

L'EEG quale confronto costruttivo tra Tecnico di Neurofisiopatologia e Infermiere, in merito ai rispettivi ambiti di competenza

Dott. Fabrizio Landuzzi*, Dott. Francesca Ingravallo**

* Docente di Bioetica e di Medicina legale. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università degli Studi di Bologna

** Assistente in formazione Scuola di Specializzazione in Medicina legale. Università degli Studi di Bologna.

Gli Autori, ricordando che l'esercizio delle professioni sanitarie "ex ausiliarie" debba espletarsi nel rispetto reciproco dello specifico ambito di competenza professionale, rilevano come spesso risulta difficile definirne i confini. Paradigmatico, in tal senso, risulta il caso della esecuzione di indagini elettroencefalografiche (EEG), in relazione alle quali la propria competenza esclusiva affermata dai Tecnici di Neurofisiopatologia contrasta con la permanenza di tale prestazione professionale anche nel contesto del nuovo nomenclatore tariffario dell'Infermiere. Dopo un'accurata disamina delle fonti regolamentari che definiscono il campo proprio di attività e di responsabilità della professione sanitaria di Infermiere e di quella di Tecnico di Neurofisiopatologia, gli Autori ritengono che la registrazione di esami di EEG, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati, Poligrafia e Ultrasuoni rientri nell'esclusivo ambito di competenza del Tecnico di Neurofisiopatologia.

Premessa

Sono ormai trascorsi più di quattro anni da quando l'aggettivazione "ausiliarie", individuativa di numerose professioni sanitarie erroneamente talora considerate di semplice supporto, è stata cancellata dal contesto normativo¹, così chiaramente appalesandosi l'intenzione del legislatore di sottolinearne la condizione non più ancillare nei confronti del medico, nonchè il loro definitivo inserimento in una modalità di approccio assistenziale non più gerarchica, bensì fondata sul positivo apporto di diverse professionalità nella realizzazione dell'obiettivo primario rappresentato dalla tutela globale della salute del Paziente.

Nell'abrogare anche gli esistenti dettami mansionaristici², la legge 42/99 individuava poi il campo di attività - e quindi di responsabilità - delle varie professioni sanitarie esclusivamente in base ai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, agli obiettivi degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari ed alle indicazioni degli specifici codici deontologici³.

Referee: Dott. Fabrizio Landuzzi, Dipart. Medicina e Sanità Pubblica Sez. Medicina Legale, Università degli Studi di Bologna.
Via Irnerio 49, 40126 Bologna.
Tel. 051 243250, e-mail fabrizio.landuzzi@unibo.it.

Anche se le informazioni desunte da un attento esame di tali fonti normative consentono di solito l'individuazione di criteri utili ad un ragionato giudizio sulla possibilità - o meno - di ricomprendere specifiche attività nel contesto di un riservato ambito di competenza (fatte sempre doverosamente salve non solo le competenze previste per il medico, ma pure quelle peculiari di altre professioni sanitarie⁴), l'obbligatoria genericità dei cennati punti di riferimento farebbe tuttavia sorgere talora alcune perplessità nell'espletamento concreto di specifiche prestazioni, potendo - in particolari situazioni - risultare arduo il delineare fondatamente i confini dell'ambito di competenza, i quali rischiano così di allargarsi o restringersi sulla base anche di mere - e talvolta ingiustificate - abitudini consolidate nelle singole realtà operative.

Peraltro, l'individuazione di ulteriori figure professionali - proiettate in attività talvolta del tutto particolari - comporterebbe il rischio di innescare situazioni precarie, riferibili all'assenza di una precisa identificazione dei compiti, delle funzioni, delle attività e delle responsabilità dei diversi operatori⁵, risultando di fatto una pregiudizievole frammentazione operativa nell'assistenza all'Utente, con il correlato rischio sia di non dare adeguata risposta ad alcuni suoi bisogni, sia di venirsi a determinare una sovrapposizione degli ambiti di competenza; evenienze non solo entrambe ipotizzabili ma talora realmente riscontrate nei loro evidenti aspetti negativi, rappresentati nel primo caso da una deprecabile lacuna assistenziale e nel secondo da inadeguata utilizzazione di risorse umane, peraltro spesso numericamente carenti.

Esecuzione di indagini elettroencefalografiche

Un esempio paradigmatico è costituito dall'esecuzione di indagini elettroencefalografiche, in relazione alle quali la propria competenza esclusiva affermata dai TNFP contrasta palesemente con la permanenza di tale prestazione professionale nel contesto del nuovo nomenclatore tariffario dell'Infermiere, ove risulta anche la registrazione di un EEG⁶; così dando luogo ad un confronto (peraltro estremamente corretto e - quindi - costruttivo) tra tali figure professionali, del quale è però auspicabile una rapida risoluzione fondata sulla disamina delle vigenti normative e finalizzata - nella tutela di entrambe le citate figure - ad un indifferibile e definitivo inserimento di tale attività in uno specifico ambito di

competenza. Ciò eviterà non auspicabili contenziosi⁷ e disdicevoli contrapposizioni tra categorie professionali, foriere di negativi riflessi su di una collaborazione ottimale e doverosamente finalizzata a fornire un prodotto adeguato al Cittadino.

Le considerazioni riguardanti tale attività tecnico-dia-gnostica, a nostro avviso, oltre che sugli elementi indicati dalla legge 42/99⁸ per la individuazione del rispettivo ambito di competenza, devono però fondarsi anche su ulteriori normative nazionali, in particolare sul decreto ministeriale 582/94⁹, promanante dalla legge 578/93¹⁰ che - identificata la morte con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo¹¹ - aveva appunto rimandato ad un successivo decreto l'individuazione delle modalità clinico-strumentali da utilizzare nel suo accertamento¹².

Il decreto ministeriale in oggetto - definite le modalità di accertamento della morte per arresto cardiaco¹³ - stabilì le condizioni richiedenti l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie¹⁴, le modalità attuative dello stesso¹⁵ e la durata dell'osservazione¹⁶.

