

PROFESSIONE

• “Il Codice deontologico - Principi e valori guida e riferimento per l’agire professionale - Quale contributo chiesto alla sua revisione”

Dr.ssa Maria Grazia Bedetti

* *Prima revisione a cura del Comitato centrale della Federazione, con la collaborazione dell’avvocato Giannantonio Barbieri, del medico legale Daniele Rodriguez e del bioeticista Antonio G. Spagnolo.*

Codice deontologico degli infermieri (1999)	Codice deontologico Revisione*	Note
<p>IL PATTO INFERMIERE-CITTADINO</p> <p>Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:</p> <p>PRESENTARMI al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.</p> <p>SAPERE chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.</p> <p>FARMI RICONOSCERE attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.</p> <p>DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.</p> <p>FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l’insieme dei servizi sanitari.</p> <p>GARANTIRTI le migliori condizioni igieniche e ambientali.</p> <p>FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e famigliari.</p> <p>RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini.</p> <p>AIUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.</p> <p>INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza, dividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.</p> <p>INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.</p> <p>GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.</p> <p>RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.</p> <p>ASCOLTARTI con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.</p> <p>STARTI VICINO quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.</p> <p>PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all’interno dell’organizzazione.</p> <p>SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.</p>		
Articolo 1. - Premessa		
<p>1.1. L’infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell’iscrizione all’Albo professionale, è responsabile dell’assistenza infermieristica.</p>	<p>Art. 1 - L’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>1.2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.</p>	<p>Art. 2 - L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.</p>	<p>Art. 3 - La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>1.4. Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.</p>	<p>Art. 4 - L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>1.5. L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza manifesta l'appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 2. - Principi etici della professione</p>		
<p>2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.</p>	<p>Art. 5 - Il rispetto dei principi etici dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.</p>	<p>Art. 6 - L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.3. L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ed uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.</p>	<p>Art. 7 - L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.</p>	<p>Art. 8 - L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>2.6. Nell'agire professionale l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.</p>	<p>Art. 9 - L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2.7. L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.</p>	<p>Art. 10 - L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 3. - Norme generali</p>		
<p>3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ad attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.</p>	<p>Art. 11 - L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.2. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.</p>	<p>Art. 12 - L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza. Art.13 - L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale. Art. 14 - L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.</p>	<p>Art. 15 - L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito. L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.4. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.</p>	<p>Art. 16 - L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>3.5. L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito.</p> <p>L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per sé o altri.</p> <p>L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente, è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questo avvenga occasionalmente.</p>	<p>Art. 17 - L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>3.6. L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente.</p>	<p>Art. 18 - L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 4. - Rapporti con la persona assistita</p>		
<p>4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute, a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.</p>	<p>Art. 19 - L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione dei valori e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi ed operatori.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantita e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.</p>	<p>Art. 20 - L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.</p>	<p>Art. 21 - L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.</p>	<p>Art.22 - L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.</p> <p>Art. 23 - L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.</p>	<p>Art. 24 - L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.</p> <p>Art. 25 - L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della persona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.</p>	<p>Art. 26 - L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.</p>	<p>Art. 27 - L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.</p>	<p>Art. 28 - L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.9. L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei famigliari.</p>	<p>Art. 29 - L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei famigliari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.</p>	<p>Art. 30 - L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>Art. 31 - L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendo il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.11 L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.</p>	<p>Art. 32 - L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.</p>	<p>Art. 33 - L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.13. L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico della persona, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo ed allertare, ove necessario, l'autorità competente.</p>	<p>Art. 34 - L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.</p>	<p>Art. 35 - L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.</p>	<p>Art. 36 - L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.</p> <p>Art. 37 - L'infermiere tutela la volontà dell'assistito, di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.</p> <p>Art. 38 - L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.16. L'infermiere sostiene i famigliari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.</p>	<p>Art. 39 - L'infermiere sostiene i famigliari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.17. L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai famigliari o da altri.</p>	<p>Art. 40 - L'infermiere non partecipa ad interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene all'assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>4.18. L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.</p>	<p>Art. 41. - L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 5. - Rapporti professionali con colleghi e altri operatori</p>		
<p>5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.</p>	<p>Art. 42 - L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.</p>	<p>Art. 43 - L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>5.3. L'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>5.4. Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi IPA-SVI.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>5.5. L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.</p>	<p>Art. 45 - L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>Art. 46 - L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>5.6. L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.</p>	<p>Art. 44 - L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 6. - Rapporti con le istituzioni</p>		
<p>6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.</p>	<p>Art. 47 - L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6.2. L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.</p>	<p>Art. 49 - L'infermiere, compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.</p>	<p>Art. 48 - L'infermiere, a diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6.4 L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.</p>	<p>Art. 50 - L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>6.5 L'infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.</p>	<p>Art. 51 - L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Articolo 7. - Disposizioni finali</p>		
<p>7.1. Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è punibile con le sanzioni da parte del Collegio professionale.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>7.2. I Collegi IPASVI si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.</p>		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

• “La cartella infermieristica informatizzata nell’Azienda USL di Imola”

IP Alex Bacchilega*,
Dr. Davide Carollo**,
Dr.ssa Ivana Nanni***,
IP Franco Paradisi****

* *Lungodegenza post-acuti Azienda USL Imola (Master Area geriatrica)*

** *Direttore Servizio infermieristico Azienda USL Imola*

*** *Responsabile Sviluppo organizzativo e professionale Azienda USL Imola*

**** *Azienda USL Imola*

🎯 INTRODUZIONE

La cartella infermieristica informatizzata nasce da un percorso iniziato a livello aziendale nel 2004. La Direzione strategica ha avviato un processo complessivo di innovazione tecnologica del sistema informativo ospedaliero (progetto IPeRICO). La Direzione assistenziale, da tempo impegnata a promuovere la crescita culturale, metodologica e organizzativa dei professionisti dell’assistenza, ha colto l’opportunità, per implementare l’uso della cartella infermieristica, cogliendo i vantaggi dell’informatizzazione.

La cartella infermieristica viene definita come uno “strumento operativo progettato e gestito dall’infermiere per garantire la pianificazione dell’attività assistenziale; permette di individualizzare l’assistenza, valutare il raggiungimento degli obiettivi; è fonte di dati per una verifica a lungo termine dell’attività assistenziale posta in essere dagli infermieri; garantisce la continuità e la qualità delle prestazioni infermieristiche” (Collegio IPASVI 2001).

L’informatizzazione dei dati assistenziali permette di rendere più fruibili le notizie sull’assistito, mantenerle continuamente aggiornate in modo completo, effettuare una dettagliata pianificazione delle attività da svolgere sulla base delle condizioni di salute dell’assistito e degli obiettivi assistenziali, visualizzare con immediatezza

gli interventi programmati evitando omissioni ed errori.

Le finalità generali del progetto di informatizzazione dei dati assistenziali sono state identificate nel miglioramento complessivo dell’assistenza e della gestione del rischio attraverso: la riduzione dei margini di errore, la facilitazione nella comunicazione tra i servizi, la facilitazione nella continuità assistenziale ospedale-territorio.

📁 MATERIALI E METODOLOGIE UTILIZZATE

È stato costituito un *team* multidisciplinare di progetto che ha elaborato un documento complessivo di analisi ed implementazione del cambiamento, comprensivo di obiettivi, attività e tempistica.

Il percorso si è sviluppato su due piste di lavoro attivate contemporaneamente, la prima ha previsto la formazione del personale, durante la quale è stato scelto il modello concettuale di riferimento e sono stati elaborati degli strumenti operativi sulla base di quanto già presente nella documentazione cartacea.

Nella seconda pista alcuni infermieri del *team* hanno avviato una collaborazione con una ditta informatica per l’allestimento del *software* specifico.

La costruzione dell’applicativo richiede impegno e tempi che tendono a dilazionarsi, pertanto è stato presidiato attraverso strumenti gestionali specifici (tempogramma di Gantt).

La scelta del modello concettuale di riferimento è di basilare importanza per pianificare l’assistenza infermieristica, serve infatti ad orientare ed indirizzare il professionista verso modalità assistenziali ben definite e validate, ponendo al centro del processo assistenziale la persona.

Il modello concettuale individuato è stato il modello bifocale della Lynda Juall Carpenito e la scelta è stata condizionata da diversi fattori:

✓ una realtà aziendale che ben si adatta all’applicazione di questo modello. Le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi favoriscono la pianificazione delle attività e l’integrazione multidisciplinare nelle varie realtà operative

✓ il modello è utilizzato presso la sede formativa del corso di laurea in Infermieristica come strumento per l’apprendimento nella formazione degli studenti infermieri; molti colleghi professionisti sono già a conoscenza di questo modello (tutor) e si vogliono creare condizioni ottimali per un maggior raccordo fra conoscenze teoriche e pratica clinica.

Lo sviluppo del progetto IPe RICO, nella fase iniziale, ha comportato la creazione di sottogruppi di lavoro che hanno elaborato e messo a punto le diverse sezioni che costituiscono la cartella infermieristica:

- ✓ Accertamento, comprensivo di raccolta dati, scale di valutazione e scheda di dimissione
- ✓ Pianificazione assistenziale
- ✓ Schede di educazione terapeutica e Schede accessorie

Al termine di questi lavori i tutor dei sottogruppi hanno condiviso in riunioni plenarie la documentazione elaborata raggiungendo così capillarmente ogni operatore e raccogliendo le opinioni e le osservazioni di tutti.

Il *software* della cartella infermieristica è integrato con il sistema informatico di rete; importa in automatico tutti i dati anagrafici e clinici della persona che sono stati reperiti e raccolti all’atto della sua accettazione, con il risultato di snellire le procedure burocratiche al momento dell’accoglienza della persona e ridurre eventuali errori di trascrizione.

Ciascun professionista accede attraverso una *password* individuale e agisce sulle informazioni in base al proprio profilo di appartenenza: ad esempio la pianificazione assistenziale può essere modificata solo dagli infermieri, ma visualizzata anche da medici e operatori socio-sanitari, fisioterapisti, ecc.

Nella cartella infermieristica informatizzata sono rappresentate tutte le sezioni del processo assistenziale in un’unica prima schermata che si può osservare nella *Figura 1*; troviamo nella parte superiore i **dati anagrafici** della persona ricoverata con la possibilità di reperire con un *click* di *mouse* informazioni su precedenti ricoveri e relative cartelle.

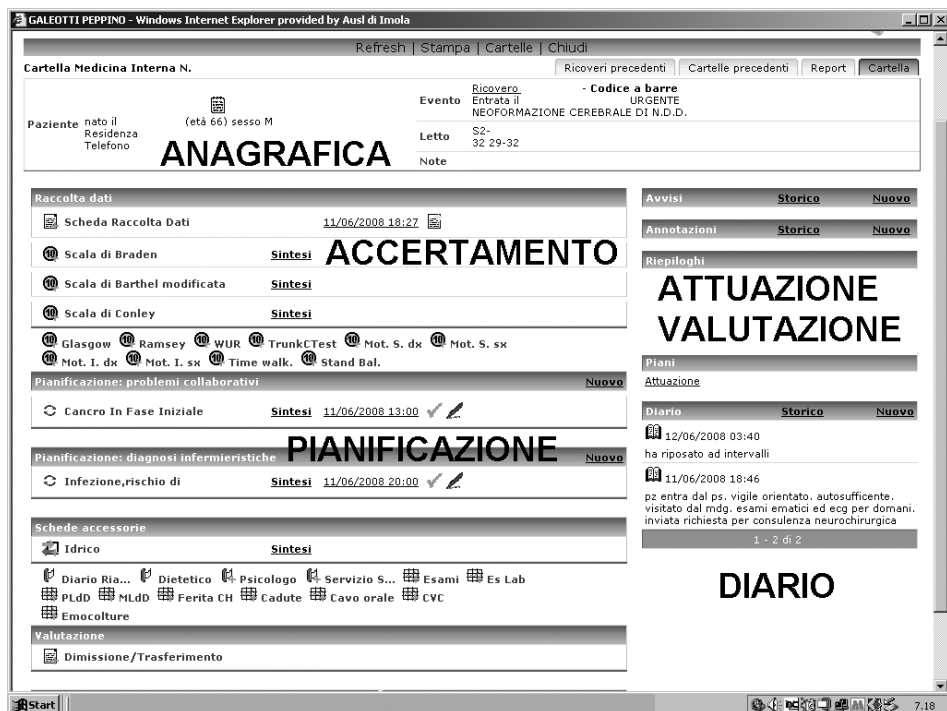


Figura 1

Nel processo di assistenza predisposto nello strumento si prevede la compilazione di una fase iniziale di **accertamento** (Figura 1): l'infermiere realizza l'accertamento con l'ausilio di un'apposita scheda di raccolta dati e con la compilazione di scale di valutazione scientificamente validate. Alcune di queste prevedono l'assegnazione di un giudizio clinico di rischio, che permette di mettere in atto gli interventi necessari per la prevenzione dei rischi potenziali che possono gravare sulla persona assistita.

L'accertamento è elaborato secondo gli 11 modelli funzionali di salute (Gordon), come previsto dal modello concettuale preso a riferimento (Figura 2).

