni sono limitate** al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovate. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfetaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore

investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della **Regione** e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo. **Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale**. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. **Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3 comma 5, lettera g) in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base** delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n.412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n° 517, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di assoluta impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante **appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura** o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. **Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono**. I **contratti sono limitati** al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovate. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfetaria comprensiva di tutti gli interventi medici e

della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n.132 e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.129 **in contrasto con le norme del presente decreto.**

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n.412.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41, 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n.833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. I regolamenti del personale dei predetti presidi sono adeguati ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n.412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

#### Articolo 5 *Patrimonio e contabilità*

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio

chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo e **comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517**, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n.132 e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n.129.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n.412.

**11 bis. All fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture dei servizi, le disposizioni di cui all'articolo 35, comma 2, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n° 761, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'articolo 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali.**

12. Nulla è innovato, alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41, 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n.833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. **Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517 i requisiti tecnico-organizzativi e di regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati per la parte compatibile ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n.412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.**

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

#### Articolo 5 *Patrimonio e contabilità*

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni **o delle province** con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti



delle unità sanitarie locali i beni di cui all'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto legge 12 settembre 1983, n.463, convertito con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n.638 - della legge 23 dicembre 1978, n.833.

2. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con **decreto del Presidente della Giunta regionale**. Tale decreto costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4. Entro **centottanta** giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nel rispetto dei seguenti principi:

a) prevedere l'adozione di un documento di piano che contenga le scelte e gli obiettivi che si intendono perseguire;

b) prevedere l'adozione del bilancio pluriennale di previsione che comprenda, per ogni esercizio di riferimento, la previsione dei costi e dei ricavi di gestione. Il bilancio pluriennale evidenzia altresì gli investimenti previsti indicando anche le modalità di copertura e i riflessi previsti sui costi e ricavi di esercizio;

c) prevedere l'adozione, entro il 15 ottobre di ciascun esercizio, coincidente con l'anno solare, di un bilancio preventivo economico annuale in pareggio, relativo all'esercizio successivo, secondo i livelli uniformi di assistenza sanitaria; il bilancio economico preventivo deve essere altresì riclassificato coerentemente con i principi di contabilità pubblica al fine di rappresentare le previsioni di competenza e di cassa delle entrate e delle spese;

d) prevedere la destinazione dell'eventuale utile e le modalità di copertura delle eventuali perdite d'esercizio;

e) prevedere che il finanziamento delle spese relativamente agli investimenti sia assicurato con:

le quote assegnate sul Fondo sanitario nazionale in conto capitale;

i fondi all'uopo accantonati;

l'utilizzazione di altre fonti di autofinanziamento;

i contributi in conto capitale dello Stato, delle regioni e di altri enti pubblici;

ricorso a mutui e ad altre forme di credito con le modalità di cui all'articolo 3, comma 5; lettera f), punto 2;

f) prevedere l'adozione della contabilità analitica, avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione, con separata rilevazione delle attività degli eventuali presidi ospedalieri;

g) prevedere la tenuta delle seguenti scritture obbligatorie:

il libro giornale;

il libro degli inventari;

trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'articolo 65, primo comma - come sostituito dall'articolo 21 del decreto legge 12 settembre 1983, n.463, convertito con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n.638 - della legge 23 dicembre 1978, n.833.

2. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con **Provvedimento regionale**. Tale provvedimento costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4. Entro **novanta** giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517 le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al Codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n° 127, e prevedendo::

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali avanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo;

il libro delle deliberazioni;

il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori dei conti;

h) prevedere la trasmissione alla regione ed ai ministeri competenti di un rendiconto trimestrale, sottoscritto dal direttore generale e dal direttore amministrativo, di riclassificazione finanziaria, redatto secondo le modalità previste dalle vigenti normative e dal quale risultino:

le previsioni delle entrate e delle spese di competenza;

i crediti e i debiti di bilancio distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

le riscossioni, i pagamenti ed il fondo di cassa distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;

i) prevedere, a partire dal 1° gennaio 1994, l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile previo esperimento per un periodo di un anno in cui esso viene affiancato alla vigente contabilità finanziaria.

5. Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è predisposto, tenuto conto dell'esigenza di consolidamento dei conti pubblici e dell'informatizzazione da finalizzare anche agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n.468, e successive modificazioni ed integrazioni, apposito schema, con decreto interministeriale emanato d'intesa fra i Ministri del tesoro e della sanità. Per l'evidenziazione delle spese del personale si provvede secondo le disposizioni emanate ai sensi dell'articolo 2, lettera h) della legge 23 ottobre 1992, n.421.

#### Articolo 6

##### *Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*

1. Le regioni stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, di intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento dei singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie o ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le

5. Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema con decreto interministeriale emanato di concerto fra il Ministro del Tesoro e della Sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

6. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n°468, e successive modificazioni e integrazioni nonché all'attuazione delle disposizioni emanate ai sensi dell'articolo 2, lettera h), della legge 23 ottobre 1992 n°421 in ordine alle evidenziazione delle spese di personale ai fini delle esigenze di consolidamento dei conti pubblici e della relativa informatizzazione. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e viene mantenuta in via provvisoria la vigente contabilità finanziaria.

#### Articolo 6

##### *Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*

1. Le regioni nell'ambito della programmazione regionale stipulano specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, di intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie o ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono

università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale, le università, le regioni, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n.257/91, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257.

3. A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n.421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera.

Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n.341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private accreditate e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n.341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti.

I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente.

regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. **I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali.** Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n.257/91, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.257.

3. A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n.421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. **I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili.** Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n.341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n.341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. **I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.** I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente. **L'esame**

I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n.341, sono soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono stipulati dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le istituzioni interessate di cui al comma 1. I predetti ministri forniscono congiuntamente gli indirizzi per la corretta applicazione degli accordi.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria svolge anche le funzioni assistenziali.

#### Articolo 7 *Presidi multizonali di prevenzione*

1. La legge regionale attribuisce la gestione dei presidi multizonali di prevenzione ad un apposito organismo per la prevenzione, unico per tutto il territorio regionale, costituito secondo i principi di cui all'articolo 3, comma 1, nei termini di cui al comma 5 dello stesso articolo. Per le specifiche funzioni allo stesso attribuite il direttore sanitario dell'organismo, in deroga a quanto previsto all'articolo 3, è denominato direttore tecnico sanitario ed è un laureato appartenente al ruolo sanitario o professionale. Il consiglio dei sanitari assume la denominazione di consiglio dei sanitari e dei tecnici ed è costituito da laureati del ruolo sanitario e professionale, nonché da una rappresentanza del restante personale tecnico.

2. Al fine di assicurare indirizzi omogenei ai controlli ed alla prevenzione nonché di pervenire ad una idonea strumentazione e dotazione tecnica su tutto il territorio regionale, le regioni riorganizzano gli attuali presidi multizonali di prevenzione secondo i seguenti principi e criteri:

finale, che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n.341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994 garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta dei Ministri della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico sociosanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. E' fatto assoluto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia ed in odontoiatria..

#### Articolo 7 *Dipartimenti di prevenzione*

1. Le regioni istituiscono presso ciascuna unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni attualmente svolte dai servizi delle unità sanitarie locali ai sensi degli articoli 16, 20 e 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento è articolato almeno nei seguenti servizi:

- a) definire l'ambito territoriale dei presidi multizonali di prevenzione, di norma su base provinciale;
- b) riorganizzare i presidi multizonali di prevenzione su base dipartimentale articolandoli in almeno due sezioni, delle quali una per la prevenzione ambientale, che svolgono, in ragione delle specifiche competenze, anche funzione di consulenza e di supporto del Ministero della sanità e del Ministero dell'ambiente;
- c) attribuire ai dipartimenti di cui alla lettera b), secondo il criterio di ripartizione in sezioni, le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali di cui alla lettera e), nonché di consulenza e supporto a comuni, province e altre amministrazioni pubbliche;
- d) prevedere che i dipartimenti di cui alla lettera b) svolgano attività di analisi sulla base dei programmi regionali ovvero a richiesta dei soggetti di cui alle lettere b) e c) nonché su richiesta delle unità sanitarie locali;
- e) riorganizzare gli attuali servizi delle unità sanitarie locali che svolgono le funzioni previste dagli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge n.833/78, fatte salve le competenze attribuite dalla legge ad altre autorità, in un apposito dipartimento per la prevenzione;
- f) articolare il dipartimento di cui alla lettera e) almeno nei seguenti servizi:

- 1) prevenzione ambientale;
- 2) igiene degli alimenti;
- 3) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- 4) igiene e sanità pubblica;
- 5) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento tecnico delle attività di sanità pubblica veterinaria.

4. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate congiuntamente dal Ministero della sanità e dal Ministero dell'ambiente che si avvalgono, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli Istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA, e degli istituti zooprofilattici sperimentali.

5. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;

d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria.

2. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli istituti zooprofilattici sperimentali, dell'agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

3. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

Titolo II  
PRESTAZIONI

Articolo 8

*Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*

1. Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n.412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico quando ricorrono eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;
- c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;
- d) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;
- e) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitaro per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme gradualistiche di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

g) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che nell'arco di un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto l'accesso medesimo sia consentito a tutti i medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici incaricati di guardia medica e per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio

Titolo II  
PRESTAZIONI

Articolo 8

*Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*

1. Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da **appropriate** convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n.412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico quando ricorrono eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;
- c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;
- d) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;
- e) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitaro per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno **prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari** e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme gradualistiche di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. **Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed eventualmente delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;**

g) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo l'accesso medesimo sia consentito **prioritariamente** ai medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n.256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici **che alla data del 31 dicembre 1992 risultavano titolari di incarico per il servizio di guardia medica**, per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n.218, e

1992, n.218, che siano in servizio alla data del 31 dicembre 1992;

h) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibile direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

per i medici che alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, risultavano iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale;

h) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibile direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

1 bis. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro il triennio indicato al comma 7, le regioni possono inoltre individuare aree di attività della guardia medica e della medicina dei servizi che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto di impiego. A questi fini i medici addetti a tale attività che al 31 dicembre 1992 risultavano titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno 5 anni, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, da Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità e lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n.412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica di cui al **Prontuario terapeutico nazionale** per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito e nei limiti del prezzo fissato per i farmaci dai provvedimenti del CIP e per gli altri prodotti dai relativi tariffari. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta correlata del bollino o ad altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n.412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal sistema sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta correlata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto

previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ad ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n.833, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. Con il medesimo provvedimento sono fissati i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati ed i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi, nonché per la classificazione dei presidi e delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e per le attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni. La disciplina di cui al presente comma si applica anche alle corrispondenti strutture pubbliche.

previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ad ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n.833, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993, nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

- a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;
- b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1 comma 4, lettera b);
- c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
- d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
- e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione del gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
- f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
- g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
- h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per



**l'aggiornamento dei requisiti minimi al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.**

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'articolo 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta del presidio o del professionista erogante da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale, dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n.412, entro il 31 dicembre 1993, le regioni e le unità sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Agli eventuali oneri derivanti dalla cessazione dei rapporti convenzionali vigenti si fa fronte in via prioritaria con appositi accantonamenti di quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente a decorrere dal 1994.

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di Istituti ed Enti di cui all'articolo 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. Con tali soggetti l'unità sanitaria locale intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restando la facoltà di libera scelta del presidio o dei professionisti eroganti da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale, dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta, nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25 ultimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 8330. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n.412, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994, le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7 utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo

# INSERTO

ATTI DEL III CONVEGNO REGIONALE  
LOMBARDIA

Corso di aggiornamento

## PROTOCOLLI E STANDARDS GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA SI INTERROGANO

MILANO, 12 GIUGNO 1993

### OBIETTIVI

- Sensibilizzare gli infermieri sull'importanza di un quadro di riferimento per l'esercizio professionale.
- Sviluppare gli elementi teorici per la definizione di protocolli e standards.
- Fornire gli elementi critici per l'adozione di protocolli e standards.
- Offrire un'occasione di incontro e di studio tra professionisti.

### MATTINO

#### ASPETTI TEORICI

Moderatore: P. Spada

- Il significato di un modello di riferimento nell'esercizio professionale  
(A. Lollo)
- Procedure, protocolli e standards: teoria e modalità di strutturazione  
(A. Silvestro)
- Protocolli e standards e il DL 502/92 di riforma del SSN  
(M. Lusignani)

### POMERIGGIO

#### PRESENTAZIONE DELLE ESPERIENZE

Moderatore: A. Silvestro

Presentano i loro elaborati le seguenti équipes:

- Ospedale Regionale della Beata Vergine, Mendrisio (Svizzera)  
(C. Mercolli)
- UTIC Ospedale L. Sacco USSL 75 Milano  
(G. Magon)
- Rianimazione e TI Ospedale Maggiore USSL 53 Crema (CR)  
(A. Manzoni)
- Rianimazione e TI Ospedale Mantova  
(B. Speciali)
- UTIC Ospedale Mantova  
(P. Mantovanelli)
- Rianimazione e TI Ospedale di Circolo Varese  
(P. Agrati)

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

IL NURSING NELLA  
SOPRAVVIVENZA



# SCENARI



# IL SIGNIFICATO DI UN MODELLO DI RIFERIMENTO NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Autore I.D. Angela Lolli

USSL 75/VI Milano

Adottare un modello di riferimento nell'esercizio professionale significa avere una costante guida dalla quale trarre indicazione per la pratica.

Ma cosa è un modello di riferimento infermieristico? Utilizzando la definizione di una collega canadese, E. Adam, presentata in un suo testo, intitolato "Essere infermiera", il termine modello indica un modo per rappresentare un determinato fenomeno della realtà attraverso diverse forme, per poi poterlo studiare nel dettaglio.

I modelli possono essere di vario genere: fisici, matematici, concettuali o teorici.

I modelli matematici sono le infinite formule matematiche che rappresentano i numerosi fenomeni del mondo fisico.

Il sarto tagliando su carta la sagoma del vestito si costruisce un modello di natura fisica (concreta) del vestito che confezionerà; così in meccanica quando si costruisce un prototipo di un motore non si fa altro che fabbricare un modello del futuro apparato meccanico, per studiarlo meglio nelle sue diverse componenti. Infine lo studio dell'anatomia avviene anche su modelli anatomici, costruiti con materiale plastico. Essi sono modelli del corpo umano.

Analogamente a questi modelli fisici, il modello teorico o concettuale utilizza parole, proposizioni anziché carta, metallo o materiale plastico, per rappresentare il fenomeno studiato.

Il sociologo, ad esempio, nella sua disciplina, dispone di vari modelli, come quello funzionalista o quello marxista, che disegnano, rappresentano le componenti della società; lo psicanalista che sceglie il modello psicanalitico freudiano, può rappresentarsi le componenti della psiche e quindi ne trae indicazioni per il suo intervento terapeutico.

Così l'infermiere, attraverso i suoi modelli di riferimento disciplinari, si crea una propria concezione dell'assistenza infermieristica e di conseguenza del proprio ruolo professionale nella società.

Altri tipi di modelli sono quelli ingenui o profani che ogni persona, nella nostra collettività, ha elaborato, più o meno consciamente, sui diversi fenomeni della realtà quindi anche della professione infermieristica.

Ciò è reso possibile dalle notizie in suo possesso, dagli stereotipi presenti in quella data cultura, dalle esperienze condotte, come utente, nei servizi sanitari.

Questa premessa può risultare utile per dimostrare,

basandoci sull'esperienza quotidiana, che ogni persona sviluppa delle concezioni, delle definizioni ingenuie circa le diverse componenti della realtà, sulle quali basa la sua azione.

Ovviamente i professionisti che sviluppano una competenza su quel determinato fenomeno non possono ritenerle sufficienti quindi si devono impegnare nell'elaborare modelli disciplinari che definiscono le peculiarità di quel dato fenomeno utilizzando il linguaggio specifico della disciplina in oggetto.

Solo attraverso questo contributo il gruppo professionale potrà definire a sé, agli altri professionisti, alla collettività la natura della propria specificità professionale sulla quale ha sviluppato una competenza esclusiva quindi di sua unica pertinenza.

Modello famosissimo, diffuso in tutto il mondo fin dagli anni sessanta è il modello di Virginia Henderson, collega statunitense.

In Italia la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli studi di Milano ha elaborato un proprio modello — *Il modello delle prestazioni infermieristiche* — in sintonia con la nostra cultura, in quanto, evidentemente, i modelli elaborati dalle colleghe statunitensi, sono legati e traggono origine dalla cultura anglosassone e non italiana. Ricordo che il contributo del gruppo ANIARTI risultò significativo nel delineare, in questo modello, la specificità infermieristica dell'area critica.

Ritornando all'elaborazione del Modello delle prestazioni infermieristiche si intende sottolineare le finalità generali: essenzialmente ridefinire, in termini professionalizzanti, l'assistenza infermieristica cioè l'attività professionale infermieristica, al fine di fornire alla persona e alla comunità un servizio di qualità. L'esperienza di lavoro di questi anni mi porta infatti a sostenere che, qualora manchi la condivisione di una precisa concezione di assistenza infermieristica quindi del proprio ruolo, gli infermieri di una stessa équipe inevitabilmente, loro malgrado, si trovano a parlare linguaggi diversi, a non comprendersi.

Chi è l'infermiere? In che cosa consiste l'assistenza infermieristica?

Non devono sembrare domande banali, soprattutto se a questi quesiti, ogni infermiere dà risposte diverse e personali rendendo così il gruppo incapace di condividere progetti, di comprendere i cambiamenti e leggerli, di conseguenza, in modo critico.

Un esempio: con la creazione degli operatori tecnici addetti all'assistenza si è fatta, a parere di chi scrive, volutamente molta confusione.

In particolare nella definizione dei compiti di tale figura emerge fra le righe un equivoco pericoloso fra la definizione di assistenza alberghiera e quella di assistenza infermieristica.

Si sostiene che all'operatore tecnico addetto all'assistenza è stata affidata l'assistenza alberghiera. Ma leggendo attentamente i documenti che riguardano questa figura, avendo come riferimento il Modello delle prestazioni infermieristiche, si rileva che invece questa figura, che dovrebbe essere un esecutore, in realtà, è formato per rispondere ad alcuni bisogni di assistenza infermieristica della persona.

Ecco quindi che, come infermieri, siamo in grado di definire, sulla base di un modello scelto, quale è la nostra attività specifica e quindi giungere alla conclusione, ad esempio, che all'operatore tecnico addetto all'assistenza sono affidate delle azioni squisitamente infermieristiche.

A queste condizioni quale servizio stiamo fornendo alla persona, alla collettività? Probabilmente un servizio a rischio, squalificato: non è una questione che riguarda unicamente una rivendicazione professionale, è soprattutto in gioco la tutela della salute della persona assistita che, in quanto professionisti, dobbiamo difendere.

Scriva Adam: "l'infermiera ha delle proprie funzioni ..., quando essa delega le sue funzioni proprie ... ad un personale non qualificato ... delega il proprio

ruolo ad una persona che non è preparata a svolgerlo; la società desidera un servizio (quello infermieristico) e conta su questo servizio; nessun altro lavoratore può svolgere questo servizio al posto dell'infermiera, non essendo né così ben preparato né così ben disposto ...".

Concludendo, si potrebbe pensare che una relazione, centrata su questa tematica, è forse "troppo teorica", posta come primo intervento in una giornata di studio su protocolli e standard.

Ma alle domande: su quali azioni infermieristiche definire i protocolli? Su quali aspetti definire gli standard?

Inevitabilmente dovrete darvi delle risposte, nelle quali si rifletterà la vostra scelta, la vostra concezione di assistenza infermieristica. Da qui la necessità di riflettere insieme su questa premessa mettendovi a disposizione quanto alcuni colleghi stanno studiando su tali questioni per raggiungere, insieme, lo stesso obiettivo: una maggior competenza del nostro gruppo professionale per un servizio migliore alla persona.

### Bibliografia

- ADAM E., *Essere infermiera*, Vita e pensiero, Milano, 1989.  
VITA A.M., ORTELLI S., FIAMMINGHI M. (a cura di), *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche*, Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano, 1993.

# PROCEDURE, PROTOCOLLI E STANDARDS: TEORIA E MODALITÀ DI STRUTTURAZIONE

Autore I.I.D. Annalisa Silvestro

Buon giorno a tutti i colleghi convenuti e a tutti i relatori.

In qualità di Vicepresidente Aniasi rinforzo i saluti che Spada vi ha espresso a nome del Presidente Drigo e dell'associazione tutta.

L'argomento che trattiamo in questa giornata di studio è relativamente nuovo, anche se piuttosto conosciuto.

Quanto detto può apparire come una contraddizione di termini, ma in realtà non è così; da tempo si sente parlare di protocolli, procedure, di "standards", nelle maniere più diverse ed alle volte addirittura dicotomiche.

Spesso le diversità che si vengono evidenziando, non sono semplici e di forma, ma importanti e relative ai contenuti, ai concetti e a come e quando utilizzare questi importanti metodi e strumenti di lavoro.

Mi sembra anche estremamente positiva la volontà di interrogarsi che emerge come sottotitolo del convegno; non è più infatti il tempo delle ricette buone e valide comunque e dovunque ma il tempo delle proposte, del confronto, della riflessione e delle scelte ragionate e maturate.

Abbiamo ascoltato poco fa la relazione di Lolli che ci ha evidenziato il significato e quindi l'importanza di possedere ed utilizzare un modello di riferimento nell'esercizio professionale.

Vedremo insieme quale potrebbe essere una modalità per tradurre nell'operativo questi concetti e valori così importanti e significativi, sia per lo sviluppo della nostra professionalità che della nostra professione. I sistemi organizzativi nei quali operiamo sono complessi, tendenzialmente rigidi e scarsamente disponibili al cambiamento.

È però evidente che il cambiamento deve prodursi per poter migliorare la qualità del lavoro, elevare lo standard di risultato e quindi dare un "vero" servizio sanitario al cittadino.

Migliorare la qualità dell'assistenza significa:

- avere modelli di riferimento;
- lavorare con metodo scientifico;
- utilizzare la logica programmatoria e cioè definire:  
1) obiettivi; 2) risorse, tempi e metodi; 3) modalità di valutazione e di verifica del processo di lavoro;  
4) indicatori di risultato;
- mantenere e valorizzare abilità, competenze, modelli cognitivi e comportamentali;
- gestire l'autonomia operativa e la discrezionalità decisoria;

- assumersi la responsabilità del risultato del processo assistenziale attuato.

Tutto questo è teoricamente accettato, assodato, ritenuto "conditio sine qua non" dalla professione e dal sistema sanitario e sociale; ma concretamente, qual è la realtà dei nostri servizi?

Spesso vediamo:

- lavoro tendenzialmente per compiti,
- metodi empirici,
- logica routinaria,
- scarsa o assente manutenzione della professionalità,
- dipendenza operativa,
- scarsa o nulla discrezionalità decisoria sia formale che sostanziale.

