

Le leggi e gli infermieri

Le tappe fondamentali della legislazione di interesse infermieristico negli ultimi dieci anni

S O M M A R I O

Premessa

Le conquiste degli infermieri, legge per legge 3
 di Annalisa Silvestro

La riforma della riforma

Il decreto legislativo n. 502, approvato nel dicembre del 1992, è il primo intervento legislativo consistente in materia di sanità dopo la riforma del 1978 5
 di Maria Giuseppina Astorino

Crescono le Regioni

Il decreto legislativo 517/93 modifica il precedente decreto 502, assegnando poteri maggiori alle Regioni, anche in materia di formazione infermieristica 7
 di Paolo Polidori

L'abrogazione del mansionario

Un risultato storico, la fine di un'epoca 9
 di Sergio De Carolis

Un profilo "autonomo"

Il decreto ministeriale 739/94 definisce il nuovo profilo professionale dell'infermiere, con una propria autonomia e responsabilità **11**
di Sergio De Carolis

Laurea e dirigenza


La legge 251/2000 porta due grandi novità: il ruolo dirigenziale e l'attivazione di uno specifico corso di laurea in scienze infermieristiche **14**
di Cesare Fassari

Emergenza, ma non solo

La prima legge approvata nel 2002 riguarda gli infermieri **20**
di Emma Martellotti
 Le novità della legge 1/2002 **22**
di Mariano Rampini

Appendice - Il contesto normativo

Le leggi e gli infermieri. Come è cambiata la normativa riguardante la professione infermieristica, dal Regio Decreto del 1934 alla legge n. 1 del 2002 **23**
di Stefania Gastaldi
 Gli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie **26**
di Gianfranco Rebora
 Leggi finanziarie: gli interventi che hanno determinato i finanziamenti al Ssn, dal 1990 ad oggi **30**
di Marinella D'Innocenzo

 <p>I QUADERNI <i>Supplemento de L'Infermiere n. 2/052</i></p> <p>Direttore responsabile: Annalisa Silvestro, Comitato editoriale: Marinella D'Innocenzo, Danilo Massai, Gennaro Rocco,</p>	<p>Loredana Sasso, Annalisa Silvestro, Giovanni Valerio, Franco Vallicella</p> <p>Responsabile dei servizi editoriali: Emma Martellotti</p> <p>Servizi editoriali: Italtromo Esis Publishing srl Via del Commercio 36, 00154 Roma, tel. 06.57.29.981, fax 06.57.29.98.21-2. e-mail: roma@ihg.it</p>	<p>Coordinatore Cesare Fassari</p> <p>Segreteria di Redazione: Lorena Giudici</p> <p>Ufficio Grafico: Giordano Anzellotti (<i>responsabile</i>), Giorgio Rufini</p> <p>Editore: Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70 00184 - Roma tel. 06/46200101, fax 06/46200131 www.ipasvi.it</p>	<p>Periodicità trimestrale</p> <p>Stampa Elcograf, un marchio della Pozzoni Spa, Beverate di Brivio (Lc)</p> <p>Registrazione Presso il Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64. <i>La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.</i></p>
---	---	--	--

Premessa

Le conquiste degli infermieri, legge per legge

di Annalisa Silvestro*

L'ultimo decennio per la professione infermieristica – e per l'intero sistema sanitario del paese – è stato un periodo di grandi innovazioni, turbolenze, tensioni e, per quanto ci riguarda, anche di grandi conquiste.

Dal 1992, anno di attivazione dei primi diplomi universitari, ad oggi la crescita della professione è stata impetuosa e in un arco di tempo relativamente breve si sono modificate radicalmente le norme che regolamentano la formazione e l'esercizio professionale infermieristico.

In questo numero del Quaderno vogliamo riproporre, attraverso una raccolta di articoli pubblicati sulla rivista *L'infermiere* alcuni momenti salienti di questo percorso recente: commenti a caldo rilasciati dai dirigenti dell'Ipasvi in prima persona o raccolti dai giornalisti della nostra redazione.

Perché ci è sembrato importante proporre la riflessione così come si è sviluppata nel momento in cui si veniva raggiunto un risultato, veniva approvata una legge lungamente attesa o introdotta una novità normativa destinata a incidere sull'intero sistema professionale e sulle modalità di erogazione delle prestazioni infermieristiche?