Modelli funzionali della salute

- Modello di percezione e gestione della salute
- Modello di nutrizione e metabolismo
- Modello di eliminazione
- Modello di attività e esercizio fisico
- Modello di riposo e sonno
- Modello cognitivo e percettivo
- Modello di percezione e concetto di sé
- Modello di ruolo e relazioni
- Modello di sessualità e riproduzione
- Modello di adattamento e tolleranza allo stress
- Modello di valori e convinzioni

Figura 2

Il modello bifocale dell'attività clinica pone l'attenzione nella fase di pianificazione infermieristica clinica (Figura 1), a due aspetti fondamentali: le dia-

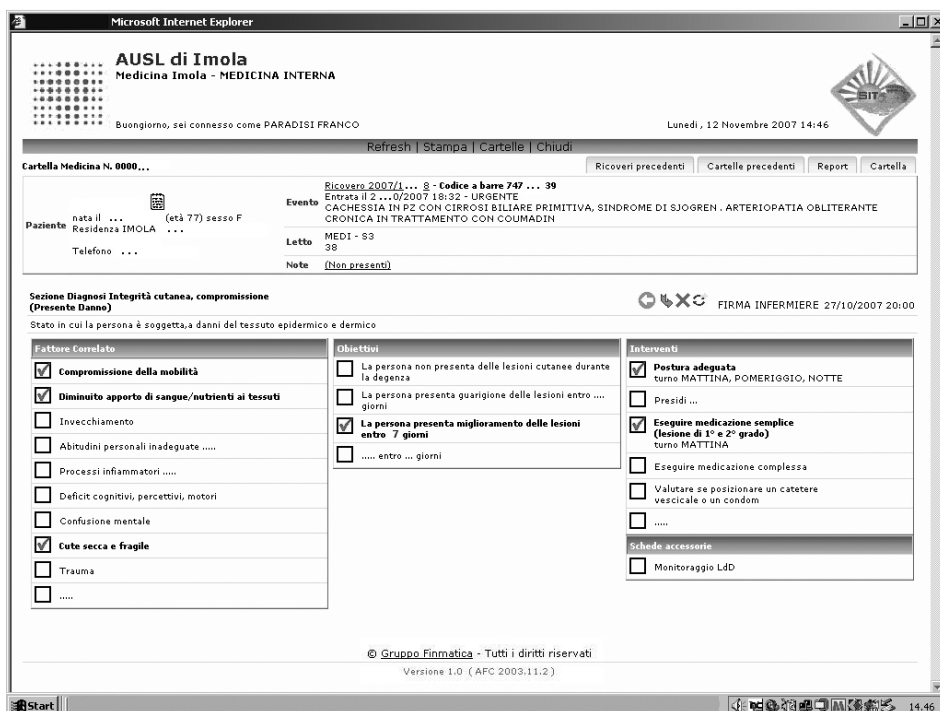


Figura 3

gnosi infermieristiche, i problemi collaborativi; questi ultimi rappresentano le complicità fisiologiche associate ad una particolare condizione clinica, che l'infermiere può trattare solo in collaborazione con un altro professionista.

La diagnosi infermieristica rappresenta l'identificazione dei problemi della persona e dei bisogni di assistenza infermieristica e si utilizza quando l'infermiere può trattare una situazione clinica in autonomia.

L'applicativo contiene una banca dati costituita da problemi collaborativi e diagnosi infermieristiche che è aggiornata ed ampliata periodicamente da un team di infermieri.

L'infermiere seleziona i problemi collaborativi e le diagnosi infermieristiche che la pianificazione assistenziale comporta, identificando così gli obiettivi ed interventi assistenziali del caso, definendo anche i tempi per la valutazione dell'obiettivo prefissato.

La Figura 3 riporta, come esempio, la pianificazione di una diagnosi infermieristica di "compromissione dell'integrità cutanea"; si evidenzia come il supporto informatico sia stato costruito utilizzando quanto più possibile dei testi a scelta multipla per favorire l'inserimento veloce, e non la digitazione completa delle informazioni, da parte degli operatori.

La pianificazione assistenziale individuata dall'infermiere viene automaticamente importata dal sistema nella sezione **attuazione/valutazione** (Figura 3).

La Figura 4 mostra come è rappresentato il piano di assistenza nello strumento: sono riportati i problemi collaborativi, le diagnosi infermieristiche individuate, i relativi interventi pianificati, che verranno selezionati una volta eseguiti sulla persona.

Nello strumento è possibile inserire parametri vitali, antropometrici, parametri sul dolore, diuresi ed altri dati di fondamentale importanza per l'inquadramento clinico della persona, e per erogare un'assistenza personalizzata. Sono presenti dei campi con "Alert" che ci avvertono riguardo informazioni importanti e vengono identificati con colore "rosso" i parametri fuori dai range fisiologici consentiti.

La cartella è stata predisposta come strumento integrato con tutte le figure sanitarie che prendono parte al processo assistenziale a carico della persona, il sistema pertanto riconosce l'operatore che accede e registra tutte le operazioni ed interventi effettuati, come inserimento e modifica dei dati. Si ha così la tracciabilità delle informazioni e una maggiore responsabilizzazione dei professionisti.

L'aggiornamento dei dati è in tempo reale anche in multisessione, pertanto ogni operatore dalla propria postazione, fissa o portatile, vede i dati inseriti

dai colleghi anche sullo stesso assistito. In un piano di assistenza infermieristica i criteri di risultato o esito sono "le affermazioni descrittive un comportamento misurabile della persona/famiglia che denotano uno stato favorevole dopo che è stata erogata l'assistenza infermieristica" (Alfaro, 1989). L'esito degli interventi ci aiutano a determinare il successo o l'appropriatezza del piano di assistenza, se non si riesce a raggiungere un esito positivo, l'infermiere dovrà rivedere l'obiettivo o l'intera pianificazione (Figura 5)

Un ulteriore importante dimensione

nell'allestimento del sistema informatico è stato la costruzione di *link* diretti a programmi di utilità come ad esempio: banche dati scientifiche, linee-guida, protocolli aziendali, informatore farmaceutico, programmi statistici, schede di educazione terapeutica.

Dal punto di vista operativo è stato strategico dotarsi di soluzioni tecnologiche innovative, mettendo a disposizione dei professionisti *devices* accattivanti: p.c. portatili, tablet p.c. o palmari, con rete di collegamento *wireless*. Tale tecnologia consente infatti un utilizzo molto funzionale dell'applicativo ed è possibile operare, senza fili, al letto dell'assistito.

In questo modo la cartella infermieristica diventa uno strumento che permette veramente all'infermiere di lavorare nel pieno rispetto della propria professionalità, avendo a disposizione, in una unica documentazione, tutte le informazioni sulla persona che ha in cura.

RISULTATI

L'informatizzazione della cartella infermieristica avviata nell'Unità operativa di Medicina sta determinando un progressivo incremento del numero di cartelle con pianificazione ben articolata e completa in base ai problemi assistenziali degli assistiti. Si è ottenuta contestualmente una riduzione dei diversi supporti cartacei, una concentrazione di tutte le informazioni nella cartella, si presume inoltre, una considerevole riduzione degli errori di trascrizione. Ci si attende di perfezionare ulteriormente l'applicativo per migliorare i margini di sicurezza ed affidabilità dello strumento. A breve partirà la sperimentazione sulla gestione della prescrizione terapeutica informatizzata con identificazione univoca del paziente che completerà lo strumento e lo renderà fruibile per la componente medica.

È in fase di progettazione la piattaforma che consentirà l'elaborazione dei dati e di disporre di una reportistica adeguata, tempestiva e completa anche sui dati clinici assistenziali. Le informazioni saranno quindi più fruibili e sicuramente assai diminuita la probabilità di perdita e i tempi per le analisi.

DISCUSSIONE

Questa esperienza ha portato gli operatori ad una riflessione importante: le potenzialità dell'innovazione tec-

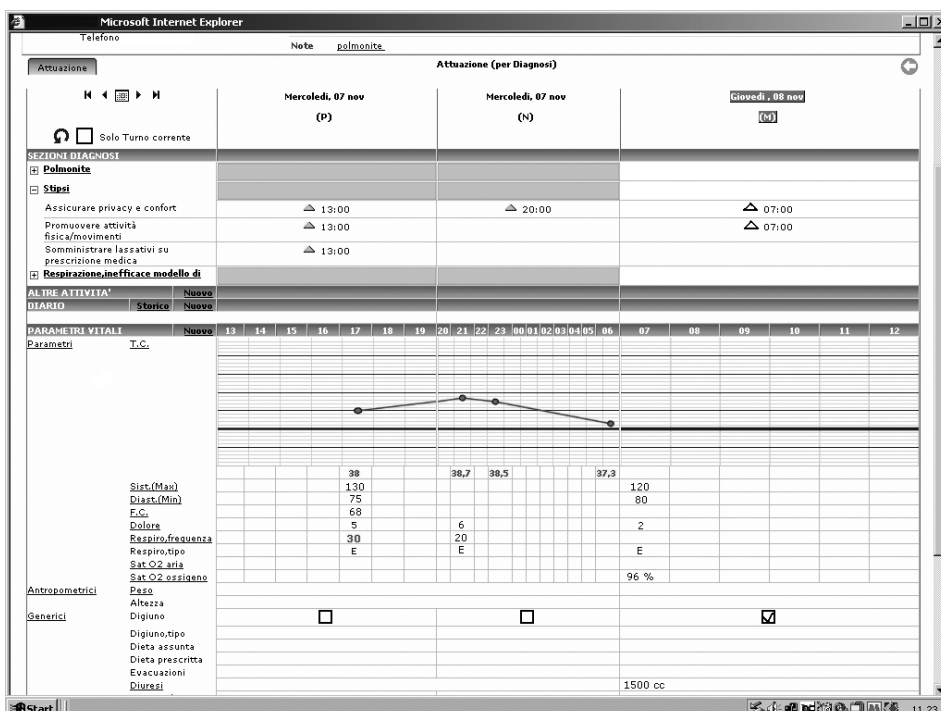


Figura 4

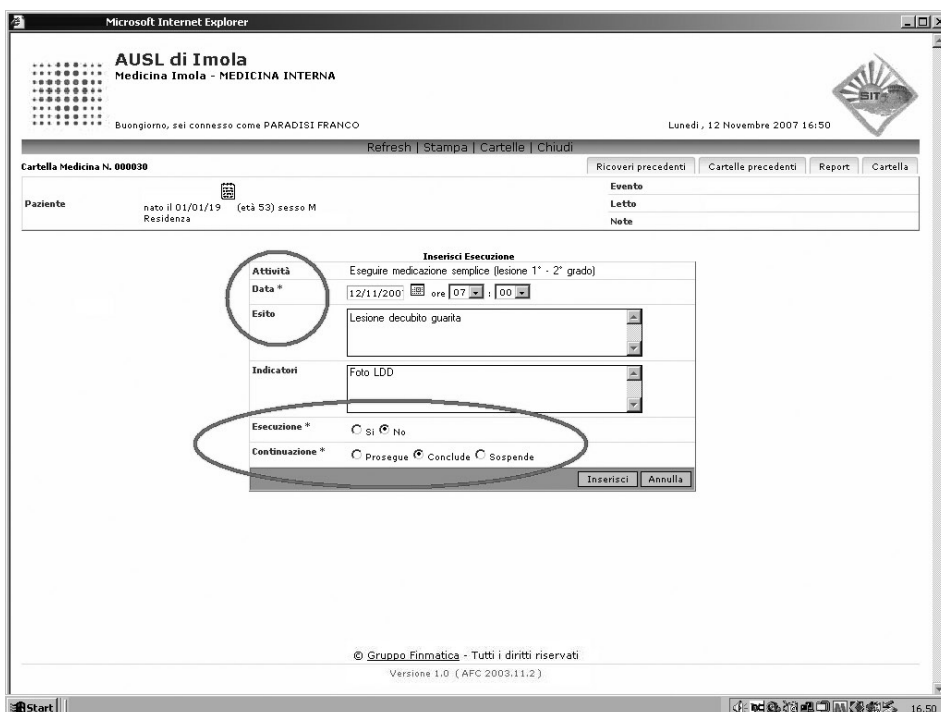


Figura 5

nologica sono molteplici e in continuo sviluppo; è importante utilizzarle come una grossa opportunità, come uno strumento, come un mezzo per raggiungere il fine ultimo delle professioni sanitarie che è la tutela della salute delle persone. I professionisti devono mantenere l'attenzione alla persona bisognosa ed utilizzare per il proprio operato programmi che possono agevolare la comunicazione e la sicurezza dell'agire. La Direzione sanitaria aziendale, nel promuovere questo progetto, ha puntato molto sugli infermieri; è una categoria di professionisti disponibile ad affrontare cambiamenti, a mettersi in gioco, ad impegnarsi in nuovi percorsi guardando avanti e facendo i sacrifici necessari per il "rodaggio" iniziale necessario in tutte le nuove imprese. Infatti la cartella assistenziale è nata anche come strategia di decollo per giungere in futuro ad una cartella clinica integrata, nella quale tutti professionisti, in base alle proprie competenze, inseriscono i dati dell'assistito e danno valore ad un documento che diviene più funzionale, completo e di miglior qualità per il cittadino.



CONCLUSIONI

Un progetto di questo tipo richiede senza alcun dubbio una attiva collaborazione da parte di tutti i professionisti coinvolti e un impegno costante al miglioramento continuo, d'altra parte permette delle gratificazioni importanti per operatori clinici e gestionali in quanto favorisce l'operare in modo multidisciplinare e l'aumento della soddisfazione delle persone assistite. Il successo è garantito solo se c'è entusiasmo, una profonda fede nei valori etici della professione e la voglia di non arrendersi mai anche davanti alle difficoltà quotidiane, pensando all'integrazione da realizzare per la presa in carico delle persone assistite e, soprattutto, per metterle al centro del processo di cura.



• "Il nuovo Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori del comparto sanità pubblica relativo al quadriennio normativo 2006/2009 e al biennio economico 2006/2007"

Dott. Rocco Longo*

***DSITR - Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi**



PREMESSA

Il 10 aprile scorso l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran) e le organizzazioni e confederazioni sindacali rappresentative del Comparto sanità hanno firmato il nuovo contratto, relativo al quadriennio normativo 2006/2009 e al biennio economico 2006/2007. Con la pubblicazione sulla "Gazzetta Ufficiale" n. 95 del 22 aprile 2008 tutte le Regioni e le Aziende dovranno passare alla fase applicativa, anche se in alcune regioni già nelle buste paga degli oltre 570mila operatori non dirigenti del Servizio sanitario nazionale sono già arrivati gli aumenti e gli arretrati. Il contratto prevede il mantenimento dello stesso incremento a regime del biennio contrattuale precedente e la destinazione del 2% delle risorse a disposizione per la contrattazione decentrata (Contrattazione Integrativa Aziendale - CIA).

