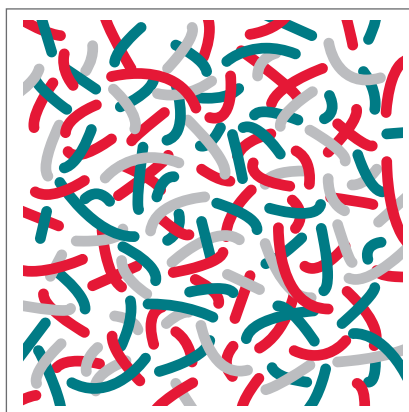




VADEMECUM DELLA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA 2014



A cura del Gruppo di lavoro per la Libera Professione Infermieristica
Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

Membri del Gruppo di lavoro per la Libera Professione Infermieristica della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

Mariangela Castagnoli, Vice Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Firenze, Infermiera libero professionista, Socio fondatore dello Studio infermieristico Florence, Collaboratore dell'Osservatorio Qualità ed Equità dell'Agenzia regionale di Sanità e membro della Commissione Qualità e Sicurezza della Regione Toscana.

Dario Vladimiro Gamba, Avvocato, Docente in Diritto pubblico e Diritto del lavoro presso l'Università Cattolica "A. Gemelli", Corso di Laurea in Infermieristica.

Andrea Guandalini, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Mantova, Vice Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI della Lombardia, Infermiere libero professionista, Socio fondatore dello Studio Associato Infermieristico Mantovano.

Beatrice Mazzoleni, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Bergamo, Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI della Lombardia, membro del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica, Sezione di Corso A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo - Università degli Studi di Milano Bicocca.

Luigi Pais Dei Mori, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Belluno, Infermiere Coordinatore libero professionista, Studio di Infermieristica Legale e Forense LPDM.

Remo Proietti, Infermiere libero professionista, Collegio provinciale IPASVI di Roma.

Maria Adele Schirru, Presidente del Collegio provinciale IPASVI di Torino, Presidente del Coordinamento regionale Collegi IPASVI del Piemonte, membro del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

INDICE

Introduzione	Pag. 7
Area 1: Aspetti di natura comportamentale dell'infermiere libero professionista	Pag. 11
1.1. Richiami giuridici	Pag. 11
1.2. Indicazioni comportamentali	Pag. 11
Area 2: Aspetti di natura giuridico normativa	Pag. 15
2.1. Forme di esercizio libero professionale	Pag. 15
2.2. Principali adempimenti per l'esercizio libero professionale	Pag. 23
2.3. L'Ordinamento dei Collegi IPASVI e il loro ruolo nella libera professione infermieristica	Pag. 29
Area 3: Aspetti di natura commerciale	Pag. 32
3.1. Gestione delle offerte	Pag. 32
3.2. Gestione dell'ordine del committente	Pag. 33
3.3. Linee guida sulla pubblicità sanitaria	Pag. 38
3.4. Elementi per la determinazione del compenso professionale	Pag. 48
Area 4: Aspetti di tutela previdenziale e assistenziale e aspetti fiscali	Pag. 51
4.1. Aspetti previdenziali obbligatori dell'infermiere libero professionista	Pag. 51
4.2. Adempimenti fiscali	Pag. 52
4.3. Adempimenti assicurativi	Pag. 52
Area 5: Strumenti operativi della disciplina	Pag. 53
5.1. La documentazione assistenziale	Pag. 53
5.1.1. Il consenso informato infermieristico	Pag. 53
5.1.2. La cartella infermieristica	Pag. 60
Glossario	Pag. 72
Allegati	
1. Il Codice Deontologico dell'infermiere (2009)	Pag. 78
2. I Regolamenti ENPAPI	Pag. 85
Bibliografia	Pag. 86

Questo Vademecum è stato pensato e realizzato con l'obiettivo di fornire agli infermieri che intendono inserirsi nel mondo sanitario come liberi professionisti - o che già esercitano con tale modalità - un facile strumento informativo e di operatività.

Con il Vademecum, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (FNC IPASVI) e l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI), intendono sottolineare l'impegno, soprattutto verso gli infermieri di fresca laurea, per sostenere e promuovere un approccio e un'assistenza libero professionale che si richiama ad un quadro giuridico e deontologico chiaro e condiviso e che utilizza modalità operative e strumenti professionali omogenei su tutto il territorio nazionale.

Buona lettura e buon lavoro!

Annalisa Silvestro
Presidente FNC IPASVI

Mario Schiavon
Presidente ENPAPI

Introduzione

Negli ultimi anni, il gruppo professionale infermieristico ha direttamente vissuto l'impatto sul sistema salute derivante dalla crisi economica che ha prodotto il contenimento del Fondo sanitario e richiesto una spending review anche nel Servizio Sanitario Nazionale. Le ricadute della crisi economica e del contenimento budgettario si sono rese ulteriormente note per modificazioni del quadro demografico ed epidemiologico. L'aspettativa di vita è in aumento con un trend significativo; il numero di cittadini con età superiore ai 64 anni, passerà dal 26,3% del 2010 al 33,1% del 2050 (Rapporto Meridiano Sanità, 2012). L'aumento dell'aspettativa di vita è accompagnata da un allargamento della platea di cittadini affetti da patologie cronico degenerative (23,4 milioni di persone nel 2010-ISTAT) che richiederanno estensività e continuità assistenziale, orientamento all'autocura, educazione ed informazione sanitaria oltre che interventi assistenziali svolti in luoghi di prossimità alla quotidianità di vita.

La crisi economico finanziaria ha reso più forti le criticità già presenti nelle Regioni e le manovre poste in essere per superarla hanno impattato direttamente sugli infermieri, sia con il blocco del turn over, sia con la riduzione generalizzata di assunzioni, sia con la ridefinizione dei modelli organizzativi. Tali meccanismi di contenimento della spesa sanitaria hanno riproposto un fenomeno che da almeno vent'anni non coinvolgeva i giovani neolaureati nella disciplina infermieristica: il prolungamento dei tempi di assunzione "strutturata" nei vari ambiti del sistema socio sanitario del Paese.

L'affanno economico e il suo impatto sulle strutture e su tutti gli operatori inseriti nel sistema salute hanno indotto a una riflessione sulla sostenibilità del sistema stesso e sul modello italiano che si basa sui valori dell'universalità, dell'equità e della solidarietà. In questo panorama, la collettività infermieristica intende proporsi come una possibile nuova risposta alle necessità emergenti, attingendo al suo bagaglio cognitivo, esperienziale e valoriale e alle diverse modalità di espressione ed esercizio professionale. In questo quadro, l'esercizio libero professionale può essere inteso come un'opportunità e una sfida per aumentare la compliance dell'offerta sanitaria pubblica, concorrendo all'effettuazione di percorsi di presa in carico olistica dell'assistito, di cura finalizzati alla risposta appropriata e di qualità ai bisogni di assistenza infermieristica.

Gli infermieri libero professionisti, infatti, possono correlarsi alle strutture del SSN per arricchire l'offerta sanitaria e per dare risposta alle richieste di interventi integrativi e/o aggiuntivi provenienti dalla collettività. In questo quadro di pensiero s'inserisce il **Vademecum** che la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha inteso predisporre - attraverso l'impegno di un proprio gruppo di lavoro - per informare e sostenere gli infermieri che intendono svolgere o già svolgono attività libero professionale.

Il **Vademecum** è uno strumento con valenza informativa e operativa fruibile dagli infermieri che intendono svolgere o già svolgono attività libero professionale ed ha lo scopo di:

- sostenere gli iscritti IPASVI che intendono svolgere attività libero professionale, con particolare attenzione agli infermieri neolaureati;
- fornire agli infermieri libero professionisti maggiori elementi normativi di utilità e strumenti per l'operatività assistenziale;
- suggerire e supportare un comportamento professionale omogeneo sull'intero territorio nazionale;

- orientare e sostenere i Collegi provinciali IPASVI:
 - nella definizione e gestione dei rapporti con gli infermieri libero professionisti;
 - nello svolgimento della funzione di certificazione dei professionisti singoli e aggregati;
 - nella funzione d'interposizione intra e inter professionale in caso di conflittualità.

Il **Vademecum** è stato suddiviso in aree riguardanti:

- 1) Norme comportamentali inerenti ai principi generali che i professionisti devono rispettare indipendentemente dalla modalità operativa adottata
- 2) Indicazioni legate alle diverse forme di esercizio libero professionale
- 3) Indicazioni per la gestione commerciale dell'attività libero professionale, con riferimenti per la determinazione del compenso professionale e per la gestione della pubblicità sanitaria
- 4) Aspetti assicurativi e previdenziali previsti per l'attività libero professionale
- 5) Indicazioni inerenti la documentazione assistenziale necessaria per un esercizio professionale tutelato e rispettoso delle norme vigenti.

AREA 1

ASPETTI DI NATURA COMPORTAMENTALE DELL'INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi degli artt. 2229 e ss. del Codice Civile (C.C.) e il campo proprio di attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1, comma 2, della Legge 42/99, è determinato dal Profilo professionale, dal Codice Deontologico e dagli Ordinamenti didattici della formazione di base e post base.

Gli infermieri che decidono di esercitare l'attività in regime autonomo, in qualità di professionisti prestatori d'opera intellettuale, devono fare riferimento alle regole fondamentali di buon comportamento e devono avere contezza della responsabilità assunta nei confronti del cliente, dei colleghi e dell'intera categoria. Essere libero professionista significa operare in regime di autonomia organizzativa e libertà di scelta metodologica e scientifica, nel rispetto delle regole della concorrenza e delle norme del Codice Deontologico. L'esercizio della professione infermieristica si espleta attraverso attività tipicamente intellettuali e l'esercizio libero professionale rappresenta un valore aggiunto, sia per la categoria infermieristica, sia per la società.

1.1 Richiami giuridici

Nell'esercizio libero professionale, il professionista, attraverso l'accettazione dell'incarico, assume la piena responsabilità delle scelte e delle modalità utilizzate nell'intervento professionale. L'incarico professionale è regolato dall'art. 2229 C.C. e seguenti, al fine di disciplinare le cosiddette attività protette, tipiche dei professionisti. Per essi, il legislatore ha previsto l'iscrizione in uno specifico Albo professionale. L'art. 2231 C.C. dispone, infatti: **"Quando l'esercizio di una attività professionale è condizionato all'iscrizione in un albo o elenco, la prestazione eseguita da chi non è iscritto non gli dà azione per il pagamento della retribuzione"**. A corollario di quanto esplicitato nell'art. 2231 C.C., viene richiamato l'art. 348 del Codice Penale (C.P.) che recita: **"chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato (C.C. art. 2229), è punito con la reclusione fino a sei mesi, o con la multa da 103,00 euro a 516,00 euro"**. A conclusione di questo sintetico quadro di riferimento, si sottolinea che un ulteriore elemento che caratterizza l'attività del professionista è il carattere strettamente personale della stessa. L'incarico, infatti, viene affidato dal cliente-committente in base a un rapporto di fiducia verso il professionista.

1.2 Indicazioni comportamentali

In generale, l'infermiere che inizia un'attività libero professionale è tenuto a darne comunicazione – con le modalità suggerite dal presente **Vademecum** – al Collegio IPASVI provinciale al quale è iscritto (note ministeriali 5 giugno 2001 e 19 dicembre 2001). Nell'esercizio della professione in forma libera, l'infermiere deve porre particolare attenzione alle azioni nei confronti del committente. Tali azioni devono basarsi su un comportamento deontologicamente corretto, che si integri efficacemente con le diverse necessità dell'assistito in relazione al luogo assi-

stenziale. Ogni infermiere può svolgere l'esercizio professionale in forma di **volontariato** gratuito, secondo le modalità definite dalla normativa vigente e dal Codice Deontologico, ossia in forma individuale occasionale e rifuggendo da ogni forma di concorrenza sleale nei confronti dei liberi professionisti. Se l'esercizio professionale volontario e gratuito esula dai criteri sopra definiti, deve ricevere preventiva autorizzazione dal Collegio nel cui ambito territoriale viene effettuata l'attività di volontariato. L'infermiere dipendente può esercitare la libera professione unicamente nel rispetto delle norme giuridiche e contrattuali vigenti (art. 53 DLgs 165/2001, art. 1 commi 56 ss., Legge n. 662/1996, Contrattazione Collettiva Nazionale ed Integrativa). L'infermiere dipendente che effettua anche attività libero professionale è tenuto agli adempimenti deontologici, fiscali e previdenziali previsti per i liberi professionisti.

Nel rapporto con il cliente, l'infermiere libero professionista deve impegnarsi per instaurare e mantenere una specifica relazione di fiducia con il medesimo, sulla quale si baserà il processo decisionale, in accordo con l'assistito, e in relazione al quale verrà assunta la diretta responsabilità sulle scelte operate. Nella decisione di accettazione o diniego di un incarico, effettuata sull'analisi del contesto e dei bisogni del committente, il professionista dovrà tempestivamente informare il cliente sui contenuti ed eventuali limiti dell'accordo instaurato. L'infermiere libero professionista non deve accettare alcun incarico se altri impegni professionali o personali gli impediscono di operare con la diligenza e lo scrupolo richiesti in relazione all'importanza, complessità, difficoltà e urgenza dell'incarico stesso. In nessun caso il cumulo degli impegni professionali può essere pregiudizievole della qualità delle prestazioni, della sicurezza del cliente e del professionista, secondo anche quanto affermato all'art. 9 del Codice Deontologico che recita **"L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere"**. L'infermiere libero professionista può recedere dall'incarico qualora sopravvengano circostanze o vincoli che possano influenzare la sua libertà di giudizio ovvero condizionare il suo operato. Nel caso di recesso dall'incarico, l'infermiere libero professionista deve avvertire tempestivamente il cliente, soprattutto se l'incarico deve essere proseguito da altro professionista. In ogni caso il recesso deve avvenire in modo da non arrecare pregiudizio al cliente. L'infermiere libero professionista si pone nella condizione di risarcire gli eventuali danni causati nell'esercizio della professione stipulando un'adeguata polizza di assicurazione.

Nel rapporto tra colleghi gli infermieri libero professionisti, con spirito di solidarietà professionale, si devono ragionevolmente reciproca assistenza. L'infermiere libero professionista, chiamato a sostituire un collega nello svolgimento di un incarico professionale, osserva procedure e formalità corrette e si comporta con lealtà. Prima di accettare l'incarico, l'infermiere libero professionista:

- si accerta che il cliente abbia informato il collega della richiesta di sostituzione;
- si accerta che la sostituzione non sia richiesta dal cliente per motivi lesivi della dignità e del decoro della professione;
- invita il cliente a onorare le competenze dovute al precedente collega, salvo che il loro ammontare sia stato debitamente contestato.

L'infermiere libero professionista che è sostituito da altro collega, presta al subentrante piena collaborazione e si adopera affinché il subentro avvenga senza pregiudizio per il cliente.

Se il cliente chiede all'infermiere libero professionista di prestare la propria opera per un incarico già affidato ad altro collega, dichiarando di voler essere assistito da entrambi, il nuovo interpellato deve contattare il collega per concordare le modalità di espletamento dell'incarico e con lui redige e sottoscrive il piano assistenziale. In ogni caso entrambi i liberi professionisti si astengono da iniziative o comportamenti tendenti ad attirare il cliente nella propria esclusiva sfera di attività. L'infermiere libero professionista, in qualità di responsabile, vigila affinché i suoi collaboratori siano a conoscenza e rispettino gli obblighi del segreto, della riservatezza, nonché della normativa sulla privacy (art. 26 Codice Deontologico, DLgs 196/2003 e successive modifiche e integrazioni). È vietata all'infermiere libero professionista l'intermediazione, dietro corrispettivo, per procacciare clienti a sé o ad altri. L'esercizio della libera professione è incompatibile con l'esercizio di quelle attività imprenditoriali, in nome proprio o in nome altrui, che pregiudichino il decoro e la dignità professionale o configurino situazioni di conflitto d'interesse. Le presenti indicazioni costituiscono impegno di comportamento al cui rispetto e osservanza sono tenuti tutti gli infermieri liberi professionisti e, per quanto a loro compete, tutti gli iscritti ai Collegi provinciali IPASVI. Ogni Collegio provinciale provvede alla redazione e alla pubblicazione dell'elenco degli infermieri esercenti la libera professione in forma individuale e aggregata. L'inosservanza delle indicazioni del presente **Vademecum**, costituisce fatto disdicevole nell'esercizio della professione, perseguibile disciplinarmente ai sensi del Codice Deontologico e degli artt. 38 e ss. del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, e successive modificazioni ed integrazioni. In nessun modo l'esercizio della libera professione potrà determinare situazioni di alterazione del principio di libera concorrenza.

Le indicazioni qui sopra riportate, fanno riferimento al documento "**Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica**" emanato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

AREA 2

ASPETTI DI NATURA GIURIDICO - NORMATIVA

Nella realtà italiana odierna, sono numerosi gli infermieri che decidono di esercitare l'attività libero professionale (circa 30.635 posizioni attive al 31 ottobre 2013, fonte ENPAPI). È indispensabile, quindi, informare i colleghi e in particolar modo, gli infermieri neolaureati, sull'esistenza di diverse forme di esercizio professionale, ciascuna delle quali potrà meglio rispondere alle proprie potenzialità e soprattutto, tenere conto della tipologia di assistenza che si vorrà erogare e della tipologia di utente/committente. Nell'effettuare la propria scelta, l'infermiere, dovrà valutare non solo le esigenze organizzative personali, ma soprattutto quelle del servizio che vorrà offrire. Dietro ad una scelta di esercizio in forma individuale, si potrà dedurre la volontà del professionista di attuare un'organizzazione semplice di tipo imprenditoriale, interloquendo direttamente con il cliente, ma che nel contempo dovrà possedere un bagaglio esperienziale professionale importante. Dietro alla scelta di esercizio in forma aggregata, si potrà dedurre invece l'orientamento a inserirsi in un'organizzazione anche complessa, che potrà garantire alcuni vantaggi, quali: la possibilità di ripartizione dei costi, la condivisione di spazi e strumenti, la disponibilità di diversi professionisti e di diverse professionalità con specifiche skills, la realizzazione di una migliore gestione d'incarichi, che richiedano continuità assistenziale sul lungo periodo, anche con casi di elevata complessità.

2.1 Forme di esercizio libero professionale

Nell'esercizio in forma individuale, l'infermiere attiva un'interlocuzione diretta con l'utente/committente, che deve necessariamente prevedere una condivisione personale della pianificazione assistenziale e del compenso delle attività svolte. In base a queste caratteristiche d'esercizio, è auspicabile che l'infermiere sia in possesso di una consolidata competenza professionale acquisita precedentemente, al fine di soddisfare con efficacia e sicurezza i bisogni espressi dal committente.

