

INTRODUZIONE

Con quest'opera si vuole trasportare il lettore in un viaggio di esplorazione della figura dell'infermiere, guardandola dal punto di vista del diritto. La professione infermieristica non è di certo una nuova professione ma le sue origini e la sua nascita nel nostro territorio sono molto lontane. L'evoluzione storico- legislativa risulta importante come la crescita e il cambiamento che ha portato con sé. Il momento storico in cui si scrive (fine 2018- 2019) è un'epoca di grande movimento normativo in ambito sanitario e di necessità di maggiore affermazione per la figura infermieristica. Il legislatore ed i giuristi abbandonano il mero riferimento alla figura del medico per parlare concretamente di esercente la professione sanitaria includendo l'infermiere. Nel 1940 veniva approvata una prima regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica con r.d. 1310/1940, il cd. mansionario che verrà abrogato sessanti dopo con la legge 42 del 1999, rimanendo un'ombra ancora oggi presente tra gli infermieri. È del 1994 il decreto ministeriale che introdurrà il profilo professionale dell'infermiere. Il legislatore affermerà che il campo proprio di attività e di responsabilità sarà determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e dei rispettivi corsi di formazione post-base e dagli specifici codici deontologici. Nel 2000 per la prima volta verrà anche esplicitato il concetto di autonomia nell'esercizio delle professioni sanitarie così completando le funzioni enunciate nel d.m. 739/1994. Negli anni cinquanta del novecento vennero istituiti i Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI). Tale ente è stato il protagonista indiscusso sino alla legge 3 del 2018 che finalmente istituisce l'Ordine professionale degli infermieri (FNOPI), mettendo in pratica la previsione della legge 43/2006 che non vide mai

applicazione. È il 2017 quando interviene la più importante riforma della responsabilità sanitaria conosciuta come la legge Gelli o Gelli- Bianco, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*. Una riforma intenta a ripristinare un corretto rapporto tra professionista sanitario e paziente superando l'esperienza passata incentrata sul controllo e sulla sanzione invece che sulla prevenzione dei danni, dei rischi e sulla protezione del paziente. Si realizza così più solidamente la cd. alleanza terapeutica che riequilibra i rapporti e agisce sulla medicina difensiva minimizzandone l'uso e concentrandosi sull'adeguatezza e prontezza delle cure e sulla gestione dei rischi. Uno dei presupposti della legge 24/2017 è la necessità di riequilibrare la funzione giurisdizionale e la natura del rapporto tra il paziente e il professionista sanitario con un conseguente disallineamento della posizione dell'operatore sanitario rispetto a quella dell'azienda. Il rapporto che si instaura tra il paziente e la struttura sanitaria crea un vincolo negoziale dal quale dipendono gravosi oneri in capo alla struttura. Al terzo comma dell'art. 7 della legge Gelli leggiamo nero su bianco il ritorno al regime di responsabilità aquiliana, per gli esercenti le professioni sanitarie, prospettato nella giurisprudenza precedente alla storica sentenza del 1999 che apre la strada alla teoria del contatto sociale. Il legislatore modifica, attraverso l'art. 6, il codice penale introducendo una autonoma fattispecie di reato per il caso di morte o lesioni come conseguenza di condotta colposa in ambito sanitario, l'art. 590- *sexies* cp. Per la prima volta, nel codice, si parla di "esercente la professione sanitaria". Inoltre, abroga il comma 1 dell'art. 3 della ormai pensionata legge Balduzzi il quale, ricordiamo, recitava: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente

conto della condotta di cui al primo periodo.>>. Quando si parla di responsabilità professionale non si può non soffermarsi sulla responsabilità disciplinare la quale sarà analizzata attraverso due percorsi in virtù dello status dell'infermiere, pubblico dipendente o libero professionista, chiudendo la trattazione con una veloce disamina della documentazione infermieristica.