Le modalità tecniche con le quali eseguire l'elettroencefalogramma attestante il richiesto *silenzio elettrico cerebrale* sono poi puntualmente elencate in un allegato (al quale lo stesso decreto fa esplicito rinvio all'art. 3, punto 1, lettera c), ove non solo sono indicati in modo estremamente particolareggiato i parametri, la metodologia strumentale e gli accorgimenti tecnici da adottare, ma viene anche esplicitamente individuata la figura professionale alla quale compete - in via esclusiva - l'esecuzione di dette indagini¹⁷ che solamente in sua mancanza¹⁸ - e solo in via transitoria e ad esaurimento¹⁹ - possono essere affidate ad altri soggetti adeguatamente formati.

La dovizia dei particolari tecnici contenuti in tale decreto sottolinea chiaramente la obbligatorietà di una accuratezza metodologica che risponde in pieno alla richiesta formulata nella Legge 578/93 di un regolamento puntuale ed esaustivo, fondato su aggiornate conoscenze medico-scientifiche promananti da sorgenti del tutto affidabili²⁰, in ragione della rilevanza e dell'impatto sociale di quanto in esso regolamentato. Inoltre, poiché in simili situazioni l'accertamento della morte troverebbe pieno fondamento solo su di una attenta e scrupolosa osservanza di tali normative, appare ragionevole dedurre che il mancato rispetto dei parametri, delle metodologie, degli accorgimenti e delle indicazioni relative alle specifiche figure professionali da coinvolgere in tale processo potrebbe configurare - pur se in via meramente ipotetica - la mancata legittimazione dell'accertamento dell'avvenuto decesso, potendo i responsabili della struttura risultare così esposti a conseguenze penali non certo irrilevanti.

Si ritiene opportuno qui sottolineare che la cogenza del pieno rispetto di quanto previsto nel Decreto ministeriale 582/94 risulterebbe ancor più rafforzata dal riscontro che la conoscenza e l'osservanza di tale decreto rappresentano un presupposto ineludibile per quella fondamentale branca terapeutica oggi rappresentata dalla medicina dei trapianti, disponendo la legge ad essa cor-

relata²¹ non solo una capillare campagna d'informazione finalizzata in particolare alla diffusione della conoscenza della legge 578/93 e del decreto 582/94²², ma a queste normative fa anche esplicito riferimento per ben tredici volte²³; così ulteriormente sottolineando l'inderogabilità di un preliminare accertamento della morte conforme alle modalità in esse previste e - conseguentemente - risultando per nulla conforme alle intenzioni del legislatore un coinvolgimento nel processo di accertamento della morte di risorse umane non contemplate dalle relative normative e - pertanto - anche l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche non effettuata da Tecnici di Neurofisiopatologia.

Tuttavia, poiché in condizioni di accertata mancanza di tale figura professionale il Decreto ministeriale 582/94 giustificava l'affidamento "ad esaurimento" di tali indagini strumentali ad altri professionisti, nel gennaio 1996 il Consiglio Superiore di Sanità ritenne "adeguatamente formati" per tale incarico "gli infermieri professionali che, alla data del 15.3.1995, abbiano svolto tale attività per almeno tre anni, in via continuativa a tempo pieno e in strutture specifiche, previo parere favorevole del dirigente della struttura"²⁴. Dalla strettamente correlata definizione "in via transitoria e ad esaurimento" - però - emergerebbe anche la chiara indicazione ad un adeguamento alla normativa in tempi brevi, ragionevolmente individuabili in quelli strettamente necessari per la formazione di un adeguato numero di Tecnici di Neurofisiopatologia e la successiva loro assunzione in ambito aziendale.

Le considerazioni inerenti alla registrazione elettroencefalografica effettuata al di fuori dell'ambito di accertamento della morte possono invece risultare leggermente più sfumate, trovando esse fondamento sulla disamina dei canonici elementi definitori l'ambito di competenza individuati dalla legge 42/99.

Come più volte ricordato, i contenuti dei decreti ministeriali individuativi del profilo professionale costituiscono uno dei tre elementi definitori l'ambito di competenza delle professioni sanitarie. Il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere (D.M. 739/94)²⁵ lo evidenzia come l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica che ha aspetti preventivi, curativi, palliativi e riabilitativi ed è di natura tecnica, relazionale, educativa. La prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili rappresentano infatti le principali funzioni di tale operatore che - tra l'altro - deve garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche²⁶. Riguardo al Tecnico di Neurofisiopatologia, invece, il relativo decreto ministeriale (D.M. 183/95)²⁷ afferma in maniera specifica che egli deve svolgere le proprie attività nell'ambito neurologico e neurochirurgico, applicando direttamente le specifiche metodiche diagnostiche (elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni) ed intervenendo direttamente, sia sul paziente che sulle apparecchiature, mediante l'applicazione delle metodiche più idonee alla registrazione dei fenomeni bioelettrici, con dirette responsabilità sia nell'applicazione che nel risultato finale.²⁸

Si evidenzia - pertanto - come nell'attività infermieristica (pur non risultando essa collocabile in un'area esplicitamente diagnostica) siano tuttavia rilevabili alcuni generici coinvolgimenti di natura tecnica, così non potendosi escludere a priori la liceità di un coinvolgimento dell'Infermiere nella registrazione di un elettroencefalogramma la quale, peraltro, rientrava ormai da decenni nel suo mansionario²⁹ e - pur nella indubbia consapevolezza dell'avvenuta sua abrogazione - può di conseguenza non apparire del tutto fuori luogo considerare tale prestazione ancora oggi come rientrante nel suo ambito di competenza, poiché già lo era quando il livello di formazione dell'Infermiere non era confrontabile con la preparazione universitaria richiesta attualmente per l'esercizio di questa professione.

Anche se tale ragionamento non appare del tutto privo di fondamento, si ritiene opportuno però sottolineare come attività che prima legittimamente rientravano nell'ambito di competenza di una specifica professione sanitaria possano poi essere a questa precluse alla luce di sopraggiunte variazioni normative. Basti qui fare cenno esemplificativo alle cure dell'apparato masticatorio, in passato esplicabili anche dal medico-chirurgo e poi divenute - con l'individuazione ex lege di detta figura³⁰ - onere quasi esclusivo dell'odontoiatra.