LE PRINCIPALI NOVITÀ

È un contratto snello nella parte normativa, che rimanda in molti casi a fasi successive di contrattazione e netto, per quel che riguarda gli aumenti economici, che raggiungono la media mensile lorda pro capite di € 103,32 a regime nel 2007 (tutti arretrati quindi). Le principali novità normative sono sintetizzabili in quattro punti:

1. l'orario di lavoro e, in particolare, il riposo **obbligatorio di 11 ore** (previsto dal Dlgs. n. 66/2003) tra due turni di lavoro. Il contratto, secondo quanto prescritto dallo stesso Dlgs. n. 66/2003 e dalla direttiva 88/2003/Ce, revoca il qualche modo la non obbligatorietà (inserita nella Legge finanziaria 2008), e prevede la possibilità di

una "deroga" al riposo di undici ore che dovrà essere stabilita con un accordo tra Aziende e sindacati "tenendo conto delle necessità legate alla organizzazione dei turni e garantendo ai dipendenti un equivalente periodo di riposo per il pieno recupero delle energie psicofisiche". Inoltre, l'inserimento del principio della durata media dell'orario di lavoro, che non deve superare le 48 ore medie settimanali¹ (è riferita, per il primo anno di applicazione, ad un periodo di nove mesi e, a regime, ad un periodo di sei mesi);

- 2. i criteri per la progressione economica orizzontale.** Quella cioè che avviene tra fasce economiche della stessa categoria di appartenenza (per esempio, nel caso degli infermieri, esclusi i dirigenti, da D a D6 e da Ds a Ds6. Per la progressione tra le fasce, recita il nuovo contratto: "i dipendenti devono essere in possesso del requisito di un periodo minimo di permanenza nella posizione economica in godimento pari a ventiquattro mesi";
- 3. l'affidamento dell'incarico di coordinamento** (ex caposala) previsto dalla legge n. 43/2006. Per "essere" coordinatori (previe le previste procedure selettive), sono necessari il possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università (o il titolo precedente di caposala, ovvero, il **Certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive nell'Assistenza Infermieristica**) e un'esperienza professionale complessiva nella categoria D, compreso il livello economico Ds, di tre anni.
- 4. il possibile licenziamento** in caso di procedimento penale, solo però nei casi di arresto in flagranza confermato dal Gip, per i reati di corruzione, concussione e peculato.

IL TESTO COMPLETO DEL CCNL

PARTE I - NORMATIVA

TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

Campo di applicazione

1. il presente Contratto collettivo nazionale si applica a tutto il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, esclusi i dirigenti, dipendenti dalle

amministrazioni, aziende ed enti del comparto di cui all'art. 10 del Contratto collettivo nazionale quadro per la definizione dei comparti di contrattazione, stipulato l'11 giugno 2007.

2. Al personale dipendente da aziende o enti soggetti a provvedimenti di soppressione, fusione, scorporo, sperimentazioni gestionali, trasformazione e riordino - ivi compresi la costituzione in fondazioni ed i processi di privatizzazione - si applica il presente contratto sino all'individuazione o definizione, previo confronto con le organizzazioni sindacali nazionali firmatarie, della nuova specifica disciplina contrattuale del rapporto di lavoro ovvero sino alla stipulazione del relativo contratto collettivo quadro per la definizione del nuovo comparto pubblico di destinazione.
3. Nel testo del presente contratto i riferimenti al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni sono riportati come "Dlgs. n. 165 del 2001".
4. Il riferimento alle aziende sanitarie ed ospedaliere, alle Arpa ed alle agenzie, istituti ed enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 10 del CCNQ per la definizione dei comparti di contrattazione dell'11 giugno 2007 è riportato nel testo del presente contratto come "aziende ed enti".

Art. 2

Durata, decorrenza, tempi e procedure di applicazione del contratto

1. Il presente contratto, concerne il periodo 1 gennaio 2006 - 31 dicembre 2009 per la parte normativa ed è valido dal 1° gennaio 2006 fino al 31 dicembre 2007 per la parte economica.
2. Gli effetti giuridici decorrono dal giorno successivo alla data di stipulazione, salvo diversa prescrizione del presente contratto. L'avvenuta stipulazione viene portata a conoscenza delle aziende ed enti destinatari da parte dell'Aran con idonea pubblicità di carattere generale.
3. Gli istituti a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico sono applicati dalle aziende ed enti destinatari entro 30 giorni dalla data di stipulazione di cui al comma 2.
4. Alla scadenza, il presente contratto si rinnova tacitamente di anno in anno qualora non ne sia data di-

sdetta da una delle parti con lettera raccomandata almeno tre mesi prima di ogni singola scadenza. In caso di disdetta, le disposizioni contrattuali rimangono in vigore fino a quando non siano sostituite dal successivo contratto collettivo. Resta, altresì, fermo quanto previsto dall'art. 48, comma 3 del Dlgs. n. 165 del 2001.

5. Per evitare periodi di vacanza contrattuale le piattaforme sono presentate tre mesi prima della scadenza del contratto. Durante tale periodo e per il mese successivo alla scadenza del contratto, le parti negoziali non assumono iniziative unilaterali né procedono ad azioni dirette.
6. Dopo un periodo di vacanza contrattuale pari a tre mesi dalla data di scadenza della parte economica del presente contratto o dalla data di presentazione delle piattaforme, se successiva, ai dipendenti del comparto sarà corrisposta la relativa indennità, secondo le scadenze previste dall'accordo sul costo del lavoro del 23 luglio 1993. Per l'erogazione di dette indennità si applica la procedura degli artt. 47 e 48, comma 1 del Dlgs. n. 165 del 2001. Gli importi dell'indennità di vacanza contrattuale, erogati sulla base delle suddette disposizioni, vengono riassorbiti negli incrementi stipendiali derivanti dal rinnovo contrattuale.
7. Fino alla definizione di un nuovo assetto della contrattazione collettiva, in sede di rinnovo biennale, per la determinazione della parte economica da corrispondere, ulteriore punto di riferimento del negoziato sarà costituito dalla comparazione tra l'inflazione programmata e quella effettiva intervenuta nel precedente biennio, secondo quanto previsto dall'accordo del 23 luglio 1993.
8. Il presente articolo sostituisce l'art. 2 del CCNL 19 aprile 2004 che è, pertanto disapplicato.

TITOLO II

RAPPORTO DI LAVORO

CAPO I

Politiche di sviluppo e gestione del personale

Art. 3

Criteri per la progressione economica orizzontale

1. Ai fini della progressione economica orizzontale di cui al comma 4 dell'art. 35 del CCNL 07.04.1999, dalla data di entrata in vigore del presente contratto, i dipendenti devono essere in possesso del requisito di un periodo minimo di permanenza nella posizione economica in godimento pari a ventiquattro mesi.
2. La disciplina del comma 1 trova applicazione per le procedure selettive per la realizzazione della progressione economica orizzontale che sono formalmente avviate successivamente alla definitiva sottoscrizione del presente CCNL.

Art. 4

Coordinamento

1. Ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 43/2006 (relativamente alle funzioni di coordinamento), nonché dall'Accordo Stato-Regioni del 01.08.2007, a far data dall'entrata in vigore del presente contratto, ai fini dell'affidamento dell'incarico di coordinamento di cui all'art. 10 del CCNL 20.09.2001, II Biennio economico, è necessario il possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 03.11.1999, n. 509 e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 22.10.2004, n. 270, nonché un'esperienza professionale complessiva nella categoria D, compreso il livello economico Ds, di tre anni.
2. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, di cui all'art. 6, comma 5 della legge n. 43/2006, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido ai fini dell'affidamento delle funzioni di coordinamento di cui al comma 1.

CAPO II

Struttura del rapporto di lavoro

Art. 5

Orario di lavoro

1. L'art. 26 del CCNL del 7 aprile 1999 è integrato, dall'entrata in vigore del presente CCNL, dai seguenti commi:

6. "La durata media dell'orario di lavoro, di cui all'art. 4, comma 4, del Dlgs. n. 66 del 2003 è riferita, per il primo anno di applicazione, ad un periodo di nove mesi e, a regime, ad un periodo di sei mesi, al fine di garantire, senza soluzione di continuità, livelli ottimali di assistenza e tutelare il diritto alla salute dei cittadini, a fronte di eventi non pianificabili.
7. In via sperimentale, fino alla definitiva disciplina della materia nell'ambito del prossimo contratto, nel rispetto dei principi generali di protezione, sicurezza e salute dei lavoratori e al fine di preservare la continuità assistenziale, il riposo consecutivo giornaliero, nella misura prevista dall'art. 7 del Dlgs. n. 66 del 2003, può essere oggetto di deroga, a seguito di accordo definito con le modalità previste dall'art. 4, comma 5 del CCNL del 7 aprile 1999, tenendo conto delle necessità legate all'organizzazione dei turni e garantendo ai dipendenti un equivalente periodo di riposo per il pieno recupero delle energie psicofisiche o, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per motivi oggettivi, a condizione che ai lavoratori sia accordata una protezione appropriata.
9. Nel corso delle trattative le parti si impegnano a rispettare i principi di responsabilità, correttezza e buona fede e ad esperire ogni utile tentativo per pervenire all'accordo. Le procedure si intendono concluse con l'invio del testo all'Aran e alle Regioni, entro cinque giorni dalla sua definizione. Le Regioni garantiscono il rispetto di tali adempimenti. L'Aran metterà a disposizione delle parti i testi pervenuti anche ai fini della verifica sull'applicazione delle disposizioni di cui al comma precedente, da effettuarsi prima dell'avvio del rinnovo contrattuale di cui al comma 7.
10. L'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 6 e 7 presuppone che ai lavoratori interessati sia accordata una protezione appropriata tale da permettere di evitare che gli stessi, a cau-

sa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo termine.

11. Per effetto delle deroghe di cui al presente articolo in attuazione dell'art. 17 del Dlgs. n. 66/2003, sono fatte salve le vigenti disposizioni aziendali concordate con le organizzazioni sindacali in materia di orario di lavoro, purché non in contrasto con quanto stabilito nel presente articolo, da verificarsi tra le parti".

CAPO III **Norme disciplinari**

Art. 6

Modifiche ed integrazioni al sistema disciplinare

1. All'art. 13, comma 5 del CCNL del 19 aprile 2004 (Codice disciplinare) la lettera *m*) viene soppressa e la lettera *b*) è sostituita dalla seguente lettera: "alterchi negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi".
2. All'art. 13, comma 6 del CCNL del 19 aprile 2004 (Codice disciplinare) si aggiungono le seguenti lettere:
 - f*) "fatti e comportamenti tesi all'elusione dei sistemi di rilevamento elettronici della presenza e dell'orario o manomissione dei fogli di presenza o delle risultanze anche cartacee degli stessi. Tale sanzione si applica anche nei confronti di chi avalli, aiuti o permetta tali atti o comportamenti;
 - g*) alterchi di particolare gravità con vie di fatto negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi;
 - b*) violazione dei doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti, da cui sia comunque derivato grave danno all'azienda o enti, agli utenti o terzi".
3. All'art. 13, comma 8 del CCNL 19.04.2004 è aggiunta la seguente lettera:
 - f*) l'ipotesi in cui il dipendente venga arrestato perché colto in flagranza, a commettere reati di peculato o concussione e l'arre-

sto sia convalidato dal giudice per le indagini preliminari.

4. All'art. 14 (Rapporto tra procedimento disciplinare e procedimento penale) del CCNL del 19 aprile 2004, i commi 1, 6 e 7 sono sostituiti dai seguenti:

1. "Nel caso di commissione in servizio di fatti illeciti di rilevanza penale l'amministrazione inizia il procedimento disciplinare ed inoltra la denuncia penale. Il procedimento disciplinare rimane tuttavia sospeso fino alla sentenza definitiva fatta salva l'ipotesi in cui il dipendente venga arrestato perché colto in flagranza, a commettere reati di peculato o concussione o corruzione e l'arresto sia convalidato dal giudice per le indagini preliminari. Sulla base della valutazione derivante dall'esito del procedimento disciplinare si applica la sanzione di cui all'art. 13, comma 8, lettera *f*) del CCNL 19.04.2004 (licenziamento senza preavviso). Analoga sospensione è disposta anche nel caso in cui l'obbligo della denuncia penale emerga nel corso del procedimento disciplinare già avviato".
6. In caso di sentenza irrevocabile di assoluzione pronunciata con la formula "il fatto non sussiste" o "l'imputato non lo ha commesso" si applica quanto previsto dall'art. 653 c.p.p. e l'azienda dispone la chiusura del procedimento disciplinare sospeso, dandone comunicazione all'interessato. Ove nel procedimento disciplinare sospeso, al dipendente, oltre ai fatti oggetto del giudizio penale per i quali vi sia stata assoluzione, siano state contestate altre violazioni oppure qualora l'assoluzione sia motivata "perché il fatto non costituisce illecito penale" non escludendo quindi la rilevanza esclusivamente disciplinare del fatto ascritto, il procedimento medesimo riprende per dette infrazioni.
- 7) In caso di sentenza definitiva di proscioglimento, prima del dibattimento, ai sensi dell'art. 129 c.p.p. pronunciata con la formula "perché il fatto non sussiste", ovvero "perché l'imputato non lo ha commesso" si applica quanto previsto dall'art. 653 c.p.p. Ove nel procedimen-

to disciplinare sospeso, al dipendente, oltre ai fatti oggetto del giudizio penale per i quali vi sia stata assoluzione, siano state contestate altre violazioni oppure qualora il proscioglimento sia motivato "perchè il fatto non costituisce reato" non escludendo quindi la rilevanza esclusivamente disciplinare del fatto ascritto, il procedimento medesimo riprende per dette infrazioni".

5. All'art. 15 (sospensione cautelare in caso di procedimento penale) del CCNL del 19 aprile 2004 i commi 8, 9 e 10 sono sostituiti dai seguenti:

8. "Nel caso di sentenza definitiva di assoluzione o proscioglimento, pronunciate con la formula "il fatto non sussiste", "non costituisce illecito penale" o "l'imputato non lo ha commesso", quanto corrisposto nel periodo di sospensione cautelare a titolo di indennità verrà conguagliato con quanto dovuto al lavoratore se fosse rimasto in servizio, escluse le indennità o compensi per servizi speciali o per prestazioni di carattere straordinario. Ove il giudizio disciplinare riprenda per altre infrazioni, ai sensi dell'art. 14, comma 6, secondo periodo (Rapporto tra procedimento disciplinare e procedimento penale) il conguaglio dovrà tener conto delle sanzioni eventualmente applicate.

9. In tutti gli altri casi di riattivazione del procedimento disciplinare a seguito di condanna penale, ove questo si concluda con una sanzione diversa dal licenziamento, al dipendente precedentemente sospeso verrà conguagliato quanto dovuto se fosse stato in servizio, escluse le indennità o compensi per servizi e funzioni speciali o per prestazioni di carattere straordinario nonché i periodi di sospensione del comma 1 e quelli eventualmente inflitti a seguito del giudizio disciplinare riattivato e a seguito della condanna penale.