Cosa fare dunque per tradurre nell'operativo quanto suggerito da Lolli ed evidenziato poco fa?

È necessario definire metodi e strumenti di lavoro che, pur integrandosi nell'attuale sistema, pongano solide basi per il cambiamento assistenziale ed organizzativo; metodi e strumenti che ricalchino la logica del modello di riferimento, la scientificità metodologica, la logica del processo programmatorio e l'inderogabilità della verifica.

Il protocollo assistenziale si attaglia a quanto presentato e sostenuto perché è uno strumento che viene costruito: a) con metodo scientifico, pur senza riconoscere l'esperienza; b) con logica programmatoria, per raggiungere obiettivi prestabiliti; c) con predefinitezza dei criteri di verifica necessari a valutare il livello di risultato raggiunto (standard di risultato). Di conseguenza, il protocollo assistenziale, utilizzando questa logica, favorisce l'auto e l'etero formazione, l'auto e l'etero valutazione, la responsabilizzazione sul risultato e la revisione della qualità assistenziale raggiunta.

Cos'è dunque il protocollo assistenziale.

È un modello formalizzato del comportamento professionale, che viene elaborato collegialmente, sulla base di conoscenze scientifiche e di riscontri esperienziali.

È uno strumento tendenzialmente flessibile, utilizzabile prevalentemente nell'ambito del contesto per il quale è stato elaborato, che responsabilizza il gruppo che lo utilizza.

Il protocollo può essere utilizzato sia in ambito organizzativo che assistenziale per affrontare e trattare bisogni/problemi comuni a *più* ammalati che si trovano o nella stessa unità operativa (ad es: reparto di unità coronarica = mobilitazione efficace dei pazienti

allettati e totalmente dipendenti dall'infermiere) o coinvolti nella stessa situazione assistenziale (ad es: mantenimento della ventilazione in paziente in criticità vitale sulla strada a seguito di incidente automobilistico).

In sintesi quindi, il protocollo assistenziale:

- individua l'obiettivo da raggiungere,
- traccia un percorso "tipo" del processo di lavoro necessario per raggiungere l'obiettivo,
- individua le risorse umane e materiali indispensabili al processo di lavoro,
- definisce lo "standard" di risultato.

Come si costruisce/elabora un protocollo assistenziale.

La prima fase è orientata a:

- definire e circoscrivere il problema/bisogno su cui si desidera costruire il protocollo;
- analizzare le conoscenze scientifiche multidisciplinari inerenti il problema/bisogno;
- individuare tipologia e quantità delle risorse umane e materiali indispensabili per raggiungere l'obiettivo posto;
- definire temporalità (quando, ogni quanto), gradualità (cosa prima e cosa in successione) e complessità (diverse tipologie professionali/più reparti o sezioni coinvolti nello stesso protocollo = alta complessità = maggiore presidio per raggiungere l'obiettivo).

La seconda fase è orientata a:

- strutturare e formalizzare il percorso di lavoro "Tipo";
- definire lo standard di risultato = frequenza auspicabile di risultato = indicatore di risultato = ciò che definisce le caratteristiche quali-quantitative di un risultato raggiunto o da raggiungere;
- ipotizzare miglioramenti su: 1) risorse umane e materiali 2) percorso di lavoro 3) qualità di risultato.

A questo punto diventa necessario evidenziare la differenza esistente tra "Protocollo" e "Procedura".

Cos'è dunque la procedura.

È la sequenza degli atti che compongono un'azione infermieristica.

È uno strumento tendenzialmente rigido, costruito con metodo scientifico, con definizione dell'obiettivo e dei

criteri di verifica, utilizzabile ovunque e non solo nel luogo dove è stato elaborato e che responsabilizza chi lo applica (es: la cateterizzazione vescicale, la broncoaspirazione, l'inserimento di una catetere venoso periferico).

In sintesi quindi, la procedura:

- individua l'obiettivo da raggiungere,
- traccia il percorso dell'azione assistenziale,
- individua le risorse umane e materiali indispensabili al raggiungimento dell'obiettivo,
- definisce lo "standard" di risultato.

Come si costruisce/elabora una procedura.

La prima fase è orientata a:

- circoscrivere e definire l'azione e l'obiettivo;
- analizzare le conoscenze scientifiche multidisciplinari inerenti l'azione/obiettivo;
- definire lo standard di risultato;
- individuare le risorse umane e materiali indispensabili al raggiungimento dell'obiettivo.

La seconda fase è orientata a:

- costruire la sequenza degli atti che compongono l'azione assistenziale;
- formalizzare le modalità di controllo del risultato nel tempo breve e nel tempo medio;
- ipotizzare miglioramenti su:  
1) risorse umane e materiali 2) risultati.

Da ultimo ed in sintesi:

La Procedura:

- a) responsabilizza il singolo,
- b) è tendenzialmente rigida,
- c) è elaborata su basi scientifiche multidisciplinari, anche da un singolo operatore,
- d) è utilizzabile ovunque,
- e) deve essere rivista periodicamente.

Il protocollo:

- a) responsabilizza il gruppo;
- b) è tendenzialmente flessibile,
- c) è elaborato su basi scientifiche multidisciplinari ma anche sul vissuto esperienziale del gruppo;
- d) è utilizzabile efficacemente solo dove elaborato,
- e) richiede un'elaborazione ed accettazione di gruppo,
- f) deve essere rivisto periodicamente,
- g) può prevedere al suo interno alcune procedure.

# PROTOCOLLI E STANDARDS GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA SI INTERROGANO (\*)

RELAZIONE PRESENTATA AL CONVEGNO REGIONALE ANIARTI LOMBARDIA

Milano, 12 giugno 1993

MAURA LUSIGNANI

## PROTOCOLLI E STANDARDS E IL D.L. 502/92 DI RIFORMA DEL S.S.N.

Lo scopo di questo intervento è quello di ricercare e prospettare relazioni fra il Decreto Legislativo n. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992 n. 421" e le diverse forme di standardizzazione che possono essere elaborate per l'assistenza infermieristica.

Ritengo che parlare di standards e protocolli significhi introdurre il concetto di regolamentazione dell'assistenza infermieristica.

Che cosa vuol dire allora regolamentare?

Vuol dire determinare una specifica posizione della professione infermieristica nella comunità e anche definire quale è il tipo di potere che ha la professione stessa nel governo delle proprie caratteristiche.

Tutto questo però deve tenere conto di elementi di contorno quali:

- 1) la cultura del paese in cui si trova la professione;
- 2) la posizione di altre professioni nella stessa società;
- 3) il potere politico in genere delle professioni.

Quindi regolamentare vuol anche dire chiarire il tipo di "contratto" che noi come professione vogliamo fare con la società.

Possiamo porci in due modi sostanzialmente diversi:

- 1) offrire un modello di tipo paternalistico in cui l'infermiere ha la capacità di decidere razionalmente e in modo competente nell'interesse della persona quali sono le sue necessità.

È questo però un modello che deve essere superato pienamente in quanto l'assistenza erogata per mansioni che nel nostro caso fa trasparire questo modello, non trova giustificazioni scientifiche nella disciplina infermieristica.

- 2) Altro modello che si può offrire, sorto sulla spinta verso un riconoscimento dei diritti di libertà del paziente, è il modello contrattualistico. Esso propone la statuizione di un patto o contratto fra soggetti consenzienti che si accordano sulla erogazione di una determinata prestazione.

Quindi, in questo caso, nel rispetto di regole di cui la società si dota, l'utente può avvalersi per le pro-

prie necessità della competenza di un professionista.

Ecco allora che sorge l'esigenza di dover stabilire regole, criteri, standards per poter garantire alla persona che richiede il servizio infermieristico, quali sono le condizioni minime alle quali la professione deve erogare le prestazioni infermieristiche.

Queste regole devono servire al professionista per autoregolarsi in quanto questo assicura qualità nella performance e diventa il cuore della relazione fra comunità e infermiere.

Le regole, i criteri e gli standards a che cosa si possono riferire, quale contenuto debbono riguardare?

Essi non possono essere collegati solamente alla valutazione dell'assistenza che eroghiamo alle persone; devono essere collegate sia alla formazione che alla pratica dell'assistenza e devono quindi integrare le caratteristiche di questi due campi.

Possiamo ora collegarci al Decreto Legislativo 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421" per poter verificare come nella realtà della nostra professione oggi, possiamo realizzare la regolamentazione di cui parlavamo, nella formazione e nella pratica.

Sapete che questo è un Decreto molto discusso, molto contestato da diverse forze politiche, e addirittura contrastato da alcune regioni italiane che hanno fatto ricorso contro di esso, perchè toglieva autonomia alle Regioni (fra queste anche la Regione Lombardia che ha intentato ricorso per incostituzionalità).

Nonostante ciò esso è stato definito il Decreto che "regionalizza" in maggior misura la sanità.

Parere favorevole è stato espresso invece sull'art. 6 da parte di tutte le forze politiche. Noi, al Collegio di Milano, abbiamo avuto il piacere di ospitare nell'aprile 1993 in occasione di una Tavola Rotonda, l'On. Maria Pia Garavaglia e anch'essa si era espresa a favore dell'art. 6.

Comunque sia, nonostante le grosse ambiguità in esso presenti, l'art. 6 ha stabilito che:

- 1) alla formazione infermieristica vi si accede con il diploma di maturità, eccezion fatta per il prossimo triennio: "... Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria su-

(La redazione)

Il presente articolo è già comparso su "Scenario n. 4/93" ma per maggior completezza di questo inserto si è deciso di ripubblicarlo.

ARTICOLO SCENARIO 1/94



periore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado".

- 2) La formazione diventerà strutturata sulla base dell'ordinamento didattico universitario e mediante i protocolli d'intesa verrà effettuata in sede ospedaliera.
- 3) Le attuali scuole verranno soppresse entro tre anni e trasformate in diploma universitario in scienze infermieristiche.

Ci si rende conto che la trasformazione della formazione sarà un'operazione difficile, ma oramai è necessaria e impellente, pena la perdita di autorevolezza della professione. Se allora dovessimo costruire oggi regole o criteri che sostengono la formazione e che si rivolgono alle persone che richiedono il nostro servizio dovremmo dire:

- 1) che la formazione infermieristica diventi tutta svolta in università con il diploma universitario in scienze infermieristiche (trasformando quindi tutte le attuali scuole, evitando i due canali che rischiano d'esserci fino al 1998, risolvendo il problema maturità);
- 2) che l'ordinamento didattico sia universitario e che per la sede in cui si svolge il tirocinio vengano sottoscritti i protocolli d'intesa (ciò comporterà una riduzione del numero complessivo di scuole presenti sul territorio di ogni Regione);
- 3) che le specializzazioni post diploma universitario in scienze infermieristiche trovino la loro collocazione in università (superando la brevità degli attuali corsi di perfezionamento);
- 4) che l'infermiere possa conseguire una laurea in scienze infermieristiche da utilizzare per la docenza nelle scuole ai diversi livelli e la dirigenza dei servizi (rifiutando le prospettive che le forze sindacali e politiche avanzano offrendo una laurea in scienze sanitarie che a parere di chi scrive è una laurea che apparentemente potrebbe accontentare tutti ma che in realtà non riconosce la specificità di nessuna professione);
- 5) che questi criteri si raccordino con quanto previsto nella proposta di legge di Riforma delle professioni sanitarie in quanto quest'ultima ha contribuito in parte a creare confusione sul futuro della professione.

Sulla base di questa ultima regola, si può allora sostenere che un altro criterio deve essere che la professione infermieristica sia unica e non più divisa in tre parti, come prospettato dalla proposta di Legge. Se queste regole costituissero un minimo salto di qualità potremmo dire allora di aver costruito nei confronti della comunità, una prima grossa garanzia nella formazione.

Le regole da sole però non bastano, vi devono essere anche contenuti di formazione *ad hoc* per l'assistenza infermieristica.

In questi ultimi tempi si è ripreso infatti anche il dibattito per rivedere la tabella XXXIX-ter elaborata

dal CUN e approvata con il D.M. 2 dicembre 1991 "Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma in scienze infermieristiche".

Occorre elaborare infatti un programma che sia congruente con lo scopo dell'assistenza infermieristica e che produca un infermiere competente.

Se con queste prospettive la formazione preparerà un infermiere competente e dotato di contenuti adeguati per svolgere l'assistenza, occorrerà rivolgere parallelamente l'attenzione alla prassi e studiare tutte le possibilità per poter applicare i presupposti ed i criteri prima delineati affinché essi offrano alla comunità garanzia di una buona assistenza.

Ecco allora che si introducono le diverse forme di standardizzazione di cui già avete parlato estesamente nei vostri Convegni. Tali standards vogliono offrire probabilmente attraverso una valutazione dell'assistenza, una garanzia di capacità dell'infermiere.

Il decreto legislativo di cui parlavamo sottolinea l'importanza della valutazione della qualità dell'assistenza (art. 10) (verifica e revisione qualità prestazioni) e inserisce anche la professione infermieristica in questo articolo. Da un'altra parte però le toglie la possibilità di poter accedere a quei posti di direzione che le permetterebbero di poter realizzare tale qualità.

Infatti, all'art. 15 e 17 il decreto istituisce due livelli di dirigenza ai quali accedono coloro che sono in possesso delle lauree nella specifica disciplina.

A questi livelli hanno avuto l'accesso tutti i medici al nono livello contrattuale e tutti gli altri laureati al nono livello.

Ci si chiede quali risorse umane dirigeranno questi? Inoltre, il DL 502/92, permette a chi è dirigente di accedere all'insegnamento in università attraverso le regole dei protocolli d'intesa.

Abbiamo quindi perso due occasioni come infermieri. Da una parte il riconoscimento della dirigenza, dall'altra l'accesso all'insegnamento in università. Altro punto importante è all'art. 3 dove viene previsto il Consiglio dei Sanitari organo di consulenza tecnico-sanitaria; al proprio interno potrà essere presente una rappresentanza della professione infermieristica.

È però questo un organo elettivo per cui vi saranno diversi problemi di rappresentatività. Che dire di tutto questo? Quali regole e criteri determinare per garantire nella prassi, alla comunità, il nostro servizio?

I criteri potrebbero essere:

- 1) che negli ospedali e non, vi sia un infermiere dirigente alla pari dei due livelli di dirigenza artt. 15 e 17;
- 2) che venga istituito un Servizio Infermieristico autonomo diretto da un Infermiere per governare l'assistenza infermieristica;
- 3) che il Servizio Infermieristico adotti un regolamento proprio per il funzionamento per garantire alle persone il servizio offerto;

INSERTO SCENARIO 1/

- 4) che data la formazione acquisita si utilizzi la standardizzazione dei risultati ottenuti nell'assistenza per mostrare alla comunità che la risposta ai bisogni è valida ed efficace;
  - 5) che data la formazione acquisita si utilizzino regole deontologiche definite per garantire la competenza etica dell'infermiere.
- Ecco in questo modo il sistema di regolamentazione può esserci utile per offrire determinate garanzie alle

persone che richiedono il nostro servizio. Nel contempo serve anche ai professionisti per condividere alcuni punti fermi da sviluppare progressivamente. Serve poi nella formazione e nell'esercizio per valutare le capacità acquisite e dall'altra parte i risultati che si ottengono nell'assistenza e quindi serve a definire il contributo che la nostra professione dà alla salute delle persone.

*Nelle successive relazioni vengono presentate delle esperienze condotte in alcuni reparti ospedalieri italiani e svizzeri. Spesso il termine protocollo è utilizzato per indicare quelle che nelle relazioni precedenti sono state definite procedure assistenziali.*

*I lavori presentati, al di là dei termini utilizzati sono comunque importanti per il loro contenuto e per tutta l'elaborazione in essi sottesa: la ricerca delle motivazioni scientifiche delle azioni professionali, il confronto interdisciplinare, l'analisi degli incidenti critici e la volontà di superare una logica del lavoro basata soprattutto sulle cose da fare e poco sui risultati da raggiungere; ed alcune delle procedure indicate potrebbero essere facilmente rielaborate nella logica dei protocolli assistenziali anche in contesti diversi da quelli nei quali sono state elaborate.*

(La Redazione)

# IL CLASSIFICATORE D'IGIENE COME STRUMENTO DI LAVORO ESPERIENZA DELL'APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO INFERMIERISTICO

**Autore C. Mercolli**  
Capoinfermiere Ospedale Regionale della Beata Vergine Mendrisio (Svizzera)

## Organizzazione della politica sanitaria in Ticino

Il Canton Ticino è delimitato a settentrione dalla catena alpina mentre a est, a ovest e a meridione confina con l'Italia.

Il primo ostacolo, rappresentato dalla barriera alpina, è caduto nel 1882 con il traforo ferroviario del San Gottardo, il secondo, quello della frontiera italiana, è diventato viepiù permeabile nell'ultimo mezzo secolo.

Peculiarità del Ticino è la sua posizione sulla "via delle genti" a cavallo tra nord e sud, tra i poli economici di Milano e Zurigo.

In passato tale posizione ha fruttato il controllo su traffici di grande importanza ed in modo particolare negli ultimi quarant'anni ha impresso un enorme impulso all'economia portando benessere, ma sconvolgendo il paesaggio di valli e pianure.

Il Cantone conta oggi 282.181 abitanti (1) di cui l'87% risiede nell'esigua fascia territoriale sotto i 500 metri di altitudine.

Tra il 1970 e il 1988 la popolazione è cresciuta del 15% in Ticino contro il 2% nella provincia di Milano e il 3% nel Canton Zurigo.

Tale sviluppo, tuttora in atto, va attribuito alla posizione che il Ticino occupa sull'asse nord-sud e alle attività economiche che ne derivano.

Esse sono oggi imperniate sui servizi che comprendono oltre il 65% della popolazione attiva. Grazie alla prossimità di Milano, Lugano è diventata da qualche anno la terza piazza finanziaria del Paese.

Il reddito medio pro capite della popolazione ticinese negli ultimi anni è aumentato in modo marcato, nel 1990 Fr. 33.078 (1), pur situandosi ancor oggi del 20% al di sotto della media nazionale, nel 1990 Fr. 40.704 (1).

I rapporti economici, oltre a quelli culturali, esistono

ti da sempre, legano indissolubilmente il Ticino all'area lombarda.

In Svizzera la politica sanitaria è sviluppata e gestita autonomamente da ogni Cantone.

Il Cantone svizzero ha delle similitudini alla Regione in Italia.

La gestione della politica sanitaria nel Canton Ticino è assicurata da due strutture pubbliche:

- 1) l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) che si occupa del funzionamento di otto ospedali per un totale di 1519 posti letto;
- 2) il Dipartimento delle Opere Sociali (DOS) che si occupa di un ospedale psichiatrico, con un totale di 333 posti letto, e dei differenti suoi servizi di appoggio e supporto, dei consorzi di aiuto domiciliare, della politica di prevenzione della salute (fumo, alcool, droga, SIDA, ecc.), dell'istituto d'igiene, ecc.

Oltre a queste strutture sul territorio sono presenti nove ospedali privati per un totale di 915 posti letto, antenne per tossicodipendenti, centri per handicappati e case per persone anziane.

L'Ente Ospedaliero Cantonale si è costituito per volontà parlamentare nel 1983.

"La politica dell'Ente Ospedaliero Cantonale deve necessariamente iscriversi nel quadro dei postulati previsti dalla Legge dalle pianificazioni socio-economiche del Cantone. Da questi ultimi ne discende un'assistenza ospedaliera retta dai principi della garanzia della prestazione sanitaria, della sua qualità, della sua completezza rispetto al settore privato e non da ultimo della sua economicità avuto riguardo anche alla necessità di sostegno alle iniziative dello Stato nel campo della prevenzione e dell'educazione della salute. I principi della garanzia della qualità della prestazione trovano attuazione in un'offerta di servizi medici infermieristici e tecnici quantitativamente e qua

INSERTO SCENARIO

tivamente conforme ai bisogni oggettivi della popolazione, in una moderna politica di formazione del personale sanitario e in un costante adeguamento agli obiettivi delle linee direttive in materia di contenimento e di razionalizzazione del settore curativo acuto a favore dello sviluppo e del potenziamento dei servizi socio-sanitari nel territorio.

Il principio della complementarità tra settore pubblico e privato, ribadita la preminenza della pianificazione ospedaliera, dovrebbe condurre ad un orientamento dell'offerta in funzione dei criteri del fabbisogno, delle specializzazioni rispettive e della razionalizzazione della spesa sanitaria complessiva con una conseguente differenziazione di taluni ruoli tra ospedale pubblico, ospedale privato e medico ambulatoriale. Al principio dell'economicità infine è connessa la ragione d'essere della riforma ospedaliera cantonale per cui essa deve essere rigorosamente perseguita. Questo principio non può comunque prescindere dal considerare le molteplici funzioni assolte dall'ospedale pubblico il quale accanto ai suoi compiti in espansione nel campo diagnostico e terapeutico è divenuto un centro di formazione e di ricerca e un punto di riferimento per le iniziative nel campo della prevenzione e dell'educazione alla salute." (2).

### Organizzazione dell'ospedale della Beata Vergine

L'ospedale della Beata Vergine serve la regione del Mendrisiotto, il lembo meridionale del Cantone, abitata nel 1992 da 43.761 abitanti (1).

L'ospedale dispone di 202 posti letto per pazienti con una casistica prevalentemente acuta.

Sono presenti i reparti di medicina, chirurgia, ginecologia, ostetricia, neonatologia, pediatria inoltre troviamo un blocco operatorio, un servizio di pronto soccorso ed una unità di terapia intensiva. Completano l'offerta differenti servizi diagnostici ed ambulatoriali. Nel 1992 sono stati ricoverati 5.224 pazienti, la cui degenza media è stata di circa 10 giorni. L'occupazione media dell'ospedale si è attestata al 73,25%, ciò significa che giornalmente su 202 letti ne sono occupati mediamente 147.

La gestione dell'ospedale è affidata ad una direzione amministrativa i cui obiettivi sono:

- rispettare i preventivi assegnati e gestire in modo oculato le risorse disponibili secondo il principio dell'economicità delle cure;
  - stabilizzare l'attività complessiva di degenza e incrementare l'attività ambulatoriale e di prevenzione;
  - garantire il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza in modo rapido e professionale, instaurando con l'utenza dei rapporti improntati alla massima gentilezza e rispetto umani;
  - favorire la gestione per obiettivi, garantendo la massima trasparenza delle decisioni, ad ogni livello;
  - promuovere l'immagine dell'azienda dentro e fuori l'ospedale, sostenendo decisamente la sua peculiarità di servizio di medicina pubblica.
- Strutturalmente l'ospedale è diviso nei seguenti settori:
- settore medico;

- settore delle cure a cui fanno capo i reparti di degenza, i servizi di diagnosi e paramedici (fisioterapia, laboratorio d'analisi, radiologia, medicina nucleare, laboratorio di cardiologia e di funzione polmonare);
- settore amministrativo (finanze, gestione pazienti, ufficio stipendi, servizio acquisti, personale di ricezione, assistenti sociali);
- settore tecnico di manutenzione degli immobili e dei macchinari;
- settore alberghiero (servizio di pulizia, lavanderia e cucina).