Nella fattispecie, fu contestualmente alla pubblicazione del cennato mansionario infermieristico che iniziò a delinearsi l'attuale figura del Tecnico di Neurofisiopatologia, tramite l'attivazione delle prime Scuole dirette a fini speciali³¹ e di singoli corsi abilitanti a livello regionale, per poi giungersi - nel 1988 - ad uno dei primi tentativi di regolamentazione a livello nazionale del suo profilo professionale e di individuazione delle sue specifiche funzioni³², successivamente confermate e maggiormente definite dal Decreto ministeriale 183/95 ove viene ulteriormente sottolineata la diretta responsabilità di tale professionista nella applicazione e nel risultato finale della metodica diagnostica utilizzata, nonché nella preliminare predisposizione e controllo della relativa strumentazione, risultando così i contenuti dei rispettivi profili professionali esplicitamente indicativi di una esclusiva collocazione nell'area di competenza del TNFP delle attività squisitamente tecnico-diagnostiche inerenti all'esecuzione d'indagini elettroencefalografiche.

Un secondo elemento definitorio dell'ambito di competenza delle singole professioni sanitarie è rappresentato dagli obiettivi individuati dagli ordinamenti didattici universitari, qui da considerare - alla luce dell'attuale momento di transizione - in riferimento ai corsi sia di diploma universitario³³ che di laurea di I livello³⁴.

Durante il corso di Diploma universitario di Infermiere, lo studente del primo anno apprende i fondamenti della fisiopatologia applicabili alle diverse situazioni cliniche, anche in relazione a parametri diagnostici, e deve imparare a riconoscere e rispettare il ruolo e le competenze degli altri membri dell'équipe, mentre - alla fine del secondo anno - egli deve saper fornire prestazioni tecniche corrette ed efficaci in applicazione e nel rispetto dei principi scientifici fondamentali della professione. Nell'ultimo anno, infine, deve imparare ad interagire e collaborare attivamente con équipe intra e interprofes-

sionali per una organizzazione assistenziale che utilizzi in maniera adeguata le risorse a disposizione. Allo studente del primo anno del corso di diploma di Tecnico di Neurofisiopatologia è invece richiesta la conoscenza di elementi di neurofisiologia applicata con approfondimento della neuroanatomia e l'apprendimento di nozioni di Neurofisiologia, di elettroencefalografia e di elettronica, correlate alle indagini neurofisiologiche; durante il secondo anno egli deve apprendere le nozioni inerenti alle malattie neurologiche, i principi generali di neurofisiopatologia e le tecniche di esplorazione del sistema nervoso, nonché assimilare le nozioni teoriche di base e le tecniche di registrazione da applicare su pazienti. Nel terzo anno, lo studente deve infine acquisire le tecniche di elettrofisiologia sperimentale e le conoscenze di base per l'acquisizione e l'analisi dei segnali tramite sistemi computerizzati; inoltre, per essere ammesso all'esame finale deve aver personalmente eseguito almeno 400 esami elettroencefalografici, sia su pazienti adulti che su bambini.

Sta ormai giungendo a conclusione il passaggio dai corsi di diploma a quelli di laurea di I livello, con la conseguente applicazione del nuovo ordinamento che riporta i correlati obiettivi formativi qualificanti proiettanti i laureati in Infermieristica³⁵ nelle attribuzioni previste dal D.M. 739/94, cioè di responsabili dell'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) che è di natura tecnica, relazionale, educativa, dovendo essi garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Nell'area tecnico-diagnostica è invece ricompresa la laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia³⁶, abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di Neurofisiopatologia che è l'operatore sanitario cui nello specifico competono le attribuzioni previste dal D.M.183/95, svolgendo egli la sua attività nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroneuromiografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni). I laureati in tecniche di diagnostica neurofisiopatologica applicano le metodiche più idonee per la registrazione dei fenomeni bioelettrici, con diretto intervento sul paziente e sulle apparecchiature ai fini della realizzazione di un programma di lavoro diagnostico-strumentale; inoltre, gestiscono autonomamente la ottimizzazione delle varie metodiche diagnostiche, sulle quali devono redigere un rapporto descrittivo sotto l'aspetto tecnico; hanno dirette responsabilità nell'applicazione e nel risultato finale della metodica diagnostica utilizzata; impiegano metodiche diagnostico-strumentali per l'accertamento dell'attività elettrocerebrale ai fini clinici e/o medico-legali; provvedono alla predisposizione e controllo della strumentazione delle apparecchiature in dotazione.

Un'attenta lettura degli ordinamenti didattici permette di rilevare un certo loro cambiamento nel passaggio da quelli relativi ai diplomi universitari (ad esaurimento) a quelli vigenti per le lauree di I livello, poiché in questi ultimi si evidenzia una tendenza a delineare obiettivi didattici non concernenti rigide modalità di insegnamento, ma finalizzati esclusivamente a definire le fina-

lità che devono perseguire tali corsi universitari, cioè la adeguata formazione di professionisti in grado di assolvere le competenze espressamente previste nei rispettivi profili riportati nei relativi decreti ministeriali ai quali viene peraltro fatto esplicito riferimento, così rafforzandone la cogenza definitoria dello specifico ambito di responsabilità.

In rapporto alle specifiche attività oggetto della presente nota, risultano tuttavia plateali le differenze dei requisiti formativi per conseguire i rispettivi titoli abilitanti alla professione, evidenziandosi per il Tecnico di Neurofisiopatologia un costante e ripetutamente sottolineato richiamo alla conoscenza - sia teorica che applicata - della neurofisiologia, della neuroanatomia e della elettroencefalografia, nonché delle specifiche tecniche di registrazione da applicare direttamente sul paziente, con preliminare predisposizione e controllo della strumentazione delle apparecchiature in uso, mentre nell'ordinamento didattico dell'Infermiere, anche se a lui si richiede la capacità di fornire prestazioni tecniche corrette ed efficaci, sono ravvisabili - pur in rapporto anche ad un ambito diagnostico - solo fondamenti di fisiopatologia generale.