In forma individuale l'infermiere notifica al Collegio provinciale ove è iscritto l'inizio dell'attività professionale entro 30 giorni, trasmettendo:

- scheda anagrafica aggiornata, comprensiva di indirizzo di Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 D.L. 185/2008);
- copia del certificato di attribuzione partita IVA, il cui codice sarà attribuito dall'anagrafe tributaria territorialmente competente;
- copia della domanda d'iscrizione all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI);
- recapito professionale e indicazione dell'eventuale ambulatorio/studio.

Ogni variazione dei riferimenti professionali o di natura fiscale, compresa l'eventuale cessazione dell'attività, dovrà essere comunicata al Collegio provinciale entro 30 giorni dall'avvenuta modificazione.

Nel caso in cui il libero professionista eserciti in modo non saltuario attività infermieristica in una provincia diversa da quella del Collegio d'iscrizione, è tenuto a dichiarare al Collegio della provincia presso il quale esercita:

- l'avvio dell'attività libero professionale;
- il Collegio di iscrizione;
- l'attestazione della trasmissione della documentazione necessaria, inerente l'attività libero professionale, al Collegio di iscrizione.

Sarà cura del Collegio procedere alla verifica delle dichiarazioni ricevute.

L'esercizio della libera professione in forma aggregata tra più professionisti, può garantire una risposta assistenziale continuativa, complessa e prolungata nel tempo, anche rivolta a più assistiti contemporaneamente. In tale contesto, vista la presenza di più professionisti, possono essere inseriti in maniera sicura ed efficace infermieri neolaureati, al fine di guidarli nell'esercizio libero professionale e nell'acquisizione di esperienza e competenze.

L'esercizio in forma aggregata, viene svolto nel pieno rispetto delle norme civilistiche, fiscali e previdenziali ed in conformità a quanto previsto dalla Legge per le forme aggregative adottate.

Le forme previste in aggregazione sono:

- Studio Associato;
- Cooperativa Sociale;
- Società tra Professionisti.

La denominazione dello Studio Associato - dopo l'abrogazione con l'art. 10, comma 11, Legge 183/2011, della Legge 1815/1939 che lo disciplinava specificatamente - segue, dal punto di vista del funzionamento interno e del regime fiscale, la disciplina civilistica della Società semplice.

Lo Studio Associato che, sotto il profilo deontologico, è sottoposto, così come i suoi membri, alla vigilanza del Collegio, può essere costituito da:

- infermieri liberi professionisti iscritti al Collegio IPASVI;
- infermieri liberi professionisti iscritti al Collegio IPASVI e liberi professionisti iscritti in altri Albi relativi a professioni sanitarie le cui rispettive attività siano integrabili a quella infermieristica;
- infermieri liberi professionisti iscritti al Collegio IPASVI e liberi professionisti dell'area sanitaria e sociale i quali, pur non avendo l'Albo professionale, presentano un profilo professionale previsto da apposite norme statali o regionali, hanno una formazione universitaria, sono dotati di autonomia di esercizio e la loro attività è integrabile a quella infermieristica: ad esempio fisioterapisti ai sensi del D.M. 741/1994.

Lo Studio Associato deve essere costituito almeno con scrittura privata registrata che deve riportare comunque:

- i nomi degli associati;
- la denominazione dello Studio Associato;
- la sede e la durata;
- le norme per il recesso o l'esclusione degli associati;

- i criteri di ripartizione degli utili;
 - le norme regolamentari fra associati (poteri, organi di gestione, criteri di convocazione e partecipazione alle assemblee, etc.) nei confronti dei clienti e nei confronti del Collegio.
- Sono espressamente vietate clausole vessatorie limitative del diritto di recesso, della partecipazione agli utili e alle perdite o alla gestione associativa, e comunque lesive del decoro e della dignità della professione.

Lo Studio Associato notifica al Collegio provinciale la sua costituzione entro 30 giorni trasmettendo:

- copia dell'atto costitutivo e dello statuto;
- copia del certificato di attribuzione della partita IVA;
- elenco degli infermieri associati con l'indicazione degli estremi d'iscrizione all'Albo professionale e copia della documentazione attestante la posizione assicurativa (R.C.) e quella previdenziale (ENPAP);
- elenco degli altri professionisti associati.

Ogni eventuale variazione dell'atto costitutivo, dello statuto e dell'elenco degli associati, nonché l'eventuale cessazione dell'attività, dovrà essere comunicata al Collegio provinciale entro 30 giorni dall'avvenuta modifica.

Nel caso in cui lo Studio Associato eserciti in modo non occasionale attività infermieristica in una provincia diversa da quella del Collegio presso la quale è depositata la notifica di costituzione, esso è tenuto a dichiarare al Collegio della provincia presso cui esercita:

- l'avvio dell'attività libero professionale;
- il Collegio di iscrizione;
- l'attestazione della trasmissione della documentazione necessaria, inerente l'attività libero professionale, al Collegio di iscrizione.

Sarà cura del Collegio procedere alla verifica delle dichiarazioni ricevute.

Qualora l'atto costitutivo o lo statuto prevedano la costituzione di un Organo di Amministrazione, tutti gli associati devono disporre della documentazione, nella quale sono determinati:

- il numero dei componenti dell'Organo di Amministrazione;
- i compiti di gestione e amministrazione delegati all'Organo amministrativo e quelli riservati all'assemblea degli associati;
- la durata in carica e le modalità di nomina/revoca dell'Organo amministrativo;
- le modalità di convocazione dell'assemblea degli associati;
- le modalità di ripartizione degli utili.

Ogni eventuale variazione dello statuto e dell'elenco dei soci, nonché l'eventuale cessazione dell'attività dovrà essere comunicata al Collegio provinciale. Qualora si verificassero situazioni lesive del decoro professionale, il Collegio può avvalersi dei propri poteri istituzionali per effettuare direttamente o promuovere ispezioni presso gli studi professionali degli iscritti all'Albo, al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni. I singoli associati sono responsabili in solido di tutta l'attività dello studio.

L'infermiere può esercitare la libera professione in forma aggregata anche tramite le Cooperative Sociali di tipo A, regolarmente costituite ai sensi della Legge 381/91 e 142/2001.

La presenza all'interno della Cooperativa di altri professionisti o di figure di supporto all'assistenza infermieristica, non dovrà in alcun modo limitare le garanzie di un corretto esercizio professionale da parte dell'infermiere.

La Cooperativa Sociale notifica al Collegio provinciale almeno 10 giorni prima dell'inizio dell'attività infermieristica:

- l'atto costitutivo, lo statuto e il regolamento interno ai sensi della Legge 142/2001;
- la copia del certificato di attribuzione del Codice fiscale e partita IVA;
- l'elenco dei soci infermieri e copia della documentazione attestante la posizione assicurativa (R.C.) e quella previdenziale (ENPAPI);
- il nominativo dell'infermiere responsabile per l'area infermieristica, comprensivo dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (D.L. 185/2008).

Nel caso in cui la Cooperativa eserciti in modo non occasionale attività infermieristica in una provincia diversa da quella del Collegio presso cui è depositata la notifica di costituzione, è tenuta a dichiarare al Collegio della provincia presso cui esercita:

- l'avvio dell'attività libero professionale;
- il Collegio di iscrizione;
- di aver adempiuto alla trasmissione della documentazione necessaria, inerente l'attività libero professionale, al Collegio di iscrizione.

Sarà cura del Collegio procedere alla verifica delle dichiarazioni ricevute. Ogni eventuale variazione delle notifiche previste precedentemente, nonché l'eventuale cessazione dell'attività, dovrà essere comunicata al Collegio provinciale e accompagnata da copia degli estratti dei verbali assembleari.

Focus: le Società tra Professionisti

Tra le forme di esercizio libero professionale in forma aggregata, è stato recentemente definito e introdotto un nuovo soggetto giuridico: la Società tra Professionisti (STP), regolamentata dall'emanazione del D.M. 34 dell'8 febbraio 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 81 del 6 aprile 2013. Già la Legge 183/2011, abrogando il divieto contemplato dall'ormai datata Legge 1815/1939, ha introdotto sulla carta la possibilità di costituire società che avessero per oggetto esclusivo l'esercizio di attività professionali, secondo i modelli societari già esistenti e regolati dai Titoli V e VI del Libro V del Codice Civile. Essendo tale modalità di esercizio di recente introduzione e attualmente in fase di sviluppo, si ritiene opportuno dedicare maggiori specifiche inerenti tale forma di esercizio a disposizione degli infermieri liberi professionisti.

In sintesi, quindi, le nuove Società tra Professionisti (STP) possono, per la citata normativa, adottare i seguenti modelli formali presenti nel nostro ordinamento:

- Società di persone (Ss, Snc, Sas);
- Società di capitali (Spa, Srl, Sapa);
- Società cooperative.

Si osservi però che, qualunque sia la forma adottata, la ragione sociale dovrà essere integrata con la dicitura "Società tra Professionisti".

Secondo la nuova disciplina, come emerge dalla citata novella e dalle successive modificazioni, poi, nella compagine sociale delle STP, accanto alla presenza dei soci professionisti iscritti ad Ordini, Albi e Collegi, è ammessa anche quella di soci non professionisti, solo per «prestazioni tecniche», di supporto rispetto ai servizi professionali, o per «finalità di investimento». In ogni caso rimane fermo il divieto per i non professionisti di svolgere l'attività professionale. Nella previsione legislativa, relativamente ai soci che possono assumere la qualifica di socio professionista, si precisa altresì che in questa veste possono figurare anche i cittadini di Stati membri dell'Unione Europea, purché in possesso di un titolo di studio abilitante alla professione.

Da ultimo, la disciplina delle Società tra Professionisti ha ricevuto un'ulteriore modifica per effetto dell'articolo 9 bis del Decreto Legge 24 gennaio 2012 n.1, introdotto in sede di conversione dalla Legge 24 marzo 2012 n. 22 intervenuta essenzialmente su tre punti:

- sui requisiti per la costituzione di una società tra professionisti;
- sui limiti alla partecipazione dei soci aventi finalità d'investimento nel capitale sociale;
- sull'estensione della tutela del segreto professionale anche all'interno di tali società.

In particolare, l'articolo 9 bis del Decreto Legge 24 gennaio 2012 n. 1, ha ulteriormente previsto che:

- se la Società tra Professionisti assume la forma di Società Cooperativa, la stessa deve essere costituita da un numero di soci non inferiore a tre;
- in ogni caso i soci professionisti, per numero e partecipazione al capitale sociale, devono avere la maggioranza dei due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci. (Tale previsione, appare finalizzata a garantire la prevalenza dei soci professionisti rispetto agli investitori finanziari puri e a tutelare l'indipendenza dell'attività professionale);
- il venir meno della condizione precedente costituisce causa di scioglimento della società e, in tal caso, il consiglio dell'Ordine o Collegio professionale presso il quale è iscritta la società, deve procedere alla cancellazione della stessa dall'Albo. È fatta salva tuttavia l'eventualità che la società provveda a ristabilire la prevalenza dei soci professionisti nel termine perentorio di sei mesi;
- la società deve contemplare nell'atto costitutivo la stipula di una polizza di assicurazione per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale;
- il socio professionista può opporre agli altri soci il segreto professionale per le attività a lui affidate;
- sono fatti salvi i diversi modelli societari (ad esempio, le società di ingegneria o le società di avvocati) già previsti dall'ordinamento e le associazioni professionali, quali i "vecchi" Studi Associati, previsti dalla ora abrogata Legge 1815/1939, che continueranno probabilmente a godere di un certo favore da parte della popolazione infermieristica.

Questo dunque l'assetto definitivo della parte normativa della nuova forma societaria. Tuttavia, la messa a regime del sistema non poteva avvenire, come detto in premessa, se non con l'emanazione del richiamato Decreto Ministeriale n.34 del 8 febbraio 2013 che ha fornito una nutrita serie di disposizioni in dettaglio, le più importanti delle quali vengono di seguito esplicitate. Le più salienti integrazioni operate dal regolamento in parola sono riferite al conferimento del-

l'incarico ed alla sua esecuzione.

Significativo sul punto è che la STP, al fine di garantire che tutte le prestazioni infermieristiche siano eseguite da soci in possesso dei requisiti, sin dal momento del primo contatto con il cliente, deve fornirgli precise informazioni su:

- diritto del cliente di chiedere che l'esecuzione dell'incarico conferito alla società sia eseguito da uno o più professionisti da lui scelti e comunque, in difetto di scelta, vi sia la garanzia che le prestazioni saranno eseguite solo da professionisti aventi i requisiti;
- eventuale configurabilità di conflitti d'interesse tra cliente e società, data anche la presenza di soci con finalità d'investimento (ad esempio un'impresa di pompe funebri, quale finanziatrice di un gruppo professionale esperto in cure palliative...). A tal fine dovrà essere consegnato al cliente un elenco scritto dei soci professionisti e di quelli finanziatori;
- elenco scritto degli eventuali sostituti del professionista o degli operatori di supporto (per eventuali esigenze sopravvenute e imprevedibili) nell'esecuzione dell'incarico. È fatta salva la facoltà del cliente della STP di comunicare per iscritto il proprio dissenso, entro 3 giorni dalla comunicazione del nominativo dell'operatore di supporto o del professionista sostituto.

Circa i soci finanziatori, secondo il regolamento, essi devono:

- essere in possesso degli stessi requisiti di onorabilità e decoro previsti per l'iscrizione all'Albo professionale del settore di attività della STP;
- non avere riportato condanne penali definitive per una pena uguale o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;
- non essere stati cancellati da un Albo professionale per motivi disciplinari.

Tali caratteristiche dei soci finanziatori valgono anche se essi sono società e non persone fisiche, con riferimento ai rappresentanti ed amministratori delle stesse. Un'ulteriore specificità della nuova struttura societaria sta nella doppia iscrizione alla quale la stessa è soggetta: sia in una sezione speciale del registro delle imprese (ex art. 18 e 19 del DPR 7 dicembre 1995 n. 581), sia in una sezione speciale dell'Albo professionale tenuto dal Collegio/Ordine. Nel caso di STP multi-disciplinare (ad esempio, con infermieri e farmacisti od ostetriche, etc.), essa va iscritta presso il Collegio/Ordine della attività individuata in statuto quale "prevalente".

Se la STP non risulta idonea all'iscrizione, prima di procedere al diniego, il Consiglio Direttivo del Collegio professionale deve segnalare le motivazioni al rappresentante legale della società, che può presentare le proprie osservazioni entro 10 giorni.

Siamo quindi in presenza di un pervasivo controllo deontologico anche sulla compagine societaria, ossia sulla persona giuridica STP - cosa assolutamente impossibile prima della riforma - che si può concretizzare nel rifiuto di iscrizione all'Albo o nella cancellazione dallo stesso della società, come se si trattasse di un singolo professionista.

Esempio di delibera per l'istituzione della Sezione Speciale dell'Albo delle Società tra Professionisti

DELIBERA N. DEL GG MESE ANNO

"Istituzione della Sezione Speciale dell'Albo delle Società tra Professionisti"

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di,

Visto il DLgs CPS 13 settembre 1946, n.233;

Visto l'art. 10 della Legge 12 novembre 2011, n.183;

Visto l'art. 3 del DPR 7 agosto 2012, n.137;

Viste le disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34, "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 183;

DELIBERA

L'istituzione, a partire dalla data del GG MESE ANNO, della Sezione Speciale dell'Albo del Collegio IPASVI della Provincia di, ai sensi dell'art. 8 del DM 8 febbraio 2013, n. 34, per l'iscrizione, con numerazione progressiva separata, delle Società tra Professionisti, con l'indicazione dei dati obbligatori come di seguito specificati:

Provincia iscrizione;

Numero iscrizione;

Data iscrizione;

Data cancellazione;

Data sospensione;

Ragione sociale;

Numero e data iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;

Sede legale;

Altre sedi secondarie;

Legale rappresentante;

Soci professionisti;

Soci per finalità di investimento;

Oggetto attività professionale prevalente;

Altre attività professionali ricomprese nell'oggetto;

Variazioni, con permanenza dello storico, di status e di tutte le altre informazioni riportate.

Data

IL SEGRETARIO

.....

IL PRESIDENTE

.....

Esempio di delibera per la definizione della quota dell'Albo delle Società tra Professionisti

DELIBERA N.____DEL GG MESE ANNO

"Quota di pertinenza del Consiglio Provinciale di _____
per le Società tra Professionisti anno ____"

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di _____,

vista la Legge istitutiva (DLgs CPS 233/46), ed in particolare l'art. 4;

visto l'art. 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 183;

visto l'art. 3 del DPR 7 agosto 2012, n. 137;

viste le disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34, "Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 183;

considerato che l'attuale valore della quota di competenza del Consiglio provinciale per l'iscrizione all'Albo delle persone fisiche ammonta ad euro 000,00 ed è stata fissata con la delibera n. 00 del GG MESE ANNO;

ritenuto opportuno definire la quota di pertinenza del Consiglio Provinciale per l'iscrizione all'Albo delle società tra professionisti nell'importo di euro 000,00 e,

DELIBERA

la quota di pertinenza del Consiglio Provinciale a carico delle società tra professionisti iscritti al Collegio IPASVI per l'anno ____ nel valore pari ad euro ____;
Parimenti è approvata l'immediata esecutività.

Data_____

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

2.2 Principali adempimenti per l'esercizio libero professionale

Iscrizione all'Albo professionale

L'iscrizione all'Albo professionale da parte dell'infermiere, oltre che obbligatoria ai sensi dell'art. 8 del D.L. C.P.S. 13 settembre 1946 n. 233 richiamata dalla Legge 1 febbraio 2006 n. 43 è necessaria anche allo scopo di godere del regime di esenzione IVA, di cui al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633. L'iscrizione deve essere effettuata presso il Collegio provinciale di appartenenza il quale, valutata la veridicità degli atti e della domanda, provvede all'iscrizione.

Domanda per la pubblicità sanitaria

La domanda per l'autorizzazione alla pubblicità sanitaria dovrà essere inoltrata al Collegio di appartenenza dell'infermiere libero professionista, per le forme associative e le Società tra Professionisti anche al Collegio competente, previa compilazione dei documenti che l'Ente dispone per l'iscritto. Per la procedura si fa riferimento alle indicazioni riportate al punto 3.3 del presente **Vademecum**.

Adempimenti relativi alla Partita IVA

L'infermiere libero professionista dovrà aprire la partita IVA quando svolge la sua attività professionale in via abituale e in maniera continuativa.

Per l'apertura della partita IVA in forma singola è necessario:

- collegarsi al sito www.agenziaentrate.gov.it;
- scaricare e compilare correttamente il modello AA9/11 (utilizzato dalle persone fisiche per aprire la partita IVA, comunicare la variazione dati: es. cambio indirizzo residenza o cessazione attività); per i soggetti diversi (società e studi) invece è il modello AA7/10.
- spedire il modello compilato, firmato, corredato da documento di identità con raccomandata A/R o presentarsi all'ufficio IVA di competenza entro e non oltre 30 giorni dall'inizio attività. Si consiglia di avvalersi di un intermediario abilitato (commercialista, tributarista, associazioni di categoria).