Perché, a distanza di anni, quelle riflessioni non solo conservano una loro attualità, ma in alcuni casi si rivelano anticipatrici rispetto alle problematiche successive. Perché ci possono aiutare ad individuare le questioni che hanno trovato un'adeguata soluzione e i nodi ancora da

sciogliere. Ci possono aiutare cioè anche a mettere a fuoco i percorsi per l'oggi.

L'attuale assetto normativo italiano riconosce alla professione infermieristica da un lato un ambito di competenze ben definito, ricco di autonomia e responsabilità, dall'altro un ruolo centrale nel sistema organizzativo e percorsi formativi coerenti con l'esercizio professionale.

Ma non sempre ciò che si è ottenuto si è tradotto nella quotidianità e non sempre lo spirito che ha ispirato il Legislatore è stato interpretato in modo corretto e applicato di conseguenza.

Oggi dobbiamo continuare a fare in modo che ciò avvenga e consolidare i traguardi raggiunti, sviluppando fino in fondo le potenzialità dell'assistenza e della professione infermieristica.

Non è, comunque un compito facile, perché bisogna fare i conti con le profonde e continue trasformazioni dell'intero sistema sanitario chiamato a misurarsi con la svolta federalista e con la necessità di ragionare in termini di contenimento della spesa e di raggiungimento, comunque, degli obiettivi posti per la collettività.

In Appendice sono raccolti alcuni contributi utili a contestualizzare il percorso della professione infermieristica all'interno del complessivo processo di riordino della sanità italiana.

Significativa a questo proposito è la lettura delle leggi Finanziarie in relazione alle ricadute professionali.

Siamo consapevoli di essere una parte importante del cambiamento in atto e di es-

* Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

sere una leva di qualità e di efficienza nella trasformazione dell'intero sistema. Ma proprio perché la valorizzazione della professione infermieristica può avere un ruolo dirompente, il processo di cambiamento spesso innesta resistenze: quando vengono messi in discussione antichi equilibri rispuntano, infatti, i tentativi di ricondurre il gruppo professionale in recinti e steccati anacronistici e penalizzanti.

Nostro compito è quello di superare anche quegli ostacoli, nell'interesse della collettività, oltre che per appagare la legittima aspettativa di riconoscimento professionale e sociale degli oltre 326mila iscritti agli Albi.

La storia ci aiuta a consolidare il nostro senso di appartenenza e a trasmettere ai giovani infermieri le nostre esperienze. La storia del recente passato ci può dare indicazioni per costruire il nostro futuro.



La riforma della riforma

Il decreto legislativo n. 502, approvato nel dicembre del 1992, è il primo intervento legislativo consistente in materia di sanità dopo la riforma del 1978.

Asse portante del decreto è l'aziendalizzazione, ovvero la definizione della Usl come "azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica".

Ma segna anche un passo avanti nella definizione del percorso formativo degli infermieri, che potranno accedere ai corsi professionali solo dopo aver conseguito un diploma quinquennale.

*di Maria Giuseppina Astorino**

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, segna una svolta per la professione infermieristica e costituisce, specie ma non solo, nell'articolo 6 un punto di forza.

Emanato come necessaria articolazione della legge-delega 421/92, definisce la normativa di attuazione della legislazione di principio stabilita dalle Camere.

Il testo dà finalmente ragione alle molteplici proteste e sollecitazioni, argomentazioni e richieste che da più di un decennio hanno sostenuto la necessità che, per accedere alla formazione infermieristica di base, fosse necessario:

- aver compiuto un ciclo completo di scuola media superiore;
- che gli aspiranti studenti avessero raggiunto una certa maturità psicofisica;
- che della formazione di esercenti una professione intellettuale fosse responsabile e titolare una struttura unica sul territorio nazionale, possibilmente la medesima preposta alla formazione di tutti gli altri professionisti.

Aver raggiunto questi obiettivi, ancorché dilazionati e parziali per la mancanza di un'organica legge di riordino, segna certamente una vittoria degli infermieri. Conferma, inoltre, la correttezza delle analisi

portate a supporto di una strategia di alto profilo, che mira alla qualità e alla meritocrazia come risposta a presunte e pretestuose carenze numeriche, reali solo in parte e spesso lamentate demagogicamente.