Il terzo pilastro sul quale fondare la delimitazione del relativo ambito di competenza e di responsabilità è rappresentato - ex legge 42/99 - dal codice deontologico. Al proposito, appare in tutta evidenza l'impossibilità di un paritetico confronto tra il codice del Tecnico di Neurofisiopatologia³⁷ e quello dell'Infermiere³⁸, rappresentativo quest'ultimo di una professione le cui radici culturali affondano profondamente nella storia e che ha saputo evolversi e rinnovarsi continuamente, contribuendo in maniera determinante a positivi cambiamenti nell'ambito assistenziale e spesso costituendo una forza trainante nella crescita culturale e professionale delle altre figure sanitarie. Tale professione vide delinearsi la sua definitiva e capillare organizzazione su tutto il territorio nazionale nel 1954, in occasione della istituzione dei Collegi provinciali³⁹, dai quali successivamente promanò la formulazione dell'attuale codice deontologico nel quale - quindi - sono confluite le pregresse esperienze e la piena maturità professionale della figura infermieristica.

Altrettanto non può essere affermato per i Tecnici di Neurofisiopatologia che solo in seguito si sono affacciati nell'ambito sanitario, riuscendo tuttavia in breve tempo a far apprezzare il loro specifico contributo, anche per l'alto livello qualitativo caratterizzante le relative sedi formative. Pur in presenza di autorevoli pareri positivi in merito⁴⁰, per tali professionisti non è ancora stata promulgata la normativa istitutiva del collegio, risultando però alquanto attiva la loro associazione (AITN) che - per le specifiche finalità emergenti dallo Statuto⁴¹ e le molteplici attività da essa patrocinata - ben potrebbe in qualche modo essere assimilata ad un pur non previsto ex-lege organismo collegiale. Riguardo all'argomento qui considerato, la disamina dei contenuti dei rispettivi codici deontologici non apporta elementi nettamente chiarificatori, riscontrandosi in entrambi solo generici richiami al rispetto delle altrui competenze. Tuttavia, in quello dell'Infermiere viene sottolineato

il dovere sia di astenersi dalle attività delle quali non si possiede la piena conoscenza tecnico-culturale⁴², sia di contribuire all'uso ottimale delle risorse disponibili, opponendosi alla compensazione qualora questa travalichi da situazioni contingenti eccezionali⁴³, quali potevano essere considerate quelle esistenti all'epoca della pubblicazione del Decreto ministeriale 582/94, quando era forse rilevabile una carenza numerica di Tecnici di Neurofisiopatologia.

Nell'interesse dell'Utente, quindi, risulterebbe ulteriormente confermato la doverosità per l'Infermiere di non impegnarsi in attività per l'esercizio delle quali ormai da tempo esistono specifiche figure professionali con bagaglio tecnico-culturale indubbiamente più adeguato e tale - quindi - da consentire loro non solo una migliore attuazione delle specifiche prestazioni, ma anche il controllo del corretto funzionamento della strumentazione, di cui solo essi hanno piena responsabilità. Inoltre, in una logica di ottimale allocazione delle risorse umane disponibili ed alla luce della grave carenza di personale infermieristico, risulterebbe del tutto ragionevole non distrarre tale personale dal suo peculiare ambito assistenziale ove pienamente esso può dare completa realizzazione alla propria elevata professionalità.

In conclusione, dal Decreto ministeriale 582/94 relativo alle modalità attuative dell'accertamento strumentale della morte, emerge chiaramente che le registrazioni elettroencefalografiche in esso contemplate sono appannaggio esclusivo del TNFP, poiché la possibilità di un suo eventuale vicariamento con altre figure professionali era fondato esclusivamente su motivazioni eccezionali configuranti una situazione provvisoria e a esaurimento⁴⁴, oggi non più sostenibili a quasi nove anni dall'emanazione di tale regolamento. A nostro avviso, inoltre, la non pedissequa osservanza delle modalità attuative l'accertamento della morte previste nel citato decreto potrebbe - pur in via meramente ipotetica - comportare la mancata legittimazione della successiva interruzione della ventilazione assistita, con possibili conseguenze giuridiche di non indifferente rilievo a carico dei componenti il Collegio medico.

Peraltro, l'importanza di rispettare gli ambiti di competenza è stata del tutto recentemente sottolineata non solo dalle Facoltà di Medicina italiane - ove è stata stigmatizzata la posizione di quelle categorie che non si attengono al proprio profilo professionale⁴⁵ - ma anche dal Ministero della salute, in particolare dalla Direzione generale delle Risorse umane e delle Professioni sanitarie che, al proposito della registrazione elettroencefalografica⁴⁶, ha ricordato alla Federazione dei Collegi IPA-SVI che l'attuazione di tale attività tecnico-diagnostica deve avvenire in conformità a quanto sancito nel Decreto ministeriale 582/94 e indicato nel parere del Consiglio Superiore di Sanità del gennaio 1996, sottolineando "che ogni estensione che travalichi le eccezioni tassativamente indicate nei ricordati atti, non è conforme alla vigente normativa". Anche al di fuori dell'ambito accertativo della morte, alla luce di vigenti normative, di considerazioni etiche e di dettami deontologici, appare evidente che - soprattutto nell'interesse primario del Cittadino - le registrazioni di elettroencefalogrammi

debbano rientrare nell'ambito di esclusiva competenza del Tecnico di Neurofisiopatologia al quale tali prestazioni - così come l'elettroencefalografia, l'elettroencefalografia, la poligrafia, i potenziali evocati e gli ultrasuoni - sono esplicitamente affidata ex lege e che di esse è pienamente responsabile dal punto di vista della correttezza esecutiva. Peraltro, apparendo non del tutto peregrina l'affermazione che dette attività potrebbero essere definite come atti riservati ad una professione per l'esercizio della quale è richiesta una specifica abilitazione (rappresentata - nella fattispecie - dal possesso del relativo titolo universitario), alla luce di pur non recente enunciazione della Suprema Corte⁴⁷, l'esecuzione di anche una sola di dette prestazioni da parte di un Infermiere potrebbe venire considerata come esercizio abusivo di professione⁴⁸, sottolineandosi - in tale ipotesi - che anche il personale medico di ciò a conoscenza non solo manterrebbe un comportamento contrastante con quanto disposto dall'art. 13⁴⁹ del Codice di Deontologia Medica, ma rischierebbe esso stesso di incorrere nella incriminazione - e nella condanna - per il medesimo reato⁵⁰.