Al momento dell'apertura della partita IVA il professionista sanitario dovrà optare per la scelta del regime fiscale al quale vuole aderire:

1. regime fiscale semplificato (o opzione per contabilità ordinaria) in cui sarà soggetto alle aliquote IRPEF vigenti;
2. regime fiscale agevolato per le nuove iniziative di lavoro autonomo previsto dall'art. 13 della Legge 23 dicembre 2000, n. 388, c.d. "regime forfettivo";
3. regime fiscale per i contribuenti minimi previsti dall'art. 1 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, così come modificato dall'art. 27 del D.L. 98/2011, c.d. "regime minimi".

Una delle caratteristiche fondamentali per aderire ai regimi di cui ai punti 2 e 3 è la previsione di non superare rispettivamente € 30.987,41 (forfettivo) ed € 30.000,00 (minimi) di compensi da lavoro autonomo annui o ragguagliati ad anno (se l'apertura della partita IVA avviene in corso d'anno).

I regimi di cui ai punti 2 e 3 sono soggetti ad imposta sostitutiva che si attesta a seconda del regime scelto al 10% (forfettivo) o al 5% (minimi) e prevedono l'assenza di obbligatorietà di tenuta della contabilità. Per entrambi i regimi vi sono poi ulteriori, stringenti, regole da rispettare quali: non aver esercitato negli ultimi 3 anni attività artistica, professionale o d'impresa

(anche familiare o in forma associata); la nuova attività da intraprendere non costituisca mera prosecuzione di una precedente anche svolta in qualità di lavoratore dipendente o autonomo (co.co.co o co.co.pro.); siano regolarmente adempiuti gli obblighi previdenziali, assicurativi ed amministrativi. Per quanto concerne il regime dei "minimi" in particolare non si possono sostenere spese per lavoro dipendente e/o per collaboratori e non si possono acquisire anche mediante appalto, locazione o leasing beni strumentali per un valore superiore a € 15.000 in 3 anni. Per quanto riguarda gli adempimenti relativi allo Studio Associato si rimanda al capitolo specifico.

Emissione Fatture

Il professionista singolo, una volta che ha ottenuto dall'Agenzia dell'Entrate il numero di partita IVA, potrà iniziare a fatturare le proprie prestazioni di servizi effettuate nei confronti del committente.

I dati obbligatori da inserire nella parcella del professionista:

- data di emissione;
- numero progressivo annuale;
- nome, cognome, indirizzo, codice fiscale e partita IVA del professionista che emette la parcella;
- nome, cognome, indirizzo, codice fiscale ed eventuale partita IVA del cliente;
- importo dell'onorario professionale con descrizione della prestazione effettuata in modo dettagliato;
- se si effettuano prestazioni sanitarie la fattura dovrà recare la seguente dicitura: **"Prestazione sanitaria esente IVA ai sensi dell' art. 10, punto 18, del D.P.R.633/1972"**. In questo caso, per fattura con importo superiore ad € 70,00 andrà apposta la marca da bollo prevista. Si fa presente che la fattura non è soggetta ad uno schema vincolante; può essere redatta su carta semplice su moduli prestampati o redatta al computer.

Tale fattura deve essere emessa in duplice copia, una delle quali sarà conservata dal professionista che emette la fattura, mentre l'altra sarà consegnata al cliente.

Se il cliente ha una partita IVA si deve applicare in fattura la ritenuta d'acconto del 20%, eccetto il caso in cui il professionista aderisca a regimi fiscali agevolati. In ogni caso il professionista applica la rivalsa previdenziale (ENPAPI) del 4% a carico del cliente, o del 2% se la fattura viene emessa ad Enti Pubblici.

Detraibilità delle prestazioni infermieristiche

Il Collegato alla Finanziaria del 2000 ha introdotto una novità estremamente positiva riguardante il concetto che le prestazioni infermieristiche, alla pari delle prestazioni mediche possono essere detratte, nella misura prevista dalla Legge, la quale richiede la valutazione annuale riferita alle indicazioni delle norme finanziarie emanate dallo Stato.

Elementi caratterizzanti nello statuto - tipo di Studio Associato

Nella stesura dello statuto, i professionisti dovranno prevedere l'inserimento delle seguenti voci:

• Costituzione e denominazione

Ai sensi della normativa vigente sull'esercizio libero professionale è costituito lo Studio

Associato Infermieristico

• Oggetto dell'attività

Esercizio in forma associata di tutte le attività proprie della professione infermieristica riservate o consentite dalla Legge ai liberi professionisti iscritti agli Albi dei Collegi provinciali.

• Sede associativa

• Durata dello Studio Associato

Di solito è illimitata, ma potrà sciogliersi in qualsiasi momento con deliberazione unanime dei soci.

• Doveri degli associati

Gli associati hanno l'obbligo di conferire nello Studio Associato tutte le attività e tutti gli incarichi che abbiano ricevuto dalla clientela in ordine a prestazioni professionali. Ciascun associato si obbliga a non svolgere né in proprio, né per conto terzi, altre attività che possono essere concorrenziali allo Studio. A tal proposito è possibile prevedere delle penali.

• Responsabilità professionale e patrimoniale

Le responsabilità di natura professionale (genericamente intese) e patrimoniali sono assunte da tutti gli associati, mentre le responsabilità civili derivanti da illeciti penali e le responsabilità disciplinari sono in capo al singolo professionista associato.

• Rappresentanza e amministrazione dello Studio

L'amministrazione ordinaria e la rappresentanza dello Studio di fronte a terzi sono affidate in via disgiunta a ciascuno degli associati. È facoltà dell'assemblea dei soci individuare amministratori o coordinatori che possano meglio gestire attività di funzionamento dello Studio.

• Assemblea degli associati

Gli associati allo Studio costituiscono l'assemblea che è indetta con un preavviso di almeno 5 giorni indicando data, orario, sede della riunione e ordine del giorno delle materie da trattare. L'assemblea è presieduta da un presidente dell'assemblea che nomina un segretario per la verbalizzazione degli argomenti deliberati. L'assemblea è il momento in cui si esprime la volontà di tutti gli associati su tutti gli argomenti che interessano lo Studio. L'assemblea delibera di norma a maggioranza semplice degli aventi diritto al voto.

• Rendicontazione annuale

Entro 3 mesi dalla fine di ogni anno solare sarà redatto un conto consuntivo dell'attività svolta con riferimento alle effettive somme incassate. Deducendo dai ricavi complessivi le spese sostenute, si potrà determinare l'utile.

• Ripartizione degli utili

La ripartizione degli utili è definita tra i vari associati in quote percentuali in base all'utile netto dello Studio visto all'effettivo apporto lavorativo di ogni associato. Ogni singolo associato ha diritto a prelevare nel corso dell'anno con modalità concordate tra gli associati una quota fissa o variabile come acconto sugli utili.

• Ammissione di nuovi associati

Collegi che hanno almeno i seguenti requisiti:

- iscrizione all'Albo professionale;
- accreditamento ECM ai sensi di Legge;
- altri criteri specifici definiti.

- Scioglimento del vincolo associativo

Definizione dei criteri per l'uscita di un associato dallo Studio ed adempimenti inerenti per la definizione dello scioglimento del vincolo.

- Scioglimento dello Studio Associato

Lo studio si potrà sciogliere per il verificarsi dei seguenti eventi:

- venuta meno della pluralità degli associati;
- insanabili dissidi tra gli associati;
- deliberazione unanime degli associati.

- Collegio arbitrale

Le eventuali controversie tra associati nascenti dall'applicazione o da interpretazioni dello statuto, saranno decise da un collegio arbitrale composto da tre membri scelti di comune accordo tra iscritti al Collegio IPASVI o all'Ordine dei dottori Commercialisti. In caso di disaccordo il collegio arbitrale sarà nominato dal presidente del Collegio IPASVI.

Esempio di Statuto Associativo

Articolo 1 – Costituzione e denominazione

Ai sensi della normativa vigente sull'esercizio della libera professione è costituito tra le parti uno studio denominato "STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO _____".

Qualora uno degli associati cessi a qualsiasi titolo di far parte dello Studio Associato il suo nome verrà eliminato dalla denominazione.

Articolo 2 – Oggetto dell'attività

Lo Studio Associato ha per oggetto l'esercizio in forma associata di tutte le attività proprie (e di quelle che in futuro potranno divenire proprie) della professione di infermiere, riservate o consentite dalla Legge ai liberi professionisti iscritti nel rispettivo Albo Professionale. Esso potrà compiere tutte le operazioni necessarie al raggiungimento dei fini sociali, esclusa nel modo più tassativo qualsiasi operazione o attività commerciale.

Articolo 3 – Sede

Lo Studio Associato ha sede in _____.

La sede potrà essere variata solo con deliberazione dell'Assemblea degli associati; nella stessa forma sarà deliberata l'istituzione di recapiti o di sedi secondarie.

Articolo 4 – Durata dello Studio Associato

La durata dello Studio Associato è a tempo indeterminato; esso potrà tuttavia essere sciolto in qualsiasi momento ai sensi del successivo art. 13. Ciascuno degli associati può recedere dallo Studio Associato, compatibilmente con le esigenze di svolgimento degli incarichi assunti nei confronti degli assistiti, dandone comunicazione scritta. Il recesso

avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo, fatta salva la possibilità di svolgimento, a seguito della comunicazione di cui sopra, dell'attività professionale in forma individuale e/o associata.

Articolo 5 – Doveri degli associati

Gli associati si obbligano a conferire nello Studio Associato tutta la loro attività professionale e tutti gli incarichi e mandati che abbiano ricevuto dalla clientela in ordine a prestazioni professionali rientranti nell'oggetto sociale. Ciascun associato si obbliga a non svolgere, né in proprio né per conto di altri o in altra forma associativa, attività concorrenziali con quelle dello Studio Associato. Nello svolgimento degli incarichi professionali gli associati dovranno rendere nota la loro appartenenza allo Studio Associato.

Tutti gli associati sono tenuti, sia singolarmente che come Studio Associato, alla precisa osservanza delle norme di deontologia professionale vigenti. L'associato o gli associati ai quali è stato affidato un incarico sono responsabili nei confronti degli altri della sua corretta esecuzione.

Articolo 6 – Responsabilità professionale e patrimoniale

Le responsabilità professionali e patrimoniali nei confronti dei clienti s'intendono assunte solidalmente da tutti gli associati; ciò anche se formalmente il mandato del cliente sia stato conferito a uno solo di essi. Tutte le responsabilità civili conseguenti a responsabilità penali o disciplinari rimangono personali del singolo associato titolare dell'incarico; le conseguenze economiche di qualsiasi contestazione o controversia saranno a carico dello Studio Associato il quale si rivarrà sul diretto responsabile solo in caso di dolo o colpa grave. Lo Studio Associato provvederà alla copertura dei rischi derivanti dall'attività professionale mediante la stipulazione di adeguate coperture assicurative.

Articolo 7 – Rappresentanza e amministrazione

L'amministrazione ordinaria e la rappresentanza dello Studio Associato di fronte ai terzi sono affidate in via disgiunta a ciascuno degli associati. Per l'amministrazione straordinaria dovrà provvedere l'assemblea degli associati che, nel dispositivo di delibera, autorizzerà uno o più associati ad agire in nome e per conto dello Studio Associato. La delibera assembleare potrà essere sostituita dalla firma congiunta di tutti gli associati.

Articolo 8 – Assemblea degli associati

Gli associati allo Studio costituiscono l'assemblea, la quale è indetta da qualsiasi membro mediante lettera raccomandata spedita agli altri membri almeno 5 giorni prima della riunione. Nella lettera dovranno essere indicati il giorno e l'ora della riunione e l'elenco delle materie da trattare; il luogo della riunione è la sede dello Studio.

L'assemblea si reputa comunque costituita regolarmente in ogni luogo quando siano presenti tutti i membri e se nessuno di essi si oppone. L'assemblea è presieduta da uno dei membri, designato di volta in volta, dagli altri; il presidente nomina un segretario incaricato di verbalizzare la discussione e le delibere conseguenti. Ogni associato ha

diritto a un voto nelle deliberazioni dell'assemblea. L'assemblea esprime la volontà degli associati su tutti gli argomenti demandati alla sua competenza. Il voto in assemblea deve essere palese. L'assemblea delibera sugli argomenti in discussione con la presenza e il voto favorevole di almeno la metà più uno degli aventi diritto al voto; è invece richiesta la presenza e il voto favorevole di almeno due terzi degli associati per:

- a) variazione della sede sociale;
- b) scioglimento dello Studio Associato;
- c) modifiche dello statuto.

L'assemblea si riunisce obbligatoriamente in via ordinaria almeno una volta all'anno per la discussione e l'approvazione del bilancio consuntivo e preventivo dello Studio.

Articolo 9 – Rendicontazione annuale

Entro 4 mesi dalla fine di ogni anno solare sarà redatto un conto consuntivo dell'attività svolta con riferimento alle somme effettivamente incassate o pagate nell'anno. A tale criterio di cassa si derogherà solo per quanto riguarda l'imputazione dei beni strumentali, dei canoni di locazione finanziaria e delle quote di accantonamento al fondo di trattamento di fine rapporto dei dipendenti per i quali si utilizzerà il criterio della competenza economica. L'utile così determinato sarà ripartito tra gli associati nella misura di cui all'art. 10; ogni associato ha diritto di prelevare a titolo di acconto nel corso dell'anno una quota fissata in via preventiva dall'assemblea degli associati.

Articolo 10 – Partecipazione agli utili

L'utile determinato in sede di approvazione del rendiconto annuale sarà ripartito fra gli associati in funzione dell'attività effettivamente svolta a favore dello Studio Associato. L'assemblea di approvazione del rendiconto approverà anche detti criteri di ripartizione che dovranno essere riportati nell'apposito verbale. Gli associati parteciperanno alle anticipazioni finanziarie necessarie all'inizio dell'attività nonché all'eventuale copertura delle perdite in misura paritaria.

Articolo 11 – Ammissione di nuovi associati

Possono essere ammessi in qualità di associati le persone fisiche aventi i seguenti requisiti:

- a) iscrizione all'Albo professionale;
- b) gradimento da parte di tutti gli altri associati.

Articolo 12 – Scioglimento del vincolo associativo

La qualità di associato si perde:

- a) per inadempienza grave dell'associato agli obblighi statutari e/o per mancanza o inosservanza dell'etica professionale;
- b) per cancellazione dall'Albo professionale;
- c) per dimissioni dell'associato da comunicarsi con le modalità di cui all'art. 4;
- d) per morte dell'associato, escluso ogni diritto di subentro da parte degli eredi e fatto salvo in ogni caso ogni loro diritto patrimoniale;

e) per impossibilità di prestare la propria opera professionale per malattia, invalidità o per qualsiasi altra incolpevole causa protrattasi ininterrottamente per oltre 6 mesi. L'inidoneità temporanea dell'associato, a norma della Legge assicurativa, non può comportare la sua esclusione; è comunque facoltà dello Studio stipulare con compagnie assicurative polizze che garantiscano lo Studio da infortuni, malattie o altri eventi degli associati. L'associato uscente (o i suoi eredi) ha diritto alla liquidazione patrimoniale per l'opera svolta a favore dello Studio Associato sulla base degli utili in corso e della situazione patrimoniale. Qualora trascorsi 3 mesi dalla data di recesso o di decesso non sia raggiunto un accordo amichevole tra le parti, tale questione sarà sottoposta a collegio arbitrale come previsto dal presente statuto.

Articolo 13 - Scioglimento dello Studio Associato

Lo Studio Associato si scioglie per il verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- a) venire meno della pluralità degli associati (a meno che l'unico associato decida autonomamente di proseguire nell'attività prevedendo la ricostituzione della pluralità degli associati entro 6 mesi);
- b) insanabile dissidio tra gli associati;
- c) deliberazione degli associati.

Articolo 14 - Collegio arbitrale

Le eventuali controversie tra gli associati o tra gli associati e i loro eredi, nascenti dall'applicazione del presente statuto, saranno decise da un Collegio arbitrale, amichevole compositore, composto da 3 membri scelti di comune accordo tra gli iscritti al Collegio IPASVI o all'Ordine dei Dottori Commercialisti. In caso di disaccordo il Collegio arbitrale sarà nominato su istanza della parte più diligente dal presidente del Collegio IPASVI.

2.3 L'ordinamento dei Collegi IPASVI e il loro ruolo nella libera professione infermieristica

L'espressione "Ordinamento professionale" indica l'organizzazione giuridica di una professione e più particolarmente quel complesso di principi e di norme che disciplinano le strutture, l'azione degli organismi professionali e i rapporti esterni e interni dei professionisti iscritti negli Albi o negli elenchi previsti dalle leggi.

Nel nostro sistema giuridico non tutte le attività professionali svolte liberamente sono disciplinate da siffatti ordinamenti, ma lo sono solamente quelle che adempiono ad un'importante funzione sociale, di volta in volta riconosciuta dal Legislatore.

Altro è il concetto di "Ordine/Collegio professionale": la locuzione indica, infatti, l'insieme dei professionisti iscritti a un Albo o elenco.

Gli organismi Professionali di governo dell'insieme dei professionisti iscritti all'Albo, si occupano di rappresentare la categoria verso l'esterno, promuoverne il prestigio sociale e professionale, conquistarle degli spazi all'interno della società, fornire strumenti e riferimenti professionali

agli iscritti, inviare rappresentanti nelle altre istituzioni e partecipare all'individuazione e definizione delle modalità inerenti la formazione professionale. Oltre alla suddetta funzione di sostegno alla collettività rappresentata, l'Ordine/Collegio professionale assume anche il ruolo di organizzatore e garante del corretto esercizio professionale e in tale veste si occupa di impartire le norme deontologiche agli iscritti, di punire la concorrenza sleale, di vigilare sulle regole consociative e sanzionare i comportamenti deontologicamente scorretti. In seguito all'abrogazione avvenuta nel periodo fascista e relativa costituzione delle corporazioni, gli Ordini professionali furono ricostituiti, con il DLgs C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, e suo regolamento di attuazione (D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221), al fine di garantire il corretto esercizio professionale nell'ambito sanitario e tutelare il diritto alla salute di colui che esprime bisogni di assistenza. Successivamente la Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, istituì i Collegi IPASVI in ogni provincia italiana, razionalizzando così gli Ordini allora esistenti. Gli Ordini e i Collegi professionali sono da annoverare tra gli Enti pubblici non economici di natura associativa, disciplinati da disposizioni speciali di diritto pubblico, istituiti in funzione strumentale e ausiliaria rispetto ai compiti assunti dallo Stato per il perseguimento e la garanzia dell'interesse dei cittadini alla correttezza dell'esercizio professionale del sanitario. Importante sottolineare che gli Ordini e i Collegi professionali sono Enti ad appartenenza obbligatoria, giacché necessariamente ne fanno parte tutti gli appartenenti alle rispettive categorie professionali, a prescindere dalle forme e modalità di esercizio della attività (dipendente pubblico, dipendente privato o libero professionale). Infatti il DLgs C.P.S. 233/1946 aveva previsto all'art. 8 che per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie fosse necessaria l'iscrizione all'Albo integrando la previsione dell'art. 2229 C.C., il quale prevede che la Legge determini le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi Albi o elenchi. Con l'art. 2, comma 3, della Legge 1º febbraio 2006, n. 43, si è definito che per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico - sanitarie e della prevenzione, è obbligatoria l'iscrizione all'Albo professionale anche per i pubblici dipendenti.