Il requisito della scuola secondaria superiore per accedere ad una formazione universitaria allinea tutti gli infermieri italiani con i colleghi della Cee e della Regione europea e assicura dignità e cultura a una professione penalizzata da sanatorie e pregiudizi da ancillarità conferita e accettata, qualche volta, acriticamente. Compie quindi un'operazione a vasto raggio, con una ricaduta che supera i confini dell'infermieristica per investire l'intero sistema sanitario e sociale.

Prevedere che, nei prossimi dieci/vent'anni, un Paese tra i più industrializzati (e indebitati) del mondo formi i propri infermieri con un sistema universitario, significa aprire la porta a un cambiamento radicale, nonché a un investimento promettente. Significa creare connessioni e interrelazioni strettissime tra professione e utenti, tra infermiere e Paese reale, superando l'attuale modello localistico e parcellizzato. basato sull'appoggio medico alla malattia.

* L'articolo è stato pubblicato su "Foglio notizie" del 22 gennaio 1993 (anno III, n. 1-2)

L'alternativa, che ha una titolarità generale e un respiro europeo, trova la sua origine nella capacità dell'infermieristica di promuovere e tutelare la salute globale dell'individuo e della collettività.

Per affermare questi principi attraverso un responsabile e autonomo esercizio professionale (dipendente, pubblico, privato e liberale) si dovrà riorientare la formazione di base e permanente sradicandola dal modello medico e medicalizzante prevalente, imperniato sul bisogno, sulla frammentazione dell'uomo e sulla frantumazione della funzione in prestazioni e compiti, regolati dalla delega comoda e deresponsabilizzante.

Questi i principi.

Gli strumenti e i mezzi per realizzarli potranno essere attinti dalle "risorse" del sistema universitario.

Dobbiamo aggiungere però che il decreto legislativo 502/92, che finora abbiamo salutato con la soddisfazione di aver finalmente ottenuto una norma troppo a lungo attesa, presenta una serie di contraddizioni che appaiono quasi speculari ad altre – ancora in parte coesistenti – e rispetto alle quali sono solo modificati i termini del rapporto.

La contraddizione principale del vecchio sistema formativo risiedeva nel fatto che enti locali quali Regioni e Usl formavano un professionista in modo disomogeneo in quanto a scolarità e criteri di selezione degli allievi, calendario di inizio dei corsi, programmi e metodi formativi, reperimento di docenti e sedi, erogazione di assegni di studio. Nonostante tutto questo, al termine della scuola, con il superamento di un esame di Stato, si otteneva un titolo abilitante, valido su tutto il territorio nazionale e nella Cee. Questi limiti vengono ampiamente superati dal decreto legislativo 502/92, che però apre nuovi problemi. Il futuro infermiere avrà una preparazione ed un riconoscimento sociale all'altezza dei suoi compiti, ma dovrà operare in un contesto che di fatto li-

miterà le potenzialità del suo intervento globale. L'esame dell'attuale testo, infatti, evidenzia una tendenza alla soluzione ospedalizzante dei problemi di salute.

L'infermiere, formato alla promozione e alla tutela della salute, ancor prima che alla cura e riabilitazione, dovrà con forza far valere le ragioni scientifiche, oltre che economiche, di questa tendenza a partire dagli spazi che la legge offre all'iniziativa singola e collettiva. Dovrà, in una parola, farsi propositore attivo di contenuti nuovi per la salute, che si sappiano tradurre in scelte operative convenienti. Economicità significa:

- non risparmiare sulla salute per evitare altri maggiori costi sociali;
- intervenire con l'educazione alla salute, con la prevenzione ed il self-care prima dell'insorgere di stili di vita a rischio e patologie;
- sviluppare i servizi di base che rispondono a bisogni essenziali spesso disattesi e filtrano l'accesso in ospedale;
- praticare indagini cliniche e cure mirate;
- responsabilizzare e coinvolgere attivamente nel sistema sanità ogni altro settore della società (ambiente, industria, mass-media ecc).

La formazione universitaria sarà in grado di fornire adeguati strumenti per ciascuno di questi ambiti disciplinari. Il decreto legislativo 502/92 intanto tende a razionalizzare le spese, a rendere i servizi pubblici efficienti e competitivi anche snellendo i meccanismi burocratici.