I responsabili dei cinque settori collaborano collegialmente con il direttore nella gestione dell'ospedale (vedi allegato 1).

Nel 1990 l'ospedale ha cambiato sede passando dall'originale edificio, eretto nel 1860 ed in seguito ampliato con l'aggiunta di caseggiati, ad un nuovo le cui caratteristiche sono:

- il raggruppamento di tutti i reparti e servizi in un unico stabile;
- l'adeguamento della struttura alberghiera alle aspettative dell'utenza (prevalenza di camere a due letti contro i cameroni a cinque letti, ogni camera oggi dispone di una toilette, una doccia, diversi lavelli, prima si aveva una doccia per venti pazienti e un gabinetto per dieci pazienti);
- inoltre per facilitare l'esecuzione del lavoro degli operatori e garantire una corretta igiene, nel nuovo ospedale si sono curati gli aspetti relativi a:
  - i materiali di rivestimento dei muri e dei pavimenti,
  - le ventilazioni,
  - i percorsi per il transito delle persone (dipendenti, visitatori, pazienti),
  - i percorsi per il trasporto delle merci.

### Igiene in Ticino

Nel 1977 sono state poste le basi di un'organizzazione Cantonale di igiene ospedaliera prendendo come filo conduttore la risoluzione 31/72 del Consiglio d'Europa congiuntamente a quella dell'O.M.S., guida pratica per la lotta contro l'infezione ospedaliera, tutte e due concepite sui metodi di prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Oggi:

- ogni ospedale dell'Ente ha una propria commissione d'igiene;
- ogni commissione igiene assume la scelta dei metodi, dei prodotti e il ritmo dei controlli batteriologici;
- i controlli sono eseguiti dal laboratorio cantonale batteriosierologico;
- per tutto il Cantone è stata definita la figura di un medico igienista responsabile sia per gli ospedali pubblici che per le strutture sanitarie private.

**La** commissione igiene nell'Ospedale Beata Vergine

**In** ospedale è attiva una Commissione Igiene i cui compiti principali sono:

- la promozione dell'igiene in ospedale;
- l'organizzazione delle strategie nella lotta contro le infezioni ospedaliere;
- l'aggiornamento delle disposizioni in materia di igiene;
- la coordinazione ed il controllo dell'applicazione delle disposizioni in materia d'igiene;
- la verifica delle procedure d'igiene adottate.

Nella scelta dei mezzi e delle strategie, la Commissione Igiene fa riferimento alle indicazioni e alle regolamentazioni:

- dell'Ufficio Federale della salute pubblica;
- del medico Cantonale;
- dell'igienista Cantonale;
- dell'EOC;
- delle norme legislative in vigore.

Di regola la Commissione Igiene si riunisce ogni due mesi secondo un preciso ordine del giorno, al termine di ogni seduta viene redatto un verbale.

Il personale interessato dalle decisioni in seno alla commissione igiene viene informato attraverso comunicazioni scritte, colloqui o corsi di formazione.

Compongono la Commissione Igiene:

- il direttore dell'ospedale;
- un rappresentante del corpo medico;
- il capo infermiere;
- il monitore;
- un tecnico di laboratorio;
- la governante;
- l'igienista Cantonale.

Tutti i dipendenti sono tenuti a segnalare al proprio superiore o ad un membro della Commissione igiene gli argomenti che possono contribuire al miglioramento dell'igiene in ospedale.

### Classificatore d'igiene

Il classificatore d'igiene è ideato per rispondere all'esigenza di informazioni chiare ed univoche sulla specifica materia, proveniente in particolare dal settore medico, infermieristico ed alberghiero.

Nel nuovo ospedale l'esigenza di avere degli strumenti che permettano la coordinazione delle attività nel campo dell'igiene è ancora più sentita in seguito ad una maggiore autonomia dei vari settori sopraindicati.

Nel documento si trovano tutte le misure atte a proteggere il paziente ed il suo ambiente (personale e visitatori) dai microrganismi indesiderati.

Le differenti direttive devono essere redatte e rese accessibili a tutti.

Ogni operatore ospedaliero deve sapere che:

- l'applicazione delle misure d'igiene condiziona il successo degli interventi terapeutici e dei trattamenti in tutti i settori della medicina.
- lo scopo ricercato è quello di impedire l'insorgenza delle infezioni ospedaliere attraverso tutte quelle misure che riducono il diffondersi di microbi pericolosi tra un paziente e l'altro e tra il personale e i pazienti. Questo scopo si può raggiungere con la

corretta applicazione di semplici regole di comportamento. È importante che ognuno conosca il perché di queste regole;

- le misure d'igiene danno dei risultati se tutto il personale ospedaliero (medici, infermieri, tecnici, personale alberghiero, ecc.) adottano un comportamento appropriato. Anche i pazienti ed i loro visitatori potranno collaborare se opportunamente informati;
- ognuno può contribuire alla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Si è avvertita la necessità di un classificatore igiene dopo un periodo di due anni dall'entrata in esercizio nel nuovo ospedale.

Dalla fase di progettazione del protocollo alla fase di realizzazione è trascorso circa un anno.

Il ritmo piuttosto lento è stato determinato dalla volontà di coinvolgere i diversi gruppi professionali toccati dal tema, per cui si è reso necessario indire incontri, riunioni, dare spiegazioni, attendere risposte, trovare delle soluzioni agli incidenti di percorso o cercare nuove ipotesi di lavoro.

### Struttura del classificatore d'igiene

Tutte le risposte alle domande che riguardano l'igiene in ospedale sono raccolte in un unico documento. Il contenuto si fonda su anni di esperienza, mentre le procedure sono adeguate alla realtà dell'istituto. Sottolineo l'importanza e la comodità di avere un unico documento e non differenti fogli sparsi: ciò facilita il lavoro dell'operatore.

*I capitoli trattati sono i seguenti:*

*una parte introduttiva sul perché di un classificatore d'igiene.*

*La presentazione della Commissione Igiene: i suoi obiettivi, la scadenza degli incontri della commissione, chi sono i membri che ne fanno parte, come informare o contattare o sottoporre un problema alla commissione.*

*Il piano di disinfezione in cui sono elencati i prodotti disinfettanti in uso nell'ospedale, qual è il loro campo d'impiego, le modalità d'uso, il tempo di azione.*

*La sterilizzazione: viene presentata l'organizzazione del servizio e spiegato il concetto di sterilizzazione, la differenza tra sterilizzazione a secco, a vapore e a gas, quali sono i casi in cui giustifica l'impiego di un certo tipo di sterilizzazione; come si procede alla richiesta del materiale, la presentazione, sotto forma di schede, dei vari articoli prodotti dal servizio di sterilizzazione: Le precauzioni universali, presentazione degli obiettivi delle precauzioni universali, evitare il contatto e il rischio di ferirsi o di ferire con materiali contaminati o infettivi.*

In particolare viene posto l'accento su:

- i mezzi meccanici, uso di guanti, mascherine, occhiali, camici, ecc.;
- non sottovalutare la routine: considerare come potenzialmente infettivi il sangue e le secrezioni del paziente;

- l'importanza della vaccinazione contro l'epatite B;
- la prevenzione delle infezioni con il semplice lavaggio delle mani prendendosi il tempo necessario ed il prodotto adeguato.

La divisa del personale: la necessità di portare una divisa, il perché vi è una differenza nell'abbigliamento delle diverse categorie professionali, perché e come si usano le divise di sala operatoria, i camici sterili, i camici monouso, le informazioni pratiche, per esempio dove richiedere una divisa nuova, quali oggetti personali è permesso indossare.

Nel capitolo sono pure indicate le prescrizioni su unghie, capelli, barbe, calzature, anelli, orologi e l'uso di fazzoletti.

*Il lavaggio delle mani:* spiegazione del perché e quando ci si lavano le mani, come devono essere lavate, i prodotti da impiegare, quando usare i saponi disinfettanti, i diversi tipi di lavaggio delle mani, lavaggio igienico, lavaggio chirurgico, la cura delle mani. Nello stesso capitolo viene pure indicato come usare correttamente i guanti, il tipo di guanto da impiegare e in quale circostanza usarlo.

*Gli isolamenti:* vengono descritti i vari tipi di isolamento, quando entrare e come entrare nella camera di un paziente in isolamento, lo scopo dell'isolamento, l'indicazione, le misure da osservare, l'eventuale uso di mezzi meccanici, mascherina, guanti, camici, cappellino, l'evacuazione della pulizia giornaliera della camera e la pulizia finale della camera. Indicazione a colori per il tema degli isolamenti, ogni isolamento è contraddistinto da un colore differente: la scheda riporta le indicazioni pratiche da adottare in caso di isolamento.

*La salute del personale:* sono indicate le procedure di controllo sanitario e di indagine per salvaguardare la salute del personale esposto a rischio di infezione o di contaminazione, il tipo di vaccinazioni a cui il personale deve attenersi.

*I rifiuti:* la descrizione di quali prodotti separare, quali riciclare, dove raccogliarli, come conservarli, i percorsi e le vie di eliminazione.

## OBIETTIVI DEL CLASSIFICATORE IGIENE

- Informare (chi l'ha detto e dove sta scritto);
- Razionalizzare i materiali;
- Contenere i costi;
- Semplificare il lavoro degli operatori;
- Coinvolgere gli operatori ad ogni livello;
- Opportunità di formazione;
- Sviluppare un metodo unico di lavoro ed evitare le fantasie;
- Promuovere e sviluppare delle procedure che salvaguardino l'ambiente

formare (chi l'ha detto e dove sta scritto)

importante che il lavoratore riceva delle indicazioni direttive univoche, chiare, che siano puntuali all'igiene e rispondano al bisogno.

È pure importante che sappia chi ha diramato le indicazioni e dove può trovare la conferma. Inoltre, da come è concepito, il protocollo facilita l'aggiornamento dello stesso.

### Razionalizzare i materiali

Sono indicati quali materiali usare e come usarli in questo modo si evitano i doppioni.

### Contenere i costi

La scelta dei materiali avviene tramite due commissioni:

- 1) commissione igiene;
- 2) commissione acquisti.

In questo modo si riesce ad orientarsi in merito alla grande offerta di prodotti che il mercato mette a disposizione.

Si cerca pertanto di conciliare gli obiettivi di risparmio effettuando delle scelte efficaci.

### Semplificare il lavoro degli operatori

Offrire al lavoratore un documento ordinato.

Offrirgli una risposta immediata alle domande sull'igiene.

Avere per tutto l'ospedale una linea univoca ed inequivocabile.

### Coinvolgere gli operatori ad ogni livello

Il documento ha uno sviluppo e una crescita con la vita dell'ospedale.

Affinché sia efficace non dev'essere una direttiva imposta, ma i vari capitoli vanno discussi ed elaborati con i gruppi di lavoro ed il corpo medico.

Nel nostro caso anche la realizzazione grafica è stata curata dal personale stesso.

### Opportunità di formazione

Ogni aggiornamento del documento oppure l'aggiunta di nuove rubriche rappresenta un momento di formazione.

Perciò non ci si limita semplicemente a distribuire i fogli di aggiornamento, ma seguendo il concetto della partecipazione, vengono organizzate delle lezioni e degli incontri di spiegazione.

### Evitare le fantasie

Concetto dell'unità di metodo di lavoro.

Evitare, ad esempio, di abbinare differenti saponi credendo di creare processi sinergici, oppure impiegare impropriamente i prodotti, come l'uso dell'acqua calda nella diluizione delle aldeidi.

### Sviluppare delle procedure rispettose dell'ambiente

Privilegiare la scelta e l'impiego di certi materiali piuttosto di altri, malgrado i costi maggiori conseguenti

o gli investimenti importanti per installare apparecchiature speciali, per esempio lavaggio e decontaminazione termica degli strumenti anziché immersione in soluzione disinfettante, uso di alcool aromatici per la pulizia delle superfici.  
Selezionare e separare i rifiuti.

### Conclusioni

Attualmente è per noi ancora prematuro poter tracciare un bilancio sull'incidenza di questo protocollo, sulla qualità del lavoro e specificatamente sulla prevenzione delle infezioni dato che lo stesso è stato da poco distribuito.

Incoraggiante è stata l'accoglienza che il personale ha riservato al documento ed in fase di realizzazione altrettanto positiva è stata l'attiva partecipazione dei collaboratori.

Il classificatore igiene non è un punto di arrivo ma uno strumento di lavoro.

Il contenuto deve interessare tutte le figure professionali che sono attive in ospedale.

Oltre al materiale di informazione generale bisogna prevedere delle sezioni specifiche con delle informazioni di dettaglio per settori particolari, come la neonatologia, la sala operatoria, l'endoscopia, l'oncologia.

Importante per noi sarà seguire lo sviluppo di questo strumento di lavoro, di cui è nostra convinzione che se impiegato correttamente e con intelligenza faciliterà senz'altro il lavoro dei dipendenti a favore del benessere dei nostri ammalati, ai quali va un affettuoso pensiero.

(1) *Il Ticino in cifre*, edizione 1992, Ufficio di statistica Bellinzona.

(2) *Pianificazione ospedaliera cantonale, 1989-1992* E.O.C. Rapporto dicembre 1988.

### Bibliografia

A. BARRAGE, *Réintégration des matières plastiques*, Ospedale svizzero aprile 1992.

T. DYLLICK, *Management rispettoso dell'ambiente*, L'informazione numero 96, 1990 Banca Popolare Svizzera.

G. DUCEL, *Le cout de l'infection hospitalière*, Bollettino dei medici svizzeri volume 76, numero 23, 1986.

G. DUCEL, F. TANNER, J.J. HAXHE e M. ZUMOFEN, *Guide pratique pour la lutte contre l'infection hospitalière*, Organisation Mondiale de la sante 1979.

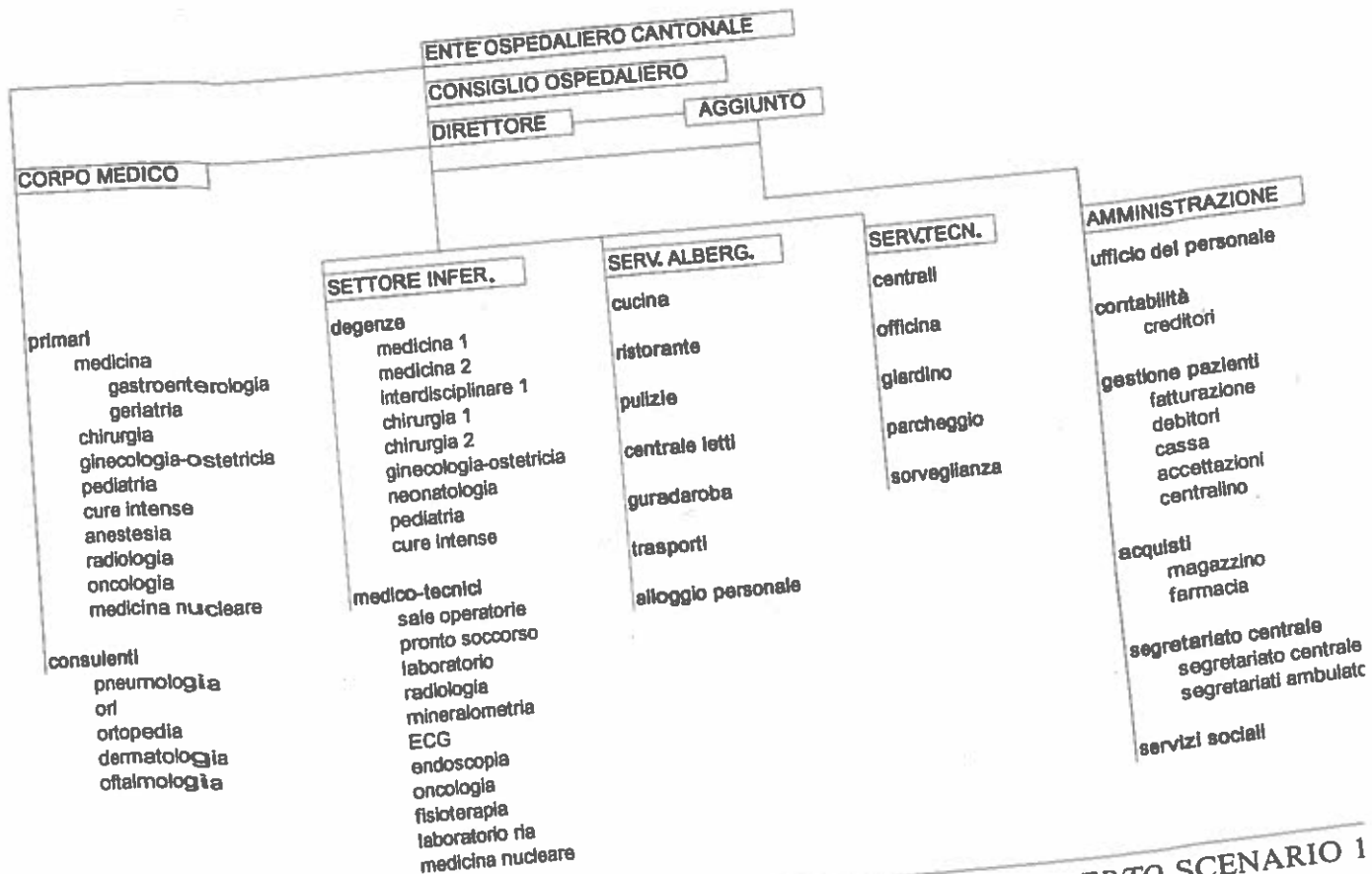
F. TANNER, *L'architecture de l'unité de soins et sa relation avec l'igiène hospitalière*, Swiss Med 3<sup>a</sup> 1985.

L. VETTERLI, *Tra Europa e Africa*. Rivista Panda WWF giugno 1992.

ALLEGATO 1

OBV/SB  
2.06.93

### ORGANIGRAMMA OSPEDALE REGIONALE BEATA VERGINE



INSERTO SCENARIO 1

# LAVORARE SECONDO PROTOCOLLI OPERATIVI. ESPERIENZA DI UNA ÉQUIPE INFERMIERISTICA

RELAZIONE PER IL CONGRESSO REGIONALE ANIARTI  
LOMBARDIA - MILANO 13 GIUGNO 1993

Autore I.P.A.F.D. Giorgio Magon e coll.

UTIC - Ospedale L. Sacco U.S.S.L. 75 Milano

*Obiettivo della seguente relazione, è parlarvi della nostra esperienza di gruppo che si è dotato di protocolli infermieristici per meglio assistere e per fronteggiare le ricorrenti situazioni critiche tipiche di una terapia intensiva.*

Siamo un gruppo di 12 I.P. operanti nella Unità Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.) dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano; attualmente i letti utilizzabili sono 5, un 6° letto è previsto strutturalmente ma non utilizzato per carenza di personale infermieristico. L'apertura della nuova U.T.I.C. è avvenuta nel gennaio '91, precedentemente a questa data una camera della Divisione di Cardiologia era attrezzata di monitor e dello stretto necessario per le manovre di rianimazione.

Prima dell'apertura della nuova U.T.I.C. le procedure di lavoro infermieristico non erano protocollate, gli unici protocolli esistenti erano riferiti al dosaggio di alcuni farmaci particolari. Le procedure di lavoro venivano trasmesse verbalmente e spesso tra turni diversi di operatori esistevano procedure diverse di analisi e risoluzione del problema assistenziale.

Risulta evidente che si facesse ricorso alla propria esperienza personale e al proprio bagaglio culturale come strumenti di lavoro. Nei momenti particolarmente critici si evidenziava la necessità di uniformare le procedure di lavoro, ma tutto al termine della tempesta restava immutato.

L'apertura della nuova U.T.I.C. è stato indubbiamente un momento particolarmente fecondo per le iniziative volte al miglioramento delle condizioni organizzative del lavoro infermieristico; utilizzando le riunioni come procedura per lo scambio collettivo di informazioni è emerso, nella sua drammaticità, il problema delle prestazioni infermieristiche, della loro efficacia e qualità.

sono trovati nei protocolli e nella adozione di una cartella infermieristica gli strumenti di cambiamento organizzativo.

gli obiettivi che intendevamo raggiungere con l'adozione dei protocolli furono i seguenti:  
uniformare le procedure di lavoro;  
valorizzare la scientificità delle tecniche infermieristiche adottate;

- facilitare l'istruzione dei nuovi colleghi e degli allievi I.P.

Durante le riunioni mensili abbiamo stilato una serie di protocolli, alcuni tratti da raccolte preesistenti, altri creati ex novo per situazioni specifiche: la priorità di intervento veniva indicata durante le riunioni e, sempre in riunione, si leggevano e correggevano le bozze iniziali del protocollo.

Per redigere alcuni protocolli ci siamo avvalsi della collaborazione di colleghi di altre Divisioni e Ospedali nonché della I.P. epidemiologa, inoltre abbiamo consultato libri di nursing e bibliografia scientifica varia.

Per motivi di sintesi ci è stato chiesto di esporre un unico protocollo, abbiamo scelto il protocollo per la cura del sistema infusionale:

## PROTOCOLLO PER LA CURA DEL SISTEMA INFUSIONALE

*Obiettivo del seguente protocollo è prevenire/ridurre la contaminazione dell'accesso venoso e del set di somministrazione endovenoso.*

- Il personale ospedaliero deve lavarsi le mani prima di inserire una cannula e.v.;
- prima della puntura, il luogo di inserzione deve essere deterso con acqua ossigenata;
- in caso di pazienti di sesso maschile praticare tricotomia per facilitare le successive medicazioni;
- applicare iodofori o alcool al 70% e lasciare agire per 30'';
- la cannula deve essere fermata per limitarne la mobilità;
- il sito di inserzione deve essere protetto con una medicazione sterile;
- la data di inserzione e le successive medicazioni vanno registrate sulla cartella infermieristica;
- rimuovere la medicazione ogni 24 h, medicare utilizzando acqua ossigenata iodofori e eventualmente etere per rimuovere residui collosi, al termine coprire con set sterile di garze;
- se è necessario prolungare un trattamento e.v., impiegando una cannula periferica, è necessario so-



- stituire la cannula ogni 48 ore. Le cannule inserite senza che siano rispettate le procedure antisettiche vanno sostituite alla prima occasione;
- i deflussori del set di infusione compresi i dispositivi per la somministrazione di farmaci devono essere sostituiti di routine ogni 48 ore;
  - i deflussori per l'iperalimentazione devono essere sostituiti ogni 24 ore;
  - i deflussori devono essere cambiati dopo la somministrazione di sangue e derivati;
  - evitare il lavaggio o l'irrigazione del sistema per migliorare le condizioni di flusso;
  - i campioni di sangue non devono essere prelevati attraverso i tubi di somministrazione e.v. eccetto condizioni di emergenza;
  - se un sistema di infusione deve essere sospeso perché si sospetta una infezione associata alla terapia e.v. bisogna allestire una cultura della cannula;
  - il personale deve lavarsi le mani prima di preparare i liquidi da infondere controllare eventuali anomalie del contenitore e del liquido;
  - una volta iniziate, tutte le infusioni devono essere utilizzate o scartate entro 24 ore.