Commette reato di abusivo esercizio della professione, ai sensi dell'art. 348 C.P., colui che esercita - continuamente o occasionalmente, a pagamento o gratuitamente, non importa - senza essere iscritto al relativo Albo, un'attività che deve essere svolta soltanto da soggetti professionalmente qualificati.

Il Collegio IPASVI provinciale, attraverso il Consiglio Direttivo espleta le seguenti funzioni previste dall'art. 3 del DLgs C.P.S. 233/1946:

- compilare e tenere l'Albo del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;
- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza del Collegio;
- designare i rappresentanti del Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- cooperare con le autorità locali allo studio e all'attuazione dei provvedimenti che possono interessare il Collegio;
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'Albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;

- interpersi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.

Nell'ambito della libera professione infermieristica i Collegi IPASVI rappresentano la prima interfaccia professionale per l'infermiere che si accinge a intraprendere questa strada. Infatti, l'infermiere regolarmente iscritto all'Albo, dopo aver provveduto all'apertura della partita IVA, dovrà effettuare, entro 30 giorni, presso il proprio Collegio IPASVI di iscrizione, la comunicazione di inizio attività libero-professionale. Contestualmente si provvederà all'iscrizione obbligatoria all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPA-PI), che deve essere effettuata entro 60 giorni dalla data di inizio attività. L'Ordine professionale ha prioritariamente anche il mandato di vigilare sul corretto comportamento professionale e deontologico dei professionisti iscritti a tutela del cittadino. L'infermiere libero professionista si inserisce in un contesto che necessita, per la delicatezza della materia in questione, ovvero la salute, di essere vigilato sotto vari profili, quali, ad esempio, la correttezza dei messaggi pubblicitari, la rispondenza ai criteri di accreditamento ECM (in ossequio all'art. 33 della Legge 214/2011), il rispetto della libera concorrenza, della deontologia professionale, etc. Lo scenario del prossimo futuro prevedrà la costruzione dei criteri professionali per l'accREDITAMENTO del professionista infermiere presso il proprio Collegio IPASVI di appartenenza, ovvero la volontà dello stesso infermiere libero professionista di intraprendere un percorso di certificazione della propria professionalità, percorso poi verificato e periodicamente ri-verificato da parte del proprio Ordine di appartenenza, per presentarsi al proprio cliente con la massima garanzia professionale esperibile. Rispetto alle Società tra Professionisti (STP), descritte nel capitolo dedicato, il ruolo del Collegio IPASVI si configura primariamente rispetto alla tenuta dell'Albo speciale delle stesse e delle relative incompatibilità all'iscrizione dello stesso. Le STP, infatti, per poter operare, saranno tenute all'iscrizione nell'apposita sezione speciale dei registri tenuti presso il Collegio IPASVI di appartenenza secondo le modalità descritte nel capitolo 2.1.

Sotto l'aspetto disciplinare e deontologico, infine, il regolamento precisa che:

- il professionista socio rimane vincolato al proprio Codice Deontologico e in base ad esso risponde disciplinarmente;
- la società è responsabile, come tale, secondo le regole deontologiche dell'Ordine nel cui Albo è iscritta;
- la responsabilità disciplinare della società concorre con quella del socio professionista (anche se iscritto ad altro Albo rispetto a quello della società e, quindi, nell'ipotesi della STP multidisciplinare) nel solo caso di violazione deontologica ricollegabile a direttive impartite dalla società. Si ribadisce che le società multidisciplinari fanno riferimento all'Ordine relativo all'attività prevalente.

AREA 3

ASPETTI DI NATURA COMMERCIALE

Scopo del presente capitolo è definire le responsabilità e modalità da mettere in atto per assicurare che le specifiche contrattuali espresse dal cliente siano comprese e adeguatamente valutate e che esistano le competenze tecnico-organizzative necessarie per soddisfarle. In particolare è necessario evitare che si verifichino scostamenti tra quanto richiesto e quanto offerto dal cliente. Nel caso in cui questi sussistano, è necessario fare in modo che essi siano preventivamente concordati, sia dal punto di vista degli aspetti tecnico-operativi, sia per quanto concerne gli aspetti economici.

3.1 Gestione delle offerte

Nella gestione delle offerte pervenute all'attenzione del professionista infermiere, lo stesso dovrà tener conto di diversi fattori, nonché delle richieste del committente. Nel caso arrivino richieste di offerta ritenute urgenti, il professionista può decidere in completa autonomia se procedere o meno alla definizione di un contratto; in caso contrario, le richieste di offerta pervenute vengono esaminate al fine di verificarne la fattibilità prima di procedere all'approvazione.

L'esame di fattibilità della richiesta comprende i seguenti punti:

- competenza da parte degli infermieri di erogare le prestazioni professionali richieste;
- disponibilità delle risorse umane in funzione sia del tempo richiesto che della zona geografica di intervento.

Se l'esame di fattibilità risulta positivo gli infermieri avviano l'iter necessario per arrivare alla definizione di un contratto con il committente. Sarebbe opportuno che le valutazioni sia positive che negative, fossero registrate al fine di tracciabilità e di stimolo al miglioramento. Qualora dal committente fosse richiesto il preventivo, ai sensi dell' art. 9 D.L. 1/2012, è necessario riportare:

- referente;
- tipologia di attività;
- luogo di espletamento;
- orario di lavoro;
- tariffe;
- fatturazione/pagamenti;
- validità;
- eventuali note.

Il rapporto di natura libero professionale si basa sul cosiddetto *intuitus personae* che indica, nel linguaggio giuridico, quei rapporti contrattuali nei quali si ritengono di particolare rilevanza le qualità personali dei soggetti contraenti. Tali contratti, in quanto basati sulla fiducia personale, sono intrasmissibili. È tipicamente un contratto basato sull'*intuitus personae* il contratto di consulenza con un libero professionista, individuato sulla base non di una mera convenienza economica, quanto sull'affidamento che il cliente valuta relativamente alla qualità garantita nel-

l'esecuzione delle prestazioni professionali. Sotto questi aspetti non è dunque cogente la stipula di un contratto scritto, ma si ritiene utile provvedere alla formulazione dello stesso, qualora il rapporto professionale, per sua natura, configuri ad esempio prestazioni continuative, reiterate per tempi prolungati o di particolare complessità ed articolazione.

Qualora si rendesse utile la definizione di un contratto, si riporteranno:

- denominazione committente;
- premesse con indicazione attività;
- definizione attività;
- tempistica e orari intervento;
- compenso;
- sede di espletamento attività;
- validità;
- registrazione;
- controversie.

La firma dell'infermiere libero professionista o del responsabile dello studio sull'offerta costituisce evidenza del riesame effettuato e della conseguente capacità di rispettare i termini delle richieste presentate dal committente.

3.2 Gestione dell'ordine del committente

L'ordine del committente può essere formalizzato mediante:

1. firma per accettazione da parte del committente del contratto;
2. accettazione scritta da parte del cliente privato;
3. documentazione, se presente, inerente il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ).

In quest'ultimo caso, l'infermiere esamina i dati in esso contenuti per verificarne la completezza e univocità in relazione a quanto indicato nel contratto.

La firma, quindi, costituisce evidenza del riesame effettuato e della conseguente capacità dello studio/ società e/o del professionista di rispettare i termini del contratto. Unitamente al contratto fatto con il committente, vengono distribuite le informative sulla privacy e si raccoglie il consenso informato all'atto sanitario.

Esempio di contratto tra singolo professionista infermiere e struttura

CONTRATTO PER IL SERVIZIO INFERMIERISTICO TRA

Il Sig. _____ che interviene nel presente atto quale Presidente Legale Rappresentante della (nome struttura) _____

E

Il Sig. _____ in qualità di Infermiere, iscritto all'Albo Professionale del Collegio IPASVI di _____ con la posizione n. _____,

partita IVA n. _____, che interviene nel presente atto in nome, per conto e interessi propri.

Si stipula il seguente accordo contrattuale:

- a) L'Amministrazione della (denominazione struttura)_____affida al Sig. _____l'incarico per il servizio infermieristico da espletare all'interno _____(struttura di riferimento) a favore di _____(anziani residenti/pazienti). Al rinnovo del presente contratto dovrà essere prodotta la documentazione attestante il conseguimento dei crediti previsti dal programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) previsti dalla normativa vigente.
- b) Tale servizio sarà caratterizzato da prestazioni qualificate e professionali in quanto il soggetto è stato dichiarato idoneo allo svolgimento di tal compiti.
- c) La prestazione si svolgerà attraverso una serie di opere reiterate nel tempo.
- d) Le attività alle quali sarà adibito il soggetto consisteranno in quelle previste dalla Legge vigente (DM 739/94, Codice Deontologico dell'infermiere e Legge 42/99).
- e) La programmazione di tali attività è stata concordata tra la Direzione della struttura, il Responsabile sanitario e il professionista, con il rispetto degli interessi reciproci.
- f) Tale programmazione è stata inserita in più ampio piano di lavoro che ha scopo principale l'assistenza _____(tipologia specifica es. pz. anziani), ed è stata negoziata in modo tale da inserirsi in maniera organica ed armoniosa con il personale infermieristico già operante presso la struttura.
- g) Le attività dei punti precedenti verranno eseguite senza vincolo di subordinazione e il professionista potrà determinare, d'accordo con i soggetti di cui al punto f), le modalità e i tempi di svolgimento delle stesse.
- h) La prestazione lavorativa obbliga le parti al compimento di tutti gli atti accessori che, se pur non richiesti, garantiscono l'effettivo coordinamento della prestazione lavorativa con l'attività della struttura committente il servizio.
- i) Il professionista infermiere si impegna ad effettuare le prestazioni previste dalla propria qualifica secondo l'orario ritenuto più confacente in funzione del fabbisogno degli utenti della struttura.
- j) Il conferimento del presente incarico di contratto professionale senza subordinazione (art. 49, comma 2, DPR 22.12.1986 n. 917 - dell'art. 2222 e seguenti del C.C.) non instaura alcun rapporto di lavoro dipendente o subordinato con il committente.
- k) Il professionista, in relazione alla realizzazione delle prestazioni oggetto del presente contratto, è tenuto ad usare la diligenza media del professionista intellettuale, ai sensi dell'art. 1176 C.C. e nel rispetto del Codice Deontologico dell'infermiere.
- l) Al professionista verrà corrisposto un compenso forfettario mensile di _____€ al netto del contributo all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI) del ____% (possibilità di inserire un rimborso spese forfettario di _____€ al giorno per le spese sostenute in regime di pronta disponibilità notturna e diurna). Le prestazioni sanitarie verranno corrisposte ad €_____/ora. Le prestazioni rese dal professionista saranno fatturate mensilmente e liquidate entro i successivi 30

giorni. Il compenso liquidato mensilmente subirà, ad opera del soggetto erogante, una ritenuta a titolo di acconto di imposta in misura pari al 20% del compenso, in base all'art. 25 DPR 633/72 e successive modificazioni. La ricevuta rilasciata per tali prestazioni sanitarie è soggetta a imposta di bollo ma è esente da IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1 del DPR di cui sopra.

m) Il presente contratto avrà la durata dal _____al_____ con facoltà di recesso per entrambe le parti, previo preavviso di trenta giorni. Il contratto si intende automaticamente rinnovato alla scadenza, qualora la struttura (denominazione) o l'affidatario non manifestino formalmente la volontà di non volerlo rinnovare, almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

n) Il professionista è interamente responsabile di ogni danno arrecato all'Ente, agli assistiti e/o a terzi, nell'espletamento dei servizi professionali oggetto d'appalto e deve a proprie spese sottoscrivere apposita polizza assicurativa, sia di natura personale-professionale che per eventuali danni a cose o a persone arrecati all'interno della struttura. In ossequio alla normativa vigente gli estremi della polizza di Responsabilità Civile Professionale sono i seguenti:

Compagnia assicuratrice:_____

Polizza n. :_____

Massimale assicurato:_____

Restano a carico dello stesso in misura intera anche i contributi previdenziali e assistenziali previsti.

o) Il professionista dichiara, sotto la propria responsabilità e con riferimento all'incarico ricevuto, di non avere ragioni ostative allo svolgimento dello stesso e di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità prevista dalle norme vigenti.

p) Per la definizione delle controversie derivanti dall'esecuzione del contratto, di cui il presente capitolato speciale è parte integrante, è competente il Foro di _____. E' escluso l'arbitrato.

q) Le parti riconoscono che le clausole tutte di cui al presente incarico sono essenziali e tra loro indipendenti. L'inadempimento di una soltanto di esse darà diritto alla parte adempiente di risolvere il presente contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile.

r) Il presente contratto sarà soggetto a registrazione in caso d'uso secondo quanto previsto dalle vigenti disposizioni di Legge in materia. Le relative spese saranno a carico di_____.

Letto, approvato e sottoscritto in data _____

Il Committente

Il Professionista

Esempio di contratto tra Studio Professionale / Cooperativa / STP e un Ente

CONTRATTO PER IL SERVIZIO INFERMIERISTICO TRA

Lo Studio professionale / Cooperativa / STP_____ con sede in
_____Via_____ P.IVA N°_____ in persona del suo Presidente legale rappre-
sentante Sig. _____nato a _____ il _____ e residente a_____ in
via_____.

E

L'Ente_____, con sede in _____CF_____
in persona del suo Legale Rappresentante nato a _____il _____resi-
dente a _____ in via _____.

PREMESSO CHE:

- Lo Studio professionale / Cooperativa / STP_____presta servizi socio-sani-
tari, infermieristici e riabilitativi in struttura, a domicilio e in ambulatorio
- L'Ente_____ intende attivare il servizio infermieristico nel settore
_____ (es. cure palliative).

Si conviene e si stipula il seguente accordo contrattuale:

1) OGGETTO E MODALITA' DEL SERVIZIO

Lo Studio professionale / Cooperativa / STP_____ si obbliga a fornire all'Ente
_____i servizi richiesti in autonomia.

Il servizio comporterà l'esecuzione di tutte le attività previste e permesse secondo il DM
739/94 e il Codice Deontologico dell'infermiere.

Le attività saranno mediamente di _____ore settimanali.

2) DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto avrà durata dal _____al_____ e potrà essere prorogato o
rinnovato solamente tramite atto scritto, restando inteso che ognuna delle parti potrà
recedere dal contratto, previa comunicazione scritta da inoltrare con almeno 30 giorni
di preavviso.

3) DETERMINAZIONE DEL COMPENSO E MODALITA' DI PAGAMENTO

Il compenso del servizio sopra individuato viene concordato dalle parti e deve prevedere
gli oneri previdenziali.

Il pagamento avverrà su presentazione di regolare fattura, entro 30 giorni dalla data di
ricevimento della stessa.

4) DISPOSIZIONI GENERALI SUL SERVIZIO

Nell'esecuzione dell'incarico, i professionisti sono tenuti al segreto professionale e al corretto trattamento dei dati personali, sulla base della normativa vigente e del Codice Deontologico.

L'Ente committente non risponde, né in via diretta, né in via sussidiaria, degli eventuali infortuni occorsi allo stesso e dei danni causati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale. Lo Studio professionale / Cooperativa / STP è interamente responsabile di ogni danno arrecato all'Ente, agli assistiti e/o a terzi, nell'espletamento dei servizi professionali oggetto d'appalto e deve a proprie spese sottoscrivere apposita polizza assicurativa, sia di natura personale-professionale che per eventuali danni a cose o a persone.

In qualsiasi caso, segnatamente nell'eventualità di malattia o altri impedimenti dell'infermiere designato, lo Studio professionale / Cooperativa / STP garantirà la continuità del servizio nei termini qui convenuti, impegnandosi alla tempestiva informazione degli sviluppi del caso.

5) CLAUSOLA FINALE

Qualsiasi modifica alle presenti condizioni dovrà risultare da atto scritto firmato dalle parti.

Letto, confermato e sottoscritto in data _____

Luogo, _____

Per lo Studio professionale / Cooperativa / STP

Per l'Ente

3.3 Linee guida sulla pubblicità sanitaria

L'infermiere libero professionista, nell'esercizio dell'attività può avvalersi della pubblicità sanitaria nelle diverse forme consentite, quale strumento per la divulgazione della propria opera professionale al cittadino e alle strutture. Per l'utilizzo di tale strumento, è richiesto al professionista di attenersi a delle regole non solo di natura giuridica, ma anche di natura deontologico professionale, con lo scopo di mantenere un'immagine corretta della professione, utilizzando forme pubblicitarie e linguaggi consoni ad una professione intellettuale. Con tale fine, la Federazione Nazionale, sulla base anche delle recenti modifiche della normativa riguardante tale tematica, ha emanato le linee guida sulla pubblicità sanitaria, di seguito riportate, alle quali ogni infermiere libero professionista deve attenersi. La Federazione Nazionale Collegi IPASVI, nell'esercizio delle proprie prerogative istituzionali,

vista la normativa vigente ed in particolare il D.L. 4 luglio 2006, n. 223, "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale" (c.d. decreto Bersani) convertito in Legge con modificazione della Legge 4 agosto 2006, n. 248;

visti gli artt. 42, 43, 44, 45 e 46 del Codice Deontologico dell'infermiere;

visto l'art. 10, comma 1, del DLgs 9 aprile 2003 n. 70 riguardante l'"Attuazione della Direttiva 2000/31/CE relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione nel mercato interno, con particolare riferimento al commercio elettronico";

viste le linee guida di indirizzo per l'utilizzo del marchio emanate dalla FNC;

visto l'art. 16, comma 7, della Legge 28 gennaio 2009, n. 2, sulla "Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e imprese e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale.";

visti, da ultimo, la Legge 24 marzo 2012, n. 27, che ha abrogato le tariffe professionali, ed il D.P.R. 7 agosto 2012, n. 237, e in particolare l'art. 4, che disciplina la libera concorrenza e la pubblicità informativa per le professioni regolamentate;

considerato che molte società di servizi adottano forme di pubblicità in contrasto con la normativa vigente a discapito dei professionisti tenuti al rispetto delle regole di correttezza professionale;

tenuto conto che la realtà del lavoro degli infermieri liberi professionisti ha subito significative ricadute dopo la pubblicazione della Legge Biagi, nell'interpretazione datale dalla sentenza del Tar Piemonte n. 2711 del 27.6.2006 con particolare riferimento all'iscrizione all'Albo ministeriale di cui all'art. 1 del D.M. 13608 del 23.12.2003;

vista la comunicazione del Direttore Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie, del Ministero della Salute del 1° febbraio 2007, dott. Giovanni Leonardi, la quale ha disposto che: "La disciplina sulla Pubblicità Sanitaria, ai sensi della normativa su richiamata, è adesso demandata agli Ordini e Collegi Professionali";

ha elaborato

le seguenti linee guida per consentire ai Collegi provinciali l'esercizio dell'azione di vigilanza nel rispetto delle regole deontologiche e dei codici di autodisciplina, affinché, anzitutto nell'interesse del cittadino e del diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, nonché a tutela della

professionalità della classe infermieristica, la pubblicità venga realizzata secondo criteri di trasparenza e di veridicità delle qualifiche professionali e delle prestazioni effettuate.