Accorpare le Usl ridurrà il numero degli interlocutori con maggiore potere decisionale. Creando meccanismi meritocratici attiverà competizioni qualitative tra servizi e professionalità.

La sanità è oggi ad un bivio: imboccare la via della qualità o mantenersi nel regime della malattia. Il decreto legislativo offre agli infermieri di oggi e di domani la possibilità di aprire la strada verso la salute di tutti i cittadini.

Crescono le Regioni

Il decreto legislativo 517/93 modifica il precedente decreto 502, assegnando poteri maggiori alle Regioni, anche in materia di formazione infermieristica.

Si avvia così quel cambiamento nei rapporti tra Stato e Regioni, che avrà un'ulteriore tappa nella recente modifica del Titolo V della Costituzione

di Paolo Polidori*

Sanità: signori si cambia! Ma sarà vero? E soprattutto il 1994 sarà veramente ricordato come l'anno nel quale ha preso l'avvio la "riforma della riforma" della Sanità pubblica?

Stando a quanto recita il decreto legislativo 517/93, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 15 dicembre scorso, sembrerebbe di sì. Almeno sulla carta, infatti, le disposizioni contenute nel precedente decreto legislativo 502/92 (proprio quello conosciuto come la "riforma della riforma"), anche sotto l'impulso di proteste e di una proposta di referendum per la quale sono state raccolte quasi un milione di firme, hanno subito più di una modifica. Lo conferma d'altra parte la sentenza della Corte di Cassazione che ha bocciato i quesiti referendari, giudicando sostanziali le variazioni apportate al testo del 502.

In questo inizio d'anno, però, le notizie sui cambiamenti in atto nell'assistenza farmaceutica – liste, esenzioni per età, obbligo della ricetta – hanno certamente messo in secondo piano se non addirittura oscurato, l'avvio della manovra di riorganizzazione della Sanità pubblica. Si è così parzialmente perso di vista uno dei più importanti cambiamenti negli indirizzi gestionali del Ssn, che subiranno, se non intervengono ulteriori ostacoli, una decisa sterzata.

Da una visione dirigistica e accentratrice dello Stato, "padre padrone" non soltanto nella fase di programmazione (peraltro corrente considerando la mancata attuazione

dei Piani sanitari nazionali nel recente passato), ma anche in quella della gestione diretta della ripartizione dei fondi e nel momento della fissazione dei livelli di assistenza, si dovrà passare, nei prossimi anni, a una netta decentralizzazione, caratterizzata da un progressivo spostamento dell'asse del governo dell'assistenza sanitaria pubblica verso le Regioni.

E sarà proprio in quella sede che si giocherà la partita. La legge, infatti, ha assegnato alle Regioni strumenti che, in linea di principio, dovrebbero trasformarle nelle vere e sole protagoniste dell'organizzazione sanitaria.

Ricordiamo, tra le molte novità, la diminuzione di numero delle Usl e degli ospedali, e la loro trasformazione in aziende con propria autonomia giuridica, contabile, patrimoniale e tecnica.

Sempre alle Regioni – secondo il dettato dell'articolo 2, così come è stato modificato dal decreto 517/93 – saranno assegnate le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. Le Regioni, poi, determineranno direttamente i principi per l'organizzazione dei servizi attraverso l'emanazione di specifici Piani sanitari regionali.

In sostanza, la sanità pubblica dovrebbe essere oggetto di un complesso rivolgimento della sua organizzazione territoriale, anche se, fin d'ora, si può tranquillamente prevedere che non sarà un "rito di passaggio" facile e indolore.

* L'articolo, corredato da alcune interviste, è stato pubblicato su "L'Infermiere" n.1, 1994

I nuovi rapporti tra Stato e Regioni

L'orizzonte non appare luminoso, anzi, pesanti nuvoloni scuri vanno addensandosi, soprattutto per quanto riguarda i rapporti tra Stato e Regioni. I nodi da sciogliere sono molti e tutti delicati. Come quello della riorganizzazione dei servizi, processo all'interno del quale sarà determinante riuscire ad assicurare spazi adeguati a tutte le professionalità che fanno parte del sistema. In un momento nel quale le metodiche di servizio vanno modificandosi, e si assiste a un progressivo passaggio alla deospedalizzazione, all'assistenza domiciliare, all'utilizzo del day hospital, il personale infermieristico rappresenta certamente una preziosa risorsa. La mancanza di autonomia della categoria, però, potrebbe favorire una sua sottoutilizzazione, e i cittadini si troverebbero a non poter usufruire pienamente delle potenzialità professionali degli infermieri.