Per redigere questo protocollo ci siamo avvalsi della collaborazione della I.P. epidemiologa e abbiamo con-

sultato bibliografia varia, con particolare riferimento alle linee guida fornite dal C.D.C. di Atlanta. Il sopraccitato protocollo è in uso dal gennaio 1991, non è stato sottoposto a revisione in quanto anche la più recente bibliografia sul tema non indica come necessaria alcuna modifica sostanziale.

In conclusione possiamo ritenere che attraverso la scelta dei protocolli come strumento di lavoro, il nostro gruppo sia stato messo in condizione di meglio assistere, inoltre utilizzando le riunioni per fissare obiettivi, redigere e correggere i protocolli ha favorito la fase di coagulo del gruppo di lavoro integrando altre figure professionali quali i medici, i tecnici della riabilitazione, dietiste, ecc.

Siamo passati dal 375 ricoveri del 1991 ai previsti 550 del 1993 con un tasso occupazionale medio dei posti letto pari all'85%; le moderne acquisizioni tecniche e le conseguenti applicazioni diagnostico-terapeutiche sono motivo per analizzare nuove problematiche assistenziali e di conseguenza attrezzarsi con idonei strumenti di lavoro che consentano la verifica della qualità del servizio offerto. Attraverso la nostra esperienza siamo in grado di sostenere che l'utilizzo di opportuni protocolli redatti in gruppo e sottoposti a revisione nel tempo siano uno strumento di lavoro prezioso.

# PROTOCOLLO E STANDARD NELLA PREVENZIONE E CURA DELLE PIAGHE DA DECUBITO

Autori I.P. P. Ferri, I.P. M.A. Arpini, I.P. A. Manzoni,  
A.F.D. M. Lucini Paioni

Terapia Intensiva - Ospedale Maggiore di Crema - U.S.S.L. 53

Siamo giunti, all'inizio del 1991, ad adottare un protocollo di trattamento delle piaghe da decubito, per l'esigenza di razionalizzare e uniformare i diversi approcci terapeutici fino ad allora in uso nel nostro reparto.

Nell'ambito della **prevenzione** è importante identificare precocemente i soggetti predisposti, utilizzando delle scale a punteggio di rischio: quella da noi adottata è la *Scala di Norton et All. (1975)*, modificata (1) (che evidenzia come molti pazienti ricoverati in terapia intensiva siano a rischio di sviluppare piaghe da decubito), alla quale si affianca la rilevazione di **fattori di rischio aggiuntivo** (2) (la presenza di due o più di questi fattori aumenta enormemente la facilità di comparsa delle lesioni e la loro gravità) (Fig. 1). Cardini essenziali sono quindi, l'attenzione all'**eliminazione della compressione locale** per mezzo di presidi antidecubito (quello da noi comunemente impiegato è un coprimaterasso ad aria) e le manovre di nursing atte ad alternare i decubiti e a prevenire la maccerazione della cute (3) (Fig. 2).

La **classificazione delle lesioni in stadi** (4) ci porta ad identificare un approccio omogeneo e mirato per ogni differente stadio evolutivo della piaga. I vari stadi delle lesioni (quattro) si identificano in base a pochi e semplici elementi morfologici in modo da permettere una rapida ed univoca interpretazione della gravità della lesione (Fig. 3).

Nelle **lesioni al primo stadio** quale unico presidio terapeutico si attuano tutti quegli accorgimenti atti ad **eliminare la compressione locale** (5). Nelle lesioni al **secondo stadio**, caratterizzate da iperemia passiva con iniziale abrasione epidermica, cardini del trattamento sono la **pulizia e la detersione della piaga** (5) per mezzo di lavaggi abbondanti con **soluzioni di Ringer o fisiologica sterili**, la **disinfezione topica** (5) con **clorexidina in soluzione acquosa** oppure con la meno costosa **amuchina al 10%** ed a volte con **soluzioni di iodopolivinilpirrolidone ( $\alpha$  Betadine) al 10%** (non utilizzate a lungo o su lesioni estese a causa della possibilità di effetti metabolici sistemici per l'assorbimento di iodio, o di fenomeni di sensibilizzazione) e raramente

con spray a base di **argento catadinico ( $\alpha$  Katoxyn)**, ed infine l'**applicazione di medicazioni** (6) aventi lo scopo di proteggere l'ulcera da movimenti meccanici e dai traumatismi durante i cambi di posizione e di evitare le ricontaminazioni batteriche dopo la disinfezione (la medicazione asciutta e sterile viene applicata in presenza di essudato, in caso contrario la si mantiene umida con **soluzioni di Ringer**); i bendaggi vanno cambiati almeno quattro volte al giorno ripetendo ogni volta le manovre descritte a proposito del lavaggio-detersione e della disinfezione. Sono proscritte medicazioni occlusive con materiali impermeabili in fogli, pomate, polveri e paste. Nelle **lesioni al terzo e quarto stadio** oltre alle già descritte ed essenziali manovre di lavaggio-detersione-disinfezione, essendo presente necrosi tissutale, diventa essenziale la **rimozione precoce dell'escara** (5), mediante l'**applicazione di enzimi proteolitici** del tipo deossiribonucleasi ( $\alpha$ Elase) o collagenasi ( $\alpha$ Iruxol) nelle necrosi superficiali, oppure mediante **pulizia chirurgica** (eseguita "pezzo dopo pezzo" quotidianamente in modo da limitare il dolore e il sanguinamento) nelle necrosi profonde, applicando tra una recentazione e l'altra sulla zona cruentata le pomate enzimatiche ai fini di dirigere eventuali residui di tessuto morto non asportabile chirurgicamente (Fig. 4). Ottenuta la detersione della piaga, l'obiettivo finale è la **riepitelizzazione riparatrice la soluzione di continuo**, per mezzo di presidi atti a favorire la granulazione della lesione. Già nelle fasi tra le varie recentazioni applichiamo **bendaggi umidi imbevuti di soluzione di Ringer sterile** (6) da cambiare almeno quattro volte al giorno (essi oltre a mantenere la permeabilità ai gas, determinano un microclima umido ed una temperatura fisiologica, che favoriscono la stimolazione fibroblastica e la migrazione epiteliale); una volta eliminata la componente necrotica dell'ulcera, impieghiamo presidi terapeutici particolari quali il  **$\alpha$ Duoderm** (7), un bendaggio occlusivo sterile costituito da 2 strati di cui uno esterno soffice, spugnoso di **poliuretano** ed uno interno, adesivo idrocolloidale contenente **pectina, gelatina, carbosimetilcellulosa so-**

dica e polisobutilene: esso, aderendo all'essudato, forma un gel soffice che mantenendo umida la ferita favorisce la completa detersione della lesione e protegge il tessuto neoformato quando viene rinnovato il bendaggio; è necessario anche in questo caso provvedere al rinnovo frequente (nella nostra esperienza quotidianamente, ma teoricamente fino a tre volte al giorno) della medicazione che è configurata in placche della misura 10 x 10 o 20 x 20 cm.

L'applicazione del protocollo ed il monitoraggio evolutivo delle lesioni, registrato su apposite schede allegate alla cartella clinica del paziente (Fig. 5), ha portato, a nostro avviso, ad ottenere risultati clinici positivi come dimostra lo studio retrospettivo su 207 pazienti ricoverati presso il nostro reparto nel 1991-1992 e sopravvissuti: di questi pazienti [età media 59 anni con estremi 17 ed 80 anni] solo 17 (8%) hanno sviluppato decubiti (decubiti di 1° e 2° in 9 pazienti (53%), mentre decubiti fino al 3° e 4° in 8 pazienti (47%)); applicando il protocollo di trattamento descritto, in 13 pazienti (76%) si è ottenuto un miglioramento sostanziale delle lesioni, in 3 pazienti (18%) la stazionarietà della lesione manifestata all'ingresso ed in 1 paziente (6%) il peggioramento della lesione (Fig. 6).

L'applicazione del protocollo ci ha inoltre permesso di verificare criticamente l'efficacia di eventuali nuovi presidi tecnologici e farmacologici introdotti, e quindi di razionalizzare i costi che i vari trattamenti comportano.

## Bibliografia

- (1) NORTON D., Mc LAREN R., EXTON-SMITH A.N., *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*, (1962, Reissued) - Edinburg, Churchill, Livingstone, 1975: pp. 194-236.
- (2) NARDI R., BELVEDERI G., ROMANELLI R., PANUCCIO D., *La prevenzione e la terapia delle ulcere da decubito - Medico e Paziente*, 1989: 15 pp. 54-68.
- (3) BONATI P.A., MANTOVANI M., GIRASOLE G., PEDRAZZONI M., CIOTTI G., *Piaghe da decubito: prevenzione e terapia - Giorn. Geront.*, 1987: 35, 223.
- (4) SHEA J.D., *Pressure sores: classification and management - Clin. Orthop.* 1975: 112, 89.
- (5) SCROCCARO G., DI GIULIO P., *Un aggiornamento sul trattamento delle lesioni da decubito - Rivista dell'infermiere*, 1988: 1, 7.
- (6) SEILER W.O., STAHELIN H.B., *Decubitus ulcers: treatment through five therapeutic principles - Geriatrics*, 1985:9, 30.
- (7) MESSA E., MARINO A., PISANI L., *Studio sull'uso di un nuovo bendaggio nel trattamento delle ulcere da decubito - Acta Gerontologica*, 1985: 3.

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ULCERE DA DECUBITO

SCALA A PUNTEGGIO di NORTON et All. (modificata)

### CONDIZIONI GENERALI

- 4 Buone
- 3 Discrete
- 2 Scadenti
- 1 Pessime

### STATO MENTALE

- 4 Lucido
- 3 Apatico
- 2 Confuso
- 1 Coma

Un punteggio uguale o inferiore a 12 comporta un rischio elevato di ulcere da decubito.

### CAPACITÀ DI MOVIMENTO

- 4 Normale
- 3 Limitata
- 2 Minima
- 1 Assente

### INCONTINENZA

- 4 Assente
- 3 Occasionale
- 2 Abituale (urine)
- 1 Doppia

### FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVO

- Stati ipercatabolici
- Diabete mellito
- Anemia
- Età avanzata
- Febbre elevata
- Ipodisprotidemia
- Obesità
- Stati di shock
- Interventi chirurgici
- Disidratazione

Figura 1

## PROTOCOLLO DI PREVENZIONE DELLE ULCERE DA DECUBITO

### ELIMINAZIONE DELLA COMPRESSIONE LOCALE

Nei pazienti non piagati programma di riposizionamento del paziente con frequenza di 4 ore:

orario	posizione
8-20	lato destro
12-24	lato sinistro
16-4	supino

Se la lesione è già presente si individuano le posizioni assolutamente da evitare come da schema:

sede della piaga	posizioni consigliate	posizioni da evitare
sacro	obliqua dx-sx a 30°	seduta
ischio	obliqua dx-sx a 30°	seduta
trocantere dx	supina-obl. sx a 30°	later. dx a 90°
trocantere sx	supina-obl. dx a 30°	later. sx a 90°
tallone	obliqua dx-sx a 30°	supina

### PREVENZIONE DELL'ATTRITO

- qualità e cura igiene degli effetti letterecchi
- pulizia e rifacimento letto

### PREVENZIONE DELLA MACERAZIONE CUTANEA

- cateterismo vescicale o altri provvedimenti
- diversione fecale se indicata
- evitare cerate e altri presidi inidonei
- accurata igiene
- tenere la cute pulita e asciutta

### ATTIVAZIONE DELLA CIRCOLAZIONE CUTANEA

- Frizionare le zone a cute integra senza usare alcool o simili: impiegare pasta all'argento micronizzato (αSofargen) o pasta all'acqua.

Figura 2

INSERTO SCENARIO 1/9

## CLASSIFICAZIONI IN STADI DELLE LESIONI

### STADIO I

Iperemia attiva (scompare alla digitopressione) e/o abrasione a livello epidermico.

### STADIO II

Iperemia passiva (non scompare alla digitopressione: è espressione di flogosi intensa) con presenza anche di flit-  
tine a livello epidermico.

### STADIO III

Necrosi tessutale e/o escara a livello epidermico e del derma.

### STADIO IV

Necrosi tessutale e/o escara a livello del tessuto sottocutaneo, muscolo, osso.

Figura 3

## SCHEDA DI MONITORAGGIO DELL'EVOLUZIONE DELLE PIAGHE

DATA giorno di degenza	STADIO (e note)	FLOGOSI	TERAPIA

Figura 5

## PROTOCOLLO TERAPEUTICO DELLE PIAGHE DA DECUBITO

### LESIONI AL PRIMO STADIO

#### ELIMINAZIONE DELLA COMPRESIONE LOCALE

- Rotazione del paziente ogni quattro ore
- Dispositivo antidecubito (coprimaterasso ad aria)
- Programma riabilitativo globale (della malattia causale e della sindrome da immobilizzazione).

### LESIONI AL SECONDO STADIO

#### PULIZIA E DETERSIONE DELLA PIAGA

- Lavaggi abbondanti con soluzioni di Ringer o fisiologica sterili

#### DISINFEZIONE TOPICA

- Amuchina 10%, clorexidina in soluzione acquosa, soluzioni di iodopolivinilpirrolidone al 10%, argento catadico.
- \* L'applicazione dei disinfettanti va effettuata ad ogni cambio bendaggio
- \* L'applicazione dei disinfettanti va effettuata fino alla comparsa del tessuto di granulazione

#### APPLICAZIONE DI MEDICAZIONI

- Bendaggi tenuti umidi con soluzioni di Ringer (in assenza di essudato)
- Bendaggi asciutti e sterili (in presenza di essudato)
- \* Il bendaggio va cambiato almeno quattro volte al giorno

### LESIONI AL TERZO E QUARTO STADIO

#### RIMOZIONE PRECOCE DELL'ESCARA

- Applicazione di enzimi proteolitici (nelle necrosi superficiali, o negli intervalli tra le recitazioni chirurgiche)
- Pulizia chirurgica ("pezzo dopo pezzo")

#### RIEPITELIZZAZIONE RIPARATRICE LA LESIONE

- Bendaggi umidi imbevuti di soluzione di Ringer o fisiologica sterile (in presenza di residui necrotici) e da cambiare almeno quattro volte al giorno
- Bendaggio oclusivo sterile idrocolloidale (quando è completamente eliminata la necrosi) da cambiare quotidianamente.

Figura 4

## TERAPIA INTENSIVA OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA U.S.S.L. 53 Primario Dott. E. DOMENICHINI

207 pazienti

(età media 59 anni, con estremi di età 17-80 anni)

17 pazienti decubitati (8%)

9 pazienti (53%) con decubiti di 1° e 2°

8 pazienti (47%) con decubiti di 3° e 4°

#### Risultati del trattamento:

- miglioramento sostanziale della lesione

13 pazienti (76%)

- stazionarietà della lesione manifestata all'ingresso

3 pazienti (18%)

- peggioramento della lesione

1 paziente (6%)

Figura 6

# TOILETTE DEL CAVO ORALE

Autori B. Speziali (relatore), R. Benassi, S. Cestari, P. Davi,  
I. Lanfredi, N. Speziali

IP - Rianimazione Ospedale "Carlo Poma" - Mantova

## Premessa

Il protocollo nasce "dall'esigenza di allontanarsi da una esecutività legata ad ordini, prescrizioni, tradizioni, abitudini, per lasciare spazio ad una mentalità basata su conoscenze e capacità tecniche, che permettono una crescita del nostro essere professionisti". Il successo di questo strumento di lavoro è il risultato di una stretta collaborazione di tutti gli operatori coinvolti. Abbiamo ritenuto opportuno creare un protocollo inerente alle cure igieniche dell'ammalato ed in particolare riguardante la pulizia del cavo orale. La scelta non è stata casuale, ma dettata dall'esigenza di uniformare i comportamenti degli operatori e di essere il più possibile autonomi, nella stesura e sperimentazione del protocollo, da altre figure sanitarie senza precluderne la collaborazione.

## Protocollo: "toilette del cavo orale"

Una bocca sana è importante per la salute fisica e psicologica dell'individuo. La non corretta igiene orale determina l'insorgenza di numerosi problemi quali: carie, alitosi, peridontiti, ecc. dovuti all'alterazione della flora batterica orale. È necessario fare una valutazione iniziale della bocca allo scopo di:

- avere informazioni sulle condizioni generali del paziente e del cavo orale;
- valutare l'efficacia del trattamento;
- valutare lo stato di idratazione delle mucose orali (vedi effetti collaterali di alcuni farmaci quali ad esempio: *antiacidi*: formano una patina sui denti e sulla mucosa orale; *atropina e altre sostanze simili*: tendono ad inaridire la bocca e provocano nel soggetto malattie delle

## Procedure

1. Informare il paziente delle manovre che verranno attuate.
2. Lavaggio delle mani.
3. Preparazione del sondino in aspirazione e abbassalingua.
4. Posizionare il paziente supino e orizzontale con la testa ruotata lateralmente (nei casi in cui sia possibile).
5. Accertarsi che la cuffia sia gonfia nei pazienti con protesi respiratoria.

ghiandole salivari in quanto riducono la loro secrezione);  
- iniziare insegnamenti di educazione sanitaria.

Dopo la raccolta dati si valuterà la frequenza giornaliera della toilette del cavo orale (minimo due volte al dì).

È risaputo che la presenza di secrezioni potenzialmente infette nel cavo oro-faringeo, soprattutto in pazienti portatori di protesi respiratorie con cuffie a bassa pressione (TRT, TOT, CT), favorisce l'insorgenza di fenomeni infettivi a carico dell'apparato respiratorio.

## Obiettivi

1. Prevenzione delle infezioni del cavo orale con conseguente perdita dei denti, incapacità di masticazione, dolore e alitosi.
2. Prevenzione delle infezioni dell'apparato respiratorio.

## Materiale occorrente

- Guanti in lattice monouso;
- sondini d'aspirazione monouso;
- fonte d'aspirazione (la depressione non deve superare i 120 mmHg);
- abbassalingua monouso;
- garze;
- pinza portatampone;
- spazzolino;
- fonte luminosa;
- acqua ossigenata in soluzione al 2%;
- amuchina in soluzione al 3%;
- soluzione fisiologica;
- collutorio;
- miele rosato o glicerina borica o burro di cacao.

## Motivazioni

5. In modo da evitare ab-ingestis.

## Procedure

6. Spazzolatura della superficie interna ed esterna dei denti associando un movimento rotatorio e vibratorio per massaggiare la gengiva.
7. Lavaggio vestibolo interno, palato molle, lingua e immediata aspirazione del liquido di lavaggio con l'aiuto dell'abbassalingua. La soluzione di lavaggio sarà costituita da acqua ossigenata in soluzione al 2%.
8. Spazzolatura della lingua, palato molle e vestibolo interno con tampone, montato su apposita pinza, impregnato di acqua ossigenata in soluzione al 2%.
9. Lavaggio del vestibolo esterno con un tampone, montato su apposita pinza, impregnato di acqua ossigenata in soluzione al 2%.
10. Disinfezione del vestibolo interno come da punto n. 7 utilizzando amuchina in soluzione al 3%.
11. Disinfezione del vestibolo esterno come da punto n. 8 utilizzando amuchina in soluzione al 3%.
12. Risciacquo con soluzione fisiologica e immediata aspirazione.
13. Risciacquo con collutorio e immediata aspirazione.
14. Aspirazione con sondino sottile (Ch 8) delle secrezioni presenti nel retrofaringe attraverso le coane nasali, separatamente, evitando le aspirazioni troppo elevate.
15. Pulizia delle labbra e applicazione di miele rosato, glicerina borica o burro di cacao in caso di labbra secche (spesso conseguenza di stati febbrili).
16. Controllo generale, con fonte luminosa e abbassalingua, della situazione del cavo orale.

## Avvertenze

Qualora si presentino particolari problemi nelle toilette del cavo orale si ricorre alla consulenza specialistica.

## Motivazioni

6. Questa tecnica permette la rimozione della placca dentaria situata sotto il margine gengivale.
7. La sua azione meccanica permette la rimozione del materiale rimosso con lo spazzolino e di quello che ristagna nel retrofaringe.
8. Questa azione diminuisce il numero dei microrganismi e ritarda la formazione della placca.
9. Vedi punto precedente.
10. La sua azione disinfettante è a scopo preventivo.
11. Vedi punto precedente.
12. L'azione di alcuni prodotti può compromettere la sana igiene orale (es.: l'uso prolungato dell'acqua ossigenata provoca spugnosità della gengiva e decalcificazione dei denti).
13. Conferisce per lo più un gradevole sapore in quanto non è abbastanza energico, né resta per un tempo sufficientemente lungo da distruggere i batteri.
14. Permette di rimuovere il materiale residuo.
15. Permette di mantenere una buona estetica delle labbra e di idratarle.
16. In modo da valutare, in prima istanza, l'efficacia della toilette del cavo orale e poi, nel tempo, l'efficacia del trattamento praticato.

## Bibliografia

1. SOREMS e LUCKMAN, *Nursing di base*, II vol., CEA, Milano 1981.
2. ELHART D., SIRSIICH C., *Nursing principi scientifici*.

# STUDIO DI UN PROTOCOLLO PER L'INCANNULAMENTO VENOSO

Autori I.P. K. Bottura, I.P. A. Malavasi, I.P. P. Mantovanelli (relatore),  
I.P.A.F.D. L. Cappadonna

U.T.I.C. Ospedale di Mantova

L'équipe infermieristica dell'U.T.I.C. del Polo Ospedaliero dell'U.S.S.L. 47 di Mantova dopo aver osservato un'elevata incidenza di complicanze successive all'incannulamento venoso periferico, ha sentito la necessità di individuare le cause di tale situazione oggettiva.

Una serie di incontri informali di studio ha evidenziato prima di tutto l'estremo empirismo e la assoluta soggettività operativa nel compiere tale manovra. Da ciò è emersa la necessità di studiare un protocollo che garantisca una omogeneità procedurale, costantemente applicabile, modificabile nel tempo ogni qualvolta l'analisi delle situazioni richiedesse aggiornamenti nei comportamenti o nei materiali.

A questo punto è iniziata la progettazione vera e propria del protocollo valutando anzitutto la bibliografia a disposizione; in seguito ci si è organizzati per gruppi di lavoro elaborando una serie di progetti che si sono concretizzati nella sintesi finale di seguito riportata.

## Protocollo di incannulazione venosa periferica

Il trattamento del paziente critico impone che dopo essersi assicurati della validità della funzione respiratoria e di quella cardiaca, venga incannulata una vena.