Gli importanti interventi legislativi e le trasformazioni degli ultimi anni hanno portato ad una evoluzione della professione infermieristica italiana se ben ancora molto distante dagli altri colleghi europei ed americani. Nuove e più competenze che l'infermiere deve garantire nell'esercizio della sua professione. Con l'acquisizione di maggiori responsabilità e competenze trovano i natali nuove figure professionali sempre più specializzate nei vari ambiti assistenziali. Tra le recenti novità viene annoverata la figura dell'infermiere legale-forense, nata in Italia solo agli inizi del ventunesimo secolo e ancora in un'importante fase di affermazione. L'infermiere legale e forense è l'operatore sanitario che riesce ad applicare la scienza infermieristica alle questioni legali, è il professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguarda l'esercizio dell'assistenza infermieristica. La principale area di intervento dell'infermiere specializzato nell'ambito legale e forense è l'attività peritale e di consulenza. Quest'ultima tipologia di intervento infermieristico ha avuto un'importante evoluzione nell'ultimo anno, sulla scia della riforma Gelli e del suo art. 15, la neonata FNOPI si è dovuta adoperare per la creazione di specifici albi presso i tribunali dove potessero iscriversi gli infermieri andando a stipulare il protocollo d'intesa con CSM e CNF del 24 maggio 2018, con lo scopo di armonizzare i criteri e le procedure di formazione degli albi dei periti e dei consulenti tecnici. L'accordo richiede ai futuri periti/consulenti il possesso di una speciale competenza che non si esaurisce nel mero possesso del titolo abilitativo alla professione, ma si sostanzia nella concreta conoscenza teorica e pratica della

disciplina, come può emergere sia dal curriculum formativo e/o scientifico sia dall'esperienza professionale del singolo esperto (art. 3 Protocollo d'intesa). Rilevanti novità sono introdotte anche dall'art. 8 della legge 24/2017 in materia di responsabilità sanitaria dal punto di vista processuale. Scopo della norma è quello di diminuire il contenzioso giudiziario attraverso l'utilizzo di metodi alternativi di risoluzione delle controversie e di evitare azioni civili risarcitorie cd. esplorative o solamente ritorsive nei confronti della classe medico- sanitaria.

Ciò nonostante, nell'attuale condizione del mondo sanitario italiano imperversa la cd. cultura della colpevolezza, conseguenza e causa di questo il fenomeno della medicina difensiva e quindi l'esponenziale aumento del contenzioso sanitario. Infatti, la presa di coscienza dell'importanza del clinical risk management, in Italia, è recente. E così la legge Gelli ha un altro merito, aver posto l'attenzione sul concetto di prevenzione, prevenire gli errori nell'erogazione delle cure, prevenire risultanti danni ai pazienti, prevenire conseguenti contenziosi giudiziari comprensivi di sanzioni penali e risarcitorie. C'è la consapevolezza che un buon sistema di gestione del rischio clinico – un virtuoso sistema di indagine, allerta e monitoraggio degli eventi avversi – sia uno strumento di vantaggio per i professionisti sanitari oltre che per i pazienti. L'intento è quello di abbandonare la “cultura della colpevolezza” sostituendola con una “cultura della sicurezza”. La sicurezza delle cure è la base per una buona assistenza sanitaria e ciò emerge chiaramente dalla lettura dell'art. 1 della legge in commento. L'erogazione di cure sicure ridurrà la probabilità del manifestarsi di danni a carico dei cittadini e proteggerà il principio fondamentale del diritto alla salute in accordo anche con quanto stabilito nel codice deontologico degli infermieri. Significante, altresì, la previsione dell'art. 16: <<I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti

giudiziari>>. Cade così una delle principali resistenze alla collaborazione per la rilevazione degli eventi avversi da parte degli operatori sanitari.

Capitolo 1

PERCORSO STORICO- LEGISLATIVO DELLA FIGURA DELL'INFERMIERE, IL RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE.

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il processo di riforma del sistema formativo dell'infermiere. – 3. Il profilo professionale e il riconoscimento della responsabilità dell'infermiere nell'esercizio di funzioni non limitate a quelle di un mansionario. – 4. La legge 43/2006. – 4.1 Ordini o ancora Collegi professionali? – 4.2 Gli articoli 1 e 2. – 5. L'infermieristica forense.

1. Premessa.

Per parlare della responsabilità infermieristica odierna è necessario andare indietro nel tempo e osservare l'evoluzione storica, dal punto di vista legislativo, della figura dell'infermiere.

E' necessario chiarire sin da subito cosa intendiamo oggi per "infermieristica": un corpus complesso di attività di tipo tecnico, relazionale ed educativo; prendersi carico delle conseguenze della malattia di tipo fisiologico, psicologico e sociale, nell'ambito del vivere quotidiano e dell'autonomia della persona considerata nella sua totalità e soggettività; conoscenze e strumenti teorico-metodologici volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute, individuale e collettiva.