tato richiesta (Prot. n. 1003/02 CA, del 25 novembre 2002) al Direttore Generale, al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Responsabile delle Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Sondrio, nonché - per conoscenza - all'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia, "di verificare la giusta corrispondenza tra le mansioni svolte da alcune Infermiere Professionali c/o l'U.O. di Neurologia e il relativo profilo professionale del (D.M. 739/1994)", in quanto "da un'analisi attenta del profilo professionale parrebbe, che alcune attività svolte dalle stesse non siano previste dal D.M. n.739/1994, ma sarebbero invece riconducibili al D.M. n. 183/95 in cui è stata individuata la figura del Tecnico di Neurofisiopatologia".

¹ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) (G.U. n. 50 del 2 marzo 1999). Art. 1. (Definizione delle professioni sanitarie): "1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria" (...).".

² Legge 42/1999. Art.1: "(...).2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. (...)".

³ Legge 42/99. Art.1: "(...). 2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici (...)".

⁴ Legge 42/99. Art.1: "(...). 2. (...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (...) è determinato dai (...) fatte salve le competenze previste per le professioni mediche, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali. (...)".

⁵ Pagni A (2003) La professione del futuro e il futuro della professione. Professione 11(1): 29-35.

⁶ Nomenclatore tariffario 2002: prestazioni di assistenza infermieristica (deliberato dal Comitato centrale con atto n. 108/01 del 9 novembre 2001; approvato dal Consiglio nazionale della Federazione dei Collegi I.P.A.S.V.I. il 3 marzo 2002). Parte prima. A. Prestazioni singole di tipo tecnico. 01 Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali. 010 T Registrazione di un Eeg (min euro 16,70; max euro 25,05).

⁷ Al proposito si fa presente che il segretario provinciale della CGIL - Funzione pubblica di Sondrio ha recentemente presen-

⁸ Ricordiamo: 1) decreto ministeriale individuativo del profilo professionale, 2) codice deontologico e 3) ordinamento didattico.

⁹ Decreto Ministeriale 22 agosto 1994, n.582 (Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte) (G.U. 19 ottobre 1994, n. 245).

¹⁰ Legge 29 dicembre 1993, n.578 (Norme per l'accertamento e la certificazione di morte) (G.U. 8 gennaio 1994, n.5).

¹¹ Legge 578/93. Art.1 (Definizione di morte).

¹² Legge 578/93. (...) Art.2 (Accertamento di morte): "1.La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità. 2. La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico-strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della sanità. (...)".

¹³ DM 582/94. Art.1 (Accertamento della morte per arresto cardiaco): "1. In conformità all'art.2, comma 1, della legge 29 dicembre 1993, n.578, l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi. (...)".

¹⁴ DM 582/94. (...)Art. 2 (Condizioni che inducono all'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie): "1. Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie, salvo i casi particolari di cui al comma 2, le condizioni che, ai sensi dell'art. 3 della legge 29 dicembre 1993, n. 578, impongono al medico della struttura sanitaria di dare immediata comunicazione alla direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sono: a) stato di incoscienza; b) assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo; c) silenzio elettrico cerebrale. 2. L'iter diagnostico-terapeutico, finalizzato anche alla certezza della diagnosi eziopatogenetica, deve prevedere, nelle sottoelencate situazioni particolari, l'esecuzione di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziare l'esistenza di flusso ematico cerebrale: a) bambini di età inferiore a 1 anno; b) presenza di fattori concomitanti (farmaci depressori del sistema nervoso centrale, ipotermia, alterazioni endocrinometaboliche, ipotensione sistemica pregressa) di grado tale da interferire sul quadro clinico complessivo. In alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale l'iter può essere procrastinato fino all'avvenuta normalizzazione delle situazioni predette; c) situazioni che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma (EEG). 3. Nel caso in cui il flusso ematico cerebrale valutato per i motivi di cui al precedente comma risulti assente, il medico della struttura sanitaria è tenuto a dare immediata comunicazione alla direzione sanitaria ai sensi dell'art.3 della legge 29 dicembre 1993, n. 578".