Per il primo immediato trattamento è sufficiente ga-

rantire un accesso venoso incannulando una vena periferica con un ago cannula di calibro adeguato in uno dei due atrii superiori.

L'esecuzione di questa manovra viene preceduta da un'informazione al paziente, dopo averne valutato lo stato di coscienza, circa l'importanza e le modalità della manovra da eseguire.

Dopo incannulazione venosa l'I.P. controllerà la pervietà e quindi il corretto posizionamento della cannula venosa.

## Obiettivo

- Garantire un accesso venoso con tecnica sterile.

## Materiale occorrente

- Guanti sterili monouso
- set per incannulazione venosa periferica
- trousse da medicazione
- disinfettante in confezione monodose (polivinilpirrolidone iodio 10%)
- raccordo a due o più vie
- fleboclisi con set per infusione
- cerotti sterili e non
- teli sterili
- laccio emostatico

## Procedura

- Spiegare al paziente, se è cosciente, la manovra che si sta per compiere.
- Lavarsi le mani.
- Scegliere la vena da incannulare.
- Scegliere una cannula di calibro adeguato.
  
- Inserire il set per infusione nella fleboclisi previa disinfezione del tappo di gomma.
- Aprire la trousse sterile per medicazione.
- Aprire la confezione dei teli sterili.
- Aprire la confezione monodose del disinfettante.
- Praticare un'ampia disinfezione della sede venosa servendosi della trousse per medicazione.
- Aprire i guanti sterili ed infilarli.

## Motivazione

- Per permettere un'adeguata velocità di flusso con il minimo rischio di flebite meccanica o di un flusso danneggiato.
  
- Diminuire l'incidenza di infezioni.

## Procedura

- Preparare il campo sterile lateralmente ed inferiormente alla sede venosa (\*).
- Sfilarsi i guanti sterili.
- Applicare il laccio emostatico.
- Aprire il set per incannulazione venosa.
- Aprire i guanti sterili ed infilarli.
- Sfilare la cannula venosa dalla confezione senza contaminarla.
- Pungere la vena, l'entrata in vena è confermata dal reflusso di sangue nella camera di visione.
- Quando la cannula e il suo ago sono stati introdotti per 1 cm dentro il lume della vena sganciare il laccio emostatico ritirare l'ago mandrino e contemporaneamente far avanzare la cannula nel lume venoso fino al suo completo inserimento.
- Sfilare completamente l'ago mandrino.
- Connettere la cannula con il set infusionale.
- Fissare la cannula con strisce di cerotto avendo cura di non occludere il punto d'inserzione.
- Medicare a piatto con garze sterili.
- Riordinare il materiale.
- Lavarsi le mani.

## Motivazione

- Per permettere l'applicazione del laccio emostatico senza contaminare il campo sterile.
- Per evitare perdite ematiche, ematomi sottocutanei o la rottura della vena.
- Diminuire l'incidenza di infezioni.

(\*) In bibliografia non tutti i testi ritengono necessaria la preparazione del campo sterile però considerando che il paziente degente in una terapia intensiva è sottoposto a diverse manovre invasive quindi esposto ad un'alta incidenza di rischio infettivo abbiamo preferito trattare il cateterismo venoso periferico alla stessa stregua del cateterismo venoso centrale.

## Avvertenze

- Non usare la stessa cannula venosa per più punture.
- Valutare con attenzione il calibro e le condizioni degli accessi venosi.
- Valutare la pervietà del catetere venoso prima di collegare il set infusionale.
- Sostituire il catetere venoso dopo 48/72 ore circa.
- Scegliere con attenzione il calibro della cannula in rapporto al calibro della vena da incannulare.

## Complicanze

- traumi parietali;
- flebiti;
- infezioni.

## Conclusioni

La pronta applicazione del protocollo appena completato nei suoi dettagli, ha determinato come immediato riscontro una netta riduzione delle principali

complicanze derivanti dall'incannulamento venoso periferico.

Tale valutazione è comunque empirica, dato lo scarso tempo che abbiamo avuto a disposizione per raccogliere una quantità di dati necessari per una valutazione scientifica del problema. Ci riserviamo comunque di proporre in futuro uno studio critico con metodi statistici su una casistica raccolta in un arco di tempo sufficientemente ampio da fornire dati valutabili e confrontabili.

## Bibliografia

1. BARONIO, *Il protocollo nella pianificazione sistematica nell'assistenza infermieristica*, Ed. Masson del 1989.
2. PITTIRUTI ANNETTA CARDUCCI RONCONI, *Le infezioni dei cateteri venosi*, Atti del Convegno G.A.T.I.C. 1991.
3. RIGON, PEGORARO, *L'entità del cambiamento*, in *Scenario: Il nursing della sopravvivenza* n.1, 1988.
4. SILVESTRO, DRIGO, *Protocolli e standard un orientamento per il futuro*, in *Scenario: Il nursing della sopravvivenza* n. 2, 1988.
5. ORSI, MARICONTI, *Rianimazione e terapia intensiva per infermieri professionali*, ed. San Marco del 1988.
6. DARRAGON, *Rianimazione e terapia intensiva*, in *Quaderni dell'infermiere* n. 18, ed. Masson.
7. MONAUNI, BASSI, *Terapia intensiva clinica, tecnologie assistenza*, ed. Systems del 1988.



# PRESENTAZIONE DELL'ESPERIENZA DI VARESE

Autore A.F.D. P. Agrati

Centro Terapia Intensiva P.M.O. Varese

La terapia intensiva di Varese è una terapia intensiva multidisciplinare di 12 p.l. con 23 I.P. e 1 A.F.D. I protocolli sono in uso da circa tre anni; prima non vi erano protocolli, così come non c'era un sistema informativo scritto, ma solo consegne orali. I protocolli nascono nella primavera del 1990 con obiettivi ben precisi:

- uniformare le modalità di svolgimento di alcune attività, facendo capire all'équipe infermieristica che l'uso di protocolli non significa sminuire la professionalità individuale, ma facilitare lo svolgimento dell'attività lavorativa;
- recuperare tempo prezioso;
- migliorare la qualità di alcune prestazioni secondo standard più nuovi;
- creare tra gli infermieri momenti di aggregazione e l'abitudine a lavorare insieme alla realizzazione di un progetto comune;
- sciogliere le riserve nei confronti del "nuovo".

All'inizio del '90 la terapia intensiva aveva 8 p.l. e 14 I.P.; come già detto non erano in uso né protocolli né un sistema informativo scritto: nascevano molto spesso disguidi dovuti al fatto che ognuno svolgeva determinate attività secondo il proprio modo di pensare; il collega del turno successivo, non conoscendo quando e con cosa era stata eseguita una determinata attività la rifaceva, con perdita di tempo notevole, in una realtà di crisi numerica di infermieri.

Oltre a questi, c'erano problemi di altra natura, come la poca aggregazione tra i vari componenti dell'équipe; molte riserve verso le cose nuove e il "nuovo" in generale; problemi di stress dovuti a turni molto pesanti per carenza di I.P.

La A.F.D. con alcuni infermieri decise di introdurre l'uso di protocolli e di un sistema informativo cartaceo; per fare in modo che questi venissero poi usati da tutti occorreva che i nuovi strumenti nascessero come esigenza di tutti e soprattutto con la collaborazione di tutti.

Durante varie riunioni, per gradi, si cominciarono ad individuare quegli argomenti e quelle attività che creavano problemi all'équipe, dove vi era un margine più ampio di errore di esecuzione e dove l'uso di un protocollo poteva essere di aiuto:

- 1) igiene del paziente:
  - del corpo;
  - del cavo orale.
- 2) Rifacimento del letto.
- 3) Ulcere da decubito:
  - prevenzione;
  - cura.
- 4) Medicazioni: presidi venosi e arteriosi:
  - medicazioni di tracheotomie e tubi nasali/orali;
  - medicazioni in genere;
- 5) Gestione e corretto posizionamento di catetere vescicale.
- 6) Preparazione delle diete.

Individuati gli argomenti vennero formati gruppi di lavoro e deciso un metodo per la stesura dei protocolli:

- a) Ricerca.
- b) Elaborazione dei dati raccolti.
- c) Stesura del protocollo.
- d) Verifica comune degli elaborati.

Per la realizzazione vennero prefissati tempi più o meno brevi (un mese); prima dell'utilizzo i protocolli vennero discussi da tutta l'équipe ed eventualmente corretti.

L'esperienza è risultata nel tempo più che positiva, in quanto si è notato da subito una diminuzione degli errori di esecuzione; un miglioramento dell'assistenza (dovuto al fatto che grazie allo snellimento di alcune attività aumenta il tempo a disposizione per meglio soddisfare i bisogni dei pazienti); una maggiore aggregazione tra i vari componenti dell'équipe. Questo è dovuto al fatto che tutti hanno condiviso l'importanza di questi strumenti di lavoro, hanno collaborato tutti attivamente alla realizzazione degli stessi.

In questo modo i protocolli non sono un vincolo rigido nell'esecuzione dei lavori, né sminuiscono la professionalità, ma diventano anzi un metodo per costringere tutti a conoscere standard più nuovi, a ricercare nuovi metodi per migliorare la qualità delle prestazioni, per discutere e dialogare tra colleghi. I protocolli sono tuttora in uso; sono stati completamente rivisti e rielaborati circa sei mesi fa. Ogni anno e mezzo i protocolli vengono cambiati e rielaborati per essere al passo con le esigenze dei tempi, dell'équipe infermieristica e dei bisogni dei pazienti.

## PROTOCOLLO PER LE MEDICAZIONI DI PRESIDI VENOSI E ARTERIOSI

### Obiettivi:

- prevenire le infezioni;
- corretto e stabile fissaggio del presidio;
- consentire al paziente libertà di movimento.

### Materiale:

- set piccole medicazioni;
- esano;
- betadine soluzione;
- cerotti di vario genere (premedicati, steri-strip, tegaderm, ecc.).

### Procedura:

- lavaggio accurato delle mani;
- togliere la medicazione sporca;
- detergere la cute con esano;
- eventuale tricotomia della zona (peli, barba);
- disinfettare con batuffoli imbevuti di Betadine soluzione con movimenti centrifughi a partenza dal punto di inserzione del presidio verso l'esterno;
- posizionare il cerotto in base al presidio:

#### *succlavia o giugulare:*

- 1) cerotto premedicato sterile di misura adeguata;
- 2) Tegaderm da usarsi preferibilmente in pazienti con abbondanti secrezioni dal cavo orale (la cute deve essere ben asciutta per una migliore aderenza).

#### *Catetere a rocchetto:*

- 1) fissare, la parte rigida alla cute con cerotto a cravatta, avendo l'accortezza di consentire al paziente il movimento di flessione;
- 2) coprire con cerotto premedicato sterile di misura adeguata.

#### *Arteria*

- 1) fissare il cateterismo con steri-strip grande (25mm x 125mm) diviso in due parti e messo a cravatta e su questi un altro steri-strip grande in senso orizzontale;
- 2) coprire con cerotto premedicato sterile di misura adeguata.

### Indicazioni:

- ripetere la medicazione ogni 24 ore ed ogni qualvolta si renda necessario;
- controllare la presenza di arrossamenti, irritazioni e anomalie in genere;
- controllare la lunghezza della parte esterna del catetere;
- controllare i giorni di permanenza e segnalare al medico se superiori a:  
10 giorni per i presidi venosi centrali  
5 giorni per i presidi arteriosi
- eseguire sempre, alla rimozione, l'esame colturale della punta dei presidi venosi.

## PROTOCOLLO PER LA MEDICAZIONE DELLO STOMA TRACHEALE

### Materiale:

- set per piccole medicazioni;
- soluzione fisiologica sterile;
- acqua ossigenata;
- betadine soluzione;
- Lyofoam;
- collarino (tracheostomy tube-holders).

### Procedura:

- detergere lo stoma con soluzione fisiologica o acqua ossigenata;
- disinfettare con betadine soluzione;
- sostituire il collarino;
- posizionare Lyofoam;
- in caso di stoma malacico e con secrezioni purulente applicare anziché Lyofoam una garza iodofornica sterile;

### Indicazioni:

- ripetere l'operazione ogni 24 ore ed ogni qualvolta sia necessario;

## PROTOCOLLO PER IL FISSAGGIO DEL TUBO ORO/NASO TRACHEALE

### Materiale:

- esano;
- cerotto di seta o mefix;
- Duoderm sottile;
- cannula oro-faringea;
- fettuccia;
- garze;

### Procedura:

- 1) Paziente con tubo naso tracheale:
  - eventuale broncoaspirazione;
  - pulizia della narice;
  - detersione della cute con esano;
  - applicazione di Duoderm sottile per prevenire l'insorgenza di decubiti;
  - accertarsi che il tubo sia ben posizionato e cuffiato;
  - fissare con cerotto di seta (in alternativa usare il mefix);
- 2) Paziente con tubo oro tracheale:
  - eventuale broncoaspirazione;
  - igiene del cavo orale;
  - sostituzione della cannula oro faringea;
  - detersione della cute;
  - eventuale rasatura del viso;
  - accertarsi che il tubo sia ben posizionato e cuffiato;
  - fissare con cerotto di seta.

### Indicazioni:

- ripetere l'operazione ogni 24 ore e ogni qualvolta sia necessario.

## PIAGHE DA DECUBITO

### Anatomia:

- *epidermide*: strato superficiale, presenza di terminazioni nervose, assenza di vasi sanguigni;
- *derma*: presenza di organi sensoriali per tatto, calore e freddo;
- *adipe*: presenza di vasi sanguigni, linfatici e di fibre nervose;
- *muscolo*.

### Definizione:

lesioni che compaiono in genere sui punti di maggiore pressione e sono caratterizzate da una lentissima guarigione. I piccoli vasi sanguigni vengono compressi e la microcircolazione viene interrotta provocando ischemia.

### Fattori predisponenti:

- stato malnutrizionale;
- allettamento;
- disidratazione cutanea;
- incontinenza;
- scarsa igiene del malato;
- diabete;
- arteriopatia;
- età;
- peso;
- attrezzature (ruvidità lenzuolo, impermeabilità ed irregolarità delle superfici d'appoggio, presenza di corpi estranei).

### Cause:

- compressione cutanea prolungata;
- sfregamento;
- umidità della cute.

### Localizzazione:

- nuca;
- padiglione auricolare;
- pinna nasale;
- colonna vertebrale;
- scapole;
- gomiti;
- osso sacro;
- trocanteri;
- ginocchia;
- caviglie;
- talloni.

### Prevenzione:

- osservare i punti d'appoggio;
- ridurre la compressione soprattutto a livello delle sporgenze ossee con:
  - materassino antidecubito ad aria;
  - accurato rifacimento del letto;
  - mobilizzazione del paziente;
  - utilizzo di proteggi talloni e cuscino antidecubito;

- favorire la buona circolazione sanguigna tramite il frizionamento della cute con "menalind";
- proteggere la cute con:
  - accurata igiene del corpo;
  - applicazione di pomate preventive ("Sicca Marfen" o pasta all'H<sub>2</sub>O);
  - applicazione di medicazioni preventive con Duoderm sottile.

### Cura della lesione:

le ulcere da decubito possono essere classificate in 4 stadi, a seconda dei quali si attua un determinato tipo di terapia.

**1° stadio:** rossore cutaneo circoscritto, nessuna lesione cutanea.

#### terapia:

- cambio di posizione;
- tenere la cute pulita ed asciutta utilizzando un detergente (Menalind);
- usare pomate preventive o medicazioni con Duoderm sottile.

**2° stadio:** lesione cutanea medio-piccola, non profonda; il tessuto circostante presenta perdita di colore e tumefazione. Muscoli, tendini e legamenti non sono ancora colpiti.

#### terapia:

- cambio di posizione;
- detersione con soluzione fisiologica sterile;
- disinfezione con Betadine soluzione;
- trattamento con Duoderm (da sostituire quando si verificano fuoriuscite di essudato) oppure Sofargen e medicazione a piatto in caso di lesioni infette.

**3° stadio:** lesione cutanea profonda; muscoli, tendini e legamenti sono compromessi. L'ulcera da decubito può coprirsi di tessuto necrotico.

#### terapia:

- cambio di posizione;
- detersione con soluzione fisiologica oppure con acqua ossigenata più soluzione fisiologica se vi è presenza di tessuto necrotico;
- disinfezione;
- trattamento con Elase (in presenza di escare ben delimitate, chiuse e secche) oppure con Sofargen (in presenza di residui necrotici e di tessuto di granulazione);
- medicazione a piatto.

**4° stadio:** lesioni cutanee e tissutali con interessamento di muscoli e ossa; presenza di abbondante essudato e tessuto necrotico.

#### terapia:

- cambio di posizione;
- toilette chirurgica del tessuto necrotico;
- detersione con acqua ossigenata più soluzione fisiologica;
- disinfezione;
- trattamento con granuli o pomata di Duoderm più placca e Mefix, oppure con Sofargen più medicazione a piatto.

PAZIENTE:

LETTO:

Data → ↓ Lesioni				
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:
	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:	TIPO: TRATTAMENTO:

Scheda utilizzata per il monitoraggio delle piaghe da decubito

## PROTOCOLLO SULL'IGIENE DEL PAZIENTE

### Obiettivo:

garantire una completa e corretta igiene del paziente al fine di:

- promuovere il benessere del paziente;
- ridurre il rischio di sovrapposizioni infettive che possono compromettere la già esistente patologia di base;
- ridurre il rischio di infezioni crociate con altri pazienti;
- migliorare l'immagine del paziente (aspetto, odori sgradevoli);
- trattare la pelle e stimolare la circolazione.

### Igiene del corpo

#### Materiale:

catino, telini, spugnette EZ SCRUB, bagnoschiuma, guanti, acqua, alcool profumato, soluzioni emollienti (olio Humana).

L'igiene generale del corpo viene eseguita ogni mattina facendo particolare attenzione alle zone più esposte ad accumulo di sporcizia (cavo ascellare, ombelico, pliche cutanee, spazi interdigitali).

La spugnatura dovrà essere effettuata procedendo dalla zona che normalmente è più pulita a quella che si ritiene lo sia meno usando una spugna per il viso e una per il corpo.

La cute deve essere detersa con soluzioni neutre per

mantenere l'equilibrio fisiologico (Bagnoschiuma, spugnette, Menalnid).

Se si usa il bagnoschiuma bisogna sciacquare. L'asciugatura deve procedere dall'alto verso il basso tamponando.

Controllare che tutto il corpo sia ben asciutto in quanto l'umidità favorisce la moltiplicazione batterica. Non usare il talco.

Controllare che le unghie siano sempre corte e pulite, in caso di necessità usare lo spazzolino o impacchi di garze imbevute di Citrosil incolore.

Ogni due giorni eseguire la rasatura del viso del paziente.

### Igiene intima

#### Materiale:

padella, acqua, brocca, telino, cotone, guanti, soluzione detergente (Hibiscrub ben diluito).

In generale la pulizia della zona perineale nei pazienti di sesso maschile viene effettuata dagli infermieri mentre in pazienti di sesso femminile tale compito viene affidato ad infermiere.

La pulizia della zona perineale nelle donne deve essere effettuata con movimenti che partano dalla parte interna delle cosce, pube, piccole labbra, uretra e vagina verso l'ano riducendo in tal modo la possibilità di diffondere i batteri dalla regione anale agli orifici vaginali ed uretrali.

Negli uomini prima di iniziare l'igiene bisogna retrarre

il prepuzio, procedere con movimenti rotatori dalla punta del pene verso il basso procedendo verso la zona scrotale e perineale.

Al termine della manovra ricordarsi di ricoprire il glande.

Pulire bene il catetere in quanto spesso le secrezioni si crostificano a livello del meato uretrale.

### Igiene del collo, della schiena e dei glutei

Viene eseguita durante il rifacimento del letto girando il paziente sul fianco (quando le sue condizioni cliniche lo permettono).

È possibile lavare queste zone con la spugnetta o con il Menalind.

Evitare di risalire dalla zona sacrale a quella dorsale.

### Igiene dei capelli

#### *Materiale:*

lavatesta o catino, acqua, shampoo, telini, pettine e asciugacapelli.

Lo scopo di questa manovra è di rimuovere il sebo, di evitare che si arruffino i capelli e di promuovere il comfort.

La cura quotidiana si limita a spazzolare o pettinare i capelli per riattivare la circolazione del cuoio capelluto.

Prima di iniziare la manovra avere l'avvertenza di mettere un telino sotto le spalle e la testa del paziente.

Pettinando il paziente si possono anche notare varie alterazioni quali ad esempio la pediculosi.

Circa una volta alla settimana od ogni qualvolta l'infermiere professionale lo ritenga necessario è utile procedere al lavaggio dei capelli.

### Igiene delle orecchie

#### *Materiale:*

garze, acqua.

La pulizia quotidiana delle orecchie viene eseguita nell'ambito della pulizia generale del corpo. L'igiene delle orecchie deve avvenire procedendo dal padiglione auricolare esterno fino all'ingresso del condotto uditivo senza mai usare i cotton fiock, i quali spingendo il cerume all'interno del condotto favoriscono la formazione di tappi di cerume.

### Igiene degli occhi

#### *Materiale:*

fisiologica, garze sterili.

La manovra deve essere eseguita più volte al giorno. Con l'aiuto di una garza imbevuta di fisiologica si pulisce l'occhio dall'interno verso l'esterno cambiando ogni volta la garza fino a quando l'occhio non è pulito, in questo modo si evita di infettare il condotto lacrimale od ostruirlo con le secrezioni.

Nel paziente comatoso la pulizia deve avvenire con maggior frequenza (almeno due volte a turno); applicare lacrime artificiali o pomate antibiotiche su pre-

scrizione medica per evitare la disepitelizzazione della cornea.

### Igiene del naso

#### *Materiale:*

cotton fiock, garze, fisiologica, sondini, olio gomenolato.

Il naso non necessita in genere di cure particolari, mentre sono indispensabili nei pazienti comatosi o per coloro che sono portatori di sonde nasali.

*Pazienti coscienti:* la pulizia del naso si effettuerà con l'ausilio di cotton fiock imbevuti di acqua o di olio.

*Pazienti non coscienti:* oltre alla manovra sopra indicata si effettuerà, con l'ausilio di sondini, un lavaggio del rinofaringe con il collutorio previa aspirazione delle secrezioni.

### Igiene del cavo orale

#### *Materiale:*

spazzolino, dentifricio, arcella, bicchiere, garze, aspiratore, disinfettanti (collutorio, acqua ossigenata, Betadine soluzione diluita ad 1/3), telino apribocca, schizzettone, soluzioni emollienti (burro cacao o miele rosato).

#### *Frequenza:*

due volte al giorno (mattino e pomeriggio).

*Pazienti collaboranti:* pulire i denti con lo spazzolino ed il dentifricio e far fare sciacqui con il collutorio.

*Pazienti non collaboranti:* pulire i denti con lo spazzolino ed il dentifricio, procedere quindi agli sciacqui con l'ausilio di garze, schizzettone ed aspiratore. In pazienti edentuli utilizzare garze imbevute di disinfettanti.