Art. 1 OGGETTO

1. Le presenti linee guida sono riferite a tutte le forme di pubblicità sanitaria, effettuata con qualsiasi mezzo di diffusione, compresa la carta intestata, utilizzate dagli infermieri liberi professionisti nell'esercizio della professione, svolta in forma individuale, in forma associata o all'interno di cooperative sociali.

Art. 2 DEFINIZIONI

Pubblicità

Per pubblicità s'intende qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, avente lo scopo diretto o indiretto di promuovere le prestazioni professionali in forma singola o associata, qualunque sia la modalità associativa adottabile per l'esercizio della professione. La pubblicità deve essere, in ogni caso, riconoscibile, veritiera e corretta e può avere ad oggetto le specializzazioni professionali, la struttura dello studio e compensi richiesti, comprese modalità ed eventuali costi del preventivo obbligatorio per Legge.

Pubblicità ingannevole

Si intende qualsiasi forma di pubblicità che in qualunque modo, sia idonea ad indurre in errore la generalità dei cittadini, influenzandone il comportamento e le scelte in ordine a costi, caratteristiche, entità e modalità di erogazione delle prestazioni del personale infermieristico.

Pubblicità comparativa

Qualsiasi pubblicità che, allo scopo di promuovere i servizi di chi li effettua, li pone a confronto in modo esplicito o implicito con quelli offerti da uno o più soggetti concorrenti.

Informazione sanitaria

Qualsiasi notizia utile e funzionale al cittadino per la scelta libera e consapevole dei professionisti e dei servizi da essi offerti. Le notizie ed informazioni fornite devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività.

Art. 3 ELEMENTI COSTITUTIVI DELL'INFORMAZIONE SANITARIA

1. L'infermiere libero professionista su ogni comunicazione informativa è tenuto ad inserire:

- nome e cognome;
- titolo professionale ed eventuali specializzazioni, compresi i titoli comunque attinenti alla professione;
- sede dell'attività, struttura dello studio professionale, comprese le eventuali diverse;
- professionalità operanti nel medesimo, gli orari di apertura, le modalità di prenotazione;
- domicilio professionale.

2. Può essere pubblicata la mappa stradale di accesso alla sede di esercizio.

3. Possono essere citate eventuali convenzioni stipulate con enti o associazioni di mutualità volontaria (ad esempio fondi sanitari integrativi di grandi aziende).

4. Ai fini di chiarezza informativa nell'interesse dell'assistito, è sempre consigliabile da parte dell'infermiere l'uso del cartellino o analogo mezzo identificativo.

5. L'informazione tramite siti internet deve rispettare i requisiti stabiliti dal D.Lgs 70 del 9 aprile 2003 e deve contenere nella home page, con caratteri e modalità grafiche che agevolino il reperimento immediato:

- il nome e cognome dell'infermiere ovvero la denominazione o la ragione sociale dello studio associato;
- il domicilio o la sede legale;
- i dati di contatto rapido e diretto, compreso l'indirizzo di posta elettronica;
- la Posta Elettronica Certificata (d'ora innanzi PEC), obbligatoria ai sensi di Legge (Decreto Legge 185 del 2008 "Riduzione dei costi amministrativi a carico delle imprese", convertito con modificazioni con la Legge 28 gennaio 2009, n. 2);
- il Collegio provinciale presso cui il professionista è iscritto e il numero di iscrizione;
- gli estremi della laurea o titolo equipollente;
- il numero di partita IVA;
- gli estremi dell'autodichiarazione da inviarsi, entro e non oltre trenta giorni dall'attivazione del sito, al Collegio provinciale avente ad oggetto la conformità del sito internet ai requisiti qui stabiliti.

6. I siti devono essere registrati su domini nazionali italiani e/o europei, a garanzia dell'individuazione dell'operatore e del committente.

7. Il Collegio provinciale si riserva il diritto di ogni più opportuna verifica anche attraverso la Polizia Postale.

8. In caso di utilizzo dello strumento internet è raccomandata la conformità dell'informazione fornita ai principi dell'HONCode, ossia ai criteri di qualità dell'informazione sanitaria in rete, reperibili al sito <http://www.hon.ch/HONcode/Italian/>.

Art. 4 UTILIZZO DELLA POSTA ELETTRONICA PER MOTIVI ASSISTENZIALI

1. L'utilizzo della posta elettronica (e-mail), nei rapporti con i pazienti è consentito purché sia assicurata la riservatezza sui dati degli stessi e comunque nel rispetto delle norme vigenti in materia di tutela dei dati personali (D.Lgs 196/2003).

2. In particolare devono essere rispettate le seguenti condizioni:

- è vietata qualsiasi forma di divulgazione ad altri assistiti, a terzi, alla Pubblica Amministrazione di dati personali, assistenziali e farmacologici di un assistito;
- è vietato fornire a terzi o divulgare in qualsiasi modo l'indirizzo di posta elettronica degli assistiti, in particolare a fini pubblicitari.

3. L'uso della posta elettronica nei rapporti tra colleghi è consentito a sola finalità di consultazione e consulenza, purché sia garantito l'anonimato dell'assistito.

Attesi, da un lato, i profili di responsabilità professionale potenzialmente derivanti da quanto sopra e, dall'altro, il valore di legale conoscenza che la comunicazione tramite PEC ha assunto, si consiglia di utilizzare prevalentemente tale strumento.

Art. 5 FORME DI PUBBLICITA' CONSENTITA

1. Nel messaggio pubblicitario possono essere indicati eventuali titoli di specializzazione e di carriera, nonché ulteriori titoli professionali ottenuti con formazione post-base.

2. Si può fare menzione della particolare area specialistica di attività nonché delle attività professionali svolte in passato e della loro durata. Sia il tipo, che la durata delle attività svolte, devo-

no essere comprovabili mediante idonea certificazione rilasciata dalla struttura o istituzione presso la quale sono state effettuate. In tal caso l'infermiere è tenuto a farsi rilasciare la documentazione prima di farne menzione nella comunicazione pubblicitaria e a conservarla.

3. E' possibile menzionare e illustrare le caratteristiche e le eventuali competenze multidisciplinari dello studio.

4. Il Collegio provinciale competente valuterà la conformità dei messaggi e delle informazioni pubblicitarie unitamente all'eventuale uso di segni distintivi diversi dal simbolo IPASVI, cui la struttura professionale ritenesse di far ricorso.

5. Resta in ogni caso vietata la pubblicità di attività non facenti parte degli ambiti individuati all' art. 2 delle presenti linee guida sulla pubblicità sanitaria, nonché messaggi ed informazioni pubblicitarie manifestamente di fantasia o di natura meramente reclamistica, che possano attrarre assistiti sulla base di indicazioni non corrette e veritiere.

6. Ove l'iscritto eserciti l'attività in modo non saltuario in una provincia diversa da quella del Collegio di iscrizione, tutte le valutazioni, i pareri e le prescritte autorizzazioni di cui alle presenti linee guida devono essere date e rilasciate dal Collegio nella cui circoscrizione viene svolta l'attività.

7. Le targhe affisse all'esterno dello studio professionale, fatti salvi gli obblighi di Legge e quelli eventualmente derivanti da regolamenti locali, devono essere conformi allo schema allegato alle presenti linee guida.

Art. 6 MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ PUBBLICITARIA

1. Quale che sia il mezzo o lo strumento comunicativo usato dal professionista:

- è vietata la pubblicità ingannevole, compresa la pubblicazione di notizie e informazioni che creino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili, o che possano procurare timori infondati, spinte consumistiche o comportamenti inappropriati;
- è vietata la pubblicazione di notizie e informazioni che rivestano i caratteri di pubblicità personale surrettizia, artificialmente mascherata da informazione sanitaria;
- è vietata la pubblicazione di notizie e informazioni lesive della dignità e del decoro della professione o comunque eticamente disdicevoli;
- è vietato ospitare spazi pubblicitari a titolo commerciale, con particolare riferimento ad aziende produttrici di farmaci, dispositivi o tecnologie operanti in campo sanitario;
- è vietato ospitare sul sito internet, oltre agli spazi pubblicitari appena detti, link riferibili ad attività pubblicitaria di aziende operanti in campo sanitario;
- è vietata in ogni caso la pubblicizzazione o la vendita, sia in forma diretta, che attraverso il sito internet ed i link in esso contenuti, di prodotti, dispositivi, strumenti e di ogni altro bene o servizio resi da soggetti diversi dall'autore della comunicazione pubblicitaria.
- i mezzi e le modalità utilizzati per la pubblicità informativa devono attenersi alle indicazioni contenute nel Codice Deontologico IPASVI, nel rispetto del decoro professionale, della trasparenza e della veridicità nei messaggi pubblicitari.

2. E' consentito diffondere messaggi informativi contenenti le tariffe delle prestazioni erogate, fermo restando che le caratteristiche economiche di un'attività non devono costituire aspetto esclusivo del messaggio informativo. E' altresì consentito fare riferimento a modalità, eventualmente anche gratuite, di redazione del preventivo di massima.

Art. 7 MESSAGGI PUBBLICITARI SU EMITTENTI RADIOFONICHE E TELEVISIVE NAZIONALI E LOCALI, SU ORGANI DI STAMPA O ALTRI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE DI DIFFUSIONE DELLE NOTIZIE

In caso di informazione sanitaria effettuata attraverso lo strumento radio-televisivo, gli organi di stampa o altri mezzi di comunicazione, l'infermiere libero professionista che vi prende parte a qualsiasi titolo, sempre e comunque nel rispetto del Codice Deontologico, non deve utilizzare la stessa informazione per la promozione o lo sfruttamento pubblicitario del suo nome e/o della propria attività e/o del nome e attività di colleghi.

Art. 8 VERIFICA E VALUTAZIONE DEONTOLOGICA DA PARTE DEL COLLEGIO PROVINCIALE

1. Gli infermieri liberi professionisti iscritti ai Collegi provinciali sono tenuti al rispetto delle presenti linee guida al fine di semplificare la verifica e il rispetto delle stesse e del Codice Deontologico nonché la trasparenza e correttezza dei messaggi.

Gli interessati dovranno richiedere una valutazione preventiva, da presentare ai rispettivi Collegi di appartenenza, sulla rispondenza, per forma e contenuti, della propria comunicazione pubblicitaria alle norme del Codice Deontologico. Ricevuta la suddetta richiesta, il Collegio provinciale provvederà senza indugio, motivando adeguatamente l'eventuale parere negativo, fatto salvo quanto stabilito all'art. 5, comma 5. E' comunque vietata la pubblicità meramente auto-celebrativa e comparativa.

2. L'inosservanza di quanto previsto dalle presenti linee guida, è passibile di sanzioni disciplinari a norma delle Leggi e dei Regolamenti vigenti.

Fac simile richiesta di nulla osta per comunicazione pubblicitaria



Spett. Collegio IPASVI di

Via

CAP Città.....

GENERALITA DEL RICHIEDENTE

Lo Studio Associato.....

La Cooperativa.....

con sede a..... in via.....

Il cui referente infermieristico è il Dott./Sig./ra.....

Il/La sottoscritto/a Libero/a Professionista/Titolare dello Studio Infermieristico Individuale

Nome e Cognome.....

Nato/a a.....
Residente a.....in via.....
Telefono.....Fax.....E-mail.....
Partita IVA.....
Iscritto al Collegio IPASVI.....dal.....n°.....

CHIEDE IL NULLA OSTA ALLA PUBBLICITA SANITARIA

per il seguente intervento:

- > Esposizione targa pubblicitaria nel Comune di.....
- > Inserzione su elenchi telefonici e generali di categoria
- > Timbro
- > Siti Internet e posta elettronica
- > Periodici professionali/periodici di informazione/quotidiani

Allega all'uopo:

- il testo pubblicitario per il quale si richiede il nulla osta
- il fac simile inerente all'intervento richiesto

Luogo.....

Data.....

Firma.....

Facsimile richiesta di nulla osta - targa



Spett.le Collegio IPASVI di

Via.....

Cap.....Citta.....

RICHIESTA D'AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITA' SANITARIA

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

Lo Studio Associato.....

La Cooperativa.....

con sede a.....in via.....

il cui referente infermieristico.....

Il /La sottoscritto/a Libero/a professionista/ Titolare dello Studio Infermieristico individuale.....

Il/La sottoscritto/a

Nato a.....il.....

Residente a.....in Via.....

Telefono.....Fax.....E-mail.....
Partita IVA.....
Iscritto al Collegio IPASVI di dal.....n.°.....

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITA' SANITARIA

per il seguente intervento:

Esposizione targa pubblicitaria delle dimensioni.....
nel Comune di Via.....n.°.....

Allega all'uopo:

Fac simile di targa

Luogo..... Data.....

Firma.....

Ai sensi dell'art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per mendaci dichiarazioni o false attestazioni, dichiaro che le informazioni fornite sono veritiere.

Informativa sulla privacy

Ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che la interessano e l'esercizio dei connessi diritti e obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, comma 5, del DLgs 196/2003, i suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell' Ente, nei limiti stabiliti da Leggi o regolamenti. In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica o l'aggiornamento.

Titolare del trattamento è il Presidente del Collegio IPASVI.....
Luogo.....Data.....Firma.....

Caratteristiche generali della targa

Forma compatta.

Dimensione: non superiore a 3.000 cm² (max 50X60 cm.).

Caratteri: stampatello non superiore a 8 cm.

Non luminosa.

Non nomi di fantasia.

Consentiti nomi di riferimento geografico (toponomastici).

Non si possono usare abbreviazioni, né del titolo professionale, né del nome proprio o dello Studio. Il segno distintivo, ovvero il simbolo IPASVI da utilizzare, è quello di cui all'art. 7 delle Linee Guida di indirizzo per l'utilizzo del Marchio approvate nel C.C. del 26 novembre 2011. L'eventuale uso di diverso segno distintivo è soggetto all'approvazione da parte del Collegio territoriale.

Fac simile targa di studio associato



Fac simile targa ambulatorio infermieristico



Nota: per l'apertura di un ambulatorio sanitario è necessaria l'autorizzazione dell'amministrazione sanitaria (ASL, AUSL, ULSS, ecc.) che andrà riportata sulla targa.

Fac simile targa singolo professionista



Nota: qualora il professionista, per esercitare decida di aprire un ambulatorio, sarà necessaria l'autorizzazione dell'amministrazione sanitaria (ASL, AUSL, ULSS, ecc.) che andrà riportata sulla targa.

Fac simile biglietti da visita



STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO

.....

DEGLI INFERMIERI E ASSOCIATI

(opzionale inserire eventuali specializzazioni o titoli accademici acquisiti con le diciture "esperto in, master in o con riferimento diretto es. Infermiere Coordinatore in luogo di Master in Coordinamento)

INDIRIZZO (indicare Via, n° civico, Comune

Telefono

P.IVA e Codice Fiscale

email pec

Parere di conformità della pubblicità sanitaria ai canoni di correttezza del Collegio IPASVI di.....
(OVE NECESSARIO) Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n°... del....

Nota 

Nota: qualora il professionista, per esercitare decida di aprire un ambulatorio, sarà necessaria l'autorizzazione dell'amministrazione sanitaria (ASL/AUSL, ULSS, ecc.) che andrà riportata anche sulla targa.



INFERMIERE

.....

(opzionale inserire eventuali specializzazioni o titoli accademici acquisiti con le diciture "esperto in, master in o con riferimento diretto es. Infermiere Coordinatore in luogo di Master in Coordinamento)

INDIRIZZO (indicare Via, n° civico, Comune

Telefono

P.IVA e Codice Fiscale

email pec

Parere di conformità della pubblicità sanitaria ai canoni di correttezza del Collegio IPASVI di.....
(OVE NECESSARIO) Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n°... del....

Nota 

Nota: qualora il professionista, per esercitare decida di aprire un ambulatorio, sarà necessaria l'autorizzazione dell'amministrazione sanitaria (ASL/AUSL, ULSS, ecc.) che andrà riportata anche sulla targa.

L'eventuale utilizzo di carta intestata deve prevedere i contenuti presenti nei format dei biglietti da visita qui esemplificati.