- ¹⁵ DM 582/94. Art.3 (Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie): “1. Nei soggetti di cui all’art. 2 la morte è accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione previsto dall’art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni: a) stato di incoscienza; b) assenza di riflesso corneale, riflesso fotomotore, riflesso oculocefalico e oculo vestibolare, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino, riflesso carenale e respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40; c) silenzio elettrico cerebrale, documentato da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell’allegato 1; d) assenza di flusso cerebrale preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dal comma 2 dell’art. 2. 2. I riflessi spinali, spontanei o provocati, non hanno rilevanza alcuna ai fini dell’accertamento della morte, essendo essi compatibili con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche. 3. Nel neonato l’accertamento della morte di cui al presente articolo può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la 38a settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.”
- ¹⁶ DM 582/94. Art. 4 (Periodo di osservazione): “1. La durata dell’osservazione ai fini dell’accertamento della morte deve essere non inferiore a: a) sei ore per gli adulti e per i bambini in età superiore a cinque anni; b) dodici ore per i bambini di età compresa tra uno e cinque anni; c) ventiquattro ore nei bambini di età inferiore a un anno. 2. In tutti i casi di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell’insulto anossico. 3. La simultaneità delle condizioni di cui al comma 1 dell’art. 3 -o, nei casi di cui al punto c) del comma 2 dell’art.2, di tutte quelle esplorabili- deve essere rilevata dal collegio medico per almeno tre volte, all’inizio, a metà e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta. 4. Il momento della morte coincide con l’inizio dell’esistenza simultanea delle condizioni di cui al comma 3.”
- ¹⁷ DM 582/94. Allegato 1: “1) Parametri strumentali. Nell’accertamento della condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo, in concomitanza con i parametri clinici riportati in art. 3, deve essere evidenziata la presenza di silenzio elettrico cerebrale definito come “assenza di attività elettrica di origine cerebrale spontanea e provocata, di ampiezza superiore a 2 micro Volts su qualsiasi regione del capo per una durata continuativa di 30 minuti. 2) Metodologia strumentale. La condizione di silenzio elettrico cerebrale deve essere accertata con la seguente metodologia: utilizzazione di almeno 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il Sistema 1020 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fpl, C3, T3, O1); le derivazioni possono essere bipolari con distanza interelettrodo non inferiore a 10 cm e/o monopolari (con elettrodi di riferimento biauauricolare); le impedenze elettrodoche devono essere comprese tra 0,1 e 10 KOhms; l’amplificazione deve essere di 2 micro Volts/mm e la calibrazione con deflessione positiva o negativa di 5 mm per un segnale di 10 micro Volts; nel corso della registrazione vanno utilizzate almeno due costanti di tempo (di 0,1 e di 0,3 sec); durante l’esame va ripetutamente valutata la reattività nel tracciato elettroencefalografico a vari tipi di stimolazione sensoriale (acustiche, nocicettive); la durata di ciascuna seduta di registrazione elettroencefalografica deve essere almeno di 30 minuti; le registrazioni elettroencefalografiche vanno effettuate su carta, al momento della determinazione della condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo e ripetute a metà ed alla fine del periodo di osservazione. 3) Accorgimenti tecnici. Poichè artefatti provenienti dall’ambiente di registrazione e/o dal paziente in esame possono essere responsabili di attività ritmica, pseudoritmica o sporadica che si riflette su ogni elettrodo registrante posto sullo scalpo, occorre, su di un totale di non meno 8 canali di registrazione, dedicare: un canale di registrazione all’elettrocardiogramma; un canale di registrazione all’attività bioelettrica derivata da regioni extracerebrali (es. sul dorso della mano). Qualora sia necessario, sospendere momentaneamente il funzionamento degli apparati di rianimazione e di monitoraggio. In caso siano presenti abbondanti artefatti muscolari che possano mascherare l’attività cerebrale sottostante, o simularla creando quindi problemi di interpretazione, si consiglia di ripetere la registrazione dopo somministrazione di farmaci che bloccano la funzionalità della placca neuromuscolare (es. Succinilcolina 20-40 mg i.v.). 4) Personale addetto. La esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da Tecnici di Neurofisiopatologia sotto supervisione medica. In mancanza di tale figura professionale, in via transitoria e ad esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l’esecuzione degli esami può essere affidata a tecnici e/o infermieri adeguatamente formati a svolgere tali mansioni.”
- ¹⁸ Da intendere ragionevolmente come “non disponibilità” sul mercato del lavoro, non come assenza di tale figura professionale nella struttura aziendale.
- ¹⁹ L’uso di una congiunzione con valore coordinativo e aggiuntivo sottolinea la ferma volontà del legislatore di sanare nel più breve tempo possibile eventuali situazioni operative nelle quali la specifica formazione di colui che esegue le indagini elettroencefalografiche non risulta confacente alla delicatezza dell’incarico.
- ²⁰ Legge 578/93. (...) Art. 2 (Accertamento di morte): “(...) 3. Il decreto del Ministro della sanità di cui ai commi 1 e 2 è emanato (...) previo parere obbligatorio e vincolante del Consiglio superiore di sanità, che deve esprimersi dopo aver sentito le società medico-scientifiche competenti nella materia. I successivi eventuali aggiornamenti e modifiche del citato decreto sono disposti con la medesima procedura. (...)”.
- ²¹ Legge 1 aprile 1999, n. 91 (Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti) (G.U. 15 aprile 1999, n.87). CAPO I (Disposizioni generali). Art. 1 (Finalità): “1. La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.”
- ²² Legge 91/99. Art. 2 (Promozione dell’informazione): “1. Il Ministro della sanità, d’intesa con i Ministri della pubblica istruzione e dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Centro nazionale per i trapianti, di cui all’articolo 8, in collaborazione con gli enti locali, le scuole, le associazioni di volontariato e quelle di interesse collettivo, le società scientifiche, le aziende unità sanitarie locali, i medici di medicina generale e le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove, nel rispetto di una libera e consapevole scelta, iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini: a) la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582; (...). 2. Le regioni e le aziende unità sanitarie locali, in collaborazione con i centri regionali o interregionali per i trapianti di cui all’articolo 10 e con i coordinatori locali di cui all’articolo 12, adottano iniziative volte a: a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582; (...).”
- ²³ Legge 91/99. Art. 1.1; art. 2.1, 2.2; art. 3.1, 3.2; art. 4.5; art. 13.1, 13.3; art. 19.1; art. 22.3, 22.4; art. 23.1, 23.2.