Dopo l'utilizzo di collutori o disinfettanti in genere sarebbe buona norma risciacquare con acqua.

Dopo aver completato la pulizia della bocca ungere le labbra del paziente con soluzioni emollienti.

In caso di presenza di patologia a carico del cavo orale consultare il medico circa l'utilizzo di sostanze disinfettanti o medicinali ad azione locale.

### Miscellanea

In pazienti con patologie cutanee (esempio: herpes, stafilococcia, ecc.) usare materiale differente per evitare di trasmettere l'infezione nelle parti del corpo integre.

Nel primo pomeriggio riordinare il letto del paziente eseguendo un massaggio sulla schiena e sui glutei.

Nei pazienti coscienti ricordarsi di informarli rispetto a tutte le manovre che ci accingiamo a fare.

Dopo qualsiasi manovra che possa comportare il passaggio di germi da una parte all'altra del corpo o da paziente a paziente:

LAVARSI LE MANI ACCURATAMENTE.

INSERTO SCENARIO 1/9

## Bibliografia

- SANDRA SMICH, *L'assistenza infermieristica principi e tecniche, (Dal nursing di base alle specialità)*, Donna Duell Ed. Sorbona Milano.
- LILIANE JUCHLI, *L'assistenza infermieristica di base, (Teoria e pratica)*, A. Vagel II Ed. Italiana.
- NANCY ROPER, WINFRED W. LOGAN, ALISON J. PIERNEY, *Elementi di nursing (Attività quotidiane della vita e assistenza infermieristica)*, Ed. Il Pensiero Scientifico.
- ELHART FIRSUH, GRAGG REES, *Nursing, (Principi scientifici)*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- K.L. SORENSEN, *Nursing di base, (Principi psicofisiologici)*.

## PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON CATETERE VESCICALE

### Obiettivi

Stabilire un protocollo guida per:

- posizionamento corretto;
- gestione del catetere vescicale e del circuito chiuso;
- sostituzione;

evitando l'insorgenza di complicanze ed eventuali infezioni.

### Posizionamento del catetere vescicale

- informazione al paziente;
- igiene accurata del paziente;
- materiale: set *Peha Katheter* o *Mepac Steril Sistem*, oppure set medicazioni, disinfettante, guanti sterili, catetere, sacchetto raccoglitore, lubrificante, siringa con fisiologica;
- lavaggio antisettico delle mani;
- esecuzione (due infermieri):
  1. paziente supino;
  2. preparazione del campo di lavoro; apertura set sterile, indossare guanti sterili (1° I.P.), preparare il campo sterile all'interno del set (1° I.P.);
  3. disinfezione: versare la soluzione antisettica all'interno dell'apposito contenitore (2° I.P.);  
*uomo*: retrarre il prepuzio, passare con movimenti circolari dal meato uretrale alla base del glande, lasciare una garza;  
*donna*: movimenti antero-posteriori grandi/piccole labbra, meato uretrale, lasciare un tampone (1° I.P.);
  4. preparazione del campo sterile; sostituire i guanti sterili (1° I.P.), posizionare i telini sterili (1° I.P.);
  5. preparazione del catetere; scelta del catetere: minore è il calibro minori sono le reazioni della mucosa uretrale;
    - a) *Foley* in lattice;
    - b) *Silicone con scanalature*: favoriscono l'eliminazione del secreto uretrale;
    - c) *Silicone con sonda termica*.

Procedere all'inserzione:  
far cadere sul campo sterile catetere vescicale e lubrificante (2° I.P.);

*uomo*: tenere il pene in posizione verticale, introdurre il catetere vescicale fino alla resistenza, quindi posizionare il pene orizzontalmente e introdurre il catetere fino all'uscita dell'urina;

*donna*: visualizzare il meato uretrale e introdurre il catetere fino all'uscita dell'urina; raccordare il catetere al sacchetto raccoglitore (1° I.P.);

gonfiare il palloncino (2° I.P.);

ritirare il catetere fino a quando si sente una resistenza;

6. riordino del materiale.

### Gestione del catetere vescicale e del circuito chiuso

- nella gestione del paziente con catetere vescicale a permanenza è utile una accurata igiene con soluzioni antisettiche (*Hibitane* diluito in acqua), una o più volte al giorno;
- con l'utilizzo del circuito chiuso si riduce notevolmente la risalita intraluminare dei microrganismi, riducendo così l'incidenza di infezioni.

Il sistema di drenaggio a circuito chiuso deve essere mantenuto chiuso e sterile, per questo è provvisto di un dispositivo a rubinetto per lo svuotamento dell'urina, di un dispositivo per il prelievo di campioni di urina senza sraccordare e di una valvola antireflusso. Il sistema a circuito chiuso se utilizzato in maniera adeguata può essere mantenuto per 10-14 giorni; si consiglia di segnalare sul circuito la data di utilizzo.

- Per la raccolta di un campione di urine occorre:
  - a) chiudere il catetere circa 5 minuti prima del prelievo;
  - b) lavaggio delle mani;
  - c) accurata disinfezione del dispositivo per il prelievo;
  - d) materiale sterile (siringa e matraccio);
  - e) ulteriore disinfezione del dispositivo.

### Sostituzione del catetere vescicale

*Foley* in lattice: ogni 10 giorni;

*Silicone*: ogni mese;

La sostituzione del catetere vescicale utilizzato è comunque indispensabile se il catetere vescicale stesso viene contaminato in prossimità del meato uretrale con feci e in caso di iperpiressia persistente.

### Complicanze

- Sposizionamento del catetere vescicale;
- ostruzione;
- infezioni apparato urinario.

Queste ultime sono spesso frequenti in ospedale. I pazienti a rischio più alto sono quelli con cateteri permanenti e, in questi casi, è essenziale che vengano adottate precise precauzioni per prevenire la contaminazione batterica.

Fattori di rischio:

- suscettibilità dell'ospite:  
età;  
intervento chirurgico;  
traumi, traumi cranici;  
parto;  
sesso.
- durata del cateterismo;
- qualità del catetere vescicale;
- qualità del sistema di drenaggio;
- metodo di cateterizzazione.

## LA NUTRIZIONE ENTERALE

La "nutrizione enterale" è la somministrazione di sostanze nutritive direttamente nel tratto gastrointestinale per mezzo di un'apposita sonda posizionata nel suo interno.

### NUTRIZIONE ENTERALE PRECOCE: PERCHÉ?

I progressi ottenuti nella terapia del paziente critico negli ultimi trenta anni sono stati numerosissimi. Negli anni '60 il chiarimento delle alterazioni fisiopatologiche che coinvolgono il sistema respiratorio durante la malattia critica ha permesso la progettazione e la produzione dei ventilatori meccanici e degli altri apparati utili alla terapia respiratoria.

Negli anni '70 grazie all'introduzione del cateterismo arterioso polmonare e dei farmaci che sono in grado di influenzare la funzione cardiaca è stato possibile evidenziare le alterazioni che nel paziente critico coinvolgono il sistema cardiovascolare. Negli ultimi dieci anni, infine, lo stato di nutrizione ha acquisito un ruolo di primo piano ed è attualmente considerato un fattore di fondamentale importanza nel condizionare l'evoluzione del quadro clinico, sia per quanto riguarda la morbilità che la mortalità (MULLEN e coll. 1979; SELTZER e coll. 1979; WARNOLD e LUNGDMOLM 1984). Con la dimostrazione che un intervento nutrizionale può ridurre il rischio delle complicazioni associate alla malnutrizione, le terapie di supporto nutrizionale sono divenute fondamentali e, poiché la maggior parte dei pazienti critici non è in grado di nutrirsi spontaneamente, le sostanze nutritive devono essere somministrate per via endovenosa o enterale. Anche se la nutrizione parenterale totale costituisce certamente un punto fermo nella conduzione di questo tipo di pazienti, è necessario sottolineare il ruolo della nutrizione enterale che presenta numerosi e indubbi vantaggi.

Essa, infatti, esercita un'azione favorevole sulla struttura e sulla funzionalità intestinale, tale da contribuire al buon esito della terapia. La nutrizione parenterale totale riesce a soddisfare adeguatamente le richieste nutrizionali dei pazienti che non possono alimentarsi per via naturale, ma d'altra parte l'assenza dei nutrienti a livello del lume intestinale porta all'atrofia

della mucosa che, a sua volta, rappresenta un fattore favorente la sepsi sistemica e l'ipermetabolismo correlabile con la sindrome di insufficienza multipla d'organo (MARSHALL e coll. 1988).

Quest'ultima ipotesi evidenzia il duplice ruolo acquisito dalla nutrizione enterale che oltre a soddisfare le richieste nutrizionali, dimostra un effetto terapeutico nel mantenere l'integrità e la funzione intestinale (ROBEAU e coll. 1989).

L'elemento centrale è rappresentato dalla mucosa della parete intestinale, che esercita una funzione digestiva, di assorbimento e di barriera isolante la microflora batterica dagli altri organi sistemici. L'interruzione di questa barriera mucosa può provocare il cosiddetto fenomeno della "traslocazione" o migrazione dei microrganismi dal tratto gastroenterico in altri distretti (WELLS e coll. 1988).

L'integrità della mucosa intestinale sembra, pertanto, la condizione fondamentale per la prevenzione della sepsi sistemica, mentre gli agenti in grado di alterare tale integrità, rappresenterebbero i fattori di rischio della sepsi stessa.

L'assenza di nutrienti nel lume intestinale è quindi considerata come la causa principale di atrofia della mucosa, secondariamente alla mancata liberazione di ormoni trofici in risposta a vari stimoli come la distensione delle anse da parte del bolo alimentare oppure per la diretta utilizzazione dei nutrienti da parte delle cellule della mucosa (RYAN e coll. 1979; ALNAFUSSI e WRIGHT 1982). La nutrizione enterale, pertanto, deve essere considerata essenziale per il mantenimento dell'integrità strutturale e funzionale della mucosa intestinale e questo suo requisito sembra determinante nella prevenzione della traslocazione batterica e della sepsi sistemica.

Si tratta di una problematica di primaria importanza nella cura del paziente critico e spiega il continuo progredire della ricerca in relazione alla utilizzazione della via enterale, grazie anche alla disponibilità di sonde con caratteristiche sempre più sofisticate, di metodi di somministrazione semplici e precise, di diete diversificate e capaci di soddisfare le specifiche esigenze nutrizionali dei singoli malati.

#### A) *Tecniche di somministrazione:*

Ormai abbandonata è la tecnica del "gavage", cioè la somministrazione in pochi minuti di un bolo unico (200-400 ml) di miscela nutrizionale mediante siringa, ripetuta ad intervalli di 4-6 ore durante la giornata.

Attualmente la tecnica di somministrazione dei nutrienti ritenuta ottimale è quella "del goccia a goccia" o "a basso flusso continuo", somministrata per lunghi periodi di tempo.

Con essa si riducono il numero e l'intensità delle contrazioni peristaltiche, si allunga il tempo di transito intestinale, il piloro si mantiene pervio, riducendo il carico osmotico e il rischio di diarrea, facilitando invece i processi digestivi e di assorbimento con minor lavoro intestinale. Questa tecnica infusione si attua con l'ausilio di pompe peristaltiche.

## B) preparazione della N.E.

### 1. Preparazione del materiale:

- sacca;
  - diete prescritte;
  - tappino sterile per protezione estremità deflusso;
2. lavaggio antisettico delle mani;
  3. utilizzo di tecniche asettiche nell'allestimento della sacca;
  4. controllo prescrizione medica;
  5. contrassegnare la sacca (nome paziente, nome della dieta, numero del letto e ora di inizio e fine somministrazione).
  6. riordino del materiale;
  7. conservazione della dieta in frigorifero;
  8. accensione della lampada.

## C) Applicazione del S.N.G.

L'intubazione naso-gastrica costituisce la via d'accesso all'apparato digerente più utilizzata nella pratica clinica; essa è semplice da realizzare e poco traumatizzante.

### 1. Preparazione del materiale:

- guanti;
- arcella;
- bicchiere con acqua;
- lubrificante (Luan);
- schizzettone;
- garze;
- telino;
- sondino naso-gastrico;
- cerotto;
- sacca N.E.
- pompa peristaltica;
- fonendoscopio.

### 2. Procedura:

Paziente cosciente

Paziente incosciente

Spiegare il procedimento della manovra al paziente

Posizionare il paziente in posizione seduta o semi-seduta (condizioni generali permettendo)

Controllare la cuffia del tubo orotracheale o nasotracheale.

Lavarsi accuratamente le mani

(Segue)

Paziente cosciente

Paziente incosciente

Scegliere la narice appropriata (in base a: presenza del tubo nasotracheale, deviazioni del setto nasale, eventuali fratture, ecc.)

Determinare la lunghezza del SNG (misurare la distanza esistente tra punta del naso e lobo dell'orecchio omolaterale a cui va aggiunta la distanza dal lobo dell'orecchio all'appendice xifoidea; aggiungere ulteriori 30 cm)

Invitare il paziente a deglutire l'acqua e contemporaneamente ...

... introdurre la sonda fino alla lunghezza prevista

Controllare il corretto posizionamento del sondino naso-gastrico (con utilizzo di fonendoscopio e schizzettone).

## D) Somministrazione della nutrizione enterale

1. controllare il posizionamento e la pervietà del SNG (ogni 4-6 ore);
2. applicare la pompa peristaltica, collegare la sacca della N.E. al paziente, impostare il gocciolamento (vedi tabella allegata);
3. lavare il SNG al termine della somministrazione.

## E) Complicanze

### 1. Legate al SNG:

- errato posizionamento;
- rimozione accidentale;
- dislocamento della sonda in esofago;
- attorcigliamento e annodamento della sonda;
- decubito pinna nasale;
- rinofaringiti;



- sinusiti acute;
- otiti medie acute;
- faringolaringiti;
- difficoltà nella tosse;
- ulcerazione laringea;
- esofagiti;
- ulcera gastrica.

2. Legate alla N.E.:

- diarrea;
- nausea/vomito;
- dolori e distensione addominali;
- reflusso N.E. nelle vie aeree
- gastroenterite da contaminazione massiva della dieta.

**Gocciolamento**

*Diete fluide*

ml 250 .....	20 ml/h
ml 500 .....	30 ml/h
ml 750 .....	40 ml/h
ml 1000 .....	50 ml/h
ml 1250 .....	60 ml/h
ml 1500 .....	70 ml/h
ml 1750 .....	80 ml/h
ml 2000 .....	90 ml/h
ml 2250 .....	100 ml/h
ml 2500 .....	110 ml/h

*Diete dense*

40 ml/h
50 ml/h
60 ml/h
70 ml/h
80 ml/h
90 ml/h
100 ml/h
110 ml/h
120 ml/h
130 ml/h

**Bibliografia**

*Nutrizione artificiale ed enterale e paziente critico*, Edizione scientifica - A. Raffaele De Gaudio).  
*Manuale di nutrizione enterale*, Edizione Minerva Medica

1992, n. 262 e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato dal comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto di impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno 5 anni con incarico orario non inferiore a 29 ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.

9. Le disposizioni di cui all'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre n. 1991, n. 412, relativa al divieto di esercizio di attività libero-professionale comunque prestate in strutture private convenzionate con il servizio sanitario nazionale, si estendono alle attività prestate nelle istituzioni e strutture private con le quali l'unità sanitaria locale intrattiene i rapporti di cui al precedente comma 5.

#### Articolo 9

##### *Forme differenziate di assistenza*

#### Articolo 9

##### *Forme integrative di assistenza sanitaria*

1. Possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Le fonti istitutive dei fondi integrativi sanitari sono le seguenti:

- a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promosso dai loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciali;
- c) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute.

Il fondo integrativo sanitario è autogestito, ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517 con regolamento emanato dal Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sono dettate disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi sanitari. Il regolamento disciplina:

- 1) le modalità di costituzione, in linea con i principi fissati dall'art. 4, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124;
- 2) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- 3) le forme di contribuzione;
- 4) le modalità della vigilanza facente capo al Ministero della sanità;
- 5) le modalità di scioglimento.

Le società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute che gestiscono unicamente fondi integrativi sanitari sono equiparate ai fondi sanitari di cui al presente articolo.

## Articolo 9 BIS Sperimentazioni gestionali

1. Al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1° gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, nonché le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n.412, e ne regolamentano l'attuazione fissando gli ambiti rimessi all'unità sanitaria locale. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri del tesoro e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono determinate, per ciascun triennio di validità del piano sanitario nazionale, le quote di risorse destinabili per la gestione delle forme di assistenza differenziate di cui al comma 1 tenendo conto dei principi di solidarietà propri del Servizio sanitario nazionale, e avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità. Con il medesimo decreto sono fissati i requisiti dei soggetti di cui al comma 3, lettera h) e i criteri per il trasferimento delle quote, avendo riguardo all'esigenza di costituzione di un fondo di garanzia in favore dei soggetti aderenti alle forme differenziate alimentato esclusivamente mediante prelievi dalle quote di risorse come sopra determinate.

3. Le forme differenziate di assistenza possono consistere:

- a) nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;
- b) nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario

1. Le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n.412, sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

In sede di prima attuazione, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome individua nove aziende unità sanitarie locali e/o ospedaliere, equamente ripartite nelle circoscrizioni territoriali del Nord, Centro e Sud Italia, in cui effettuare le predette sperimentazioni.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione.

4. Le sperimentazioni gestionali di cui al comma 1 sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

## Articolo 10 *Controllo di qualità*

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alle prescrizioni relative alle attività di controllo della qualità delle prestazioni, e svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza. Il Ministro della sanità, nell'esercizio del potere di alta vigilanza, interviene avvalendosi dei propri uffici, dei Nuclei antisofisticazioni, dell'Arma dei Carabinieri nonché del personale di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n.37.

3. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4. Il Ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente.

## Articolo 10 *Controllo di qualità*

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni. Il Ministro della sanità, interviene nell'esercizio del potere di alta vigilanza.

3. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4. Il Ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente.

Titolo III  
FINANZIAMENTO

Articolo 11  
*Versamento contributi assistenziali*

1. I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

2. In sede di prima applicazione, nel primo trimestre 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n.663, convertita, con le modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n.33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro quindici giorni dalla riscossione.

4. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale alle stesse scadenze previste per i soggetti di cui al precedente comma 1.

5. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n.413.

6. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7. Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi tre mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di aprile 1993.

8. Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6

Titolo III  
FINANZIAMENTO

Articolo 11  
*Versamento contributi assistenziali*

1. I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

2. In sede di prima applicazione, nei primi cinque mesi del 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n.663, convertita, con le modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n.33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro quindici giorni dalla riscossione.

4. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale entro il bimestre successivo a quello della loro riscossione.

5. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n.413.

6. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7. Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi cinque mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di giugno 1993.

8. Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6

provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

9. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1° gennaio di ciascun anno dall'iscritto al Servizio sanitario nazionale.

10. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accredito dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento all'intero primo trimestre 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 giugno 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nel primo trimestre 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

11. I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione il rendiconto del primo trimestre 1993 è inviato alle regioni con il rendiconto del secondo trimestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al Parlamento del Rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.

12. Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n.2440, e l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n.1949, e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n.1954.

13. Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1993.

14. Per l'anno 1993 il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

15. Per l'anno 1993 il CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nelle more di attuazione dei decreti di cui al comma precedente delibera l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Entro il mese di febbraio 1994 il CIPE con le predette modalità provvede all'assegnazione definitiva in

provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

9. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1° gennaio di ciascun anno dall'iscritto al Servizio sanitario nazionale.

10. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accredito dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento agli interi primi cinque mesi 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 agosto 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nei primi cinque mesi del 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

11. I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione il rendiconto del primo semestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al Parlamento del Rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.

12. Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n.2440, e l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n.1949, e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n.1954.

13. Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1993.

14. Per l'anno 1993 il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

15. Il CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome delibera annualmente l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale attribuiti a ciascuna delle regioni. Il CIPE con le predette modalità provvede entro il mese di febbraio dell'anno successivo all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, ad esse

favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente 1993, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente erogata per l'anno 1994.

16. In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n.382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n.8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi sette mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente erogate per il medesimo anno.

16. In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n.382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n.8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi nove mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

17. A decorrere dall'anno 1994, il Ministro del tesoro è autorizzato a concedere alle regioni anticipazioni mensili da accreditare ai conti correnti relativi ai contributi sanitari in essere presso la tesoreria centrale dello Stato, nei limiti di un dodicesimo dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari alle stesse attribuiti, nonché delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente deliberate dal CIPE, in favore delle medesime regioni, in ciascun anno; nelle more della deliberazione del CIPE le predette anticipazioni mensili sono commisurate al 90% dell'importo complessivo presunto dei contributi sanitari e delle quote del fondo sanitario nazionale relativi all'anno precedente.

18. E' abrogato l'articolo 5, comma 3, del decreto legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8.

19. Alla copertura finanziaria dell'eventuale differenza tra il complesso dei contributi sanitari previsto in sede di riparto del Fondo sanitario nazionale ed i contributi effettivamente riscossi dalle regioni si provvede mediante specifica integrazione del Fondo sanitario nazionale quantificata dalla legge finanziaria ai sensi dell'art. 11 comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468.

20. La partecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini italiani, compresi i familiari, i quali risiedono in Italia e sono, in esecuzione di trattati bilaterali o multilaterali stipulati dall'Italia, esentati da imposte dirette o contributi sociali di malattia sui salari, emolumenti e indennità percepiti per il servizio prestato in Italia presso missioni diplomatiche o uffici consolari, sedi o rappresentanze di organismi o di uffici internazionali, o Stati esteri, è regolata mediante convenzioni tra il ministero della sanità, il ministero del tesoro, e gli organi competenti delle predette missioni, sedi o rappresentanze e Stati.

#### Articolo 12

##### *Fondo sanitario nazionale*

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato

#### Articolo 12

##### *Fondo sanitario nazionale*

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato

di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

- 1) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:
  - a) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;
  - b) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;
  - c) Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;
  - d) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;
  - e) **centri di ricerca per l'erogazione di attività sanitarie di alta specialità di eccellenza a rilievo nazionale ed internazionale;**

- 2) iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie o biotecnologie sanitarie.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) popolazione residente;
- b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;
- c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

- b) riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

- a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:
  - 1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;
  - 2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;
  - 3) Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;
  - 4) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

- b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie;

- c) **rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.**

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera d), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) popolazione residente;
- b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;
- c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

- b) **riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.**

5. Il fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano



5. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n.281, con parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

### Articolo 13 *Autofinanziamento regionale*

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n.41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art.1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n.421.

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

## Titolo IV PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

### Articolo 14 *Diritti dei cittadini*

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto di informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A

servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n.281, con parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

### Articolo 13 *Autofinanziamento regionale*

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n.41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art.1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n.421.