10. Quando vi sia stata sospensione cautelare dal servizio a causa di procedimento penale, la stessa conserva efficacia, se non revocata, per un periodo di tempo comunque non superiore a cinque anni. Decorso tale termine,

la sospensione cautelare, dipendente dal procedimento penale, è revocata e il dipendente riammesso in servizio, salvo che, per i reati che comportano l'applicazione delle sanzioni previste ai commi 7 e 8 dell'art. 13 (codice disciplinare) del CCNL del 19 aprile 2004, l'azienda ritenga che la permanenza in servizio del dipendente provochi un pregiudizio alla credibilità della stessa a causa del discredito che da tale permanenza potrebbe derivare da parte dei cittadini e/o, comunque, per ragioni di opportunità e operatività dell'azienda stessa. In tale caso,

può essere disposta, per i suddetti motivi, la sospensione dal servizio, che sarà sottoposta a revisione con cadenza biennale. Il procedimento disciplinare comunque, se sospeso, rimane tale sino all'esito del procedimento penale".

6. Le modifiche apportate al codice disciplinare, di cui al presente articolo, devono essere obbligatoriamente affisse in ogni posto di lavoro in luogo accessibile a tutti i dipendenti, entro quindici giorni dalla data di stipulazione del presente CCNL e si applicano dal quindicesimo giorno successivo a quello della affissione.

Posizione economica	Dal 01.01.2006	Rideterminato dal 01.02.2007*	Posizione economica	Dal 01.01.2006	Rideterminato dal 01.02.2007
Ds6	10,89	132,64	Ds6	26.979,78	28.440,78
Ds5	10,46	127,39	Ds5	25.911,58	27.314,74
Ds4	10,15	123,55	Ds4	25.133,01	26.493,81
Ds3	9,85	119,88	Ds3	24.385,30	25.705,68
Ds2	9,48	115,44	Ds2	23.483,99	24.755,51
Ds1	9,13	111,14	Ds1	22.607,60	23.831,72
Ds	8,78	106,94	Ds	21.754,26	22.932,18
D6	9,88	120,29	D6	24.469,30	25.794,22
D5	9,53	116,09	D5	23.614,67	24.893,39
D4	9,26	112,71	D4	22.926,60	24.168,00
D3	8,98	109,39	D3	22.252,87	23.457,79
D2	8,71	106,10	D2	21.854,56	22.753,24
D1	8,44	102,80	D1	20.910,95	22.043,27
D	8,14	99,16	D	20.172,20	21.264,44
C5	9,09	110,73	C5	22.525,78	23.745,46
C4	8,68	105,62	C4	21.487,41	22.650,69
C3	8,28	100,76	C3	20.496,80	21.606,56
C2	8,00	97,45	C2	19.823,07	20.896,47
C1	7,73	94,16	C1	19.154,76	20.191,92
C	7,72	91,32	C	18.581,06	19.584,26
Bs5	7,84	95,48	Bs5	19.422,64	20.474,32
Bs4	7,59	92,20	Bs4	18.799,05	19.816,77
Bs3	7,35	89,44	Bs3	18.195,50	19.180,58
Bs2	7,20	87,65	Bs2	17.830,70	18.796,10
Bs1	6,99	85,13	Bs1	17.318,82	18.256,50
Bs	6,78	82,55	Bs	16.794,12	17.703,36
B5	7,35	89,47	B5	18.200,11	19.185,55
B4	7,20	87,64	B4	17.829,07	18.794,35
B3	7,05	85,85	B3	17.465,55	18.411,15
B2	6,93	84,35	B2	17.159,84	18.068,88
B1	6,73	81,47	B1	16.674,42	17.577,30
B	6,54	79,67	B	16.208,15	17.085,71
A5	6,71	81,68	A5	16.617,44	17.517,08
A4	6,60	80,30	A4	16.337,13	17.221,53
A3	6,48	78,94	A3	16.061,42	16.930,94
A2	6,39	77,76	A2	15.820,11	16.676,55
A1	6,22	75,77	A1	15.414,83	16.249,43
A	6,06	73,73	A	14.999,05	15.811,00

Tabella A - Incrementi mensili della retribuzione tabellare - Valori in € da corrispondere per 13 mensilità

Tabella B - Nuova retribuzione tabellare - Valori annui in € per 12 mensilità cui si aggiunge la tredicesima mensilità

* Il valore a decorrere dal 01.2.2007 comprende ed assorbe l'incremento composto dal 01.01.2006

**PARTE II:
TRATTAMENTO ECONOMICO**

**CAPO I
Trattamento economico**

Art. 7

Stipendio tabellare, fasce e trattamento economico iniziale

1. Il trattamento economico tabellare delle posizioni iniziali e di sviluppo delle diverse categorie, come definiti dall'art. 2 del CCNL del 05.06.2006, il biennio economico, è incrementato degli importi mensili lordi, per tredici mensilità, indicati nella Tabella A, allegata al presente contratto, alle scadenze ivi previste.

Ds	Ds1	Ds2	Ds3	Ds4	Ds5	Ds6
21.754,26	22.607,60	483,99	24.385,30	25.133,01	25.911,58	26.979,78
D	D1	D2	D3	D4	D5	D6
20.172,20	20.910,95	21.854,56	22.252,87	22.926,60	23.614,67	24.469,30
C	C1	C2	C3	C4	C5	
18.581,06	19.154,76	19.823,07	20.496,80	21.487,41	22.525,78	
Bs	Bs1	Bs2	Bs3	Bs4	Bs5	
16.794,12	17.318,82	17.830,70	18.195,50	18.799,05	19.422,64	
B	B1	B2	B3	B4	B5	
16.208,15	16.674,42	17.159,84	17.465,55	17.829,07	18.200,11	
A	A1	A2	A3	A4	A5	
14.999,05	15.414,83	15.820,11	16.061,42	16.337,13	16.617,44	

Tabella C - Categorie e posizioni economiche di sviluppo al 1° gennaio 2006
Valori in € per 12 mensilità cui si aggiunge la tredicesima mensilità

Ds	Ds1	Ds2	Ds3	Ds4	Ds5	Ds6
-	853,34	876,39	901,31	747,71	778,57	1.068,20
D	D1	D2	D3	D4	D5	D6
-	738,75	673,61	668,31	673,73	668,07	854,63
C	C1	C2	C3	C4	C5	
-	573,70	668,31	673,73	990,61	1.038,37	
Bs	Bs1	Bs2	Bs3	Bs4	Bs5	
-	524,70	511,88	364,80	603,55	623,59	
B	B1	B2	B3	B4	B5	
-	466,27	485,42	305,71	363,52	371,04	
A	A1	A2	A3	A4	A5	
-	415,78	405,28	241,31	275,71	280,31	

Differenza annua tra le fasce dal 1° gennaio 2006
Valori in euro per 12 mensilità cui si aggiunge la tredicesima mensilità

Ds	Ds1	Ds2	Ds3	Ds4	Ds5	Ds6
22.932,18	3.831,72	24.755,55	25.705,66	26.493,81	27.314,74	28.440,78
D	D1	D2	D3	D4	D5	D6
21.264,44	22.043,27	22.753,24	23.457,79	24.168,00	24.893,39	25.794,22
C	C1	C2	C3	C4	C5	
19.594,26	20.191,92	20.896,42	21.606,56	22.650,69	23.745,46	
Bs	Bs1	Bs2	Bs3	Bs4	Bs5	
17.703,36	18.256,50	18.796,10	19.180,58	19.816,77	20.474,32	
B	B1	B2	B3	B4	B5	
17.085,71	17.577,30	18.088,88	18.411,15	18.794,35	19.185,55	
A	A1	A2	A3	A4	A5	
15.811,09	16.249,43	16.676,55	16.930,94	17.221,53	17.517,08	

Tabella D - Categorie e posizioni economiche di sviluppo al 1° febbraio 2007
Valori in € per 12 mensilità cui si aggiunge la tredicesima mensilità

Ds	Ds1	Ds2	Ds3	Ds4	Ds5	Ds6
-	899,54	923,79	950,15	788,15	820,93	1.126,04
D	D1	D2	D3	D4	D5	D6
-	778,83	709,97	704,55	710,21	725,39	900,83
C	C1	C2	C3	C4	C5	
-	607,66	704,55	710,09	1.044,13	1.094,77	
Bs	Bs1	Bs2	Bs3	Bs4	Bs5	
-	553,14	539,60	384,48	636,19	657,55	
B	B1	B2	B3	B4	B5	
-	491,59	511,58	322,27	383,20	391,20	
A	A1	A2	A3	A4	A5	
-	438,34	427,18	254,39	290,59	295,55	

Differenza annua tra le fasce dal 1° febbraio 2007
Valori in euro per 12 mensilità cui si aggiunge la tredicesima mensilità

2. Gli importi tabellari risultanti dall'applicazione dei commi 1 sono rideterminati nelle misure e alle scadenze stabilite dall'allegata **Tabella B**, ove è anche indicato l'importo del trattamento economico iniziale delle categorie.

3. Gli incrementi di cui al comma 1 devono intendersi comprensivi dell'indennità di vacanza contrattuale prevista dall'art. 2, comma 6 del presente CCNL.

4. Gli importi delle fasce retributive sono rideterminati nei valori indicati nelle Tabelle C e D alle scadenze ivi previste e calcolati sul valore del trattamento economico iniziale di cui al comma 3.

**CAPO II
Fondi**

Art. 8

Fondo per i compensi del lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno

1. Il fondo per il finanziamento dei compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno, di cui all'art. 29 del CCNL 19 aprile 2004, è confermato a decorrere dal 1 gennaio 2006. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2005. Sono altresì confermate tutte le modalità di utilizzo previste dal citato art. 29.

Art. 9

Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali

1. Il fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali, di cui all'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004 è confermato a decorrere dal 1° gennaio 2006, come integrato dalle risorse di cui all'art. 6 del CCNL del 5 giugno 2006. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2005 con le precisazioni contenute nel comma 2 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004.

2. Dal 1° gennaio 2006 il fondo stesso continua ad essere alimentato dalle medesime voci indicate nelle lettere a), b), c) e d) del comma 3 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004.

3. Sono altresì confermati i commi 5 e 6 dell'art. 30 del CCNL 19 aprile 2004.

Art. 10

Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica

1. Il fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune delle ex indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica, di cui all'art. 31 del CCNL 19 aprile 2004 è confermato a decorrere dal 1° gennaio 2006 per le modalità di utilizzo nonché di incremento previste al comma 2, lettere a), b) e c) del medesimo articolo, come integrato dall'art. 6 del CCNL 5 giugno 2006. Il suo ammontare a tale data è quello consolidato al 31 dicembre 2005.
2. A decorrere dal 1° gennaio 2006 e dal 1° febbraio 2007 il fondo deve essere rivalutato automaticamente in rapporto al nuovo valore delle fasce attribuite ai dipendenti che gravano sul fondo stesso, incrementate e finanziate dal presente contratto nelle misure indicate nella tabella A.

Art. 11

Risorse per la contrattazione integrativa

1. Per ogni dipendente in servizio al 31.12.2005, una somma pari a 13,50 euro annui lordi per l'anno 2007, rideterminate in 28,73 euro annui lordi per l'anno 2008 è destinata alla contrattazione integrativa, garantendo prevalentemente il fondo della produttività.
2. Dal 1° gennaio 2006, sono confermate le risorse per la contrattazione integrativa di cui all'art. 6 del CCNL 05.06.2006, II biennio economico.

**PARTE III:
norme finali e transitorie**

Art. 12

Effetti dei nuovi stipendi

1. Gli incrementi del trattamento economico previsti dal presente contratto alle scadenze e negli importi previsti dalle tabelle di cui all'art.

8 hanno effetto integralmente sulla tredicesima mensilità, sul compenso per lavoro straordinario, sul trattamento di quiescenza ordinario e privilegiato, diretto e indiretto, sull'indennità premio di servizio, sull'indennità di cui all'art. 15 del CCNL 19.04.2004, sull'equo indennizzo, sulle ritenute assistenziali e previdenziali e relativi contributi e sui contributi di riscatto. Agli effetti dell'indennità premio di servizio, dell'indennità sostitutiva del preavviso nonché di quella prevista dall'art. 2122 del c.c., si considerano solo gli scaglionamenti maturati alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

2. I benefici economici risultanti dal presente contratto sono corrisposti integralmente alle scadenze e negli importi previsti al personale comunque cessato o che cesserà dal servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del presente contratto di parte economica biennio 2006-2007.
3. Resta confermato quanto previsto dai commi 3 e 4 dell'art. 8 del CCNL del 5 giugno 2006, II biennio economico 2004-2005.