2. Il processo di riforma del sistema formativo dell'infermiere.

L'evoluzione dell'esercizio della professione è andata di pari passo con il processo di riforma del **sistema formativo dell'infermiere**.

Le prime scuole sorgono nel XX secolo su iniziativa di organizzazioni private come Croce Rossa Italiana e istituzioni religiose. Nel 1925 ha i suoi natali la prima normativa statale, r.d.l. 1832/1925, *Facoltà dell'istituzione di scuole-convitto professionali per infermiere e di scuole specializzate di medicina, igiene pubblica e assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici*, la quale regola l'istituzione e il funzionamento delle scuole infermieristiche.

Nel 1934 le norme di formazione infermieristica vengono inserite all'interno del *Testo Unico delle leggi sanitarie*, r.d. 1265/1934, nel capo III "Delle professioni sanitarie", Sezione I "Delle infermiere diplomate", art. 130 ss. Riportiamo di seguito alcuni degli articoli più salienti:

Art. 130

Le università con facoltà di medicina e chirurgia, i comuni, le istituzioni pubbliche di beneficenza e altri enti morali, possono essere autorizzati con decreto del Ministro per l'interno, di concerto col Ministro per l'educazione nazionale e sentito il consiglio superiore di sanità, a istituire scuole-convitto professionali per infermiere. [...]

Art. 133

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

Qualora, in una determinata località, non sia possibile istituire scuole-convitto professionali per infermiere presso ospedali pubblici, il Ministero dell'interno, di concerto con quello dell'educazione nazionale, può autorizzare l'istituzione di dette scuole anche presso istituti privati, purché rispondano ai requisiti indicati nel comma precedente.

Art. 135

Per l'ammissione alle scuole-convitto è prescritta, come titolo di studio minimo, la licenza di scuola media inferiore o di scuole di avviamento o altro titolo di studio equipollente.

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

Quelle che alla fine del biennio abbiano superato apposito esame conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera.

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

Le allieve, che, dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo corso, conseguono uno speciale certificato di abilitazione.

Il Testo Unico inoltre stabilisce le condizioni necessarie per l'esercizio delle professioni sanitarie. Rivestono particolare interesse gli articoli 99 e 100.

Art. 99.

È soggetto a vigilanza l'esercizio della medicina e chirurgia, della veterinaria, della farmacia e delle professioni sanitarie di levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata. [...]

La vigilanza si estende:

- a) all'accertamento del titolo di abilitazione;
- b) all'esercizio delle professioni sanitarie e delle arti ausiliarie anzidette.

Art 100.

Nessuno può esercitare la professione medico-chirurgo, veterinario, farmacista, levatrice, assistente sanitaria visitatrice o infermiera professionale, se non sia maggiore di età e abbia conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale, a norma delle vigenti disposizioni. [...]

Dalla lettura dei citati articoli emerge la prima delle condizioni legali per l'esercizio della professione: il possesso del titolo di abilitazione all'esercizio professionale, che oggi si consegue con la laurea universitaria. L'esame finale, a cui sono soggetti gli studenti universitari iscritti al corso di infermieristica, <<consiste in una prova scritta e in una prova pratica, -che- abilita all'esercizio professionale>>¹. Il disposto è recepito nel decreto interministeriale dell'aprile 2001, *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*, il quale all'art.6 afferma che la prova finale dei corsi di laurea afferenti alle classi di cui al presente decreto ha valore di esame di stato abilitante all'esercizio professionale.

Alcuni anni dopo, nel 1940, veniva approvata una prima regolamentazione per l'esercizio professionale degli infermieri con r.d. 1310/1940, *Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici*. Tale norma, di notevole importanza, fu modificata con d.p.r. 225/1974, *Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici*. Il regolamento, r.d. 1310/1940, viene comunemente conosciuto con il nome di "mansionario", ora abrogato secondo quanto disposto dalla legge 42/1999 che verrà analizzata successivamente. Il Titolo I del suddetto mansionario era intitolato "Mansioni dell'infermiere professionale" e conteneva i seguenti articoli:

Art. 1

Le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali sono le seguenti:

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

b) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al

¹ D.lgs. 502/1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, art.6.

momento della consegna agli archivi centrali; registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio);

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

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

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

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

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

h) sorveglianza sulle attività dei malati affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.

Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti:

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

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

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

Art. 2

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

1) assistenza completa dell'infermo;

2) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;

3) sorveglianza e somministrazione delle diete;

4) assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria;

5) rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria;

6) effettuazione degli esami di laboratorio più semplici;

7) raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche;

8) disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta al malato;

9) opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;

10) opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo;

11) interventi di urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico;

12) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico:

a) prelievo capillare e venoso del sangue;

b) iniezioni ipodermiche, intramuscolari e tests allergeo-diagnostici;

c) ipodermoclisi;

d) vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee;

e) rettoclisi;

f) frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica;

g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari;

h) medicazioni e bendaggi;

i) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;

l) lavande vaginali;

m) cateterismo nella donna;

n) cateterismo nell'uomo con cateteri molli;

- o) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico;
- p) lavanda gastrica;
- q) bagni terapeutici e medicati;
- r) prelevamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelevamento dei tamponi.

Le prestazioni di cui ai punti d), g), n), o), p) debbono essere eseguite su prescrizione e sotto controllo medico. È consentita agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto.

I professori Daniele Rodriguez e Anna Aprile, nel loro testo *Medicina legale per gli infermieri*, affermano di rendersi facilmente conto che il mansionario era strutturato come una elencazione di compiti affidati all'infermiere professionale, ai quali era doveroso attenersi strettamente: qualunque attività non esplicitamente contemplata era da intendere vietata all'infermiere. Il mansionario era dunque una sorta di indicatore dei limiti imposto all'esercizio della professione. Gli autori sottolineano come alcune attività fossero subordinate non solo alla *prescrizione medica*, ma anche al "*controllo medico*": ad esempio le vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee; applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di ECG, EEG e similari, etc. Le iniezioni endovenose costituivano pratica *consentita* agli infermieri professionali. Tuttavia, tale attività poteva essere svolta da loro soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o di cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto. Rodriguez e Aprile evidenziano come la competenza dell'infermiere in relazione ad alcune attività non era dunque pienamente riconosciuta. Relativamente a queste attività *la responsabilità sembrava attribuita al medico, cui incombeva, rispettivamente, il controllo e l'indicazione specifica*². Negli anni successivi le esperienze maturate dai

² RODRIGUEZ, APRILE, *Medicina Legale per infermieri*, Roma, seconda ristampa marzo 2015, p.18.

professionisti e la connessa attività di valutazione e ricerca scientifica hanno portato alla riorganizzazione della formazione infermieristica e al riconoscimento della responsabilità nell'esercizio di funzioni non limitate a quelle di un mansionario. Queste novità si concretizzano con l'introduzione delle seguenti norme: d.m. 793/1994, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, legge 42/1999, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, legge 251/2000, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*.

Nel 1971 la professione infermieristica viene, finalmente, aperta anche agli uomini grazie alla legge 124/1971, *Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta*. Le scuole-convitto per infermiere vengono trasformate in scuole per infermieri professionali e viene abolito l'obbligo di internato.

Art. 2 Requisiti per l'ammissione.

Gli aspiranti all'ammissione alle scuole per infermieri professionali debbono fare domanda nei termini e con le modalità fissate dal regolamento speciale della scuola.

Gli aspiranti all'ammissione alle scuole di cui al precedente articolo debbono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado, e, a partire dall'inizio dell'anno scolastico 1973-1974, anche di un certificato attestante l'ammissione al terzo anno di scuola secondaria di secondo grado o titolo equipollente dopo il conseguimento del diploma di istruzione secondaria di primo grado. Devono altresì aver compiuto il diciassettesimo anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

Art. 3 Titolo di studio per l'accesso alle scuole per infermiere ed infermieri generici.

A partire dall'entrata in vigore della presente legge, ai fini dell'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, gli aspiranti devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado. Sono esentati dal possesso

di tale titolo, fino all'inizio dell'anno scolastico 1973-1974, i candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare come scuola dell'obbligo, la scuola media di primo grado, purché siano in possesso della licenza elementare.