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

## Titolo IV PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

### Articolo 14 *Diritti dei cittadini*

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle

tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, si avvale della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette

attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette

osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro i **30 giugno 1993**.

7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, **sulla base di quanto previsto dalle legge n.266/91 e dalle leggi regionali attuative, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione**, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

## Titolo V PERSONALE

### Articolo 15 *Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario*

1. La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza.

osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro i **31 dicembre 1993**.

7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, **senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione**, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

## Titolo V PERSONALE

### Articolo 15 *Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario*

1. La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza. **Gli incarichi dirigenziali riferiti ai settori o moduli organizzativi di cui agli articoli 47 e 116, del decreto del Presidente della Repubblica 23 novembre 1990, n. 384, ridefiniti ai sensi degli articoli 30 e 31 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e integrazioni, sono conferiti dal direttore generale su proposta dei dirigenti di**

secondo livello con le procedure di cui all'art. 19 del medesimo decreto. A tutto il personale dirigente del ruolo sanitario si applica il disposto dell'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi Ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina. Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dal direttore generale **in base alla graduatoria** di una apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti, **di cui uno designato dalla regione tra i professor universitari ordinari della disciplina**, ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello **della disciplina dipendenti** dal Servizio sanitario nazionale, in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal Ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione **forma la graduatoria** previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. **Contestualmente alla nomina viene attribuito** l'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dal Consiglio dei sanitari e **l'altro dal corrispondente ordine professionale**, entrambi esterni all'unità sanitaria locale. Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

4. Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui comma precedente.

5. Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

#### Articolo 16 Formazione

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di

3. Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale possono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi Ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina. Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dal direttore generale **sulla base del parere** di una apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti, **nella disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno designato dalla regione e uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello dipendenti del Servizio sanitario nazionale**, in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal Ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione **predispone la graduatoria degli idonei** previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. L'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato **dalla regione e l'altro dal Consiglio dei sanitari entrambi esterni all'unità sanitaria locale**. Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

4. Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui comma precedente.

5. Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

#### Articolo 16 Formazione

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi compresa **la medicina preventiva**, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti

interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

## Articolo 17

### *Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione*

1. L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

2. L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina.

3. Le prove consistono in test di domande a risposte multiple e soluzione di casi pratici simulati nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale. **Le prove sono effettuate con l'utilizzazione diretta da parte dei candidati di appositi strumenti informatici che, in relazione alle risposte e alle soluzioni date, indichino contestualmente l'esito della prova ed il relativo punteggio.**

4. I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test **teorici e dei casi pratici simulati**, che devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il Ministero della sanità e presieduta dal presidente del Consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto Consiglio da lui delegato. I test **teorici e i casi pratici simulati** nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il Ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.

5. Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami ed i requisiti di ammissione dei candidati, ivi compreso il curriculum professionale, sono fissati con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. **Possono essere previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali.**

6. Il Ministero della sanità, con unito bando nazionale da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella Gazzetta Ufficiale.

7. Fino a quando non sarà attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

## Articolo 17

### *Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione*

1. L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

2. L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina e nella **valutazione dei curriculum professionali.**

3. Le prove consistono in test di domande a risposte multiple **riguardanti anche la soluzione di casi pratici simulati** nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale.

4. I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il Ministero della sanità e presieduta dal presidente del Consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto Consiglio da lui delegato. I test nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il Ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.

5. Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami, ivi compresa la valutazione del curriculum professionale, ed i requisiti di ammissione dei candidati, sono fissati con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. **Sono previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali salvaguardando le rispettive specificità culturali, funzioni e competenze.**

6. Il Ministero della sanità, con unito bando nazionale da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella Gazzetta Ufficiale.

7. Fino a quando non sarà attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

8. Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo per l'esonero parziale dallo svolgimento dei test teorici negli esami di cui al comma 2, secondo criteri fissati a norma del comma 5. A tal fine sono previsti bandi nazionali riservati.

9. Al personale in servizio presso le strutture e i presidi delle unità sanitarie locali, che sia titolare alla data di entrata in vigore del presente decreto di un posto di ruolo di posizione funzionale apicale può essere conferito in altra unità sanitaria locale o azienda ospedaliera un incarico di direzione corrispondente al posto in cui è titolare a prescindere dal possesso del requisito dell'idoneità prevista dal presente articolo.

10. L'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

11. Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al precedente comma 6, le idoneità conseguite secondo la vigente normativa sono valide ai fini dell'accesso al secondo livello dirigenziale.

## Titolo VI NORME FINALI E TRANSITORIE

### Articolo 18 *Norme finali e transitorie*

1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme emanate in applicazione dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n.421, in quanto applicabili, prevedendo:

- i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;
- i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;
- le prove di esame;
- la composizione delle commissioni esaminatrici;
- le procedure concorsuali;
- le modalità di nomina dei vincitori;
- le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo di cui all'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n.421, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n.207. Per un quinquennio a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto nei concorsi pubblici per l'accesso alla posizione funzionale già corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario il 40 per cento dei posti che si renderanno vacanti sono riservati al personale di ruolo della disciplina nella posizione funzionale corrispondente al nono livello in

8. Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo valido per l'accesso al secondo livello dirigenziale.

9. Fino all'espletamento degli esami nazionali di cui al comma 6, per l'accesso ai posti di secondo livello dirigenziale di cui all'art. 5, comma 3, per il personale disciplinato dall'art. 61 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale 22 febbraio 1982, n. 51 valgono i requisiti di ammissione ivi previsti.

10. L'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

11. Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al comma 6, sono valide le idoneità conseguite in "Igiene, epidemiologia e sanità pubblica", in "Organizzazione dei servizi sanitari di base" e in "Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri" ai fini del conferimento dell'incarico di direttore sanitario di azienda ospedaliera.

## Titolo VI NORME FINALI E TRANSITORIE

### Articolo 18 *Norme finali e transitorie*

1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni in quanto applicabili, prevedendo:

- a) i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;
- b) i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;
- c) le prove di esame;
- d) la composizione delle commissioni esaminatrici;
- e) le procedure concorsuali;
- f) le modalità di nomina dei vincitori;
- g) le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n.207.

servizio presso la unità sanitaria locale o l'azienda ospedaliera che bandisce il concorso. Ai predetti concorsi i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n.316, possono partecipare in deroga al requisito dell'età. Il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente al decimo livello è inquadrato, in prima applicazione, nel primo livello dirigenziale; il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello è collocato nel secondo livello dirigenziale. Il personale di ruolo che resta in servizio con la qualifica di assistente medico è rappresentato, ai fini della contrattazione, nell'area dirigenziale medica.

## Articolo 2 bis

In sede di prima applicazione del presente decreto il primo livello dirigenziale è articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:

- a) il personale della posizione funzionale corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario;
- b) il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al non livello del ruolo medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento.

Il personale di cui alla lettera b) in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima o inquadrato, a domanda, previo giudizio di idoneità, nella fascia economica superiore in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. Con regolamento da adottarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. Il personale inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello del ruolo sanitario è collocato nel secondo livello dirigenziale.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n.207.

4. Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n.135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n.761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n.207.

4. Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n.135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a

cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n.135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria.

5. Per quanto non previsto dal presente decreto le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere si adeguano ai principi stabiliti dal decreto legislativo emanato ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n.421.

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

7. Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n.616, n.618, e n.620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. A decorrere dal 1° gennaio 1994 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai Regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I rapporti finanziari di cui al presente comma sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

8. Ferma restando la disciplina di cui all'articolo 6, comma 4, del decreto legge 19 settembre 1992, n.384, convertito con modificazioni dalla legge 14 novembre 1992, n.438 in materia di determinazione del tetto massimo di spesa per la fruizione dell'assistenza farmaceutica nei confronti dei soggetti ivi contemplati, le regioni possono prorogare fino al 1° febbraio 1993 la decorrenza degli effetti della disciplina medesima.

cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n.135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, anche sulla base di convenzioni stipulate con le regioni per l'istituzione dei relativi posti.

5. Per quanto non previsto dal presente decreto alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni e integrazioni.

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

**6 bis. I concorsi indetti per la copertura dei posti nelle posizioni funzionali corrispondenti al decimo livello retributivo ai sensi dell'art. 18, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, abolito dal decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, sono revocati di diritto, salvo che non siano iniziate le prove di esame alla data di entrata in vigore del decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517.**

7. Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n.616, n.618, e n.620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. I rapporti con il personale sanitario per l'assistenza al personale navigante sono disciplinati con regolamento ministeriale in conformità, per la parte compatibile, alle disposizioni di cui all'art. 8. A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai Regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

8. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, vengono estese, nell'ambito della contrattazione al personale dipendente dal Ministero della sanità attualmente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo le norme del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 in quanto applicabili.

9. L'ufficio di cui all'art. 4, comma 9 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificata dall'art. 74 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 è trasferito al Ministero della sanità.

10. Il Governo emana entro centottanta giorni dalla pubblicazione del decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, un testo unico delle norme sul Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni preesistenti con quelle del presente decreto.



**Articolo 19**  
*Competenze delle regioni a statuto speciale e  
delle province autonome*

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ai sensi degli statuti di autonomia e delle relative norme di attuazione.

**Articolo 20**  
*Entrata in vigore*

1. Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1993.

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

Dato a Roma, addì 30 dicembre 1992

SCALFARO  
AMATO, Presidente del Consiglio dei Ministri  
DE LORENZO, Ministro della sanità  
BARUCCI, Ministro del tesoro  
Visto, il Guardasigilli: MARTELLI

**Publicata sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992  
n. 305**

**Articolo 19**  
*Competenze delle regioni a statuto speciale e  
delle province autonome*

1. Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione

2. Per Le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano le disposizioni di cui all'art. 1, commi 1 e 4, all'art. 6 commi 1 e 2, agli articoli 15,16, 17 e 18, sono altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.

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

Dato a Roma, addì 7 dicembre 1992

SCALFARO  
CIAMPI Presidente del Consiglio dei Ministri  
GARAVAGLIA, Ministro della sanità  
BARUCCI, Ministro del tesoro  
Visto, il Guardasigilli: CONSO

**Publicata sulla Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 1993  
n. 293**

## Relazione alla proposta sulle NORME REGOLANTI LE COMPETENZE PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali  
Assistenti Sanitari - Vigilatrici d'Infanzia

L'urgenza della revisione della normativa regolante l'esercizio della professione infermieristica, unica e pluriforme, è stata più volte espressa e sottolineata dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, anche con documenti e proposte ufficialmente presentate, frutto di un complesso e approfondito studio e dibattito all'interno della professione: Collegi Provinciali, Consiglio Nazionale, Associazioni Professionali. A vent'anni dal DPR 225/74 si ritiene improcrastinabile l'emanazione di un decreto che aggiorni e adegui le competenze degli infermieri al mutato contesto dei bisogni sanitari del cittadino nel nostro Paese nel quadro del nuovo sistema sanitario delineatosi negli ultimi anni, dal punto di vista legislativo e strutturale che tenga conto altresì di una nuova cultura della salute.

Il personale infermieristico è chiamato a fornire risposte professionali con prestazioni sempre più complesse, rispondendo dei risultati e della qualità dell'assistenza nei confronti del paziente/cliente e delle istituzioni. L'esercizio professionale, sia libero che dipendente, postula assunzioni di responsabilità ed autonomia che rimandano ad un curriculum formativo che garantisca l'acquisizione della competenza complessa richiesta all'Infermiere con la capacità di adeguarsi alle mutevoli priorità sanitarie interagendo e collaborando con le altre professioni sanitarie e sociali. L'identità professionale dell'Infermiere è in continua evoluzione, ma ruota intorno all'asse del prendersi cura della totalità della persona nella globalità dei suoi bisogni di salute.

Oggi è più che mai importante collegare i risultati del processo formativo, il cui ordinamento si può considerare in avanzata fase di cambiamento, per regolamentare le competenze dell'infermiere.

La legittimazione piena del "sapere infermieristico" richiede oltre che il riconoscimento accademico, il riconoscimento giuridico delle competenze nella pratica infermieristica, in particolare nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base.

L'OMS in un recente documento ha ridefinito il ruolo e le funzioni dell'Infermiere affermando, fra l'altro che:

"L'Infermiera è una professionista autonoma, responsabile dell'assistenza che presta; ha la responsabilità di valutare i bisogni di aggiornamento o di formazione complementare nella gestione, nell'insegnamento, nella pratica clinica e nella ricerca e deve prendere iniziative adeguate per soddisfarli. Le funzioni dell'infermiera derivano direttamente dal ruolo dell'assistenza infermieristica nella società e restano costanti, in qualsiasi luogo esse vengano esercitate (domicilio, luogo di lavoro, ospedale, prigione, scuola, etc.)."

Di qui la scelta di proporre l'emanazione di un decreto costituito da un titolo comprendente 4 articoli e un Allegato.

L'art. 1 contiene le norme generali e l'elencazione delle figure professionali cui si riferiscono le norme per l'esercizio professionale, con l'affermazione dell'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale come garanzia di professionalità per il cittadino e la comunità.

L'art. 2 tratta il ruolo proprio dell'infermiere e l'art. 3 sancisce le funzioni definendo la natura dell'assistenza infermieristica, la cui piena realizzazione deve costantemente tenere conto dello sviluppo globale della persona, del rispetto della sua dignità e dei suoi diritti, nonché dell'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale.

L'art. 4 si riferisce agli infermieri che acquisiscono competenze specializzate in settori e aree specifiche e funzionali attraverso corsi di formazione complementare, almeno di durata annuale, anche in ottemperanza alle direttive 77/452/CEE e R. 83/5 del Consiglio d'Europa. Esistono attualmente molti infermieri che hanno conseguito specializzazioni, ne va legittimata la posizione finalizzando la qualificazione conseguita al relativo esercizio professionale nei settori specifici.

L'art. 5 riguarda l'Allegato che contiene l'elenco, da considerarsi esemplificativo e assolutamente non esaustivo, delle prestazioni e degli atti infermieristici. Si tratta di una soluzione che si ritiene di transizione in quanto la professione intende procedere verso il superamento del cosiddetto "Mansionario" elencativo. L'allegato prevede:

- 1) prestazioni del ruolo proprio;
- 2) atti da protocollo e/o da prescrizione medica;
- 3) atti da svolgere su prescrizioni e sotto controllo medico;
- 4) atti da svolgere in presenza del medico;
- 5) procedure da adottare in casi di urgenza.

La filosofia del documento proposto consente di trovare nell'esplicitazione del ruolo e delle funzioni infermieristiche il riferimento a tutte le figure del sistema infermieristico accomunate dalla matrice formativa di base, che si arricchisce nella formazione post-base ai vari livelli. In tal modo dovrebbe risultare age-

vole rinvenire l'operatività delle figure elencate nell'art. 1 introducendo, di fatto, il superamento del "mansionario" a partire dalle figure che, in forza di una formazione più elevata, possono fin da ora esercitare, in assenza di un elenco di prestazioni ed atti, nei settori di competenza.

Pertanto, la presente proposta, unita al Codice deontologico di cui si richiama l'osservanza, si pone come obiettivo il corretto e completo esercizio della professione infermieristica, introducendo elementi innovativi qualificanti per garantire l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza infermieristica all'individuo ed alla popolazione.

## PROPOSTA PER L'EMANAZIONE DI UN DECRETO MINISTERIALE RELATIVO ALLE NORME REGOLANTI L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

### TITOLO I

#### Art. 1

##### *(Norme generali)*

Le norme per l'esercizio della professione infermieristica contenute nel presente decreto si applicano, in relazione alle specifiche funzioni esercitate, ai seguenti professionisti:

- infermiere professionale/infermiere responsabile dell'assistenza generale;
- vigilatrice d'infanzia/infermiere pediatrico;
- infermiere specializzato;
- assistente sanitario visitatore/infermiere di sanità pubblica;
- infermiere abilitato a funzioni direttive dell'assistenza infermieristica (caposala);
- infermiere dirigente.

I professionisti di cui al 1° comma devono essere in possesso del titolo e dell'abilitazione professionale conseguiti in conformità alle leggi vigenti dello Stato. L'effettivo esercizio della professione è subordinato all'iscrizione all'albo professionale.

Le disposizioni della presente legge sono coordinate con le norme vigenti; la loro violazione è sanzionata penalmente e dal potere disciplinare dei Collegi IP.AS.VI.

#### Art. 2

##### *(Ruolo)*

Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza si esplica esercitando le funzioni di promozione, mantenimento del-

la salute e continuità della vita, volte a compensare parzialmente o totalmente la diminuzione o la mancanza di autonomia della persona o di un gruppo nel contesto di vita e di lavoro, in ospedale, nei servizi extra-ospedalieri e a domicilio. L'infermiere assume le iniziative che ritiene necessarie ed eroga l'assistenza in conformità alle disposizioni vigenti.

In particolare:

- a) identifica i bisogni di salute della persona;
- b) formula gli obiettivi dell'assistenza infermieristica;
- c) pianifica l'intervento assistenziale;
- d) predispone i protocolli di assistenza infermieristica;
- e) mette in atto le azioni appropriate e valuta i risultati raggiunti;
- f) collabora alla elaborazione e all'impiego dei protocolli diagnostico-terapeutici;
- g) è responsabile dell'elaborazione, dell'impiego e della gestione della cartella infermieristica e di ogni altra idonea documentazione.

L'infermiere nell'espletamento delle sue funzioni può avvalersi, sotto la propria responsabilità, del personale di supporto nei limiti delle attribuzioni ad esso riconosciute.

#### Art. 3

##### *(Funzioni)*

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

La sua realizzazione tiene conto dell'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale nonché dello sviluppo della

persona e dei suoi diritti sanciti dalle norme costituzionali e internazionali.

L'Infermiere fa proprie le regole del codice deontologico e adotta standard professionali, etici e culturali adeguati e accettati.

L'infermiere tenendo conto della globalità della persona, ne valorizza le risorse, l'autostima e l'autodeterminazione ed esercita le seguenti funzioni:

- A) funzione assistenziale;
- B) funzione educativa;
- C) funzione amministrativo-gestionale;
- D) funzione della ricerca scientifica;

A) *Funzione assistenziale.* Ha lo scopo di:

- promuovere, tutelare, mantenere e ripristinare la salute dell'individuo in tutte le età e situazioni della vita, dei gruppi e della comunità;
- prevenire, valutare e alleviare la sofferenza fisica e psichica e accompagnare le persone verso una morte serena assistendo, se necessario, i familiari;
- prevenire ed educare in materia di igiene e di salute individuale e collettiva, in particolare per quanto riguarda le malattie infettive, le malattie sessualmente trasmissibili, le malattie sociali, la sindrome da immunodeficienza acquisita, il cancro, le tossicomanie, l'alcolismo, il tabagismo, i maltrattamenti, gli incidenti sul lavoro, gli incidenti domestici ecc.;
- promuovere la salute mentale prestando le cure infermieristiche anche in équipe multi disciplinare, privilegiando il processo di comunicazione.

B) *Funzione educativa.* Ha lo scopo di:

- concorrere all'insegnamento rivolto ai pazienti-clienti, alla popolazione sana, ai gruppi a rischio;
- gestire e partecipare ai processi formativi in ambito disciplinare specifico;
- concorrere alla formazione professionale, complementare e continua del personale infermieristico, tecnico e di supporto.

C) *Funzione amministrativo-gestionale.* Ha lo scopo di:

- individuare e perseguire gli obiettivi di salute della società;

- pianificare, organizzare, gestire, valutare l'assistenza erogata;
- predisporre e utilizzare procedure, protocolli, modalità d'intervento specifici e multi disciplinari;
- raccogliere, registrare e custodire la documentazione clinico-assistenziale.

D) *Funzione della ricerca scientifica.* Ha lo scopo di:

- sviluppare la pratica infermieristica attraverso il pensiero critico e la ricerca;
- attivare la ricerca in ambito disciplinare e concorrere alla ricerca in ambito generale.

#### Art. 4

L'infermiere, attraverso la formazione successiva al diploma di base, sviluppa conoscenze, capacità e competenze che esercita in aree specifiche e funzionali della professione.

Le aree sono individuate in:

- area della sanità pubblica;
- area critica;
- area pediatrica e neonatologica;
- area psichiatrica e di salute mentale;
- area del controllo e sorveglianza delle infezioni ospedaliere;
- area del coordinamento;
- area della dirigenza;
- area della docenza.

#### Art. 5

L'Allegato al presente decreto contiene l'elenco delle prestazioni e degli atti infermieristici; tenuto conto della complessità assistenziale è indicativo e non esaustivo del ruolo e delle funzioni di cui agli artt. 2, 3 e 4. È necessario, nei casi non previsti, il ricorso ad analogie interpretative, salvo possibili successive integrazioni.

L'allegato è parte integrante del presente decreto e richiede una revisione almeno ogni tre anni, tenuto conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecniche.

### ALLEGATO

## ELENCO DELLE PRESTAZIONI E DEGLI ATTI INFERMIERISTICI

### 1. Prestazioni del ruolo proprio

È proprio del ruolo infermieristico erogare prestazioni comprendenti atti finalizzati a consentire alla persona il mantenimento dell'equilibrio ottimale.

L'infermiere provvede a:

- mantenere una buona igiene e il comfort fisico;
- favorire un'attività psico-fisica ottimale: esercizio, riposo e sonno;

- favorire la sicurezza mediante la prevenzione di incidenti, di lesioni o di altri traumi e mediante la prevenzione della diffusione di infezioni;
- mantenere una buona funzionalità dell'organismo, concorrere a prevenire e correggere i dismorfismi;
- facilitare una corretta alimentazione e facilitare il mantenimento dello stato di nutrizione dei tessuti;
- facilitare la regolarità delle funzioni di eliminazione;
- facilitare il mantenimento dell'equilibrio idroelettrolitico;

- riconoscere le reazioni fisiologiche e di compensazione del sistema uomo, nei confronti delle condizioni patologiche dovute alla malattia;
- facilitare il mantenimento dei meccanismi di regolazione e di controllo della temperatura corporea;
- facilitare il mantenimento della funzione sensoriale;
- identificare e accettare la correlazione fra emozioni e malattia;
- facilitare il mantenimento di una comunicazione efficace, verbale e non verbale e favorire lo sviluppo di relazioni interpersonali positive;
- creare e/o mantenere un ambiente terapeutico, tenendo conto anche dei problemi sociali come concausa di malattia.