Particolarmente rilevante il ruolo che il testo del decreto 517/93 assegna alle Regioni per quanto riguarda un punto senz'altro nodale per la professione. Quello della formazione.

Come si ricorderà, il terzo comma dell'articolo 6 del decreto, stabiliva che la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione dovesse avvenire "in sede ospedaliera" e che l'ordinamento didattico sarebbe stato definito "ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con il ministero della Sanità".

Il nuovo testo non modifica, ma piuttosto precisa. La formazione, infatti, potrà avvenire in sede ospedaliera, ma anche "presso altre strutture del Ssn e istituzioni pri-

vate accreditate". I due ministeri, quello dell'Università e quello della Sanità, dovranno poi provvedere con un proprio decreto a disciplinare "i requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture" oltre che a definire l'ordinamento didattico. Il solo ministero della Sanità, invece, sempre attraverso un decreto, individuerà "le figure professionali da formare e i relativi profili".

Formazione infermieristica: l'intesa con l'Università

A questo punto entrano in gioco le Regioni che dovranno stipulare "appositi protocolli d'intesa" con le università per dar vita ai corsi di diploma universitario previsti dall'articolo 2 della legge 341/90. I rapporti nascenti da queste intese, saranno regolati – un'altra delle novità inserite nell'articolo 7 del 517/93 – "da appositi accordi tra università, aziende ospedaliere, unità sanitarie locali, istituzioni pubbliche e private accreditate, e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico".

L'esame finale "che consiste in una prova scritta e in una prova pratica" abiliterà all'esercizio professionale. La presenza di rappresentanti dei Collegi professionali ("ove costituiti") "sarà assicurata" nelle commissioni d'esame.

Entro due anni – a decorrere dal 1° gennaio 1994 – i corsi di studio "previsti dal precedente ordinamento" e non riordinati secondo le disposizioni della legge 341/90, saranno soppressi.

Diviene così necessario governare una delicata fase di transizione, tesa al superamento dell'attuale doppio canale formativo e attenta, allo stesso tempo, a non disperdere il patrimonio culturale e professionale delle tradizionali scuole infermieristiche.



L'abrogazione del mansionario

Un risultato storico, la fine di un'epoca. Con la legge 42/99 si segna un passaggio importantissimo per la professione infermieristica, preceduto da molti segnali ed atti concreti e seguito poi dalle più recenti normative in materia di dirigenza e formazione

di Sergio De Carolis*

Alleluja, brava gente: il mansionario – ormai non è solo una fondata speranza, ma un'assoluta certezza – appartiene al mondo dei più. A sancire la fine della mai troppo esecrata lista di mansioni vigente da un quarto di secolo ha definitivamente provveduto il Parlamento, approvando il 10 febbraio scorso il contrastato disegno di legge concernente *Disposizioni in materia di professioni sanitarie* (atto Camera 4216; atto Senato 2586B) e contenente, appunto, la storica misura dell'abrogazione del Dpr 225/74.

In verità, alcuni importanti fatti erano già intervenuti a indicare che il tempo, per gli infermieri, aveva cominciato a volgere decisamente verso il bello, nonostante i rigori di un inverno particolarmente inclemente. A dicembre, infatti, la professione aveva già incassato il risultato di un'importante iniziativa del ministero della Sanità, vale a dire l'ipotesi di un nuovo Regolamento della professione infermieristica (ne parliamo più avanti). Solo un mese dopo, a gennaio – il giorno è il 19, per gli amanti della precisione – il Ddl 4216 aveva ottenuto il fondamentale via libera della Camera dei deputati, dove più forti erano i timori di imboscate finalizzate a ritardare ancora o addirittura a bloccare del tutto il provvedimento. Un passaggio essenziale, propedeutico all'atto definitivo, firmato dal Senato qualche giorno dopo la Candelora: l'abrogazione del Dpr 225/74 è ormai una legge dello Stato e, giusto per parafrasare il vecchio adagio, "dal mansionario semo fora". Il significato dell'avvenimento è evidente: l'esercizio della professione ha smesso per sempre di essere scandito da un rigido, ob-

soleto e giustamente aborrito elenco di compiti vecchio di ben un quarto di secolo.