Art. 13

Norme finali e di rinvio

1. Le parti, considerato il ritardo con il quale sono state avviate le trattative rispetto all'inizio del quadriennio 2006-2009 e biennio economico 2006-2007, ritengono prioritario concludere la presente fase negoziale in tempi brevi e, pertanto, concordano di rinviare, in considerazione dell'eccezionalità della situazione, ad una apposita sequenza contrattuale, integrativa del presente CCNL, da definirsi entro la conclusione del quadriennio 2006-2009, anche la trattazione delle seguenti tematiche:
 - relazioni sindacali, nell'ottica di valorizzare la contrattazione di secondo livello;
 - strumenti di gestione per un'attuazione più funzionale dell'istituto della mobilità;
 - revisione del sistema classificatorio; ridefinizione del sistema degli incarichi di coordinamento e specialistici, anche in applicazione della legge n. 43/2006;
 - disciplina delle prestazioni aggiuntive alla luce delle disposizioni contenute nella legge n. 120 del 2007; sistema di valo-

rizzazione delle responsabilità e autonomie professionali; attuazione dei contenuti dell'intesa sul lavoro pubblico e sulla riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, sottoscritto in data 6 aprile 2007, per la parte demandata alla contrattazione collettiva ed in relazione agli istituti da trattare;

- verifica del sistema dei trattamenti accessori e dei relativi fondi.
2. Per quanto non previsto dal presente CCNL restano in vigore le norme dei vigenti CCNL, ove non disapplicate o sostituite dal CCNL medesimo.
 3. Ai sensi dell'art. 47, comma 5 del CCNL 1 settembre 1995 la contrattazione integrativa prosegue nell'impegno di correlare i compensi incentivanti la produttività collettiva al raggiungimento degli obiettivi delle strutture ed al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 1

Le parti prendono atto che gli importi delle fasce retributive, citati al comma 4 dell'art. 8 del presente CCNL, sono quelli indicati nella Tabella E, aggiunta al CCNL 05.06.2006, II biennio economico dalla nota Aran prot. 9665 del 15 novembre 2006.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 2

Le parti si danno reciproco atto che le disposizioni di cui all'art. 40 del CCNL 07.04.1999 saranno oggetto della trattativa del quadriennio normativo 2006-2009, II biennio economico 2008-2009.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 3

Le parti si danno reciprocamente atto che le conclusioni contrattuali raggiunte realizzano un delicato bilanciamento fra i rispettivi interessi, tenuto conto delle quantità finanziarie a disposizione delle parti ed avuto riguardo alla esigenza di equilibrio rispetto ad altre conclusioni contrattuali già realizzate nel settore pubblico, conseguentemente le parti concordano che nel caso in cui le conclusioni contrattuali che si realizzeranno nelle aree della dirigenza del comparto della sanità fossero incoerenti con i principi di cui sopra e comportassero soluzioni difformi rispetto agli istituti contrattuali comuni, fatte salve le specificità proprie di tali aree, esse si incontreranno per discuterle ed armonizzarle con quelle del

presente CCNL, ivi compresi gli effetti di ricaduta sul personale del comparto dell'attività libero-professionale intramoenia della dirigenza sanitaria.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 4

Le parti concordano sull'opportunità che vengano affrontate, quanto prima, le problematiche relative alla sicurezza dei dipendenti sui luoghi di lavoro al fine di garantire, per gli aspetti contrattuali, la piena attuazione dei principi contenuti nel Dlgs. n. 626 del 1994.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 5

Le parti concordano che nell'ambito del limite delle quarantotto ore di cui all'art. 4, comma 2 del Dlgs. n. 66 del 2003 debbano essere ricomprese le prestazioni di lavoro effettuate dai dipendenti a qualsiasi titolo.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N. 6

Le parti si danno reciproco atto della necessità di rivedere la declaratoria allegata 1 del CCNL del 19 aprile 2004, relativa ai passaggi dalla categoria B, livello economico Bs alla categoria C, profilo di operatore tecnico specializzato esperto, nell'ambito della sequenza contrattuale integrativa di cui all'art. 16 del CCNL del 5 giugno 2006.

 **CONCLUSIONI**

Dopo più di 27 mesi dalla scadenza, è stato firmato il contratto che auspica il "recupero del potere di acquisto" dei lavoratori, impoveriti dal ritardo del rinnovo contrattuale e dall'aumento indiscriminato di prezzi e tariffe registrato nel corso degli ultimi anni.

Di seguito si riassumono i principali risultati di questa "tornata" contrattuale, ovvero:

- **Sul piano economico**, la media degli incrementi retributivi è pari a 103,32 euro mensili sulla fascia economica Bs4. In questo modo, per esempio, la categoria D2 percepisce una media di incremento pari a 108,31 euro mensili, suddivisi in 106,10 sul trattamento tabellare e 2,21 euro mensili (28,73 euro annui pro capite) per il salario accessorio (produttività e carriera) per tutte le categorie e fasce economiche.
- Sono state fissate due decorrenze per l'incremento tabellare: 1° gennaio 2006 - 1° febbraio 2007. La rilevanza di questo aspetto è che in questo modo si è comunque ottenuto, come per il rinnovo contrat-

tuale precedente, **il rispetto delle decorrenze contrattuali e del pagamento degli arretrati.**

- Il requisito di **due anni di permanenza nella fascia economica di appartenenza prima di fare la progressione orizzontale.** (La richiesta dell'Aran e delle Regioni era di prevedere tre anni di permanenza).
- La previsione dell'**obbligo** di possesso del titolo conseguito con la partecipazione al **master in management** (o del precedente titolo di caposala, **per l'affidamento delle funzioni di coordinamento**, come previsto dall'accordo Stato/Regioni applicativo della legge n. 43 del 2006, a decorrere dall'entrata in vigore del contratto, facendo salvi i coordinamenti precedentemente assegnati).
- La **riconferma** del Dlgs. n. 66 del 2003 relativamente alle **11 ore di riposo consecutive fra un turno e l'altro all'interno delle 24 ore di lavoro**, con la possibilità di deroga previo accordo aziendale obbligatorio. In questo modo, è stata superata, in deroga al decreto n. 66 del 2003, quanto previsto della Legge Finanziaria 2008. Le regioni chiedevano una deroga nazionale e non il rinvio alla trattativa decentrata (contrattazione integrativa aziendale CIA) e, per questa ragione, è stata chiesta una fase sperimentale della norma al fine di monitorare un uso coerente e non l'eventuale abuso finalizzato a compensare le carenze "strutturali" di personale.
- **La riconferma di tutti i fondi contrattuali con l'aggiornamento al 31 dicembre 2005**, ad eccezione delle risorse regionali dell'1,6% (art. 6). Queste risorse sono aggiornate ai nuovi valori tabellari nel caso siano state destinate al fondo per le fasce di progressione orizzontale (art. 31), restano invece congelate a quanto disposto dal CCNL 20 settembre 2001 (perché non aggiornate con nuove risorse regionali), qualora siano state destinate al fondo della produttività (art. 30).

 **NOTA**

¹ Nel corso del mese di giugno c.a. i ministri del Lavoro Ue, riuniti in Lussemburgo, hanno raggiunto un accordo che permette una deroga al tetto delle 48 ore (che rimane comunque il limite massimo) e se il lavoratore

lo vorrà, di lavorare più di 48 ore a settimana. Nel caso in cui il lavoratore decida di optare per l'allungamento dell'orario, non potrà comunque superare le 60 ore settimanali o le 65 ore nel caso dei contratti di lavoro a chiamata che prevedono anche un tempo inattivo. Il limite delle 48 ore si applica, secondo la nuova direttiva, ai lavoratori impiegati per più di 10 settimane. I ministri dei 27 hanno inoltre stabilito parità di trattamento per i lavoratori temporanei e quelli a tempo indeterminato per quanto riguarda la retribuzione, il congedo e la maternità. Al momento del voto, cinque paesi: Spagna, Belgio, Grecia, Ungheria e Cipro, si sono astenuti, confidando in modifiche da parte del Parlamento europeo.

 **BIBLIOGRAFIA**

Contatto operativo: arrivano gli arretrati. In Sole 24 ore Sanità - Lavoro & Professione, 29 aprile-5 maggio 2008, pag. 26, Roma 2008

Siglato il contratto del comparto sanità. In: L'infermiere, notiziario aggiornamenti professionali - Organo ufficiale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, n. 2/2008, Anno LII, pagg. 27-32, Roma 2008

Snaidero D, *Il contratto di lavoro in sanità, Fondamenti storici, giuridici e modelli di contrattazione.* McGraw Hill, Milano 2004

Snaidero D, *Contratto di lavoro e gestione delle risorse umane.* McGraw Hill. Milano, 2007

• **“Inps/Enpapi - Convenzione per il trasferimento dei contributi”**

L'inps, con circolare n. 32 del 12 marzo 2008, ha reso noto che il 20 novembre 2007 è stata siglata la convenzione tra l'Istituto e l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (Enpapi).

La convenzione permette il trasferimento dall'Inps all'Enpapi delle somme relative ai contributi versati ai fini pensionistici dagli infermieri, iscritti nei Collegi IPASVI, che esercitano attività libero-professionale autonoma, a titolo di collaborazione coordinata e continuativa o a progetto.

L'Inps ha reso note le seguenti modalità di trasferimento:

- per gli infermieri iscritti alla Gestione separata dell'Inps come professionisti: si trasferisce l'importo totale della contribuzione versata dal professionista medesimo;
- per gli infermieri iscritti alla Gestione separata dell'Inps come collaboratori coordinati continuativi, anche a progetto, si trasferisce l'importo pari ad un terzo del contributo versato dal committente maggiorato del 2% del reddito imponibile (corrispondente al contributo integrativo).

• “Nomenclatore Tariffario Nazionale”

Premessa

Dr.ssa Maria Grazia Bedetti

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 2 della legge 4 agosto 2006 n. 248, che converte il precedente DL n. 223/06, meglio conosciuto come Decreto Bersani, risultano “...abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero-professionali e intellettuali (e quindi anche alle prestazioni infermieristiche), l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime...”

Ciò ha indotto all'interno del gruppo professionale comportamenti diversi e non sempre coerenti con il mandato e il decoro della professione infermieristica derivanti, forse, da una cattiva interpretazione della norma stessa.

Allo scopo di superare eventuali erronee interpretazioni abbiamo perciò chiesto la consulenza dell'avvocato Barbieri che riportiamo in questo numero della rivista insieme al *Nomenclatore tariffario* che, deliberato dal Comitato centrale della Federazione dei Collegi IPASVI e approvato dal Consiglio Nazionale, risulta essere a tutt'oggi l'unico strumento professionale di riferimento, per tutto il territorio nazionale, nella regolamentazione dei rapporti, non solo economici, tra gli infermieri libero-professionisti e i loro clienti.

Con questa funzione è stato recepito da ogni Collegio provinciale, in quanto enti localmente preposti alla tutela e al controllo delle professioni infermieristiche, nel caso specifico quella esercitata da infermieri in regime di libero professionale, che necessita di regole chiaramente definite sia per

tutelare la professionalità degli stessi operatori che per garantire una corretta assistenza agli utenti/clienti.

Coerentemente con le norme che regolano l'esercizio professionale (DM 14 settembre 1994, n. 739; Legge 26 febbraio 1999, n. 42; Codice deontologico dell'infermiere, anno 1999; Legge 10 agosto 2000, n. 251; Legge 8 gennaio 2002, n. 1; Ordinamenti didattici vigenti), le prestazioni e le attività sono riportate nel *Nomenclatore tariffario* in modo analitico, secondo un criterio di classificazione riferito alla tipologia dei bisogni e delle necessità del paziente, distinte quelle che possono essere tariffate singolarmente da quelle definite complesse e/o continuative che richiedono un pagamento budgettario o forfetario, evidenziate le attività di carattere assistenziale, organizzativo e amministrativo che richiedono competenze avanzate in ambito clinico-assistenziale (aree della Sanità pubblica, Pediatria, Salute mentale - Psichiatria, Geriatria e Area critica) e in ambito formativo/gestionale (Direzione, Organizzazione e Gestione, Formazione e Ricerca).

Tale strutturazione, a nostro parere, connota il *Nomenclatore tariffario* come uno strumento utile a regolare non solo i rapporti economici (in merito ai quali si demanda alle precisazioni dell'avvocato Barbieri) ma anche a tracciare le regole di un corretto esercizio professionale dal punto di vista deontologico e di tutela del cittadino, a promuovere l'adozione da parte dei professionisti, anche di coloro che operano come liberi professionisti, di modelli di intervento fondati sul principio del prendersi cura della persona nella sua complessiva e soggettiva esperienza di malato, superando così una concezione subordinata ed esecutiva dell'assistenza infermieristica.

• “Le tariffe professionali”

Avv. Giannantonio Barbieri*

***Master in Diritto Sanitario -
Professore a contratto presso
l'Università degli Studi di Firenze**

L'art. 2233 del Codice Civile, intitolato “*Compenso*” afferma che “*Il compenso, se non è convenuto dalle parti e non può essere determinato secondo le tariffe o gli usi, è determinato dal giudice, sentito il parere dell'associazione professionale a cui il profes-*

sionista appartiene. In ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione...” (omissis). Degno di menzione, anche e soprattutto per le conseguenze che la mancata osservanza delle disposizioni contenute nella norma potrebbe produrre in capo al professionista, è il precedente art. 2231 (Mancata iscrizione): “*Quando l'esercizio di un'attività professionale è condizionata all'iscrizione in un albo o elenco, la prestazione eseguita da chi non è iscritto, non gli dà azione per il pagamento della retribuzione. La cancellazione dall'albo o elenco risolve il contratto, salvo il diritto al rimborso delle spese incontrate e a un compenso adeguato all'utilità del lavoro compiuto*”. La norma è talmente chiara, precisa e puntuale che non necessita di commento. Merita, tuttavia, un accenno la seguente considerazione. Come è noto, la legge determina per alcune professioni intellettuali, quali quella infermieristica, l'obbligo, ai fini dell'esercizio della professione medesima, di iscrizione ai c.d. albi professionali. L'iscrizione all'albo conferisce al professionista un determinato *status*, previo accertamento delle qualità giuridiche esercitate dal Collegio/Ordine professionale, legittimando così il professionista all'esercizio dell'attività professionale. Ecco che, dunque, qualora il professionista non sia “legittimato” all'esercizio dell'attività, non ha diritto al compenso e non gli spetta azione per ottenere il corrispettivo.

Nel caso della libera professione infermieristica, come è noto, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, con atto del Comitato centrale n. 108 del 9 novembre 2001 ed approvato dal Consiglio nazionale il 3 marzo 2002, ha introdotto il c.d. “*Nomenclatore tariffario*, ossia l'elenco delle *tariffe*, ossia dei *compensi*, dovuti all'infermiere che esercita la libera professione ed in relazione a ogni singola attività di natura assistenziale. Il Codice Deontologico dell'infermiere (CD 1999, art. 5.4) afferma che l'infermiere “... *nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente Nomenclatore tariffario*”.

Il c.d. decreto Bersani, ossia il Decreto Legge 4 luglio 2006, n. 233, convertito, con modificazioni, dalla Legge 4 agosto 2006, n. 248 contenente “*Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pub-*

blica nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale" ha in qualche modo inciso anche sul regime tariffario della professione infermieristica laddove all'art. 2, comma 1 afferma che "... sono abrogate le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali l'obbligatorietà di tariffe fisse o minime, ovvero il divieto di pattuire compensi parametrati al raggiungimento degli obiettivi prefissati". Quali le conseguenze sul piano pratico? In sostanza è venuto meno il carattere **inderogabile** dei valori minimi fissati dalla Federazione dei Collegi IPASVI attraverso il Nomenclatore tariffario. Va sottolineato, però, che la tariffa professionale, come tale, continua ad essere ammessa dalla stessa legge; non solo: nonostante la *derogabilità* dei minimi tariffari, in ogni caso

il compenso dovrà sempre e in ogni caso essere *adeguato all'importanza dell'opera e del decoro della professione*, così come stabilito dall'art. 2233 del codice civile.