Fino al **1972** la formazione infermieristica era di competenza statale ma con l'intervento del d.p.r. 10/1972, *Trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di istruzione artigiana e professionale e del relativo personale*, la materia è stata devoluta alle regioni, in applicazione dell'art. 117 della Costituzione. Rimangono di competenza dello Stato la determinazione dei requisiti di ammissione ai corsi, la definizione dei programmi e della durata dei corsi e la regolamentazione degli esami di Stato e dell'abilitazione all'esercizio della professione.

Nel **1973** l'Italia ratifica l'*Accordo di Strasburgo del 1967*, recepito con legge 795/1973 e d.p.r. 867/1975, che stabilisce gli standard minimi per la formazione degli infermieri. Da tale data la formazione infermieristica diventa di durata triennale prevedendo una scolarità pregressa di almeno dieci anni e un programma base di 4600 ore di formazione teorico- pratica. La professione infermieristica viene tradizionalmente suddivisa in tre figure: infermiere professionale, assistente sanitaria, vigilatrice d'infanzia. Erano previsti specifici corsi di carattere dirigenziale con varia denominazione, di durata biennale, con lo scopo di formare dirigenti e docenti infermieristici. Questi corsi saranno progressivamente disattivati e trasformati in laurea specialistica.

Fino al **1992** il sistema di formazione infermieristico rimane collocato nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e gestito direttamente dalle regioni e dalle Unità Sanitarie Locali sotto il controllo, per le funzioni di competenza, del Ministero della sanità. Con la riforma aziendalistica della sanità, prevista dal d.lgs. 502/1992, viene introdotta la formazione universitaria, di conseguenza è stato inserito

l'obbligo di possedere il diploma di maturità quinquennale per l'accesso ai corsi di diploma universitario (DU).

Nel **1995** la formazione infermieristica presentava un doppio binario, regionale ed universitario, conservata ancora la possibilità per le regioni di continuare ad istituire i corsi per infermieri professionali. Solo dal **1998** la formazione infermieristica diventa di esclusiva competenza universitaria da attuarsi con specifici protocolli di intesa da stipularsi tra Regione e Università.

In seguito alla riforma universitaria del 1990 i titoli di studio che potevano essere rilasciati erano i seguenti:

- diploma universitario (DU)
- diploma di laurea (DL)
- diploma di specializzazione (DS)
- dottorato di ricerca (DR)

Con la citata legge 42/1999 e con i decreti ministeriali del luglio 2000 vengono resi equipollenti i diplomi non universitari ai diplomi universitari.

Nel **1999** abbiamo la riforma dei cicli universitari, nota come riforma del c.d. 3+2, con d.m. 509/1999, *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*, che suddivide il tradizionale corso di studi in due corsi di laurea: diploma di laurea (DL) di durata triennale ed eventuale laurea specialistica (LS) di durata biennale. Inoltre, l'Università poteva rilasciare il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR).

Il d.m. 509/1999 è stato superato dal d.m. 270/2004, *Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509*.

Le università **oggi** rilasciano i seguenti titoli:

- Laurea (L)

- Laurea magistrale (LM)
- Diploma di specializzazione (DS)
- Dottorato di ricerca

Le Università possono, inoltre, attivare:

- Corsi di perfezionamento
- Master universitari di I e II livello

Gli attuali ordinamenti didattici dei corsi di laurea sono stati recepiti, per le lauree triennali dal d.m. 19/2009, *Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270*, e per le lauree magistrali dal d.m. 8 /2009, *Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270*.

3. Il profilo professionale e il riconoscimento della responsabilità dell'infermiere nell'esercizio di funzioni non limitate a quelle di un mansionario.

Negli anni Novanta, parallelamente all'introduzione della formazione universitaria, viene introdotto il **d.m. 739/1994**, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, sovrapponendosi al d.p.r. 225/1974 il quale apportava modifiche al cd. mansionario (r.d. 1310/1940, *Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici*), introducendo il **profilo professionale** dell'infermiere. La situazione legislativa che si presentava era di difficile integrazione tra le due norme citate, entrambe in vigore. Dal 1994 si assisteva alla contemporanea esistenza del mansionario e del profilo professionale, i quali esprimevano contenuti e concezioni dell'esercizio professionale non conciliabili. Emersero quindi forti problemi interpretativi che si risolsero solo con l'entrata in

vigore della legge 42/1999 che viene ricordata, appunto, per l'abrogazione del mansionario.