Per la professione infermieristica, chiusa una parentesi durata venticinque anni (una generazione piena!), si profila dunque la meritata occasione di entrare nel Terzo millennio senza paralizzanti zavorre. Il campo proprio di attività e responsabilità dell'attività dell'Ip sarà infatti definito – così recita la legge emanata dal Parlamento – dai contenuti del decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale e dagli ordinamenti didattici del corso di diploma universitario e di formazione post base (questi ultimi, ovviamente, quando saranno approvati), nonché dal codice deontologico. Sono fatte salve, precisa la legge, "...le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". Una precisazione necessaria, certo, ma che almeno per quel che riguarda gli infermieri è decisamente superflua, dal momento che essi non hanno mai ambito a invadere spazi professionali altrui, ma – semmai – a vedersi ufficialmente riconosciuti i propri.

Va detto subito – anche a costo di rischiare la sempre antipatica pratica dell'autoincensamento – che il superamento del mansionario è in larga parte il frutto del convinto e continuo impegno che la Federazione dei Collegi Ipvsi ha condotto in tutti questi anni per tirar fuori la professione dalle secche di un'anacronistica subalternità, causa prima di effetti negativi non tanto e non solo per gli Ip,

* L'articolo, in una versione molto più ampia, è stato pubblicato su "L'Infermiere" n.1, 1999

quanto per l'organizzazione sanitaria e, quindi, per la tutela della salute dei cittadini. Un impegno tenace ai limiti dell'ostinazione, sofferto e contrastato, ma illuminato e rinfrenato da una prassi di sapore tolstojano: gli Ip, e per essi la Federazione che tutti li rappresenta, non hanno infatti perso troppo tempo a preoccuparsi, soprattutto nell'ultimo decennio, del posto che occupavano, ma hanno badato alla direzione verso la quale stavano andando. Una direzione che, con lucidità, hanno fatto coincidere con quella verso la quale – inevitabilmente – avrebbe finito per essere indirizzata la prua della politica sanitaria del Paese: quella di una sanità non più autoreferenziale, ma riferita al cittadino; non più organizzata piramidalmente, ma orizzontalmente, con il coinvolgimento pieno, partecipato e sinergico di tutte le risorse professionali; non più legata agli stereotipi delle "primazie dei saperi", ma informata all'imprescindibile principio che un'attività complessa quale la tutela della salute richiede risposte complesse, che solo un lavoro di équipe può garantire; non più stratificata in centri e livelli di potere spesso addirittura confliggenti e in ogni caso all'origine di diffusi fenomeni di deresponsabilizzazione, ma organizzata sul principio di una chiara e trasparente attribuzione delle responsabilità, fondata sulla competenza e sulla capacità.

Questo, a ben vedere, è stato il grande merito della Federazione Iplasvi in tutti questi anni: perseguire con ferma determinazione un obiettivo "alto", pur mettendo in conto che ciò avrebbe comportato (come di fatto è accaduto) non solo pesanti reazioni dall'esterno, ma anche momenti di incomprensione e di fibrillazione all'interno della stessa professione, soprattutto tra coloro che – più che a porre le condizioni necessarie per edificare un futuro di serenità e di sviluppo – erano interessati, peraltro comprensibilmente, alle urgenze del presente, sia che si presentassero sotto le spoglie di un contratto di lavoro da rinnovare, sia che si manifestassero nella forma di "emergenza infermieristica" o, peggio e per contro, in quella di difficoltà oc-