In sintesi, la situazione è la seguente: il Nomenclatore tariffario va utilizzato, essendo confermata la validità delle misure massime dei compensi previsti; i minimi possono essere derogati ma nel rispetto del decoro della professione.

PREMESSA

Le prestazioni e le attività di carattere assistenziale, organizzativo e amministrativo, derivanti dalle attribuzioni proprie degli:

1. Infermieri Responsabili dell'assistenza generale infermieristica
 - 1.1. Infermieri Responsabili dell'as-

sistenza generale infermieristica con competenze avanzate in ambito clinico-assistenziale nelle seguenti aree:

- 1.1.a. sanità pubblica
- 1.1.b. pediatria
- 1.1.c. salute mentale - psichiatria
- 1.1.d. geriatria
- 1.1.e. area critica

- 1.2. Infermieri Responsabili dell'assistenza generale infermieristica con competenze avanzate in ambito formativo-gestionale nelle seguenti aree:

- 1.2.a. direzione, organizzazione e gestione
- 1.2.b. formazione
- 1.2.c. ricerca

iscritti agli Albi, sono riportate nel Nomenclatore tariffario nazionale degli onorari e dei compensi per le prestazioni e le attività effettuate in armo-

VOCI - TARIFFE - STRUTTURA DEL TARIFFARIO

Parte prima

Prestazioni singole di tipo tecnico

- | | |
|-----|--|
| 01. | Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali |
| 02. | Prestazioni relative alla funzione respiratoria |
| 03. | Prestazioni relative alla funzione alimentare |
| 04. | Prestazioni relative alla funzione di eliminazione |
| 05. | Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta |
| 06. | Prestazioni relative alla necessità dormire e riposarsi |
| 07. | Prestazioni relative all'attività di vestirsi e di spogliarsi |
| 08. | Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali |
| 09. | Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti |
| 10. | Prestazioni relative alla necessità di evitare i pericoli |

Parte seconda

Prestazioni complesse di tipo relazionale e/o tecnico

- | | |
|-----|--|
| 01. | Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali |
| 02. | Prestazioni relative al controllo dello stato di salute della persona della sua condizione clinica |
| 03. | Prestazioni relative alla funzione respiratoria |
| 04. | Prestazioni relative alla funzione dell'alimentazione |
| 05. | Prestazioni relative alla funzione di eliminazione |
| 06. | Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta |
| 07. | Prestazioni relative alla necessità di dormire e riposarsi |
| 08. | Prestazioni relative all'attività di vestirsi e di spogliarsi |
| 09. | Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali |
| 10. | Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti |
| 11. | Prestazioni relative alle azioni da porre in essere per evitare i pericoli |
| 12. | Prestazioni relative alla necessità di comunicare con altri individui |
| 13. | Prestazioni relative alla necessità di agire secondo le proprie credenze e valori |
| 14. | Prestazioni connesse alla necessità di autorealizzazione |
| 15. | Prestazioni correlate alla necessità di avere momenti di svago |
| 16. | Prestazioni connesse alla necessità di apprendere |

nia con la propria qualifica e funzione professionale, fatte salve successive modificazioni ed integrazioni.

- Le prestazioni sono erogate in conformità a quanto previsto da: DM 14 settembre 1994, n. 739
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42
- Codice deontologico dell'infermiere anno 1999
- Legge 10 agosto 2000, n. 251
- Legge 8 gennaio 2002, n. 1
- Ordinamenti didattici vigenti.

Art. 1 - Finalità

1.1. - In conformità a quanto previsto dalla legge istitutiva della Federazione Nazionale Collegi IPASVI del 29 ottobre 1954 n. 1049, regolamentata dalle disposizioni di cui al DLPCS 13 settembre 1946, n. 233 e susseguente DPR 5 aprile 1950 n. 221 e norme vigenti, il Comitato Centrale della Federazione Nazionale ha deliberato con delibera n. 108/01 del 9 novembre 2001 il Nomenclatore tariffario nazionale che a partire dalla data del 3 marzo 2002 dovrà essere applicato da tutti gli infermieri liberi professionisti.

Art. 2. - Ambiti e criteri di applicazione

- 2.1. - Il Nomenclatore tariffario è lo strumento cui debbono riferirsi gli iscritti agli Albi che svolgono attività libero-professionale, per definire le tariffe ed i compensi loro spettanti.
- 2.2. - Le tariffe in esso contenute rappresentano l'onorario *minimo e massimo* che i professionisti devono applicare. I minimi e i massimi sono inderogabili.
- 2.3. - Le tariffe sono uniche e valgono per tutti i liberi professionisti iscritti agli Albi dei Collegi provinciali.
- 2.4. - Il compenso è fissato in relazione alla rilevanza, delicatezza e complessità della prestazione, dell'intervento, del piano o del progetto attuato dal professionista.
- 2.5. - I compensi vengono computati utilizzando quattro possibili modalità di tariffazione:
 - ✓ **tariffa a prestazione:** la tariffa a prestazione si applica - di norma - quando viene effettuata una singola prestazione in via estemporanea o comunque secondo modalità non riconducibili a quanto contemplato di seguito;
 - ✓ **tariffa ad accesso:** la tariffa ad accesso si applica quando vengono effettuate prestazioni o attività multiple nella

stessa seduta od intervento. Il compenso viene definito assumendo a riferimento la prestazione a tariffa più elevata, per intero, ed applicando alle rimanenti prestazioni la riduzione del 50 per cento;

✓ **tariffa a piano/progetto/consulenza:** la tariffa a piano/progetto/consulenza si applica nei casi in cui è prevista una pluralità di accessi per lo stesso cliente/commitente con prestazioni diversificate. Il compenso viene definito dal professionista assumendo come riferimento il grado di complessità delle prestazioni/attività e il tempo necessario per lo svolgimento delle stesse;

✓ **tariffa a tempo:** la tariffa a tempo si applica quando il professionista è titolare di convenzioni/contratti con Aziende sanitarie e Istituzioni pubbliche e private che prevedano l'uso della tariffa oraria. Come riferimento per la determinazione dell'onorario professionale il compenso viene definito assumendo come riferimento il tempo di impegno del professionista.

- 2.6. - I compensi per le prestazioni domiciliari devono essere maggiorati in ragione della distanza del domicilio del cliente e delle spese sostenute dal professionista.
- 2.7. - I compensi per le prestazioni effettuate nei giorni festivi e in orario notturno sono maggiorate del 25 per cento.
- 2.8. - I presidi ed il materiale sanitario d'uso corrente utilizzati dal professionista sono a carico dell'assistito.
- 2.9. - È fatto divieto di esercitare la libera professione ad onorari inferiori a quelli stabiliti nel Nomenclatore fatto salvo per l'attività di volontariato così come previsto dall'art. 11 delle "Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica" approvato dal Comitato Centrale il 02.09.1996 e dal Consiglio Nazionale nell'assemblea del 28-29.09.1996.

Art. 3 - Revisioni e aggiornamenti

3.1. - Modificazioni ed integrazioni al Nomenclatore tariffario possono essere apportate in ogni momento, per effetto o in conseguenza di disposizioni di legge o per palese inadeguatezza delle voci e/o delle tariffe.

3.2. - Il Nomenclatore tariffario deve essere comunque rivisto almeno ogni tre anni.

3.3. - La revisione del Nomenclatore tariffario così come le eventuali modificazioni ed integrazioni devono essere deliberate dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e presentato al Consiglio Nazionale.

Art. 4 - Norme finali

4.1. - Le disposizioni contenute nel presente Nomenclatore tariffario si applicano esclusivamente agli esercenti la libera professione in conformità a quanto previsto dalle "Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica".

4.2. - Il libero professionista che contravviene a quanto definito nel Nomenclatore tariffario è sottoposto a provvedimento disciplinare dal Collegio di appartenenza ai sensi del DPR 5 aprile 1950, n. 221, Capo IV, 5.2.

4.3. - La Federazione Nazionale ed i Collegi provinciali IPASVI sono tenuti a vigilare per una puntuale e corretta applicazione delle disposizioni e delle tariffe contenute nel presente Nomenclatore.

VOCI E TARIFFE

Struttura del tariffario

1 - Descrizione e classificazione delle prestazioni

Le prestazioni e le attività degli infermieri sono riportate nel Nomenclatore tariffario nazionale in modo analitico, secondo un criterio di classificazione riferito alla tipologia dei bisogni e delle necessità del paziente.

Le categorie tipologiche sono le seguenti:

1. prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali;
2. prestazioni relative a:
 - ✓ mantenimento dello stato di salute
 - ✓ gioco, svago, divertimento, ecc.
 - ✓ respirazione
 - ✓ alimentazione/idratazione
 - ✓ eliminazione
 - ✓ mobilitazione, comfort e mantenimento di postura
 - ✓ sonno e riposo
 - ✓ vestirsi e spogliarsi
 - ✓ pulirsi e curare e proteggere i tessuti
 - ✓ mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali
 - ✓ eliminare/contenere i fattori di rischio
 - ✓ ripristinare/mantenere le funzioni vitali in situazioni d'emergenza
3. prestazioni relative alla necessità di apprendere

4. prestazioni relative alla necessità di imparare ad effettuare autonomamente azioni orientate all'autocura
5. prestazioni relative alla necessità di comunicare
6. prestazioni relative alla necessità di agire secondo le proprie credenze e valori
7. prestazioni connesse alla necessità di autorealizzazione.

All'interno delle diverse categorie tipologiche, l'accennata analiticità descrittiva è stata seguita anche in quei casi in cui le prestazioni si collocano in uno dei quattro criteri di tariffazione di cui all'art. 2 del presente tariffario.

2 - Prestazioni tariffate e prestazioni non tariffate

Il Nomenclatore tariffario è suddiviso in due parti:

1ª Parte

Raggruppa le "prestazioni singole di tipo tecnico"

Ad ogni prestazione singola di tipo tecnico è affiancata la relativa tariffa nazionale minima e massima.

2ª Parte

Raggruppa le "prestazioni complesse di tipo relazionale e/o tecnico".

La tariffazione delle "prestazioni complesse di tipo relazionale e/o tecnico" dovrà essere determinata di volta in volta con riferimento alla durata e alla complessità dello specifico intervento secondo i quattro criteri di tariffazione di cui all'art. 2 del presente Tariffario.

3 - Numerazione ed identificazione tipologica delle prestazioni

Le prestazioni descritte nel Nomen-

clatore tariffario sono precedute da un numero che procede in sequenza (dal n. 001 al n. 201) e da una lettera che può essere "T" o "R".

La lettera "T" indica che la prestazione è a prevalente contenuto "tecnico".

La lettera "R" indica che la prestazione è a prevalente contenuto "relazionale".

La sequenza numerica prescinde dal dove è inserita la prestazione (prima parte con tariffa - seconda parte senza tariffa) e dal significato dato alla lettera "T" o "R".

Sia il codice numerico che quello tipologico sono stati introdotti per facilitare l'eventuale informatizzazione degli aspetti contabili e la creazione di data-base da utilizzarsi a fini statistico-valutativi.

PARTE PRIMA

Prestazioni singole di tipo tecnico

01 PRESTAZIONI COMUNI A TUTTE LE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI		Minimo	Massimo
001 T	Assistenza diretta	€ 23,20 ⁽¹⁾	€ 34,80 ⁽¹⁾
002 T	Valutazione dei livelli di dipendenza del paziente a seconda di ogni necessità e bilancio delle risorse disponibili	€ 26,80	€ 40,20
003 T	Elaborazione e gestione del dossier di assistenza	€ 13,40	€ 20,10
004 T	Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche)	€ 6,70 ⁽²⁾ € 13,40 ⁽³⁾	€ 10,05 ⁽²⁾ € 20,10 ⁽³⁾
005 T	Misurazione e registrazione dei riflessi pupillari o di altri riflessi	€ 6,70	€ 10,05
006 T	Misurazione e registrazione dello stato di coscienza	€ 10,00	€ 15,00
007 T	Misurazione della pressione venosa centrale, sorveglianza di cateteri venosi centrali e di altri accessi vascolari impiantati da un medico	€ 33,50	€ 50,25
008 T	Registrazione di un ECG	€ 10,00	€ 15,00
009 T	Collaborazione alla effettuazione di un ECG sotto sforzo o con stimolazione farmacologica	€ 16,70	€ 25,05
010 T	Registrazione di un EEG	€ 16,70	€ 25,05
011 T	Registrazione di un altro esame	€ 16,70	€ 25,05
012 T	Preparazione preoperatoria di un paziente	€ 13,40	€ 20,10
013 T	Collaborazione alla preparazione di un operatore in ambiente operatorio, in luogo a ridotta carica batterica o in vista di una tecnica da condurre su campo sterile: lavaggio delle mani, disinfezione, protezione se necessaria (camice, guanti, maschera)	€ 13,40	€ 20,10
014 T	Preparazione di materiale e strumentario	€ 20,00	€ 30,00
015 T	Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza	€ 20,00	€ 30,00
016 T	Somministrazione di medicinali prescritti per via enterale	€ 6,70	€ 10,05
017 T	Somministrazione dei medicinali prescritti per via parenterale	€ 6,70	€ 10,05
018 T	Perfusione - incanalare una vena superficiale delle membra o epicranica con ago o catetere corto	€ 16,70	€ 25,05
019 T	Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza	€ 6,70 ⁽¹⁾ € 33,50 ⁽⁴⁾	€ 10,05 ⁽¹⁾ € 50,25 ⁽⁴⁾
020 T	Perfusione in bolo	€ 13,40	€ 20,10
021 T	Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica	€ 6,70	€ 10,05
022 T	Somministrazione dei medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria	€ 10,00	€ 15,00
023 T	Somministrazione dei medicinali prescritti per altra via	€ 6,70	€ 10,05