3.4 Elementi per la determinazione del compenso professionale

Il tariffario professionale, inteso come predeterminazione del costo di ogni singola prestazione del professionista, con particolare riferimento al minimo, costituiva, di per sé, una misura di dignità e del decoro dell'iscritto all'ordine e della intera categoria; anche una sola caduta rispetto a tali valori minimi, operata dal professionista nei confronti di un cliente, poteva conseguentemente, condurre ad una sanzione ordinistica tout court. Oggi, dopo che l'art. 9, comma 1, del D.L. 24 gennaio 2012 n. 1, ha abrogato tutte le tariffe relative alle professioni regolamentate nel sistema ordinistico, scrivere o anche solo riferirsi a tariffe professionali, oltre a sembrare un nostalgico esercizio retorico, costituisce un pericolo sul piano della legittimità del contratto con il cliente. Infatti, con il D.L. n. 1/12, si è completato il percorso di smantellamento della disciplina tariffaria iniziato nel 2006 con il Decreto Bersani (D.L. 4 luglio 2006, n. 223 convertito dalla Legge 4 agosto 2006 n. 248) e proseguito con il Decreto Legge n. 138/2011, convertito con Legge n. 148/11 e poi con la Legge n. 183/11 (Legge di stabilità), sancendosi tra l'altro che: **"Art. 9 comma 1: Sono abrogate le tariffe delle professioni regolamentate nel sistema ordinistico. Comma 2: Ferma restando l'abrogazione di cui al comma 1, nel caso di liquidazione da parte di un organo giurisdizionale, il compenso del professionista è determinato con riferimento a parametri stabiliti con decreto del Ministro Vigilante (per gli Infermieri, il Ministero della Salute) da adottare nel termine di 120 giorni successivi alla data di entrata in vigore della Legge di conversione del presente decreto. (...)"**

La vera novità del nuovo sistema è dunque rappresentata dalla mancanza di punti di riferimento concreti cui ancorare la determinazione dei compensi nel dettaglio, con la conseguenza pratica di una delega in bianco alla negoziazione tra professionista e cliente per la soluzione del difficilissimo compito di dare il giusto valore all'attività intellettuale spesa in quello specifico intervento. L'unico ausilio alla causa dell'oggettività potrebbe essere fornito dall'emanazione dei parametri ministeriali indicati dalla Legge sopracitata, ma con l'avvertimento che il valore medio da essi espresso, oltre ad essere generico, è tutt'altro che vincolante per le parti, che sempre potranno discostarsene anche in modo consistente. Il vero valore aggiunto dei suddetti parametri ministeriali, però, è dato dalla loro utilizzabilità da parte del giudice e ciò può avvenire, in buona sostanza, in due casi: a) in sede di liquidazione di una consulenza resa dal professionista al giudice stesso (la cosiddetta CTU, Consulenza Tecnica d'Ufficio); b) in una sentenza, resa al termine di un contenzioso, dove viene stabilito quanto il cliente moroso deve pagare al professionista che lo ha citato, nel caso in cui le parti non avessero concordato nulla in corso di mandato. Va ancora detto che, non appena verranno emanati i parametri ministeriali, l'infermiere potrà riferirsi nel proprio preventivo al cliente a tali parametri, pur nella loro non analiticità, stabilendo anche con il cliente (in modo trasparente e, si consiglia, per iscritto) che vi potranno essere, una volta avuta la reale misura della tipologia di attività svolta, eventuali "aggiustamenti", purché motivati e coerenti con i parametri base adottati. Nel testo originale della riforma, tale possibilità di richiamo a parametri prefissati non era possibile, ma lo è diventata con l'eliminazione dal nuovo testo dell'art. 9 del D.L. 24 gennaio 2012, n. 1, operata con Legge di conversione 27/2012, della drastica dicitura secondo cui **"L'utilizzazione dei parametri nei contratti individuali tra professionisti e consumatori o microimprese, dà luogo alla nullità della clausola relativa alla determinazione del compenso"**. Vero quanto sopra, va però precisato che, nei rapporti tra infermiere e cliente, vale come Legge tra le parti esattamente quello che si è pattuito, anche se enormemente al di sotto di ogni parametro ed ogni logica. In altre parole, non sarà possibile in nessun caso proteggere il professionista da un accordo economico inopportuno che egli abbia sottoscritto con il

committente, in quanto nel contratto professionale vale il principio latino per cui *pacta sunt servanda*, ossia gli accordi vanno rispettati. Con l'ulteriore conseguenza che, se i prezzi applicati sono indecorosi e sventanti per la stessa immagine dell'infermiere, l'Ente Professionale avrebbe persino titolo per intervenire in sede disciplinare sull'iscritto il quale, con il suo comportamento, ha in tal modo arrecato danno alla intera categoria, abbassando il valore percepito della stessa nell'opinione pubblica.

Nella redazione della presente procedura è stata tenuta in considerazione la seguente normativa di settore, con la relativa giurisprudenza di riferimento:

- profilo professionale dell'infermiere - D.M. 739 del 14/09/1994;
- disposizioni in materia di professioni sanitarie - Legge n. 42 del 26/02/1999;
- Codice Deontologico dell'infermiere - 2009;
- Ordinamenti Didattici vigenti e formazione post-base - Decreto 2/04/2001;
- disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica - Legge n. 251 del 10/08/2000;
- disposizioni urgenti in materia sanitaria - Legge n. 1/2002;
- D.L. 223 del 4/07/2006 (c.d. Legge Bersani-bis);
- D.L. 1/2012 conv. Legge n. 27/2012 - art. 9;
- Direttiva 93/123/CE;
- giurisprudenza nazionale e comunitaria;
- norme di comportamento per l'esercizio libero professionale (Federazione Nazionale Collegi IPASVI e Collegi provinciali).

Nell'elaborazione concettuale di parametri per la determinazione dei compensi professionali occorrerà tenere conto, dunque, di altri elementi.

ELEMENTI DA CONSIDERARE NELLA QUANTIFICAZIONE DEL COMPENSO

- 1) Articolazione e responsabilità delle attività e /o dei servizi erogati.
 - 2) Livelli di complessità assistenziale.
 - 3) Continuità assistenziale.
 - 4) Competenze specifiche (specializzazioni certificate e/o certificabili).
 - 5) Costi connessi allo svolgimento della prestazione; programmabilità dell'intervento in base alle disponibilità del cliente e/o alla natura dell' intervento stesso (orario, frequenza, etc.).
 - 6) Richieste di urgenza e/o tempestività e/o notturno.
 - 7) Eventuali rimborsi e spese sostenute (ad es. dispositivi sanitari se non forniti dal cliente, etc.).
 - 8) Carico previdenziale.
 - 9) Costi di copertura assicurativa professionale di responsabilità civile.
 - 10) Costi connessi all'aggiornamento professionale e all'organizzazione e gestione del lavoro.
- Accanto ai suddetti parametri intrinseci, si possono utilizzare in concomitanza altri quattro criteri estrinseci di parametrizzazione dell'onorario:
- **parametrizzazione a prestazione:** la tariffa si applica di norma nei casi di precise prestazioni tecniche erogate in via estemporanea o comunque secondo modalità non riconducibili alle altre formule organizzative contemplate di seguito;
 - **parametrizzazione ad accesso:** per le prestazioni o attività multiple, non ricomprese in un apposito piano

o progetto, eseguite nella stessa seduta o intervento.

- **parametrazione a piano/progetto/consulenza:** applicabile nei casi in cui siano previsti una predefinita pluralità di accessi a contenuto multiplo. In tal caso si potrà fare riferimento a tariffe forfetarie rapportate al grado di complessità delle attività richieste;

- **parametrazione a tempo:** utilizzabile quando l'elemento prevalente dell'attività infermieristica sia rappresentato dalla presenza continuativa del professionista, per congrui periodi. In tal caso non si farà luogo all'applicazione di tariffe a prestazione, ad accesso o a piano/progetto/consulenza assistenziale. Si applica quando il professionista è titolare di convenzioni con Aziende sanitarie ed Enti pubblici o privati che prevedono l'uso della tariffa oraria. Nella determinazione dell'onorario professionale, il compenso viene definito assumendo quale riferimento il tempo di impegno del professionista. In linea generale, può osservarsi come l'utilizzo dell'uno o dell'altro criterio estrinseco dipende anche dalla tipologia del "teatro dell'azione professionale". Dunque, ad esempio, quando si parla di domicilio, pare più congruo utilizzare come riferimento gli accessi, mentre quando si parla di ambulatorio può essere più opportuno riferirsi alle attività. Sempre a titolo esemplificativo, laddove si tratti di valutare attività professionali di tipo prettamente intellettuale, come ad esempio quelle di progettazione organizzativo/assistenziale (di un servizio, di una struttura sanitaria, etc.) o quelle di consulenza professionale, tecnica d'ufficio o di parte nelle controversie (es. attività di counseling, sistema qualità, CTU e CTP), risulta opportuno utilizzare in modo prevalente il parametro del tempo necessario per la produzione dell'opera, evitando di prendere in considerazione in modo "granulare" le singole attività espletate. Nel caso, poi, in cui ci si trovi in presenza di mandato progettuale proveniente da una committenza avente natura imprenditoriale, in solido con il citato parametro temporale, può essere di ausilio quello del valore del beneficio economico che il committente si prefigge di ottenere grazie all'attività del professionista (c. d. valore dell'affare).

Prendendo a riferimento la norma che prevede l'eliminazione delle tariffe professionali, con questo documento si vuole dare un suggerimento su quali possono essere gli elementi da considerare per la creazione di una tariffa, espressa in termini di compenso professionale, da richiedere nell'ambito della contrattazione con il cliente.

In relazione alla specifica funzione remunerativa a cui assolvono, i compensi si dividono in:

- **onorari:** rappresentano la remunerazione spettante per le attività svolte e servizi prestati;
- **rimborsi spese di viaggio e di soggiorno:** corrispondono alla parte del compenso spettante in relazione alla necessità di sostenere tali spese per l'esecuzione dell'incarico;
- **indennità:** rappresentano la somma spettante a fronte di oneri derivanti dalle prestazioni svolte, anche se detti oneri non sono direttamente riferibili alla pratica.

In rispetto alle normative vigenti antitrust, in nessun caso, la forma associata per l'esercizio della libera professione potrà riunire un numero di liberi professionisti tale da determinare situazioni di alterazione del principio della libera concorrenza.

L'applicazione dei compensi professionali non dovrà comportare la creazione di cartelli tariffari o accordi collusivi.

AREA 4

ASPETTI DI TUTELA PREVIDENZIALE E ASSISTENZIALE E ASPETTI FISCALI

4.1 Aspetti previdenziali obbligatori dell'infermiere libero professionista

Per assicurare la tutela previdenziale obbligatoria in favore degli infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia, che esercitano l'attività in forma libero professionale, è stato istituito il 24 marzo 1998 con Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, emanato di concerto con il Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, a seguito del Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI). L'infermiere che eserciti in modalità diverse da quella subordinata deve inviare all'Ente entro 60 giorni dalla data di inizio dell'attività libero professionale la domanda di iscrizione. Dalla data di decorrenza dell'iscrizione (coincidente con la data di inizio attività), l'iscritto comincia a maturare i requisiti necessari per acquisire il diritto a ricevere le prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate dall'Ente e ha l'obbligo di versare i contributi, suddivisi in contributo soggettivo, integrativo e di maternità e di trasmettere annualmente le dichiarazioni reddituali. Il contributo soggettivo è la principale base di calcolo per determinare l'importo lordo annuo, alla decorrenza, delle prestazioni previdenziali. Il contributo integrativo è destinato all'incremento del montante contributivo individuale, alla copertura delle prestazioni assistenziali ed alla copertura delle spese di gestione. Il contributo di maternità è dovuto da tutti gli iscritti all'Ente, indipendentemente dal sesso e dall'età, ed è destinato alla copertura delle indennità di maternità erogate a favore delle libere professioniste ai sensi del D. Lgs 151/2001. ENPAPI eroga prestazioni pensionistiche di vecchiaia, invalidità, inabilità e superstiti (reversibilità ed indirette), calcolate con il sistema contributivo. Eroga, altresì, prestazioni assistenziali, attraverso le quali gli iscritti sono sostenuti in casi meritevoli di soccorso, ovvero qualora siano presenti condizioni che possano arrecare un disagio economico all'iscritto o al suo nucleo familiare: indennità di malattia, intervento per stato di bisogno, contributo per spese funebri, contributo per avvio attività, borse di studio, trattamenti economici speciali, sussidio portatori di handicap, contributo per spese acquisto libri di testo, sussidio asili nido, contributo prima casa, intervento per calamità naturali. In data 29 marzo 2013, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha approvato il Regolamento della Gestione Separata ENPAPI, che disciplina, dal 1° gennaio 2012, uno specifico assoggettamento contributivo, riservato ai professionisti titolari di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, anche non abituale. Diversamente dalla gestione ordinaria, mentre il professionista collaboratore è tenuto alla presentazione della domanda di iscrizione, è il committente tenuto alla comunicazione dei dati retributivi relativi ai propri collaboratori ed al pagamento della contribuzione dovuta, così come previsto per i collaboratori iscritti alla Gestione Separata INPS. La contribuzione dovuta è posta per due terzi (2/3) a carico del committente e per un terzo (1/3) a carico del collaboratore. Gli iscritti alla Gestione Separata hanno diritto all'erogazione delle prestazioni pensionistiche di vecchiaia, invalidità, inabilità, superstiti (reversibilità o indirette) e delle prestazioni assistenziali, quali indennità di maternità e paternità, indennità per congedo parentale, assegno per il nucleo familiare e indennità di malattia e di degenza ospedaliera. Per maggiori informazioni e per prendere visione dei Regolamenti ENPAPI è possibile consultare il sito internet dell'Ente www.enpapi.it.

4.2 Adempimenti fiscali

Nell'anno successivo all'anno di inizio dell'attività (es. inizio 2013 - quindi 2014) il professionista dovrà effettuare la dichiarazione dei redditi in via telematica detta "UNICO". Il reddito imponibile ai fini fiscali viene calcolato sui compensi ricevuti e sui costi sostenuti inerenti all'attività dell'anno in questione. Poi in seguito alle leggi vigenti e ai regimi fiscali scelti verranno calcolate le imposte da pagare all'erario.

4.3 Adempimenti assicurativi

Esiste l'obbligo per i liberi professionisti di stipulare una polizza assicurativa per i rischi derivanti dalla propria attività (cd Responsabilità Civile Professionale). In seguito alle diverse normative emanate negli ultimi anni, la Federazione Nazionale IPASVI, ha provveduto ad analizzarle chiarendo la necessità dell'assicurazione obbligatoria per i liberi professionisti. Sulla base delle Circolari 23/2011 e 19/2013, si è delineato che il D.L. 138/2011, convertito con Legge 148/2011, recante **Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo** all'art. 3, comma 5 lett. e) recita: **"a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli Enti previdenziali dei professionisti".** Anche l'art. 29, comma 4 della Legge 24/3/2012, n. 27, ha ribadito che **"...(omissis) Il professionista...(omissis)...deve altresì indicare i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale".** In ultimo il D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137, sul **Regolamento recante riforma degli Ordinamenti professionali**, a norma dell'art. 3, comma 5, del D.L. 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla Legge 14 settembre 2011, n. 148, all'art. 5, comma 1, ha definito che **"...(omissis)... Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva".** Con l'articolo su citato, viene sancito l'obbligo di assicurazione per i liberi professionisti. Si ritiene opportuno sottolineare alcune caratteristiche della polizza che il professionista dovrà contrarre, nello specifico per quanto riguarda la copertura di colpa e colpa grave:

- massimale adeguato, in considerazione dell'alto valore del bene salute leso;
- presenza della cosiddetta "clausola postuma", che prevede la copertura anche a polizza cessata dei sinistri accaduti nel periodo di copertura;
- specificazione dell'ambito di attività/specializzazione del professionista, in modo che sia messa in chiaro l'entità del rischio che l'assicuratore va a coprire;
- estensione della copertura anche al danno erariale, per quei professionisti che operano presso pubbliche amministrazioni.

Ulteriormente, è consigliabile contrarre una polizza assicurativa personale che copra il professionista dal rischio d'infortuni o comunque da eventi che possano impedire l'attività lavorativa (es. polizza da ricovero ospedaliero, etc.).

IN LINEA GENERALE SI CONSIGLIA VIVAMENTE DI RICORRERE AL SUPPORTO DI COMMERCIALISTI SPECIALIZZATI NEL SETTORE SANITARIO, DATA LA COMPLESSITA', VARIABILITA' E DELICATEZZA DELLE NORMATIVE FISCALI E PREVIDENZIALI.

AREA 5

STRUMENTI OPERATIVI DELLA DISCIPLINA

5.1 La documentazione assistenziale

Negli ultimi decenni, il rapporto con l'assistito si è modificato, così come la struttura della coscienza sociale è cambiata ed è cambiata ontologicamente la struttura del danno risarcibile che, ad oggi, è sempre più invocato a difesa dell'insufficiente informazione ricevuta dal sanitario. Per questi e altri motivi anche per l'infermiere diviene sempre più importante agire attraverso una buona informazione, nell'intento di ottenere dalla persona il pieno consenso alle cure/assistenza. Dunque, la comunicazione mirata all'informazione è uno strumento deontologico-giuridico che permette al professionista sanitario di condividere scelte responsabili con l'assistito. In quest'ambito si inserisce la documentazione sanitaria o clinico-assistenziale intesa come la documentazione che i professionisti sanitari compilano nell'esercizio della loro attività.

La necessità e l'obbligo della documentazione scaturiscono da alcune considerazioni:

- documentare rende esplicito ciò che si fa, lo rende certo; tutto quello che è stato documentato ha un valore legale: se è stato documentato, significa che è stato eseguito;
- documentare consente una valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza;
- documentare assicura il mantenimento di un elevato standard assistenziale;
- documentare il proprio operato fa parte dei requisiti di ogni professione.

5.1.1 Il consenso informato infermieristico

Si definisce "consenso informato" il processo con cui l'assistito o chi lo rappresenta (genitore, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso all'esecuzione delle stesse. (etimologia latina del termine con-sentire, sentire o ritenere assieme). Per garantire il "consenso informato" gli operatori devono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere all'assistito di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale). Il consenso informato proviene dal Codice di Norimberga 1946¹, in cui l'art. 1 asserisce che il consenso volontario è assolutamente essenziale, la persona dovrebbe essere edotta in maniera tale da esercitare un libero potere di scelta senza che l'intervento sia di alcun elemento coercitivo, ingannevole, falso. Tanto che, sottolineando la necessità di una comunicazione che sia in concreto, oltretutto astrattamente idonea, anche efficace, si usa parlare, più che di "consenso informato", di "consenso della persona informata". Altri richiami normativi si ritrovano nella dichiarazione di Helsinki 1964 (artt. 10 - 11), nella Convenzione di Oviedo (1997, artt. 5 - 16)², nella Costituzione Italiana (artt. 32 - 37 - 38), nel D.M. del 12 maggio 1986 e ss. si trovano norme in tema di applicazione nelle attività sanitarie (es. obbligatorietà: per l'attività di donazione e trasfusione di sangue, di emocomponenti e somministrazione di emoderivati - donazione di rene

tra persone viventi - sperimentazione clinica di farmaci - terapia elettroconvulsivante - procreazione medicalmente assistita).

¹ Art. 1: Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione deve avere capacità legale di dare consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità o altre forme di imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi della situazione in cui è coinvolto, tali da metterlo in posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata. Quest'ultima condizione richiede che prima di accettare una decisione affermativa da parte del soggetto dell'esperimento lo si debba portare a conoscenza della natura, della durata e dello scopo dell'esperimento stesso; del metodo e dei mezzi con i quali sarà condotto; di tutte le complicazioni e rischi che si possono aspettare e degli effetti sulla salute o la persona che gli possono derivare dal sottoporsi dell'esperimento. Il dovere e la responsabilità di constatare la validità del consenso pesano su chiunque inizia, dirige o è implicato nell'esperimento. E' un dovere e una responsabilità che possono essere impunemente delegati ad altri.

² Art. 5 "Qualsiasi intervento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle sue conseguenze e ai suoi rischi. La persona interessata può liberamente ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento".