cupazionali. Che la strategia scelta dalla Federazione dei Collegi fosse quella giusta, del resto, fu chiaro (almeno per coloro che volevano capire...) fin dall'inizio del decennio, quando venne "incassato" il primo, fondamentale risultato: l'approdo della formazione infermieristica in università, perseguito e difeso con accanimento dall'organismo professionale pur in presenza di fortissime resistenze tanto esterne quanto – ed erano forse più pericolose – interne. E fu ancora più esplicito quando, primi tra tutte le professioni sanitarie "non mediche" (per usare un'infelice espressione), gli Ip ottennero nel settembre del 1994 il profilo professionale, vero e fondamentale passaggio di fase nella storia del nursing italiano, grazie all'inequivocabile sanzione per via legislativa della dignità, autonomia e responsabilità che la professione infermieristica aveva peraltro dimostrato di meritare sul campo. Da allora, sono passati cinque lunghi anni senza che – per molti motivi – venisse compiuto il passaggio immediatamente conseguente: quello dell'eliminazione del mansionario, del quale proprio il Dm 739/94 istitutivo del profilo aveva impietosamente e definitivamente evidenziato il livello di incoerenza con la realtà della professione. Un passaggio che, senza demordere, la Federazione dei Collegi ha continuato a reclamare con volontà più che alfieriana, tra Governi e maggioranze politiche che nel frattempo cambiavano, resistenze di vario ordine e grado da parte del sempre nutrito e temibile partito dei conservatori dello *status quo*, faticosi e contrastati tentativi di mettere a punto un percorso coerente di riforma sanitaria, e chi più ne ha, più ne metta. Finché la perseveranza ha pagato: il mansionario, simbolo della cultura prescrittiva che voleva relegare gli Ip nel recinto asfittico del "mestiere", è definitivamente scomparso. E per l'assistenza infermieristica si apre a tutti gli effetti e con una formale sanzione legislativa, la stagione del pieno riconoscimento della sua dignità di professione "adulta" e pienamente responsabile delle proprie scelte e dei propri atti.

Un profilo “autonomo”

Il decreto ministeriale 739/94 definisce il nuovo profilo professionale dell'infermiere, con una propria autonomia e responsabilità.

Un passaggio molto atteso, ma anche, come si legge nell'articolo che riproduciamo, oggetto di molte discussioni

*di Sergio De Carolis**

Carta canta. E la canzone, finalmente, ha note grate per una professione che, a furia di prendere schiaffi in faccia, cominciava a credere di essere condannata a un infausto destino dalla congiura di astri poco propizi. Invece, per fortuna e dopo tempo memorabile, è possibile annunciare una lieta novella: qualcuno, nelle stanze che contano, si è finalmente accorto che gli infermieri esistono, lavorano per la salute svolgendo un ruolo indispensabile e non hanno solo mani per fare, ma anche testa (con annessi contenuti culturali) per pensare.

Cosa che più conta, questo qualcuno, anziché limitarsi ad annunciare verbalmente la propria “scoperta” – preferibilmente, come è in genere avvenuto in passato, in affollate manifestazioni di categoria, con lo scopo esclusivo di ricercare facili consensi –, l'ha finalmente affidata alla concretezza di un atto normativo, scrivendo, nero su bianco, con tanto di firma e sigilli del caso (carta canta, appunto...), che 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”.

Sì, avete capito bene: una legge dello Stato – ché tale è un decreto ministeriale – ha finalmente varato il nuovo profilo professionale dell'infermiere, traguardo attesissimo da una categoria che – per colpe altrui (molte) e proprie (nessuno è per-

fetto) – non era mai riuscita, per quanti sforzi facesse, a vedersi riconosciuta per intero la propria e pur evidente identità. Per la prima volta da quando, quattro anni fa, il nostro giornale si è proposto agli infermieri nella sua veste attuale, ci troviamo dunque nella condizione di raccontare su queste pagine la storia di quello che, comunque lo si voglia vedere, è un successo.

Decisiva, al riguardo, è stata la coesione dimostrata dagli Ip, soprattutto in occasione della grande manifestazione del primo luglio, quando Roma ha visto sfilare più di 50 mila professionisti della sanità per chiedere pubblicamente l'immediata approvazione dei profili: un atto dovuto, che poteva essere ignorato solo dall'arbitrio di politici più attenti alle ragioni delle corporazioni “forti” (quelle abituate da sempre a fare il bello e il cattivo tempo nella sanità italiana) che non al diritto dei cittadini a un servizio sanitario migliore di quello che oggi finisce quotidianamente sulle pagine dei giornali in quella specie di rubrica fissa intitolata “Malasanità”.