024 T	Bendaggio semplice	€ 10,00	€ 15,00
025 T	Bendaggio complesso	€ 20,00	€ 30,00
026 T	Collaborazione all'applicazione di un gesso o di un'altra immobilizzazione	€ 10,00	€ 15,00
027 T	Ablazione di un gesso o di altra immobilizzazione	€ 10,00	€ 15,00
028 T	Posa di un cerotto alla tubercolina o effettuazione di altri test connessi alla TBC	€ 10,00	€ 15,00
029 T	Manipolazione e controllo di drenaggi	€ 13,40	€ 20,10
030 T	Assicurare comfort e benessere	€ 6,70	€ 10,05
031 T	Installazione e sorveglianza del neonato in fototerapia	€ 20,00	€ 30,00
032 T	Medicazione semplice	€ 13,40	€ 20,10
033 T	Medicazione complessa	€ 26,80	€ 40,20
034 T	Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es. stick glicemici)	€ 13,40	€ 20,10
035 T	Esecuzione di vaccinazioni prescritte	€ 10,00	€ 15,00
036 T	Raccolta sterile e non sterile di escreti e secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)	€ 10,00	€ 15,00
037 T	Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie	€ 10,00	€ 15,00
038 T	Esecuzione di prove allergiche	€ 10,00	€ 15,00
039 T	Collaborazione al medico in attività generica	€ 20,00 ⁽¹⁾	€ 30,00 ⁽¹⁾
040 T	Collaborazione al medico in qualità di strumentista	€ 33,60 ⁽¹⁾ € 167,80 ⁽⁴⁾	€ 50,40 ⁽¹⁾ € 251,70 ⁽⁴⁾
041 T	Collaborazione al medico in altro settore specializzato	€ 26,80 ⁽¹⁾ € 134,20 ⁽⁴⁾	€ 40,20 ⁽¹⁾ € 201,30 ⁽⁴⁾
042 T	Controllo domiciliare di un paziente	€ 10,00	€ 15,00
045 T	Toilette e vestizione funebre	€ 67,00	€ 100,50

02 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA

		Minimo	Massimo
046 T	Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria	€ 6,70	€ 10,05
047 T	Controllo dell'espettorato	€ 6,70	€ 10,05
049 T	Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato	€ 33,50	€ 50,25
050 T	Manutenzione della canula di un tracheotomizzato	€ 10,00	€ 15,00
051 T	Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore	€ 33,50	€ 50,25
052 T	Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale	€ 13,40	€ 20,10
053 T	Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso	€ 13,40	€ 20,10
054 T	Manipolazione di un drenaggio toracico	€ 20,00	€ 30,00
055 T	Cura del naso e della bocca	€ 16,70	€ 25,05

03 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE DI ELIMINAZIONE

		Minimo	Massimo
056 T	Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione	€ 13,40	€ 20,10
057 T	Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione	€ 13,40	€ 20,10
058 T	Educazione alla cura del seno prima e dopo l'allattamento	€ 13,40	€ 20,10
059 T	Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)	€ 33,50	€ 50,25
060 T	Sondaggio gastrico o duodenale a scopo nutrizionale, diagnostico o evacuativo	€ 40,20	€ 60,30
061 T	Controllo del liquido aspirato da una sonda gastrica	€ 10,00	€ 15,00
062 T	Irrigazione gastrica con varie soluzioni	€ 20,00	€ 30,00
063 T	Controllo dell'igiene dentale	€ 6,70	€ 10,05
064 T	Preparazione e somministrazione di un biberon	€ 10,00	€ 15,00
065 T	Controllo del vomito	€ 10,00	€ 15,00
067T	Aiuto ad assumere cibo e bevande anche con sistemi appropriati ad un handicap	€ 10,00	€ 15,00

04 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE DI ELIMINAZIONE		
	Minimo	Massimo
<i>Eliminazione urinaria</i>		
068 T	Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie	€ 13,40 € 20,10
069 T	Posizionamento di un catetere vescicale a permanenza	€ 33,50 € 50,25
070 T	Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale	€ 13,40 € 20,10
071 T	Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali	€ 20,14 € 30,21
072 T	Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale	€ 16,70 ⁽¹⁾ € 25,05 ⁽¹⁾
073 T	Assistenza corrente a un paziente sottoposto a dialisi renale	€ 16,70 ⁽¹⁾ € 25,05 ⁽¹⁾
074 T	Installazione di drenaggio urinario esterno	€ 16,70 € 25,05
075 T	Messa in sito di assorbenti/pannoloni	€ 6,70 € 10,05
076 T	Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi)	€ 13,40 € 20,10
077 T	Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo	€ 16,70 € 25,05
078 T	Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde	€ 13,40 € 20,10
079 T	Partecipazione al piano di rieducazione vescicale	€ 26,80 € 20,10
080 T	Raccolta di un campione di urine	€ 10,00 € 15,00
081 T	Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo	€ 26,80 € 40,20
<i>Eliminazione intestinale</i>		
082 T	Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali	€ 20,00 € 30,00
083 T	Clistere (per ogni scopo)	€ 26,80 € 40,20
084 T	Lavaggio rettale goccia a goccia	€ 40,20 € 60,30
085 T	Estrazione di fecalomi	€ 13,40 € 20,10
086 T	Disinfezione ambientale in caso di pericolo di diffusione di malattie a trasmissione oro-fecale	€ 33,50 € 50,25
087 T	Messa in opera e cambio dei mezzi di protezione del letto, degli indumenti, della pelle e delle mucose in caso di incontinenza o di diarrea	€ 13,40 € 20,10
088 T	Assistenza al paziente nell'eliminazione intestinale Traspirazione	€ 13,40 € 20,10
089 T	Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione	€ 13,40 € 20,10
05 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI MUOVERSI E MANTENERE UNA POSIZIONE CORRETTA		
	Minimo	Massimo
090 T	Trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria	€ 16,70 ⁽¹⁾ € 25,05 ⁽¹⁾ € 33,50 ⁽⁴⁾ € 50,25 ⁽⁴⁾
091 T	Trasporto assistito di un paziente con automezzo	€ 20,00 ⁽¹⁾ € 30,00 ⁽¹⁾ € 201,42 ⁽⁴⁾ € 302,13 ⁽⁴⁾
092 T	Trasporto assistito di un paziente con aeromobile o elicottero	€ 20,00 ⁽¹⁾ € 30,00 ⁽¹⁾ € 268,56 ⁽⁴⁾ € 402,84 ⁽⁴⁾
093 T	Prevenzione non medicinale delle trombosi	€ 33,50 € 50,25
094 T	Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici	€ 10,00 € 15,00
095 T	Far alzare il paziente e porlo in una posizione corretta, tale da evitare posizioni viziate, senza fare ricorso alle tecniche di rieducazione: - trasferimento e posizionamento del paziente dal letto alla poltrona - trasferimento del paziente dalla poltrona al letto	€ 10,00 € 15,00
096 T	Aiuto nella deambulazione senza fare ricorso alle tecniche di rieducazione	€ 10,00 € 15,00
06 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI DORMIRE E RIPOSARSI		
	Minimo	Massimo
097 T	Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno	€ 13,40 € 20,10
098 T	Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni dell'ambiente	€ 13,40 € 20,10
099 T	Preparazione del paziente e dell'ambiente al sonno e al riposo (anche nel bambino)	€ 6,70 € 10,05
100 T	Controllo dell'assunzione di liquidi in rapporto ad una eventuale nicturia	€ 10,70 € 16,05

07 PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITÀ DI VESTIRSI E DI SPOGLIARSI		
	Minimo	Massimo
101 T	€ 13,40	€ 20,10
Aiuto a vestire e spogliare il paziente tenendo conto della sua personalità, della sua età, del suo pudore, della morfologia, del suo handicap fisico e psicologico, dell'ambiente e delle attività svolte		
08 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI MANTENERE LA TEMPERATURA DEL CORPO NEI LIMITI NORMALI		
	Minimo	Massimo
102 T	€ 13,40	€ 20,10
Controllo ed evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura		
103 T	€ 13,40	€ 20,10
Controllo dei neonati posti in incubatrice o termoculla		
104 T	€ 10,00	€ 15,00
Sorveglianza di una ipotermia indotta a scopo terapeutico		
105 T	€ 13,40 ⁽¹⁾ € 16,70 ⁽⁵⁾	€ 20,10 ⁽¹⁾ € 25,05 ⁽⁵⁾
Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolarne la temperatura		
106 T	€ 16,70	€ 25,05
Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia		
09 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI ESSERE PULITI, CURATI E DI PROTEGGERE I TESSUTI		
	Minimo	Massimo
107 T	€ 26,80	€ 40,20
Bagni terapeutici e medicati		
108 T	€ 16,70	€ 25,05
Frizioni, impacchi, massaggi		
109 T	€ 26,80	€ 40,20
Bagno a letto completo		
110 T	€ 26,80	€ 40,20
Bagno nella vasca completo (compresa la preparazione)		
111 T	€ 20,00	€ 30,00
Doccia completa (compresa la preparazione)		
112 T	€ 13,40 ⁽⁶⁾	€ 20,10 ⁽⁶⁾
Toilette di una parte del corpo		
113 T	€ 10,00	€ 15,00
Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi		
114 T	€ 20,00 ⁽⁷⁾	€ 30,00 ⁽⁷⁾
Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alla persone colpite		
115 T	€ 10,00	€ 15,00
Controllo delle lesioni cutanee dovute a fattori chimici e fisici: irradiazione, vernici, ecc.		
116 T	€ 10,00	€ 15,00
Prevenzione di lesioni cutanee dovute all'età (eritema del lattante)		
117 T	€ 20,00	€ 30,00
Prevenzione e cura delle lesioni da pressione		
118 T	€ 20,00	€ 30,00
Assistenza e sorveglianza di ulcere cutanee croniche		
10 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI EVITARE I PERICOLI		
	Minimo	Massimo
119 T	€ 20,00	€ 30,00
Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche .		
120 T	€ 13,40	€ 20,10
Predisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli		
121 T	€ 13,40	€ 20,10
Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore		
122 T	€ 20,00 ⁽¹⁾	€ 30,00 ⁽¹⁾
Assistenza e sorveglianza di pazienti posti in una condizione di isolamento protettivo domiciliare		
123 T	€ 20,00 ⁽¹⁾	€ 30,00 ⁽¹⁾
Assistenza e sorveglianza di uno o più pazienti posti in un ambiente a bassa carica microbica		
124 T	€ 33,50 ⁽⁷⁾	€ 50,25 ⁽⁷⁾
Controlli di igiene ambientale presso le collettività e le case		
125 T	€ 33,50 ⁽⁷⁾	€ 50,25 ⁽⁷⁾
Attività di disinfestazione e/o disinfezione di ambienti di vita collettiva e familiare		
126 T	€ 13,40	€ 20,10
Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione di sicurezza		

NOTE

- ⁽¹⁾ Minimi orari
⁽²⁾ Fino a due misurazioni contemporanee
⁽³⁾ Per misurazioni superiori alle due contemporanee
⁽⁴⁾ Se in un'unica soluzione
⁽⁵⁾ Se trattasi di interventi protratti
⁽⁶⁾ € 6,70 occhi e orecchie
⁽⁷⁾ Minimi orari o per intervento isolato

PARTE SECONDA

Prestazioni complesse di tipo redazionale e/o tecnico

01 PRESTAZIONI COMUNI A TUTTE LE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

- 132 R Accoglienza del paziente: presentazione di luoghi e persone, spiegazione dell'organizzazione del servizio. Intervista preliminare. Raccolta dati ed elaborazione assieme alla famiglia ed al paziente di un programma globale di assistenza infermieristica. Informazione a proposito degli interventi di assistenza e/o eventuali esami, allo scopo, fra l'altro, di indurre il paziente e/o la sua famiglia alla partecipazione. Educazione del paziente perché si faccia carico della propria salute. Relazione di aiuto terapeutico. Preparazione di una relazione descrittiva di un piano di assistenza.
- 133 R Opera di orientamento ed istruzione nei confronti degli studenti, del personale generico e del personale esecutivo e/o di supporto.
- 134 R Contatti e pratiche con Uffici/Enti, istituzioni varie.
- 135 R Supervisione e controllo del personale coordinato.
- 136 T Valutazione dello stato di salute del paziente ai fini della ospedalizzazione o della presa in carico da parte di una struttura socio-sanitaria o della famiglia, redazione della sintesi e delle schede di accompagnamento.
- 137 T Azioni che favoriscano il mantenimento, l'inserimento o il reinserimento di una persona nel suo abituale ambiente di vita o in un nuovo ambiente, tenendo conto delle risorse disponibili.
- 138 T Raccolta, schedatura e compilazione di dati a fini statistici, anche con supporto informatico. Tenuta e compilazione di registri.
- 139 T Opera di istruzione tecnica nei confronti degli studenti, del personale generico e del personale esecutivo e/o di supporto
- 140 T Inchieste epidemiologiche.
- 141 T Analisi dell'ambiente domestico e proposte di cambiamenti tesi a garantire comfort e sicurezza.

02 PRESTAZIONI RELATIVE AL CONTROLLO DELLO STATO DI SALUTE DELLA PERSONA E DELLA SUA CONDIZIONE CLINICA

- 142 R Accompagnamento ed assistenza spirituale e psicologica della persona in fin di vita e della sua famiglia (anche dopo il decesso).

03 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE RESPIRATORIA

- 143 R Educazione del paziente ad una corretta respirazione.
- 144 R Educazione e stimolazione del paziente a tossire e ad espettorare.
- 145 R Educazione del paziente a vivere adattandosi al proprio handicap respiratorio.
- 146 R Informazioni sulla funzione respiratoria a paziente e/o famiglia.
- 147 R Educazione del paziente alla raccolta dell'espettorato.
- 148 R Rieducazione foniatica semplice del tracheotomizzato.
- 149 R Attività educativa al paziente tracheotomizzato o con altra limitazione respiratoria duratura (anche alla sua famiglia)
- 150 R Partecipazione ad azioni individuali o collettive di prevenzione ed educazione contro il tabagismo e l'inquinamento.

04 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE DELL'ALIMENTAZIONE

- 151 R Educazione del paziente e/o della famiglia relativa all'igiene alimentare (igiene degli alimenti, loro conservazione, attività che favoriscono l'alimentazione). Educazione del paziente e/o della famiglia all'adattamento della sua alimentazione alla propria condizione di salute e al rispetto di un eventuale regime dietetico prescritto. Educazione del paziente e della famiglia all'igiene dentale. Educazione del paziente e/o della famiglia all'uso di ausili nella alimentazione. Relazione di aiuto terapeutico relativa ai problemi psicologici del comportamento alimentare.
- 152 R Formazione del paziente e/o della famiglia alla valutazione dello stato di idratazione e alla effettuazione di un bilancio idrico.
- 153 R Individuazione delle possibilità di alimentazione di un paziente sulla base delle sue credenze religiose.
- 154 T Pianificazione assieme al paziente e/o alla sua famiglia di un programma globale di assistenza infermieristica relativa all'alimentazione.
- 155 T Sorveglianza del regime alimentare del neonato che presenta turbe nutrizionali.
- 156 T Controllo dell'igiene e dell'equilibrio alimentare del bambino (lattante e divezzo) e dell'adulto.