## 2. Atti di protocollo e/o da prescrizione medica

L'infermiere è abilitato a svolgere, sulla base di protocolli propri e/o concordati con l'équipe sanitaria, o su indicazione medica scritta, qualitativa e quantitativa, datata e firmata per quanto attiene i farmaci prescritti, le seguenti attività:

### 2.1 Procedure diagnostiche

- Rilevare i parametri vitali:
  - polso,
  - pressione arteriosa,
  - pressione venosa centrale e periferica,
  - temperatura corporea,
  - peso, altezza, circonferenze varie.
- Raccogliere, misurare espettorato, urine, feci.
- Prelevare secreti ed escreti allo scopo di eseguire analisi semplici mediante tecniche di lettura istantanea.
- Introdurre sonde e cateteri per:
  - via naso-gastrica,
  - via uretrale,
  - via vaginale,
  - via rettale.
- Prelevare liquidi organici a livello delle mucose e della cute.
- Prelevare campioni di sangue venoso e capillare ed eseguire analisi semplici.
- Prelevare campioni di sangue, di urina e di secrezioni per esami colturali.
- Sorvegliare le scarificazioni; eseguire test tubercolinici e leggere il risultato.
- Eseguire tracciati cardiografici, encefalografici e similari.
- Registrare e trasmettere le indicazioni tecniche riferite ai prelievi di materiale organico per analisi di biologia medica.

### 2.2 Procedure terapeutiche

- Somministrare i farmaci per:
  - via orale,
  - via cutanea,
  - via transmucosa,
  - via intradermica,
  - via sottocutanea,
  - intramuscolare,
  - via endovenosa (in bolo e continua) anche mediante incannulazione di una vena periferica e garantire la continuità della perfusione.
- Praticare scarificazioni e iniezioni a scopo vaccinatorio.
- Applicare ago-cannula o ago per perfusione in vena epicranica.

- Eseguire l'emodialisi artero-venosa (previa effettuazione della fistola da parte del medico). Eseguire la dialisi peritoneale (previa introduzione del catetere da parte del medico).
- Sorvegliare i cateteri venosi, arteriosi, epicranici, ombelicali e spinali.
- Introdurre sonde e cateteri per:
  - via naso gastrica,
  - via uretrale,
  - via vaginale,
  - via rettale.
- Sorvegliare e mantenere il bilancio idroelettrolitico.
- Eseguire instillazioni, irrigazioni oculari, auricolari, uretrali, vaginali; irrigazione dei seni paranasali mediante cateteri già applicati.
- Eseguire salassi.
- Eseguire clisteri evacuanti, medicamentosi, nutritivi e rettoclisi.
- Mantenere e controllare:
  - drenaggi liberi,
  - drenaggi a caduta,
  - drenaggi a sifone,
  - drenaggi ad aspirazione continua.
- Sorvegliare drenaggi toracici e iniettare farmaci attraverso di essi.
- Sorvegliare il catetere venoso centrale e iniettare attraverso di esso farmaci a eccezione di prodotti per anestesia generale e locale.
- Praticare la lavanda gastrica.
- Praticare la lavanda vaginale e vescicale.
- Applicare i protocolli di assistenza pre e post operatoria.
- Mantenere e controllare i sistemi di trazione; rimuovere apparecchi gessati o altri sistemi di immobilizzazione.
- Correggere le ipotermie e le ipertermie anche attraverso applicazioni calde e/o fredde.
- Rimuovere punti di sutura.
- Detergere e medicare ferite con o senza drenaggio.
- Provvedere alla cura di lesioni cutanee.
- Sorvegliare i sistemi di tamponamento.
- Applicare e sostituire bendaggi medicinali, specifici e contenitivi.
- Sostituire la cannula di tracheostomia (la prima sostituzione deve essere eseguita dal medico).
- Praticare ossigeno terapia in condizioni normo e iperbariche.
- Sorvegliare ed assistere durante il trasporto il paziente in condizioni critiche.
- Applicare protocolli terapeutici (terapia antalgica, antiemetica, chemioterapia, ecc.).

## 3. Atti da svolgere su prescrizione e sotto controllo medico

L'infermiere è abilitato a compiere su prescrizione medica scritta, qualitativa e quantitativa, datata e firmata, a condizione che un medico possa intervenire tempestivamente, gli atti infermieristici seguenti:

### 3.1 Procedure diagnostiche

- Prelievo di sangue arterioso per gasanalisi.
- Misurazione e registrazione di pressione emodinamica con tecniche di carattere vulnerante.

### 3.2 Procedure terapeutiche

- Trasfusione di sangue e di emoderivati.
- Impiego del defibrillatore.
- Applicazione di laccio emostatico pneumatico di uso chirurgico.
- Rimozione di cateteri centrali.
- Applicazione di catetere vescicale nel maschio in caso di ritenzione urinaria.

### 4. Atti da svolgere in presenza del medico

L'Infermiere in presenza del medico, provvede alla esecuzione delle seguenti attività:

- Interventi per far fronte a situazioni di pericolo di vita.
- Attività in seno al blocco operatorio in qualità di strumentista durante l'intervento chirurgico.
- Preparazione, impiego e sorveglianza degli apparecchi per la circolazione extra corporea.

- Applicazione di gessi o altri sistemi di immobilizzazione.
- Accompagnamento durante il trasporto urgente di pazienti tra istituzioni e/o unità operative sanitarie nel quadro di un servizio mobile di urgenza e di rianimazione.
- Prima iniezione di allergeni.
- Registrazione di tracciati cardiografici ed encefalografici a seguito di prove da sforzo o impiego di farmaci modificatori.

### 5. Procedure da adottare in casi di urgenza

In assenza del medico, l'infermiere è abilitato, qualora riconosca una situazione di pericolo di vita, a mettere in opera protocolli assistenziali di urgenza precedentemente predisposti dal medico responsabile.

In questo caso, l'infermiere compie gli atti conservativi necessari fino all'intervento del medico. Tali atti devono essere oggetto di rendiconto scritto datato e firmato, consegnato al medico e allegato alla documentazione clinica.

Quando si verifici la situazione di urgenza, l'infermiere decide, in carenza di protocolli, le procedure da attuare in attesa dell'intervento medico.

L'infermiere adotta tutte le misure in suo potere per indirizzare il paziente alla struttura sanitaria più adeguata decidendo anche la modalità di trasporto.

## RIFERIMENTI LEGISLATIVI

R.D.L. 15 AGOSTO 1925, N. 1832

Facoltà della istituzione di "Scuole-convitto professionali" per infermiere e di "Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene, ed assistenza sociale" per assistenti sanitarie visitatrici.

R.D. 21 NOVEMBRE 1929, N. 2330

Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto - Legge 15 agosto 1925, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici.

R.D. 2 MAGGIO 1940, N. 1310

Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici.

D.L.C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946, N. 233

Ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

L. 29 OTTOBRE 1954, N. 1049

Istituzione dei Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie Visitatrici e delle Vigilatrici d'Infanzia.

D.P.R. 5 APRILE 1959, N. 221

Approvazione del regolamento per la esecuzione del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233.

L. 15 NOVEMBRE 1973, N. 795

Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istituzione e formazione delle infermiere adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967.

D.P.R. 14 MARZO 1974, N. 225

Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, n. 1310 sulle mansioni degli infermieri professionali e degli infermieri generici.

Direttiva 77/452/CEE.

Raccomandazione 83/5/Consiglio d'Europa.

L. 5 GIUGNO 1990, N. 135

Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

Art. 1 punto 2.

ART. 40 COMMA 3 - ALLEGATO 2 - D.P.R. 28 NOVEMBRE 1990, N. 384

Sulla istituzione della figura dell'O.T.A.

D.P.R. 27 MARZO 1992

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza.

Art. 4 punto 2

Art. 10

## Bozza di proposta di Decreto Ministeriale

# PROFILI PROFESSIONALI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

### Art. 1

#### *Profilo professionale:*

#### *Infermiere professionale/Infermiere responsabile dell'assistenza generale*

L'infermiere professionale/l'infermiere responsabile dell'assistenza generale è l'operatore in possesso dei relativi prescritti titoli di studio, della conseguente abilitazione all'esercizio professionale e della iscrizione al relativo albo.

L'infermiere, nell'ambito dell'assetto organizzativo in cui opera, è responsabile dell'individuazione e del perseguimento degli obiettivi di salute della persona, della famiglia e della comunità; a tal fine pianifica, organizza, gestisce, eroga e valuta direttamente le prestazioni proprie in ogni ambito d'intervento nel rispetto delle finalità professionali e istituzionali.

Opera sia individualmente che in relazione di interdipendenza con altri operatori mantenendo autonomia propria e conseguente responsabilità.

Per l'espletamento delle funzioni proprie l'infermiere si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

L'infermiere cura la formazione degli studenti e del personale di supporto, concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale, alla formazione permanente ed alla ricerca scientifica.

L'infermiere dipende dal caposala/dirigente infermiere e funzionalmente anche dal responsabile sanitario della struttura in cui opera.

### Art. 2

#### *Profilo professionale Infermiere Specializzato*

L'infermiere specializzato è l'operatore che ha conseguito la relativa qualificazione professionale post diploma nella corrispondente area della disciplina infermieristica.

Tale specializzazione determina, nell'ambito dell'iscrizione all'albo professionale, la relativa specifica notazione.

Possedendo, sulla base della predetta qualificazione, particolari conoscenze, capacità e competenze l'infermiere specializzato opera in settori sanitari specifici. La qualificazione acquisita costituisce requisito per l'esercizio della professione nei predetti settori, a tal fine sono considerati utili i titoli di specializzazione

conseguiti al termine di un corso di durata annuale di almeno 600 ore di insegnamento teorico/pratico, secondo la normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto.

L'infermiere specializzato conserva, in ogni caso, i contenuti propri del profilo professionale dell'infermiere professionale/infermiere responsabile dell'assistenza generale.

In applicazione di quanto previsto dalla Raccomandazione n. 83/5 del Consiglio d'Europa sono individuate le seguenti aree della disciplina infermieristica:

#### **2/a Area di sanità pubblica**

#### *(assistente sanitario visitatore-infermiere di sanità pubblica)*

L'assistente sanitario visitatore-infermiere di sanità pubblica è l'operatore che ha acquisito particolari conoscenze, capacità e competenze nell'ambito dell'area di sanità pubblica.

Svolge la propria attività prevalentemente a contatto delle persone e dei gruppi nei loro settori di vita e di lavoro, individuando e contribuendo ad eliminare i fattori di rischio o limitando il sinergismo tra essi intervenendo attraverso un'opera di educazione, guida e controllo.

Esercita la sua funzione sia singolarmente che collegialmente cooperando con le istituzioni, sanitarie e non, di cui sollecita l'intervento coordinandone la realizzazione.

#### **2/b Area pediatrica e della neonatologia**

#### *(vigilatrice d'infanzia-infermiere pediatrico)*

La vigilatrice d'infanzia-infermiere pediatrico è l'operatore che ha acquisito conoscenze, capacità e competenze nell'ambito della cura del bambino sano e malato.

Opera in ogni ambito di vita del bambino individuandone i bisogni di salute e fornendo adeguate risposte assistenziali, anche attraverso il coinvolgimento della madre, della famiglia e delle istituzioni.

Individua e contribuisce a eliminare i fatti di rischio per la crescita e lo sviluppo psico-motorio, affettivo ed etico del bambino; pianifica, eroga e valuta interventi educativi, curativi e riabilitativi specifici rispetto alla peculiarità dei bisogni dell'utenza pediatrica.

#### **2/c Area critica**

L'infermiere responsabile dell'assistenza in area cri-

tica è l'operatore che acquisito particolari conoscenze, capacità e competenze nell'assistenza in area critica. Opera in ogni ambito caratterizzato dalla presenza di malati in condizioni vitali critiche e dalla conseguente complessità dell'intervento assistenziale.

#### 2/d Area psichiatrica e della salute mentale

L'infermiere responsabile dell'assistenza in psichiatria e salute mentale è l'operatore che ha acquisito particolari conoscenze, capacità e competenze nell'ambito dell'area specifica.

È responsabile dell'assistenza tesa alla promozione, mantenimento e recupero della salute mentale dell'individuo e della famiglia al fine di facilitarne l'inserimento sociale.

Opera nelle strutture, sanitarie e non, ricercando e stimolando la collaborazione delle istituzioni e delle associazioni coinvolte.

#### 2/e Area delle infezioni ospedaliere

L'infermiere responsabile della prevenzione delle infezioni ospedaliere è l'operatore che ha acquisito particolari conoscenze, capacità e competenze nel controllo delle infezioni in ambito ospedaliero.

### Art. 3

#### *Profilo professionale Dirigente infermiere*

L'infermiere appartenente a questo profilo professionale è il dirigente che, conseguita la laurea in scienze infermieristiche, è iscritto all'albo professionale con apposita specificazione.

Fermo restando l'attivazione concreta dei corsi di laurea in scienze infermieristiche, entro cinque anni dalla data di pubblicazione del presente decreto sono considerati utili, ai fini dell'ammissione ai relativi concorsi o selezioni per l'assunzione presso le aziende ospedaliere e sanitarie del Servizio sanitario nazionale e per il profilo professionale in oggetto, i diplomi rilasciati dalle scuole dirette a fini speciali per infermieri dirigenti istituite ai sensi dell'ordinamento attualmente vigente.

Il profilo professionale in argomento si articola in tre posizioni:

#### 3/a Posizione apicale

Il dirigente infermiere di posizione apicale è il responsabile della direzione della relativa struttura organizzativa infermieristica così come determinata dalle singole leggi regionali disciplinanti l'organizzazione del-

le unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Opera con piena autonomia gestionale adottando decisioni da attuarsi anche mediante direttive impartite al personale operante nelle singole articolazioni delle strutture organizzative di cui sopra e rispondendo, nel contesto della azienda sanitaria di appartenenza, al direttore generale.

La posizione apicale del dirigente infermiere viene riservata, in sede di prima applicazione del presente decreto, ai dipendenti di ruolo della posizione funzionale di operatore professionale dirigente, ai sensi dell'allegato n. 1 - lett. H al DPR n. 761/79, del Servizio sanitario nazionale che occupino da almeno cinque anni dalla data di pubblicazione del presente decreto la predetta posizione funzionale; tali dirigenti debbono a tal fine altresì aver svolto, per almeno un quinquennio, e sulla base di atti formali, le funzioni di Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari o di Direttore delle scuole infermieristiche ed essere in possesso dei diplomi di infermiere professionale e di quelli rilasciati dalle scuole dirette a fini speciali per infermieri dirigenti e/o docenti.

#### 3/b Posizione intermedia

Il dirigente infermiere di posizione intermedia è responsabile della direzione di un'articolazione organizzativa della struttura infermieristica di cui al primo comma sub. 3/a.

Risponde del suo operato direttamente al dirigente di posizione apicale.

#### 3/c Posizione iniziale

Il dirigente infermiere di posizione iniziale, già infermiere abilitato alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica, è responsabile della direzione di moduli di diversa complessità organizzativa.

Il dirigente infermiere di posizione iniziale dipende gerarchicamente dal dirigente infermiere di posizione apicale e funzionalmente dal responsabile sanitario della struttura in cui opera.

Entro cinque anni dalla data di pubblicazione del presente decreto sono considerati utili ai fini dell'ammissione ai concorsi o selezione per l'assunzione presso aziende ospedaliere e sanitarie del Servizio sanitario nazionale per la posizione iniziale in argomento i certificati di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica rilasciati ai sensi della normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto.

### **PROPOSTA ANIARTI DEL PROFILO DELL'INFERMIERE RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA**

**"omissis ... 2/C - AREA CRITICA"**

**L'infermiere responsabile dell'assistenza in area critica è l'operatore che ha acquisito particolari conoscenze, capacità e competenze nell'assistenza nell'area specifica, intesa come l'insieme dei reparti e servizi di tipo intensivo e delle situazioni caratterizzate dalla criticità vitale della persona e dall'intensività del processo curativo.**

**Opera in ambito infra ed extra ospedaliero erogando assistenza tesa al recupero e al mantenimento delle funzioni vitali ed alla conservazione dell'integrità della persona dal momento in cui si verifica l'evento critico fino al raggiungimento della stabilità vitale o nell'eventualità della morte.**

**Esercita le sue funzioni anche utilizzando strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica.**



## Consiglio direttivo

### DRIGO ELIO:

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461  
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine  
Tel. 0432/552220

### SILVESTRI CLAUDIA:

Via Picutti, 41 36100 VICENZA  
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza  
Tel. 0444/510000

### CECINATI GIANFRANCO:

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE  
Tel. 055/7322323  
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi FI Tel. 055/4277706

### D'AMURI RANIERO:

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074  
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)  
Tel. 075/5170473

### 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 Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco  
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552  
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese  
0432-552351.

### SPADA PIERANGELO:

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -  
Tel. 039-9906219  
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-9903655

### PINZARI ANNUNZIATA:

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.  
06-6245921  
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-68592215  
Ospedale "BAMBINO GESÙ" - ROMA

### BENETTON MARIA:

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel.  
0422-23591  
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-5823222/3  
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

### FICILE GIUSEPPE:

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel.  
091-422032  
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel.  
091-6664524/10 Ospedale Civico - U.S.L. n. 58  
PALERMO

### PALUMBO ALESSANDRA:

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170  
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI  
Tel. 0141-392310-392820

## Consiglio Nazionale

### FRIULI VENEZIA GIULIA

#### LORENZUTTI MIRELLA:

Via Sales, 40 - Sgonico 34010 TRIESTE  
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Osp.  
Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

#### MAGAGNIN LAURA:

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE  
Centrale Operativa 118 PN Tel. 0434 578458-550500

#### GASTI MARCELLO:

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780  
Cardiochirurgia - Rian. Osp. Civ. Udine 0432-552437

### VENETO

#### FAVERO WALTER:

Via Volpino, 62 - 30036 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -  
Tel. 041-5730277  
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale  
Civile - PADOVA

#### TOFFANIN MICHELA:

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMENA (PADOVA) - Tel.  
049-767124  
c/o Ospedale - Tel. 8212222/1

#### RIZZI CAMILLA:

Via L. Cavalli, 24  
36100 VICENZA - Tel. 0444-565175  
Rianimazione II tel. 0444-993865/62

### TRENTINO-ALTO ADIGE

#### GOBBI MARISA:

Via Benacese, 56 38068 ROVERETO tel. 0464-421970  
Rianimazione Rovereto 0464-453416

### LOMBARDIA

#### BARAILO ROSELLA:

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.  
0342-853042

#### GIROLETTI ALFREDO:

Via G. Amendola, 7 - 26010 Pianengo (CR) - Tel. 0373-74922  
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore  
- CREMA - Tel. 0373-893222

#### NEGRINI GIUSEPPE:

Via Dolomiti, 10 RHO (MI) 02-93502272  
Rianimazione Ospedale Sacco 02-35799485 02-35799274

#### MACINA MICHELE:

Viale Montello, 6 - 20154 MILANO tel. 02-3318186  
Rianimazione ICP Mangiagalli 02 57992545-57992546

#### TOSATTO CRISTINA:

Via Dante, 18 21040 Caidate Sumirago 0331-905186  
Cardiochirurgia Osp. di Circolo Varese 0332-278391

### PIEMONTE

#### GHIO M. TERESA:

Via Venimiglia, 152 - 10127 TORINO - Tel. 011-6634816  
P.S. CTO Torino 011-6933564

#### SCHIRINZI STEFANIA:

Via Burlasco, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461  
Rianimazione CTO 011-6933241

#### ALTI PIETRO:

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365982  
CAR Molinette 011-6825500

#### PALMIERI FULVIA:

Via Ogliaro, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332296  
Rianimazione Molinette 011-6635195

#### CALBI ROSARIA

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779  
Rian. Osp. S. Luigi Orbassano Tel. 011-9026434

### LIGURIA

#### LOLLA MARIA TERESA:

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.  
010-336960  
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5636440 Istituto  
"G. Gaslini" - GENOVA

#### MOGGIA FABRIZIO:

Via Marconi, 50 Int. 2 16031 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453  
Ter. int. Cardiocirurgia Osp., S. Martino  
tel. 010-35352345/2267

### EMILIA-ROMAGNA

#### MINGAZZINI ANNELLA

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113  
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-6366842

### TOSCANA:

#### BRESCHIGLIARO PAOLO:

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)  
Tel. 0564-407047  
c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericor-  
dia" - GROSSETO

#### MARSURI SERENA:

Via Urbinese, 27/A - 52026 Pian di Scò (AREZZO) - Tel.  
055-951754  
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlinico "Careg-  
gi" - FIRENZE

#### SALVADORI PATRIZIA:

Via Celso, 1 50139 FIRENZE  
Sala op. cardiocir. Osp. Careggi Tel. 055-4277557

#### CULLURÀ CLAUDIO:

Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612  
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082596

### LORENZETTI RENATA:

Via Bassone, 13 54027 Pontremoli (MS) Tel. 0187-831130  
Rianimazione Pontremoli Tel. 0187-231130

### MARCHE

#### VIGNINI CLAUDIA:

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705  
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5962313-4-5

### ABRUZZI

#### CAMPANA GIUSEPPE:

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI

#### DI PAOLO ANTONIO:

Via della Fontana, 30 64020 Guardia Vomano TERAMO  
Rianim. Tel. 085-898131

### LAZIO

#### MARCHETTI ROSSELLA:

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

#### TORRE ROBERTO:

Via delle Canapiglia, 84 - 00169 ROMA - 06-260064  
Istituto Anestesiologia e Rianimazione  
Policlinico Umberto I - Roma Tel. 06-4463101/02

#### MUSTI FRANCESCO:

Via S. Igino Papa, 19 00168 ROMA Tel. 06-3706506  
Rian. Policlinico Gemelli Tel. 06-3305

### CALABRIA:

#### STANGANELLO FRANCESCO:

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)  
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 28  
Ricerca Tel. 0966-233220-21548-45471

### SARDEGNA

#### DESOGUS MARCO:

Via Cavalcanti, 2 - 09100 Selargius (CAGLIARI) - Tel.  
070-531573  
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica Tel. 070-539200  
Ospedale "San Michele" - USL n. 21 - CAGLIARI

### SICILIA

#### TORTORICI LUIGI:

Via Porta Palermo 91011 ALCAMO  
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

**SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI  
DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.**

# FREE FLOW

**FREE FLOW** è un presidio ideato allo scopo di poter disostruire rapidamente ed in condizioni di sicurezza il tubo tracheale liberandola dalle secrezioni tenaci adese alle pareti e pertanto non rimovibili con semplice aspirazione.

L'uso del **FREE FLOW** permette di ripristinare il lume interno del tubo tracheale evitando l'operazione di sostituzione d'urgenza del tubo che espone il paziente a gravi disagi.

L'impiego quotidiano del presidio impedisce la formazione di incrostazioni e previene la riduzione progressiva del lume.



## IL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

**DAR**

DISPOSITIVO  
A RICAMBIO  
E  
RIPULIBILITÀ

DAR S.p.A.  
41037 MIRANDOLA (MO) ITALY - P.O. Box 78  
Via Galvani, 22 - Tel. 0535/617711 - Fax 0535/26442  
Telex: 520021 DAREX I

RICERCA,  
PARTNERSHIP,  
QUALITÀ.

IN  
ALTRE  
PAROLE,  
WANDER  
SANDOZ  
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATATA ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. COSÌ, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION. CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDI PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

**WANDER**

**SANDOZ** NUTRITION

**RICERCA AVANZATA  
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**