Nel 2000 la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, detta anche Carta di Nizza,³ dedica l'art. 3 alla tematica del consenso informato come "Diritto all'integrità della persona" ed ha declinato le linee di riferimento nel campo della bioetica europea. In particolare, nel nostro paese, la Corte Costituzionale⁴ ha riconosciuto e sottolineato il valore precettivo dell'art. 32 della Costituzione Italiana, il limite imprescindibile del rispetto della dignità umana e che l'inviolabilità della libertà personale è da intendersi come "libertà di autodeterminarsi" in relazione a come disporre del proprio corpo. Il livello di tutela di tale diritto, fondamentale, è considerato parametro del grado di civiltà di uno Stato ed è nel 1992 che in Italia si parlerà concretamente di consenso informato attraverso la fonte ufficiale del Comitato Nazionale per la Bioetica. Dunque, dalla lettura delle norme etico-deontologiche e della giurisprudenza che regolano il consenso, la dottrina desume che non è consentito violare il diritto dell'individuo di autodeterminarsi, poiché a ciascuno deve essere riconosciuta la facoltà di effettuare autonomamente le scelte fondamentali relative alla propria salute, a meno che non sussistano giustificati motivi di deroga. La giurisprudenza evidenzia quanto, nella normativa di istituzione dei profili professionali sanitari e nei Codici Deontologici dei professionisti, sia vincolante l'ottenimento del consenso che, non solo riveste un particolare peso in caso di controversia, ma consolida anche un "patto"⁵ tra la persona assistita ed il professionista sanitario, sia nel caso in cui il consenso si esprima formalmente - scritto - o verbale.⁶

³ La Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea è detta anche Carta di Nizza in quanto è stata ratificata a Nizza nel dicembre 2000; l'art. 3 recita " Nell'ambito della medicina e della biologia devono in particolare essere rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo modalità definite dalla legge...."

⁴ Corte Costituzionale - sentenza n. 88 del 1979 e successive. S. Corte Cassazione - sentenza IV sez. penale del 21.7.1991.

⁵ Patto Infermiere Cittadino - Federazione Nazione Collegi Ipasvi - Roma - "individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi"

⁶ Cass. Civ. 29 sett. 2009, n. 20806 "la violazione dell'obbligo è del tutto indifferente se il trattamento effettuato è stato eseguito correttamente". Cass. Civ. 9 febb. 2010, n. 2847 "Il relativo onere probatorio grava sul paziente".

L'infermiere deve avvalersi dell'applicazione del consenso informato infermieristico per l'autonomia nell'esercizio della professione, che è stata sancita dalle norme dello Stato, che lo collocano non più come figura ausiliaria all'arte medica, bensì come diretto responsabile nell'erogazione delle funzioni assistenziali proprie della professione infermieristica. Nel Codice Deontologico dell'infermiere del 2009, in linea con quanto dichiarato in termini di informazione e di consenso informato ai contenuti del Codice Etico Deontologico della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI - v. punti 3.8 - 3.9), la riflessione etica sull'ottenimento del consenso all'assistenza infermieristica si rafforza in particolare negli artt. 3 - 5 - 7 - 14 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 31 - 37 - 38 - 41.

Di questi ricordiamo alcuni passaggi fondamentali per l'agire professionale dell'infermiere:

- l'art. 5 "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica";
- l'art. 14 "L'infermiere riconosce che l'integrazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito";
- l'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";
- l'art. 21 "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza.....";
- l'art. 22 "L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito";
- l'art. 23 "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione intergrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita";
- l'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";
- l'art. 25 "L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri";
- l'art. 31 "L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità";
- l'art. 37 "L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato".

Gli elementi in cui si inserisce la circolarità dell'informazione all'assistito (completa, onesta, veritiera), sia nel caso di ottenimento del consenso, ma anche del dissenso, dovrebbe rispettare i seguenti requisiti, affinché il consenso stesso possa essere valido:

- completo;
- consapevole;
- richiesto;
- libero;

- manifesto;
- personale;
- attuale;
- revocabile;
- specifico;
- informato;
- preventivo
- recettizio;
- esplicito.

Il consenso, per essere validamente prestato, deve essere informato e l'esplicita manifestazione della volontà dell'assistito deve essere ricercata attraverso tutte quelle informazioni che possano permettere allo stesso tempo una scelta libera e consapevole, che si basi sulla comparazione tra rischi e benefici. Pertanto per essere valido, sia nella forma scritta che in quella verbale, il consenso deve provenire dalla persona che è stata informata, che sia capace di esprimerlo e che sia in possesso della capacità di intendere e di volere. In caso contrario potrebbe sussistere il "vizio del consenso" ovvero quando, il procedimento attraverso il quale si è formata e manifestata la volontà dell'assistito, non si è correttamente svolto per il sopraggiungere di fatti/azioni che hanno influito sulla scelta della persona interessata e sulla sua decisione finale. E' il rispetto di questi elementi, la scelta e la decisione finale, che devono motivare il professionista a provare a "ripensare il miglior interesse del paziente"⁷ Di fatto, se si vuole ottenere l'efficacia del consenso, il coinvolgimento della persona assistita è fondamentale nella misura in cui essa possa fare chiarezza a se stessa su quali siano le questioni centrali nelle proprie vicende di malattia, come si possa avviare un percorso di comprensione, di negoziazione e accettazione, favorendo così la condizione di esplorare la propria concezione di malattia e far emergere una sua prospettiva consapevole. Particolare attenzione dovrà essere tenuta nel caso in cui l'infermiere comunica e si relaziona con la persona appartenente ad altra cultura, etnia, religione, in cui il significato dei sintomi e dell'esperienza di malattia sono percepiti ed esibiti dalla persona straniera con segni ed espressioni culturalmente lontani e diversi dai nostri abituali riferimenti simbolici. Il consenso ha validità circoscritta alla singola prestazione o progetto e l'assistito ha facoltà di revocarlo, anche durante le varie fasi del percorso assistenziale, poiché non può essere rilasciato una sola volta e per sempre. Ogni giorno l'infermiere si trova nella necessità di dover prendere decisioni e compiere delle scelte nella ragione in cui l'assistito gli chiede ragione di quelle scelte e decisioni; le tematiche che a volte vengono trascurate o poco specificate, ma sulle quali bisogna concordare ex-ante nel piano assistenziale, al fine di non limitare il diritto all'informazione, potrebbero essere⁸:

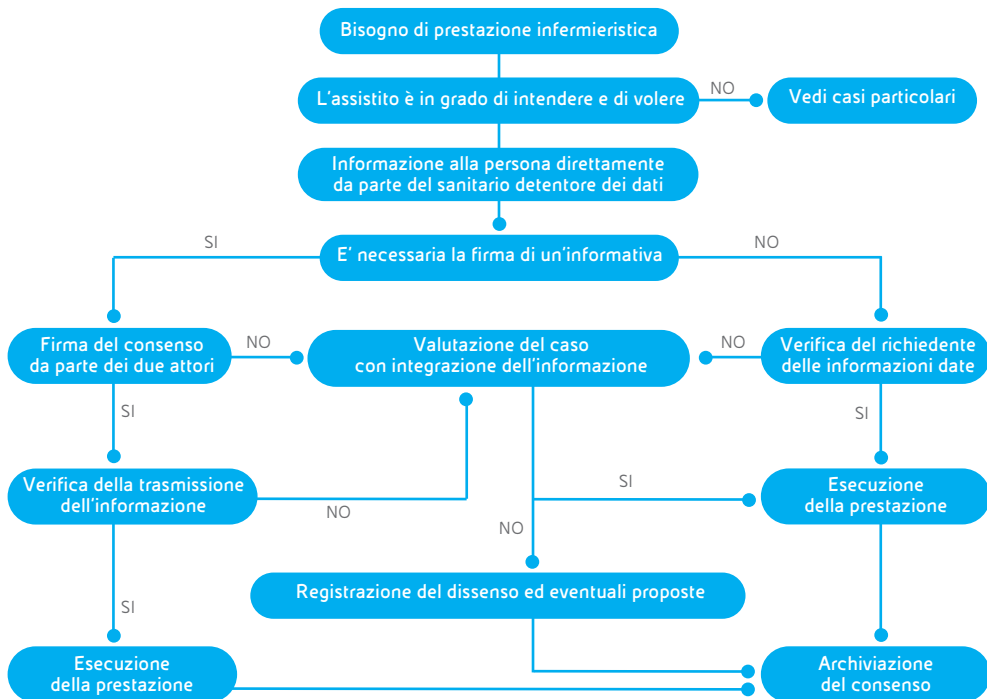
- obiettivi dell'assistenza generale infermieristica;
- natura, durata e prognosi della malattia;
- cure e trattamenti diagnostici proposti, con relativi rischi e benefici;
- alternative possibili con relativi rischi e benefici;

⁷ Malati fuori luogo - I. Quaranta, M. Ricca - p. 23:45 - Raffaello Cortina Ed., 2012 Milano

⁸ La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze -S. Bugnoli e Coll. - p. 167:180 - Maggioli Editore, 2010 Rimini

- presumibile durata di un eventuale ricovero ospedaliero;
 - riflessi della malattia e dei trattamenti diagnostici/terapeutici/assistenziali proposti sulla qualità della vita;
 - ricaduta sul decorso della malattia e sulla qualità della malattia dalla mancata attuazione del trattamento;
 - rimedi terapeutici ed assistenziali atti a ridurre il sintomo dolore e la sofferenza;
- In definitiva, perché si parli di un consenso privo di vizi, occorre che l'infermiere ponga attenzione ai seguenti requisiti:
- la maggiore età della persona assistita o nel caso di minore il coinvolgimento dei genitori nelle decisioni e, nel caso di dissenso dei genitori è vincolante l'autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria;
 - la capacità psichica della persona di rendersi conto delle proprie condizioni di salute e del rapporto rischi-benefici derivanti dalle cure e dall'assistenza;
 - il contratto terapeutico deve riguardare un bene disponibile;
 - ci deve essere la buona fede dei contraenti, cioè da parte dell'assistito e dell'infermiere;
 - non ci deve essere informazione scorretta da parte dell'infermiere sulle fasi del percorso clinico/assistenziale e circa le probabilità di successo - insuccesso - risultato delle prestazioni;
 - nelle singole scelte deve esserci coerenza con quanto concordato nel percorso clinico/assistenziale;
 - non ci deve essere discordanza fra ciò che è stato definito con l'assistito - ciò che la persona vuole realmente - e ciò che viene sottoscritto.

Per facilitare il percorso di acquisizione del consenso si propone il seguente algoritmo:



SCHEDE INFORMATIVA PRESTAZIONE SANITARIA

In ambito sanitario, il consenso per ritenersi valido deve essere:

personale: indica che non è ammessa la rappresentanza di terzi (eccetto per i minori e per gli interdetti);

informato ed esplicito: è obbligo del professionista sanitario verificare la piena efficacia dell'informazione data all'assistito, che deve essere adattata alla piena capacità di comprensione dello stesso;

preventivo: va acquisito prima dell'esecuzione delle prestazioni richieste;

specifico: da parte dell'operatore, il quale ha il dovere di fornire tutti gli elementi necessari perché le caratteristiche del consenso siano tutte rispettate;

libero: deve essere ottenuto senza coercizioni di sorta, basato sulla valutazione dell'informazione, sulle possibili conseguenze di trattamento e di non trattamento e di alternative tra cure possibili;

consapevole: deve essere frutto di una scelta non condizionata o vincolata, senza errori o inganni, libero da coartazione, dalla dipendenza terapeutica e dalla supremazia del professionista

completo: va acquisito per tutte le prestazioni previste e/o per tutte le prestazioni che concorrono alla definizione del servizio per il quale si richiede il consenso;

attuale: l'intervallo di tempo tra la manifestazione del consenso e l'attuazione della prestazione deve essere breve, in modo da non far sorgere dubbi sulla persistenza della volontà dell'utente a sottoporsi al trattamento. Non deve essere considerato a tempo indeterminato;

manifesto: va acquisito con passi chiari e precisi e non è sufficiente l'assenza di dissenso o la presenza di un tacito consenso, né può essere ritenuto implicito;

revocabile: il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere. L'assistito può esplicitamente rinunciare al diritto di essere informato: si parla in tal caso di assenso, ovvero quando siamo in una sorta di accettazione passiva alla proposta di cura;

recettizio: l'atto, essendo diretto a una persona determinata, produce effetti solo dal momento in cui perviene a conoscenza della persona a cui è destinato;

richiesto: l'esecuzione delle prestazioni e dei servizi richiesti è subordinata dalla raccolta in forma scritta e vincolata dalla presenza delle precedenti caratteristiche descritte. Deve essere espresso da una persona capace, in possesso della capacità di intendere e di volere.

Per quanto riguarda gli interdetti, l'informazione e il consenso sono compiti del tutore. Gli inabilitati sono autonomi nel dare o meno il loro consenso.

Gli incapaci naturali infine sono quei soggetti che, pur se non interdetti, si trovano per qualsiasi causa in condizioni tali da non essere in grado di dare un consenso o esprimere un dissenso.

Molta attenzione bisogna porre nel modo in cui vengono fornite le informazioni che devono essere chiare e comprensibili per l'utente, bisognerà quindi evitare di usare un linguaggio troppo professionale.

Riferimenti legislativi

Costituzione art. 13 e 32: afferma che nessuno è obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di Legge e che la libertà personale è inviolabile.

Codice penale art. 54: fa riferimento allo stato di necessità, collocandolo tra le cause di non punibilità: "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo."

Estratti dal Codice Deontologico dell'infermiere (2009):

Articolo 3

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

Articolo 11

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

Articolo 20

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

Articolo 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.

L'infermiere _____ garantisce di attenersi scrupolosamente al rispetto di quanto sopra.

Pertanto le prestazioni sanitarie e terapeutiche saranno erogate solo con il consenso informato dell'assistito (o del familiare di riferimento o dell'amministratore di sostegno). Il consenso espresso nella parte sottostante può revocare il consenso espresso in precedenza.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto.....
dichiaro di aver ricevuto da.....esaurienti spiegazioni in merito al progetto clinico assistenziale e alle relative prestazioni che saranno praticate, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata.

Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.

Accetto dunque il progetto clinico assistenziale illustratomi, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati.

Data.....

Firma dell'utente

Data.....

Firma dell'infermiere

In caso di revoca

Data.....

Firma dell'utente

Data.....

Firma dell'infermiere

5.1.2 La cartella infermieristica

La cartella infermieristica è lo strumento su supporto cartaceo e /o informatico che contiene la registrazione dei dati e l'insieme dei documenti infermieristici utili per la verifica delle prestazioni e per la diminuzione del rischio clinico. Rende visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere. Si evince, inoltre, dal con-

retto di professione sanitaria l'obbligo professionale, etico e deontologico, di documentare i bisogni della persona a cui si è fornita l'assistenza e la quantità e qualità di questa assistenza fornita. La cartella infermieristica è, pertanto, atto pubblico in senso lato (D.P.R. 384 del 1990), perché redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni, così come delineato dall'art. 358 del Codice Penale e così come interpretato anche dalla giurisprudenza più recente (Benci, 2011).

Da un punto di vista giuridico la documentazione infermieristica, è un atto pubblico al pari della cartella clinica (Mantovani, cit. in Casati, 1999), ma non va considerata solo in relazione alla cartella clinica ospedaliera, ma deve essere contemplata anche in rapporto ad altri contesti assistenziali (Rodriguez, 2003), quali quelli ambulatoriali, domiciliari e libero-professionali.

Tenendo presente l'evoluzione delle norme di regolamentazione della professione si ribadisce che la registrazione, la trasmissione e l'archiviazione dei dati trattati devono altresì rispettare le norme di sicurezza e di riservatezza. Nella compilazione della documentazione devono essere rispettati i criteri essenziali di: chiarezza, completezza, pertinenza, veridicità e rintracciabilità.

Nella compilazione è opportuno rispettare alcune regole fondamentali:

- scrivere i dati anagrafici dell'assistito;
- descrivere in tempi brevi e con precisione i bisogni assistenziali identificati;
- scrivere tutte le azioni effettuate sulla persona e le sue reazioni;
- utilizzare inchiostro indelebile e, in caso di errori, correggere tracciando una linea in modo che le parole restino leggibili;
- scrivere con calligrafia chiara e comprensibile;
- registrare i dati interpretativi tra virgolette riportando la fonte delle informazioni raccolte;
- segnalare il consenso all'esecuzione delle attività espresso dalla persona.

Razionalmente si può suddividere in cinque parti:

1. Dati anagrafici
2. Anamnesi infermieristica, dove si raccolgono i dati ritenuti utili all'identificazione dei bisogni e delle abilità residue.
3. Piano di assistenza, dove si formulano gli scopi e gli obiettivi delle prestazioni erogate, sulla base dei bisogni rilevati e delle diagnosi che da questi sono derivate.
4. Diario infermieristico, dove andranno indicate le variazioni più significative delle condizioni dell'utente, i dati oggettivi e soggettivi, e tutte le eventuali problematiche assistenziali.
5. Schede, quali ad esempio la scheda di registrazione dei parametri vitali e per il bilancio idrico. Altre schede saranno utilizzate solo saltuariamente o dovranno essere addirittura progettate sulla base dello specifico contesto operativo: es. schede per il controllo dell'attività respiratoria, schede per la determinazione del trauma, schede con istruzioni di medicazione, schede per la valutazione globale dell'assistenza erogata, schede per la valutazione dei rischi di caduta e del rischio di contrarre lesioni cutanee, gestione del dolore, etc.

Importanti alterazioni anatomo –funzionali e altre patologie correlate

.....
.....
.....
.....
.....
.....

EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

.....
.....
.....

SCALA ADL

(Indice dell'indipendenza delle Attività di Vita Quotidiana)

Nome e Cognome.....