05 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA FUNZIONE DI ELIMINAZIONE

Eliminazione urinaria

- 157 R Informazioni del paziente e/o della famiglia relative a:
- funzioni urinarie
 - acquisizione di un regolare ritmo di minzione
 - valutazione e registrazione della diuresi
 - igiene personale
 - regimi alimentari particolari.

- 158 R Educazione del paziente e/o famiglia all'uso di presidi di supporto.
- 159 T Insegnamento al paziente e/o famiglia del cateterismo a intermittenza.
- 160 R Educazione del paziente e/o famiglia in caso di stomia/e urinaria/e.
- 161 R Addestramento del paziente e/o famiglia in caso di dialisi renale domiciliare.
- 162 R Addestramento del paziente e/o famiglia in caso di dialisi peritoneale domiciliare.
- 163 R Riabilitazione del paziente che presenta turbe psicologiche del comportamento legate alla eliminazione urinaria
- 164 T Elaborazione di un piano di rieducazione vescicale.

Eliminazione intestinale

- 165 R Insegnamento al paziente e/o alla famiglia di:
- norme di idratazione/alimentazione funzionali ad una buona eliminazione
 - valutazione della qualità e dell'aspetto delle feci
 - protezione efficace della cute perineale in caso di diarrea o incontinenza
 - norme di igiene specifiche della regione perineale nella femmina e nel maschio (bambini e adulti)
- 166 R Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia dei mezzi e delle misure che permettono di evitare la propagazione di un contagio per malattia a trasmissione oro-fecale
- 167 R Educazione del paziente e/o della sua famiglia in caso di stomia intestinale.
- 168 R Riadattamento del paziente che presenta turbe psicologiche del comportamento legate alla evacuazione intestinale.

Traspirazione

- 169 R Insegnamento al paziente dei mezzi che riducono il disagio dovuto alla sudorazione.

Mestruazione

- 170 R Informazione sul ciclo mestruale, sulla funzione riproduttiva, sulla necessità di controllo medico regolare.

06 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI MUOVERSI E MANTENERE UNA POSIZIONE CORRETTA

- 171 R Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia delle posizioni e degli esercizi di addestramento alla mobilità e dell'uso di ausili alla deambulazione. Educazione ed altre azioni informative al paziente e/o alla famiglia riguardo a norme di igiene e di comportamento da tenere in rapporto a patologie che alterino le possibilità di movimento e di mantenere una posizione eretta. Relazione di aiuto terapeutico in caso di non coordinazione, di instabilità motoria, di carenze nel controllo gestuale.

07 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI DORMIRE E RIPOSARSI

- 172 R Aiuto alla distensione e al rilassamento.
Azioni educative nei confronti del paziente e/o della sua famiglia riguardo ai diversi fattori favorevoli un buon riposo o sonno.
Azioni educative nei confronti del paziente e/o della sua famiglia riguardo all'uso di farmaci ipnoinducanti
Azioni educative nei confronti della famiglia sulle condizioni di sicurezza da realizzare per consentire in sonno ad un congiunto.
Relazione di aiuto terapeutico per indurre il sonno e/o per alleviare l'insonnia.

08 PRESTAZIONI RELATIVE ALL'ATTIVITÀ DI VESTIRSI E DI SPOGLIARSI

- 173 R Informazioni del paziente e/o della sua famiglia per quanto concerne la scelta di indumenti appropriati, la loro cura, ecc.
Educazione del familiare e/o del paziente a vestirsi e svestirsi, anche con l'uso di ausili in apporto a particolari condizioni (patologie invalidanti, protesi).
Relazione di aiuto terapeutico in rapporto "all'immagine di sé" del paziente anche rispetto all'uso di protesi.
Scelta o aiuto nella scelta con il paziente e/o i suoi familiari di un abbigliamento adeguato secondo le sue attività, la sua cultura, le sue idee, il suo stato sociale.

09 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI MANTENERE LA TEMPERATURA DEL CORPO NEI LIMITI NORMALI

- 174 R Informazioni sulle diverse modalità di rilevazione della temperatura corporea.
- 175 R Informazioni al paziente e/o ai suoi familiari sulle conseguenze di un rialzo o di un abbassamento della temperatura corporea (anche nel bambino).
- 176 R Educazione del paziente e/o dei suoi familiari relativa all'uso degli indumenti e alla gestione dell'ambiente per garantire una temperatura corporea adeguata.
- 177 R Insegnamento al paziente e/o ai suoi familiari:
- dei mezzi per scaldare/raffreddare il corpo delle modalità di gestione di una terapia antipiretica
 - delle norme di alimentazione e idratazione in rapporto a particolari condizioni climatiche o soggettive
 - degli effetti dell'alcol sulla termoregolazione.

10 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI ESSERE PULITI, CURATI E DI PROTEGGERE I TESSUTI

- 178 R Informazioni ed educazione del paziente e/o della sua famiglia sull'importanza di una corretta igiene del corpo e sulle relative tecniche da porre in essere per mantenerla.
Informazione e istruzione del paziente e/o della sua famiglia sull'uso di ausili e di altri mezzi che favoriscono l'igiene personale.

11 PRESTAZIONI RELATIVE ALLE AZIONI DA PORRE IN ESSERE PER EVITARE I PERICOLI

- 179 R Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia:
- della prevenzione degli incidenti e delle malattie in rapporto all'età
 - della cura dell'ambiente domestico e della riduzione dei pericoli in esso presenti
 - degli stili di vita pericolosi per la salute
 - delle conseguenze dovute all'uso di sostanze tossiche
 - delle tecniche di aiuto a superare e/o prevenire l'ansia.

12 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI COMUNICARE CON ALTRI INDIVIDUI

- 180 R Relazione di aiuto e sostegno psicologico.
- 181 R Osservazione e sorveglianza delle turbe del comportamento.
- 182 R Colloquio di accoglienza e di orientamento.
- 183 R Organizzazione e animazione di attività a scopo socio-terapeutico.
- 184 R Altre attività di assistenza infermieristica e mediazione corporea: cure estetiche, maternage, visualizzazione, ecc.
- 185 R Conduzione di gruppi di coetanei, di coetnici, di gruppi della medesima religione su argomenti sanitari.
- 186 R Conduzione di un colloquio e di una relazione di aiuto con il supporto di un interprete (escluso l'onorario per l'interprete).
- 187 T Identificazione dei fattori ambientali che favoriscono/ostacolano la comunicazione.
Osservazione e valutazione degli stimoli sensoriali relativi alla comunicazione
- 188 T Partecipazione in seno ad un'équipe multidisciplinare alle tecniche di mediazione a scopo psicoterapeutico.

13 PRESTAZIONI RELATIVE ALLA NECESSITÀ DI AGIRE SECONDO LE PROPRIE CREDENZE E VALORI

- 189 R Informazioni al paziente e/o ai suoi famigliari circa le possibilità offerte dalla malattia e dall'ambiente di rispettare le esigenze spirituali. Informazioni al paziente e/o alla sua famiglia circa le possibilità di rispettare pratiche religiose che possono trovarsi in contraddizione con necessità sanitarie.
Altre attività di aiuto all'esercizio delle azioni connesse al rispetto del credo religioso del paziente e/o della sua famiglia.

14 PRESTAZIONI CONNESSE ALLA NECESSITÀ DI AUTOREALIZZAZIONE

- 190 R Aiuto a scoprire le risorse dell'ambiente in cui si vive, allo scopo di realizzare se stessi.
Aiuto a scoprire e sviluppare le risorse personali.
Mantenimento o riapprendimento dei principi di base della vita di collettività.
Ricerca e sviluppo di attività in rapporto con le possibilità fisiche, intellettuali, affettive di un soggetto, anche in collaborazione con i congiunti.
- 191 T Analisi degli interessi del paziente. Valutazione dell'appropriatezza delle iniziative previste rispetto agli interessi del paziente e del grado di efficacia dei risultati conseguiti.

15 PRESTAZIONI CORRELATE ALLA NECESSITÀ DI AVERE MOMENTI DI SVAGO

- 192 R Inventario dei mezzi ricreativi offerti dall'ambiente.
Informazione rivolta al paziente ed alla sua famiglia relativa alle attività ricreative appropriate all'età, alla cultura, allo stato di salute, all'handicap e pianificazione delle medesime.
- 193 R Accompagnamento e/o partecipazione del personale curante alle attività ricreative del paziente o di un gruppo di malati e collaborazione con i loro congiunti.
- 194 T Analisi dei gusti del paziente.
- 195 T Valutazione della realizzazione delle iniziative ricreative proposte in rapporto al benessere dei pazienti.
- 196 T Aiuto nella ricerca di posizioni confortevoli che consentano attività di svago, anche con l'uso di ausili.

16 PRESTAZIONI CONNESSE ALLA NECESSITÀ DI APPRENDERE

- 197 R Identificazione dei mezzi esistenti e delle persone che possono favorire l'apprendimento e la motivazione del paziente e/o della sua famiglia intorno al progetto educativo.
Applicazione al paziente dei principi pedagogici ad ogni fase di apprendimento rispettando un ritmo adeguato al suo stato di salute e/o conoscenza.
- 198 T Analisi delle motivazioni e degli interessi del paziente.
- 199 T Valutazione del livello di conoscenze, delle capacità di memorizzazione, di apprendimento, del linguaggio utilizzato da parte del paziente e/o da chi gli sta intorno.
- 200 T Valutazione degli stimoli sensoriali necessari ad accompagnare le azioni di apprendimento.
- 201 T Valutazione del grado di apprendimento ed eventuali modifiche del progetto assieme agli altri operatori sanitari.

• **“Lo sviluppo della formazione nella professione infermieristica” - Quale validità dei diplomi acquisiti con normative diverse**

C. Ferri

La professione infermieristica normata la prima volta con il RD n. 1832 del 1925 e successivo Regolamento n. 2330 del 1929, confermata nel Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 (dagli artt. dal 130 al 138) ed ancora in gran parte vigente, ha fortemente sviluppato, in oltre ottant'anni, un processo evolutivo che l'ha portata, oggi, alla laurea triennale in infermieristica e alla laurea magistrale in scienze infermieristiche.

Questa formazione si completa con le specializzazioni, già normate nel 1940, oggi divenuti master nei vari campi dell'assistenza, come definiti nel “profilo” dell'infermiere (DM n. 739/1994) e per le funzioni di coordinamento. L'evoluzione è stata lunga e spesso anche sofferta, ma fortemente voluta dalle infermiere di allora (occorre ricordare l'importanza della costituzione dei Collegi IPASVI e relativa Federazione nel 1954) e la dimostrazione della professionalità che da sempre è esercitata dai professionisti infermieri.

L'ammissione del personale maschile alle Scuole per infermieri professionali (1971), il reperimento, da parte dell'Italia dell'accordo di Strasburgo sulla formazione degli infermieri (1973) per cui la formazione infermieristica da biennale diventerà triennale a partire dal 1975 con DPR n. 867 e infine la legge n. 341 del 1990 che istituisce i diplomi universitari, sono stati capisaldi che hanno portato alla regolamentazione odierna della formazione degli infermieri (Decreto del Ministro dell'Università del 2 aprile 2001). Occorre sottolineare la valenza della legge n. 42 del 1999 (abrogazione del mansionario) e la definitiva affermazione che “il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (la legge riguarda 22 profili di operatori sanitari tra cui,

ovviamente, quello degli infermieri) è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (oggi laurea) e di formazione post-base nonché degli specifici Codici deontologici”.

Del valore e del significato del Codice deontologico è materia costante di riflessione degli infermieri come descritto anche in questo stesso numero del nostro periodico “Professione Infermiere”

Esiste una differenza tra i vecchi ed i nuovi diplomi di infermiere ancorché laurea in infermieristica? Quale ruolo è stato svolto dalla Federazione Nazionale e dai Collegi IPASVI durante questa evoluzione così lunga e complessa? La risposta è ferma e precisa, cioè ottenere il pieno riconoscimento della validità dei diplomi conseguiti in base alla precedente normativa, per accedere ai corsi di formazione universitari quali master di 1° livello, laurea specialistica o magistrale, indi master di 2° livello, dottorato di ricerca (ovviamente con il possesso del requisito di studi necessario per iscriversi a corsi universitari).

Pertanto il “vecchio” diploma di Stato di infermiere è professionalizzante e altrettanto valido per la prosecuzione degli studi.

È necessario acquisire un secondo diploma di infermiere presso una università per poter proseguire gli studi e quindi la carriera infermieristica? Premesso che intraprendere un corso di studi è sempre positivo, si conferma la piena validità dei diplomi conseguiti in base alla normativa precedente ai fini dell'accesso alla formazione universitaria post-base come su descritto.



NORMATIVA

• **Corte di Cassazione: “Esercizio abusivo della professione? È violazione anche se si compie una sola azione”**

La Sesta Sezione Penale della Corte di Cassazione (Sent. 42790/07) ha stabilito che “ai fini della configurabilità del reato di abusivo esercizio di una professione, non è necessario il compimento di una serie di atti ma è sufficiente il compimento di un'unica e isolata prestazione riservata ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, mentre non rileva la mancanza di scopo di lucro dell'autore o l'eventuale consenso del destinatario della prestazione, in quanto l'interesse leso, essendo di carattere pubblico, è indisponibile”. “La condotta esecutiva del delitto di cui all'art. 348 c.p. - prosegue la Corte - consiste nel compimento di atti di esercizio di una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato, senza aver conseguito tale abilitazione”. La Corte ha poi evidenziato che “ai fini della configurabilità del reato di abusivo esercizio di una professione, pertanto, è irrilevante l'eventuale scopo di lucro e, in genere, qualsiasi movente di carattere privato; sicché, la consapevole mancanza di titoli abilitativi all'esercizio di tale professione, integra dolo generico richiesto per la sussistenza del reato, ancorché “l'abusiva prestazione ‘professionale’ sia stata del tutto gratuita e con il concorrente consenso del destinatario di tale prestazione”.

In ultimo i Giudici di Piazza Cavour hanno rilevato che l'art. 348 c.p. ha natura di “norma penale in bianco che presuppone l'esistenza di altre disposizioni di legge che stabiliscano le condizioni oggettive e soggettive in difetto delle quali non è consentito l'esercizio di determinate professioni”.