Il decreto ministeriale del 1994 definisce l'infermiere come l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Di seguito viene riportato il testo per esteso.

Art. 1

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

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
 - b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
 - c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
 - d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
 - e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
 - f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
 - g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.
4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Art. 2

Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

Art. 3

Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

Dalla lettura della norma emerge dunque la funzione professionale dell'infermiere organizzata in tipologie di prestazioni e di intervento ovvero di organizzazione e di programmazione. Le principali funzioni vengono individuate nella prevenzione

delle malattie, nell'assistenza ai malati e dei disabili di tutte le età e nell'educazione sanitaria. Si nota come il profilo professionale *si astiene in modo assoluto dal porre limiti all'attività dell'infermiere*³, descrivendo gli ambiti in cui la sua competenza può e deve esprimersi. Nel mansionario, invece, l'infermiere doveva limitarsi nelle sue azioni a seguire l'elencazione di compiti e attribuzioni in esso contenuta, sul presupposto che tutto ciò che non era espressamente previsto nel mansionario era di pertinenza medica.

Dopo cinque anni dall'approvazione del d.m. 739/1994 viene promulgata la **legge 42/1999**, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, entrando nella storia dell'infermieristica italiana per aver **abrogato il cd. mansionario**, ad eccezione del titolo V del d.p.r. 225/1974 che rimane in vigore nella sua parte riferita alle "Mansioni dell'infermiere generico"⁴. Ciò si traduce nell'assenza del vincolo al

³ RODRIGUEZ, APRILE, op. cit., p. 37.

⁴ Art. 6. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni: 1) assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria;

- 2) raccolta degli escrementi;
- 3) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisteri;
- 4) bagni terapeutici e medicati, frizioni;
- 5) medicazioni semplici e bendaggi;
- 6) pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario;
- 7) rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;
- 8) somministrazione dei medicinali prescritti;
- 9) iniezioni ipodermiche ed intramuscolari;
- 10) sorveglianza di flebotomie;
- 11) respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre

emostatiche di emergenza.

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

- 1) a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro;
- 2) a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

La figura dell'infermiere generico non è una figura professionale, essa è inquadrabile come "arte ausiliaria della professione sanitaria". Con legge 243/1980 l'Italia si adegua alla normativa europea, sopprime e dichiara ad esaurimento la figura dell'infermiere generico. Venne data, a tali soggetti, l'opportunità "in via

rispetto del mansionario nello svolgimento della professione. Viene eliminato il mansionario come limite all'attività dell'infermiere e come espressione di una attività professionale articolata per compiti.

Art. 1 Definizione delle professioni sanitarie

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

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

Dalla lettura della norma emerge un'ulteriore e rilevante abrogazione, quella del termine "*ausiliario*" alla locuzione "professioni sanitarie" di cui al comma 2. Al secondo periodo dello stesso comma si interviene immediatamente eliminando il vuoto lasciato dalla duplice abrogazione del mansionario e del concetto di ausiliario, indicando che il "*campo proprio di attività e di responsabilità [...]*" è determinato dai contenuti:

straordinaria e per non oltre cinque anni dalla data di entrata in vigore" della legge, di riqualificarsi con l'ammissione ai corsi per infermieri professionali. Gli infermieri generici conservavano il mansionario del 1974 che prevedeva il rapporto sia con l'ex infermiere professionale che con il medico. Ricordiamo che oggi parliamo solo di "infermiere", andata ad esaurimento la figura dell'infermiere generico e di conseguenza la distinzione con l'infermiere professionale.

1. Dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali
2. Degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e dei rispettivi corsi di formazione post-base
3. Degli specifici codici deontologici⁵

Quindi possiamo affermare che il criterio che ispira l'attività professionale dell'infermiere è quello del "dover fare" tutto ciò che è contemplato nelle norme di cui sopra. Una vera rivoluzione rispetto all'epoca del mansionario dove la logica ispiratrice era quella del "poter fare" inteso come una autorizzazione a fare.

Analizzando l'articolo 1 ci dobbiamo soffermare su tre termini che vengono utilizzati dal legislatore e che ritroviamo anche nel Codice deontologico del 1999:

- Responsabilità
- Attività
- Competenza

Iniziamo con l'analisi della **responsabilità** che più ci interessa in questa trattazione.