PER FARE IL BAGNO NELLA VASCA O NELLA DOCCIA

(0) E' autonomo. Entra ed esce dalla vasca senza bisogno di aiuto

(0) Riceve assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (schiena e gambe) (1) Riceve assistenza per la pulizia di due o più parti (o non fa il bagno)

VESTIRSI (PRENDERE GLI ABITI DALL'ARMADIO O DAL CASSETTO E VESTIRSI)

(0) Prende i vestiti e li indossa senza bisogno d'assistenza

(0) Prende i vestiti e li indossa senza bisogno di assistenza eccetto che per l'allacciamento delle scarpe

(1) Riceve assistenza senza prendere i vestiti o per vestirsi o rimane parzialmente svestito

ANDARE ALLA TOILETTE (ANDARE NEL BAGNO PER L'EVACUAZIONE DI URINE

E FECI, RIPULIRSI E VESTIRSI)

(0) Va alla toilette, si pulisce e si riveste senza ricevere assistenza (può usare strumenti per sorreggersi, come bastone o stampelle, o una sedia a rotelle, o può alzare il vaso da notte,

svuotandolo poi al mattino)

(1) Riceve assistenza per andare alla toilette o per ripulirsi o per rivestirsi o per l'utilizzo del vaso da notte

(1) Non è in grado di andare alla toilette per l'evacuazione di feci e urine

MOBILITA'

(0) Entra ed esce dal letto e si alza dalla sedia senza bisogno di assistenza (anche usando strumenti per sorreggersi come il bastone)

(1) Riceve assistenza per entrare e uscire dal letto o sedersi o alzarsi dalla sedia

(1) E' allettato

CONTINENZA

(0) Controlla correttamente e autonomamente l'evacuazione di feci e urine

(1) E' saltuariamente incontinente

(1) E' necessaria una supervisione, utilizza il catetere, è incontinente

ALIMENTARSI

(0) Si alimenta da solo senza assistenza

(0) Si alimenta da solo eccetto per alcune operazioni che richiedono assistenza (ad esempio, tagliare la carne)

(1) Riceve assistenza per alimentarsi, viene alimentato parzialmente o completamente per mezzo di onde o

liquidi per via parenterale

TOTALE =/6 **INTERPRETAZIONE:** 6/6 dipendenza totale , 0/6 completa autosufficienza

VALUTAZIONE RISCHIO LDP SECONDO LA SCALA DI NORTON

Condizioni fisiche

Valutare i livelli di assistenza richiesti per attività di vita quotidiana (ADL), relativi a igiene, nutrizione e movimenti.

- > Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)
- > Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)
- > Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)
- > Buone (abile nelle ADL)

Stato mentale

Valutare la capacità di rispondere alle domande relative al tempo, spazio e persone

- ✓ Comatoso (risposta lenta o assente)
- ✓ Confuso (Poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)
- ✓ Apatico (necessita la ripetizione delle domande)
- ✓ Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)

Attività e deambulazione

- Valutare la capacità di camminare
- Costretto a letto
- Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)
- Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)
- Autonomo (eventuale uso di presidi)

Mobilità

Valutare la capacità di controllare ed effettuare il movimento del corpo o parte di esso:

- Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)
- Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)
- Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)
- Completa (muove e controlla gli arti)

Incontinenza

Valutare la capacità di controllare l'eliminazione urinaria.

- Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)
- Abituale (incontinenza urinaria)
- Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)
- Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

TOTALE PUNTEGGIO:.....

Rischio in base al punteggio

maggiori di 18: basso tra 18 e 14: medio tra 13 e 10: alto minore di 10: altissimo

Esempio Scheda di accertamento bisogni di assistenza infermieristica

SIMBOLO IPASVI O ALTRO SIMBOLO APPROVATO	SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI	Pagina 1 di 4
--	---	---------------

Sig. / ra _____ Data di nascita _____

1. Bisogno di respirare

- tracheostomia
- posturamento ortopnoico
- necessita di ossigeno-terapia secondo prescrizione (vedi terapia)
- Altro _____

2. Bisogno di alimentarsi e idratarsi

- dieta speciale: diabetici , nefropatici , ipertesi , frullata
- alimentazione artificiale (PEG SNG)
- disfagia (liquidi , solidi)
- iporessia
- monitoraggio HGT: frequenza _____
- portatore di protesi dentaria (fissa , mobile superiore , mobile inferiore)
- incapace di alimentarsi da solo
- necessita di supervisione e/o aiuto
- Altro _____

3. Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale

- portatore di CV a permanenza (per _____) Prossimo cambio _____
- urostomia
- incontinenza urinaria
- uso di pannolone/salva slip: diurno , notturno
- regolarizzazione alvo: lassativi _____ clisma _____
- enterostomia
- incontinenza doppia
- incontinenza occasionale

	SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI	Pagina 2 di 4
--	---	---------------

- continente se accompagnato
- Altro _____

4. Bisogno di igiene

- igiene: parzialmente dipendente , totalmente dipendente , autonomo
- vestirsi e svestirsi: parzialmente dipendente , totalmente dipendente , autonomo
- Altro _____

5. Bisogno di movimento

- autonomo nei movimenti e nel cammino
- utilizza presidi: deambulatore , bastone/tripode , sedia a rotelle
- cammina e si muove solo se aiutato
- non deambula
- alzate: tutto il giorno , riposo pomeridiano , solo mattina , solo pomeriggio
- Altro _____

6. Bisogno di sonno e riposo

- riposo regolare
- difficoltà a mantenere un riposo adeguato
- vagabondaggio notturno
- monitoraggio del dolore cronico
- Altro _____

7. Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria

- monitoraggio PA , FC , SaO2 : frequenza _____
- lesioni cutanee all'ingresso (vedi scheda)
- Altro _____

SIMBOLO IPASVI O ALTRO SIMBOLO APPROVATO	SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI	Pagina 3 di 4
--	---	---------------

8. Bisogno di interazione nella comunicazione

- Ipovedente (con limitazione grave); porta occhiali
- Cieco occhio dx - sn
- Ipoacusico (con limitazione grave) orecchio dx - sn ; porta protesi acustiche
- Afasico
- Disfasico
- Altro _____

9. Bisogno di procedure terapeutiche

Terapia :

FARMACO	Ora	Ora	Ora	NOTE

TERAPIA IM / EV / SC

FARMACO	Ora	Ora	Ora	NOTE

	SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI	Pagina 4 di 4
--	---	---------------

10. Bisogno di procedure diagnostiche

Visite o accertamenti diagnostici programmati o da programmare a breve:

11. Note: _____

Data ____/____/____

Inf. _____

GLOSSARIO

Accessibilità *	La possibilità per gli utenti di accedere e/o utilizzare i servizi, nel luogo e tempi appropriati, in funzione dei bisogni e dipendentemente dalle caratteristiche individuali, sociali ed economiche.
Accreditamento *	<p>Processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti:</p> <p>Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari) processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali.</p> <p>Accreditamento istituzionale: riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.</p>
Appropriatezza *	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
Assicurazione (contratto di) *	L'Assicurazione è il contratto con il quale l'Assicuratore, verso il pagamento di un premio, si obbliga a tutelare l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'Assicurazione, debba pagare a un terzo in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.
Colpa (definizione giuridica) *	Nel Diritto Civile è, oltre al dolo, l'elemento soggettivo che integra la fattispecie dell'atto illecito. Essa deriva dalla violazione dei doveri di diligenza, perizia o prudenza ovvero dall'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline nell'esercizio di un'attività. La colpa si sostanzia nella non volontarietà dell'evento che è cagionato da un comportamento negligente, imprudente o imperito. In relazione al grado di diligenza richiesto si distingue tra: <u>colpa lievissima</u> , che si ha quando per Legge o per accordo, si pretenda una diligenza superiore alla media; <u>colpa lieve</u> , determinata dalla violazione della diligenza media; <u>colpa grave</u> , che deriva dall' inosservanza di quel minimo di diligenza che tutti dovrebbero avere. Il danno

	<p>cagionato da comportamento colposo è fonte di responsabilità. Nel Diritto Penale, l'art. 43 C.P. prevede che il delitto è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.</p>
Compenso professionale	Corrispettivo economico dovuto al libero professionista per la sua attività.
Competenza *	<p>È la "messa in atto" di comportamenti che consentono di eseguire con sicurezza ed efficacia le specifiche attività professionali, ottenendo esiti compatibili con best practice o standard di qualità definiti. Ciò richiede conoscenze, attitudini, appropriati atteggiamenti e abilità intellettuali e psicomotorie.</p> <p>Competenza del personale: capacità di eseguire una prestazione secondo gli standard di qualità richiesti dal sistema. Il giudizio di competenza include: conoscenza ed abilità clinica, capacità di giudizio, unitamente a capacità di comunicazione, condotta personale ed etica professionale.</p> <p>Competenza del paziente: capacità di affrontare le situazioni che riguardano il suo processo assistenziale, ad es. prendere decisioni, fornire o rifiutare il consenso.</p>
Consenso informato *	<p>Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso informato" gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale).</p>
CTU / CTP *	<p>Professionisti iscritti in appositi Albi del tribunale che assumono la denominazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consulenti del pubblico Ministero o delle parti nel processo penale - periti del Giudice penale - consulenti tecnici d'ufficio - CTU - del Giudice civile - consulenti tecnici di parte - CTP - delle parti nel giudizio civile
Danno *	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
Danno (in termini assicurativi)*	<p>Pregiudizio subito, in conseguenza di un sinistro, dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato. Il danno può tradizionalmente essere di natura patrimoniale, se incide sul patrimonio, oppure di natura non patrimoniale (danno morale), oppure biologico se arreca un pregiudizio alla salute (Artt. 1882, 2043, 2056 e 2059 C.C.).</p>

Danno biologico (alla salute)*	Configurazione di danno, indipendente dalle altre due configurazioni tradizionali (danno patrimoniale e danno non patrimoniale), elaborata dalla giurisprudenza e riscontrabile in qualsiasi pregiudizio arrecato all'individuo a titolo di lesione del diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione. Artt. 2043 C.C. e 32 Cost, Sent. Corte Cost. n. 184 del 30/6/86.
Dolo	E' un particolare stato mentale che può avere chi procura un danno, previsto dall'art. 43 del Codice Penale: "Il delitto è doloso o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la Legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione".
Errore*	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
Governo Clinico (Clinical Governance)*	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (Scally G, Donaldson LJ, BMJ, 4 July 1998).
Imprudenza (Recklessness)*	Comportamento che denota la mancata adozione di tutte le cautele utili ad evitare l'esposizione a pericoli non giustificati. Rappresenta comportamenti per cui: 1) l'individuo sa che vi è un rischio e lo assume deliberatamente; 2) l'individuo compie un'azione che crea un rischio a cui non ha pensato nel momento in cui la compie, ma anche dopo averlo riconosciuto, continua ad assumerselo.
Libero professionista	Prestatore d'opera intellettuale che esercita in regime di autonomia scientifica e gerarchica nei confronti del cliente con ampia discrezionalità (sotto il profilo della tecnica professionale) e con propria organizzazione di lavoro.
Linee guida basate sulle evidenze (evidence-based guidelines)*	Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica ed a migliorare gli esiti di salute.
Monitoraggio*	Verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e/o continuative e l'utilizzo di indicatori.
Negligenza*	Inosservanza del dovere di prestare assistenza, secondo lo specifico ruolo e le relative competenze, che provoca un danno alla persona da assistere.

Polizza RCT/O	L'acronimo significa Responsabilità Civile verso Terzi/verso Operatori (prestatore di lavoro). Nell'assicurazione della responsabilità civile, l'assicuratore è obbligato a risarcire i danni provocati dall'assicurato in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi (Art. 1900 C.C.).
Prestazione autonoma	Prestazione di competenza prettamente infermieristica. La responsabilità dell'infermiere sul risultato è piena e diretta.
Prestazione infermieristica	Azione di assistenza infermieristica, conseguite mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico, manifestatosi in un cittadino/malato.
Processo	Sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito.
Professione intellettuale	Attività, anche organizzativa, diretta al compimento di atti ovvero alla prestazione di servizi e opere a favore di terzi, esercitata abitualmente ed in via prevalente con lavoro intellettuale, per la quale è richiesto un titolo di studi universitario o equipollente avente valore legale. La professione intellettuale è regolamentata dall'art. 2229 del Codice Civile. L'infermiere viene considerato un soggetto negoziale che stipula con il paziente un contratto avente ad oggetto "una prestazione d'opera intellettuale" , regolata dall'art. 2230 del Codice Civile che, se non eseguita correttamente, lo assoggetta all'obbligo risarcitorio di cui all'art. 1218 del Codice Civile "se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile" . I requisiti della professione intellettuale sono la discrezionalità, personalità, intellettualità, professionalità. In particolare l'intellettualità assume valore qualificante quando non è solo preliminare al servizio offerto, ma si concretizza direttamente nella prestazione fornita al cliente e per la quale il professionista è autonomo e responsabile.
Provvedimento disciplinare	Regolamentato dall'Albo Professionale cui appartiene il professionista. Il provvedimento disciplinare si sviluppa sull'illecito disciplinare dell'infermiere ed è dato dalla violazione di doveri relativi all'esercizio della professione, in quanto appartenenti ad ordine o collegio professionale, che sono dichiarati nel Codice Deontologico dell'infermiere. La responsabilità ordinistico - disciplinare si concretizza attraverso l'applicazione di una sanzione che potrebbe comportare anche la cancellazione dall'Albo.
Qualità (Fonte Norma UNI EN ISO 900: 2005-ACCREDIA, Ente Italiano di Accreditamento)	Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti. La caratteristica è un elemento distintivo, può essere intrinseca o assegnata, qualitativa o quantitativa. La caratteristica qualitativa è intrinseca in un prodotto, processo o sistema, relativa a un requisito. Esistono vari tipi di caratteristiche, quali quelle: - fisiche, sensoriali, comportamentali, temporali, ergonomiche, funzionali.
Qualità dei servizi sanitari*	Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili.

Responsabilità civile (definizione giuridica)*	<p>Nel Diritto civile è la conseguenza di un comportamento antiggiuridico che comporta il dovere per il soggetto cui essa è attribuita di sottostare alla sanzione prevista dall'ordinamento. Conseguenza della violazione di un dovere giuridico nei rapporti interprivati è la nascita di un'obbligazione risarcitoria volta alla riparazione del pregiudizio economico subito dal danneggiato. La responsabilità può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contrattuale: quando il mancato o inesatto adempimento dipende da cause imputabili al debitore, questi è tenuto al risarcimento del danno. Presuppone l'esistenza di un rapporto giuridico (es. un contratto) tra responsabile e colui che ha subito il danno; • extracontrattuale: sorge in conseguenza dell'inosservanza del divieto del <i>neminem laedere</i> e comporta l'obbligo del risarcimento del danno. Gli elementi dell'illecito extracontrattuale sono: un comportamento che può essere sia commissivo che omissivo; un danno, provocato da questo comportamento che sia qualificato ingiusto dall'ordinamento; un nesso di causalità tra comportamento ed il danno. <p>Presupposto della responsabilità extracontrattuale è la colpevolezza che può comprendere le due distinte ipotesi della colpa e del dolo.</p>
Salute	<p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la salute un diritto, risultato di una serie di determinanti di tipo genetico, sociale, ambientale ed economico. La salute viene definita come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".</p>
Sistema Gestione Qualità (Fonte Norma UNI EN ISO 9000: 2005-ACCREDIA Ente Italiano di Accreditamento)	<p>L'approccio del sistema di gestione per la qualità incoraggia le organizzazioni ad analizzare i requisiti del cliente, a definire i processi che contribuiscono ad ottenere un prodotto accettabile per il cliente ed a tenere questi processi sotto controllo. Un sistema di gestione per la qualità può fornire la struttura essenziale di supporto per il miglioramento continuo e per aumentare la probabilità di accrescere la soddisfazione del cliente e delle altre parti interessate.</p> <p>* Fonte: Glossario Ministero della Salute</p>

ALLEGATI

1. Codice Deontologico dell'infermiere (2009)

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

Capo I

Articolo 1

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

Articolo 2

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

Articolo 3

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

Articolo 4

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

Articolo 5

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

Articolo 6

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

Capo II

Articolo 7

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

Articolo 8

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

Articolo 9

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

Articolo 10

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

Capo III

Articolo 11

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

Articolo 12

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

Articolo 13

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

Articolo 14

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

Articolo 15

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

Articolo 16

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

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o inte-

ressi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

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

Capo IV

Articolo 19

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

Articolo 20

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

Articolo 21

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

Articolo 22

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

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

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

Articolo 25

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

Articolo 26

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

Articolo 27

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

Articolo 28

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

Articolo 29

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

Articolo 30

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

Articolo 31

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

Articolo 32

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

Articolo 33

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

Articolo 34

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

Articolo 35

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

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati

alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

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

Articolo 38

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

Articolo 39

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

Articolo 40

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

Capo V

Articolo 41

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

Articolo 42

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

Articolo 43

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

Articolo 44

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

Articolo 45

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

Articolo 46

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

Capo VI

Articolo 47

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

Articolo 48

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

Articolo 49

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

Articolo 50

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

Articolo 51

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

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale. I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

I Regolamenti ENPAPI

- Statuto
- Regolamento Elettorale
- Regolamento di Previdenza
- Regolamento Generale di Assistenza
- Regolamento Gestione Separata ENPAPI

REPERIBILI ALLA SEZIONE ENTE/REGOLAMENTI
DEL SITO ISTITUZIONALE

www.enpapi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Aprile, A. e Rodriguez, D. (2005)
Medicina legale per infermieri. Roma: Carocci Faber Ed.
2. Barbieri, A. e Pennini, A. (2008)
La responsabilità dell'infermiere, dalla normativa alla pratica. Roma: Carocci Faber Ed.
3. Benci, L. (2011)
Aspetti giuridici della professione infermieristica. 6° Ed. Milano: Mc Graw-Hill
4. Bugnoli, S. Castagnoli, M. Marseglia, M. Pelagalli, V. Querzoli, A. Senes, G. Zanatta, M. (2010)
La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, una guida per l'agire responsabile.
Rimini: Maggioli Editore
5. Camera M.T.(2010)
Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie (albi, sanzioni, elezioni, impugnative). Roma: Dike Giuridica Editore
6. Casati, M. (2005)
La documentazione Infermieristica. Milano: Mc Graw-Hill
7. Cataldi, R. Matricardi, C. Romanelli, F. Vagnoni, S., Zatti, V. (2007)
Il consenso informato: difesa del medico e diritto del paziente. Rimini: Maggioli Editore.
8. D'Addio, L. Vanzetta, M. Mochi Sismondi, C. jn (2010)
Il consenso informato in infermieristica. Milano: Mc Graw-Hill
9. Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2006)
Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica.
Roma
10. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi (2009)
Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009. Milano: Mc Graw-Hill
11. **Glossario Ministero della Salute reperibile in www.gov.it**

12. **Glossario Accredia, Ente Italiano di Accreditamento, reperibile sul sito www.accredia.it**
13. Nanda -Traduzione Carlo Calamandrei (2006)
Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione.
Milano: Casa Editrice Ambrosiana
14. Norma Europea UNI EN ISO 9000:2005 (2005)
Sistemi di Gestione per la Qualità, fondamenti e vocabolario.
Ente Nazionale Italiano di Unificazione, Milano
15. Quaranta, I. Ricca, M. (2012)
Malati fuori luogo. Milano: Raffaello Cortina Ed.
16. Regione Lombardia (2013).
Manuale della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria
www.sanita.regione.lombardia.it
17. Rodríguez D. (2003)
Medicina legale per infermieri. Roma: Carocci Editore



Realizzazione grazie al contributo di