- ²⁴ Ministero della sanità. Consiglio Superiore di Sanità. Sessione XLII. Sezione II. Seduta del 17 gennaio 1996: "Il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione II, vista la relazione del Dipartimento II concernente la proposta di aggiornamento professionale per gli infermieri professionali addetti all'esecuzione di esami elettroencefalografici per l'accertamento di morte cerebrale; visto il D.P.R. 14.3.1974, n. 225, concernente le mansioni degli infermieri professionali; visto il D.M. 15.3.1995, n.183, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del Tecnico di Neurofisiopatologia; udita la relazione del prof. Frattola; premesso che il D.M. 22.8.1994, n.582, Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte prevede nell'allegato 1, punto 4, che l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da Tecnici di Neurofisiopatologia sotto supervisione medica e che, in mancanza di tale figura professionale, in via transitoria e ad esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l'esecuzione degli esami può essere affidata a tecnici e/o infermieri professionali adeguatamente formati a svolgere tali mansioni; rilevato che la Società Italiana di Neurofisiologia clinica congiuntamente alla Federazione Collegi Infermieri Professionali ed alla Associazione Italiana di Tecnici Neurofisiopatologia propongono: a) l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale obbligatorio rivolti agli infermieri professionali che operano in laboratori di elettroencefalografia affinché siano adeguatamente preparati per l'accertamento di morte cerebrale, b) la creazione di un elenco speciale a carattere nazionale in cui inserire gli infermieri professionali che, in via transitoria ed a esaurimento, possono eseguire le indagini elettroencefalografiche per l'accertamento di morte cerebrale: che i Direttori delle scuole per Tecnici di Neurofisiopatologia delle Università di Roma "La Sapienza" e di Bologna, oltre a confermare la proposta di istituzione di un apposito elenco speciale, propongono di ritenere 'adeguatamente formati' all'esecuzione di esami elettroencefalografici gli Infermieri Professionali ed i Tecnici di EEG con certificazione assegnazione in laboratori EEG almeno quadriennale al 15 marzo 1995, data del D.M. n.183; esaminata la documentazione presentata RITIENE che, ai fini dell'accertamento di morte cerebrale, siano da considerare adeguatamente formati a svolgere attività di registrazione elettroencefalografica sotto supervisione medica, in assenza di Tecnici di Neurofisiopatologia o di Tecnici di Elettroencefalografia, in via transitoria ed ad esaurimento, gli infermieri professionali che, alla data del 15.3.1995, abbiano svolto tale attività per almeno tre anni, in via continuativa a tempo pieno e in strutture specifiche, previo parere favorevole del dirigente della struttura; che, pertanto, non siano necessarie né l'attivazione di corsi di aggiornamento professionale obbligatorio, né la creazione di un elenco speciale."
- ²⁵ Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere) (G.U. 9 gennaio 1995, n. 6).
- ²⁶ DM 739/94. art.1.1: "E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. 1.2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. 1.3 - L'infermiere: (...) d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; (...)".
- ²⁷ Decreto ministeriale 15 marzo 1995, n. 183 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del Tecnico di Neurofisiopatologia) (G.U. 20 maggio 1995, n.116).
- ²⁸ DM 183/95. Art.1: "1. E' individuata la figura del Tecnico di Neurofisiopatologia con il seguente profilo: il Tecnico di Neurofisiopatologia è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nell'ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalografia, elettroencefalografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni). 2. Il Tecnico di Neurofisiopatologia: a) applica le metodiche più idonee per la registrazione dei fenomeni bioelettrici, con diretto intervento sul paziente e sulle apparecchiature ai fini della realizzazione di un programma di lavoro diagnostico-strumentale o di ricerca neurofisiologica predisposto in stretta collaborazione con il medico specialista; b) gestisce compiutamente il lavoro di raccolta e di ottimizzazione delle varie metodiche diagnostiche, sulle quali, su richiesta deve redarre un rapporto descrittivo sotto l'aspetto tecnico; c) ha dirette responsabilità nell'applicazione e nel risultato finale della metodica diagnostica utilizzata; d) impiega metodiche diagnostico-strumentali per l'accertamento dell'attività elettrocerebrale ai fini clinici e/o medico-legali; e) provvede alla predisposizione e controllo della strumentazione delle apparecchiature in dotazione; (...)".
- ²⁹ Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 (Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici) (G.U. 18 giugno 1974, n. 157). Titolo I (Mansioni dell'infermiere professionale). (...) Art. 2: "Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti: (...) 12) somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico: (...) g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari; (...)".
- ³⁰ Legge 24 luglio 1985, n. 409 (suppl. ord. G.U. 13 agosto, n. 190).
- ³¹ Tra le prime, ricordiamo quelle di Roma (DPR 2 giugno 1972, n. 436) e di Bologna (DPR 31 ottobre 1972 n. 1010), entrambe istituite nel 1972, seguite poi da quelle di Ancona (1977), Pavia (1980), Milano (1981), Genova (1981), Napoli (1981), Pisa (1988) e Siena (1990).
- ³² Decreto ministeriale 26 gennaio 1988, n.30 (Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche e di dubbia ascrizione ai sensi dell'art.1, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali) (G.U. 10 febbraio 1988, n.33). "(...) 4) Tecnico di Neurofisiopatologia: operatore professionale di prima categoria; ruolo sanitario - tabella L - personale tecnico sanitario. Funzioni: applicazione, su indicazione medica, delle metodiche specifiche agli accertamenti diagnostici in campo neurologico e neurochirurgico; allestimento delle apparecchiature e manutenzione ordinaria delle medesime. Requisito specifico di ammissione ai concorsi salvo quello di carattere generale fissati dal decreto ministeriale 30 gennaio 1982, è il possesso di attestato di corso di abilitazione di durata almeno biennale svolto in presidi del Servizio sanitario nazionale cui si accede con diploma di istruzione secondaria di secondo grado o presso strutture universitarie. (...)".
- ³³ Decreto ministeriale 24 luglio 1996 (Approvazione della Tabella XVIII-ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei Corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341) (G.U. 14 ottobre 1996, n. 24; S.O. n. 168). (...) Art.1: "1. Nell'ordinamento universitario - Facoltà di Medicina e Chirurgia sono istituiti i seguenti Corsi di diploma universitario, che rila-