Autorevoli studiosi hanno dato al concetto di responsabilità, in ambito sanitario, un duplice significato:

- a. Attitudine ad essere chiamati a rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole
- b. Impegno per mantenere un comportamento congruo e corretto

Quindi la responsabilità viene declinata in un'ottica negativa o positiva. Negativa, nel senso di essere chiamati a rispondere del proprio operato, dell'esistenza di una colpevolezza e della possibile valutazione da parte di un giudice ex post. Positiva, in quanto prevede la consapevolezza degli obblighi connessi allo svolgimento di

⁵ Ricordiamo il 1999 anche come l'anno della nascita del nuovo codice deontologico che supera e rivede quello del 1977. Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale.

un incarico e di conseguenza un impegno ex ante, dell'operatore sanitario, al rispetto delle norme. L'operatore sanitario che fa propria la prima interpretazione del concetto di responsabilità avrà come obiettivo quello di prevenire le possibili sanzioni; eserciterà la sua professione in modo difensivo con il rischio di creare possibili danni all'assistito da omesso intervento qualificato, ciò in quanto si tende anche ad esasperare i formalismi allontanandosi dalla realtà concreta della professione; la responsabilità così interpretata comporta l'utilizzo della giurisprudenza come guida e appiattimento della cultura scientifica: pongo in essere comportamenti che so essere riconosciuti come leciti dalla magistratura quasi sicuro di non incorrere in sanzioni nell'esercizio della mia professione. Adottando invece una interpretazione positiva della responsabilità l'obiettivo dell'operatore sanitario muta: le sue azioni saranno volte alla *tutela della salute*, al centro del suo operare ora c'è l'assistito. Conosco e rispetto le norme, i miei obblighi come professionista al fine di assicurare la miglior prestazione all'assistito seguendo le conoscenze scientifiche, aggiornate, come guida, quindi valorizzo gli aspetti sostanziali della professione.

L'interpretazione positiva è fatta propria dal legislatore del 1999: è responsabile l'infermiere che, nell'esercizio professionale, si riferisce ai contenuti dei decreti ministeriali, degli ordinamenti didattici, nonché del proprio codice deontologico. L'operatore sanitario andrà ad assumere una condotta congrua rispetto ai bisogni dell'assistito. Quindi il concetto di responsabilità così declinato prevede che l'infermiere debba comportarsi in modo consono ai doveri connessi alla professione e all'interesse della salute dell'assistito: segue le norme di riferimento sopra citate non quelle per cui il professionista che abbia una condotta illecita può essere chiamato a rispondere in giudizio del suo operato. Queste ultime norme sono applicate in un momento che possiamo definire "patologico", ex post, quando qualcosa nel comportamento del professionista, volto a raggiungere la

tutela della salute, non ha funzionato. Quindi possiamo affermare di applicarle quando le prime sono state violate.

A questo punto sembrerebbe che la responsabilità professionale dell'infermiere nasca con la legge 42/1999, è davvero così? O vi è ora una diversa connotazione della responsabilità dell'infermiere? Il richiamo alla responsabilità di cui alla legge 42/1999 non può considerarsi come una nuova norma. Il concetto di responsabilità era già contenuto in altre norme dello Stato. Sicuramente possiamo affermare che in quelle norme non si pose l'accento su tale aspetto così come è accaduto per la legge in questione. Solo negli anni Ottanta il legislatore iniziò a parlare di responsabilità facendosi precedere dal Codice deontologico del 1977 il cui punto 6⁶ qualificava la responsabilità dell'infermiere come "autonoma" mettendola in correlazione con la collaborazione attiva con i medici e con gli operatori sociosanitari in genere.

Storicamente è palese uno specifico interesse del **codice deontologico** degli infermieri al tema della responsabilità. Nel *Codice deontologico del 1999* ritroviamo in più punti il concetto di responsabilità:

- 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.
- 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.
- 1.4 Il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. [...]
- 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.

⁶ Art. 1. *Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica*. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

3.2 L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. [...]

3.3 L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. [...]

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.

Ugualmente nel *Codice deontologico del 2009*:

Art. 1- L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Art. 2- La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

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.

Fino ad arrivare al *Codice Deontologico del 2019*:

Art. 1 Valori.

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

Art. 6 Libertà di coscienza.

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Art. 30 Responsabilità nell'organizzazione.

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