- sciano i corrispondenti titoli di studio: (...) 4. Infermiere (...) 12. Tecnico di Neurofisiopatologia (...)”.
- ³⁴ Decreto Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, 2 aprile 2001 (Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie) (G.U. 128 del 5 giugno 2001 serie generale).
- ³⁵ La denominazione “Laurea in Infermieristica (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere)” è stata così proposta dal Consiglio Universitario Nazionale (adunanza del 21 novembre 2002) al fine di una denominazione sufficientemente esplicita e caratterizzante, nonché omogenea sul territorio nazionale.
- ³⁶ Definizione così proposta dal Consiglio Universitario Nazionale (adunanza del 21 novembre 2002) al fine di una denominazione sufficientemente esplicita e caratterizzante, nonché omogenea sul territorio nazionale.
- ³⁷ Codice deontologico del Tecnico di Neurofisiopatologia (approvato a Trento il 6 Aprile 2000, dall'assemblea Dei Soci A.I.T.N.)
- ³⁸ Codice deontologico dell'Infermiere (1999).
- ³⁹ Legge 29 ottobre 1954, n. 1049 (Istituzione dei Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia) (G.U. 15 novembre 1954, n. 262).
- ⁴⁰ Ministro della salute, Prof. Girolamo Sirchia, Roma, 31 dicembre 2002 (DIRPS / 4.4.5771) (Lettera indirizzata ai Presidenti nazionali delle Associazioni: AIFI, ANTEL, AIDI, AITN, AITEP, ANPEC): “(...) Desidero innanzitutto segnalare che l'esigenza prospettatami di istituire, per le categorie rappresentate dalla SS.LL., i relativi Collegi è da me pienamente condivisa anche perché solo attraverso tali organismi è possibile assicurare il rispetto delle norme di deontologia professionale a tutela degli iscritti ed a salvaguardia dei cittadini utenti. (...)”
- ⁴¹ Lo statuto dell'Associazione Italiana Tecnici di Neurofisiopatologia è stato sottoposto a modifiche in occasione dell'Assemblea svoltasi a Palermo in data 25 giugno 1998.
- ⁴² Codice deontologico dell'Infermiere: (...) 3. (Norme generali) (...). 3.2. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto (...). 3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. (...)”.
- ⁴³ Codice deontologico dell'Infermiere. (...) 6. (Rapporti con le istituzioni). 6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse (...). 6.2. (...) L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità (...).
- ⁴⁴ Benci L (2002) Le professioni sanitarie (non mediche). Aspetti giuridici, deontologici e medico-legali. Ed McGraw-Hill Milano; pag 268.
- ⁴⁵ Conferenza permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Roma, 23 gennaio 2003: “(...) relativamente al problema dell'esecuzione dell'EEG di morte cerebrale, la Conferenza all'unanimità stigmatizza la posizione di quelle categorie che non si attengono al proprio profilo professionale, anche a mente della Legge 42/1999, sottolineando l'importanza di rispettare gli ambiti di competenza previsti dalle vigenti norme in materia (D.M. 739/1994, D.M. 183/95 etc.), nonché dai profili derivanti dai percorsi formativi previsti dagli Ordinamenti Didattici Universitari, e dà mandato al Presidente di rappresentare questa posizione a livello centrale (Ministri competenti) e periferico. (...)”.
- ⁴⁶ “Roma, 22 maggio 2003. Ministero della Salute. Dipartimento per l'Ordinamento sanitario, la Ricerca e l'Organizzazione del Ministero. Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie. Ufficio V – DPS. (n.03 / DIRP/V/ 461 / 4581). “Alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI Via Agostino Depretis, 70. 00184 – ROMA e p.c. alla Associazione Italiana
- Tecnici di Neurofisiopatologia Via Foscolo, 7. 40123 – BOLOGNA. Oggetto: NOMENCLATORE TARIFFARIO 2002 – PRESTAZIONE N. 010T. “Con l'emanazione del Nomenclatore tariffario di cui all'oggetto, codesta Federazione ha inserito fra le prestazioni degli infermieri (indicandola come prestazione n. 010T), anche la registrazione EEG. In merito, si segnala che il decreto del Ministro della Salute in data 22 agosto 1994, n. 582, pubblicato in G.U. n. 245 del 19 ottobre 1994 (All. 1), all'allegato 1 aveva sancito che *l'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da Tecnici di Neurofisiopatologia sotto supervisione medica. In mancanza di tale figura, in via transitoria e ad esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l'esecuzione degli esami può essere affidata a tecnici e/o infermieri professionali adeguatamente formati a svolgere tali mansioni*”. Il Consiglio Superiore di Sanità, con parere reso in data 17 gennaio 1996 (All. 2), aveva stabilito che sono da considerarsi idonei *“...a svolgere attività di registrazione EEG sotto supervisione medica, in assenza di Tecnici di Neurofisiopatologia o di tecnici EEG, in via transitoria ed ad esaurimento, gli infermieri che alla data del 15 marzo 1995, abbiano svolto tale attività per almeno tre anni, in via continuativa a tempo pieno e in strutture specifiche, previo parere favorevole del dirigente della struttura...”*. Alla luce di quanto sopra, si rappresenta che l'utilizzo degli Infermieri per lo svolgimento della prestazione di cui trattasi, deve essere conforme a quanto indicato nel citato D.M. e nel parere del Consiglio Superiore di Sanità, e che ogni estensione che travalichi le eccezioni tassativamente indicate nei ricordati atti, non è conforme alla vigente normativa. Si informa che della questione è stato informato il Sig. Ministro il quale ha espresso positivo avviso. Il Direttore Generale (dr. Claudio Mastrocola).”.
- ⁴⁷ Cass Pen, sez.VI, 5 maggio 1985 (pres. Faccini, rel. Trojano, P.M. Monteleone, ric. Lo Verso): “... ai fini della sussistenza del delitto di esercizio abusivo di una professione, non è necessario il compimento di una serie di atti riservati ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, ma è sufficiente anche il compimento di una isolata prestazione professionale.”.
- ⁴⁸ Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930. n.1398) (suppl G.U. 26 ottobre 1930, n.251). Libro II (Dei delitti in particolare). Titolo II (Dei delitti contro la pubblica amministrazione). Capo II (Dei delitti dei privati contro la pubblica amministrazione). Art. 348 (Abusivo esercizio di una professione): “Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione.”
- ⁴⁹ Codice di Deontologia Medica (approvato da Consiglio nazionale della FNOMCeO, ottobre 1998), art. 13: “ (...) E' vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione (...)”.
- ⁵⁰ Cass Pen, sez VI, 16 gennaio 1973 (pres. Mongiardo, rel. Fornari, PM Sisti, ric.Baglieri; da: La Giustizia Penale, 1973, II, 413): “Risponde, a titolo di concorso, del delitto di esercizio abusivo di una professione, il professionista abilitato il quale consenta o agevoli lo svolgimento di attività professionale da parte di persona non autorizzata.”