Il resto, in pratica, è storia d'oggi: il 5 luglio (a soli quattro giorni dalla manifestazione: non possiamo davvero credere che si tratti solo di una coincidenza...) il Consiglio di Stato ha espresso il proprio parere favorevole ai provvedimenti e quindi, a distanza di due mesi, Costa ha firmato a metà settembre i provvedimenti, che riguardano, oltre agli infermieri, oste-

* L'articolo, in una versione molto più ampia, è stato pubblicato su “L'Infermiere” n.5, 1994

Scheda

IL NUOVO PROFILO DELL'INFERMIERE**Decreto ministeriale 739/94****Articolo 1**

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.
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.
3. L'infermiere:
 - a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
 - b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
 - c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
 - d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
 - e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
 - f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
 - g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.
4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.
5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:
 - a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
 - b) pediatria: infermiere pediatrico;
 - c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
 - d) geriatria: infermiere geriatrico;
 - e) area critica: infermiere di area critica.
6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.
7. Il percorso formativo viene definito con decreto del ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Articolo 2

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

Articolo 3

1. Con decreto del ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

triche, fisioterapisti, podologi, dietisti, tecnici audiometristi, audioprotesisti e ortopedici, logopedisti, igienisti dentali e ortottisti.

Va ricordato, per completezza di informazione, che nei torridi mesi di luglio e agosto la professione non ha abbassato la guardia, “presidiando” con i suoi rappresentanti il ministero della Sanità, in una serie di incontri e contatti, tanto diretti quanto epistolari: le brucianti esperienze del passato sono lì ad insegnare che i colpi di mano di derivazione lobbistica, in questo Paese, sono tutt’altro che infrequenti, soprattutto nel settore sanitario. Il decreto, sia chiaro, non è la bacchetta magica che risolverà d’incanto gli ancora tanti e complessi problemi del nursing italiano, e sbaglierebbe chi – enfatizzandone la portata – lo considerasse un punto di arrivo. In realtà, esso è un punto di partenza. Di grandissima importanza (e questo spiega perché la professione abbia così strenuamente combattuto per ottenerlo), ma pur sempre un punto di partenza. Che riconosce, certificandolo, un dato essenziale: la titolarità della responsabilità dell’assistenza infermieristica. Che compete solo ed esclusivamente all’infermiere professionale.

Sono ancora molte le questioni aperte e gli ostacoli da superare

Si tratta, ora, di coniugare questo fondamentale principio con la realtà della pro-

fessione e con i problemi, in verità complessi, che ancora attendono una soluzione. Sul tappeto, come è noto a tutti, ci sono nodi come quello della formazione, con le connesse questioni dell’insegnamento infermieristico, dei protocolli d’intesa per l’accreditamento delle strutture didattiche, della formazione post-base (sulla quale interviene peraltro lo stesso decreto del profilo professionale), della non più procrastinabile istituzione della laurea in scienze infermieristiche. Ci sono problemi come quello della ricaduta applicativa del 517/93 sull’organizzazione dei servizi sanitari, che apre molte incognite anche in relazione al ruolo demandato alle Regioni e alle stesse Usl nella definizione dei modelli di servizio. C’è, per finire, la stessa questione del rinnovo del contratto sanità.

Non bisogna, comunque, ridurre il livello di attenzione e di impegno, perché se è vero che l’acquisizione del profilo rimane, è altrettanto vero che essa, per esplicare i suoi effetti, ha bisogno che le decisioni di politica sanitaria relative ai problemi prima ricordati siano coerenti con essa.

Il profilo, e ne siamo felici, è approdato a casa: ma perché all’interno della sanità italiana l’Ip veda finalmente e definitivamente riconosciuta a tutto tondo la sua dignità di professionista sanitario autonomo e responsabile, ancora ce ne vuole.



Laurea e dirigenza

La legge 251/2000 porta due grandi novità: il ruolo dirigenziale e l'attivazione di uno specifico corso di laurea in Scienze infermieristiche. Resta aperta la problematica sull'effettiva attuazione delle norme, come si legge in questo dibattito del Comitato centrale dell'Ipasvi

di Cesare Fassari*

Indubbio ottimismo, ma anche una chiara percezione delle difficoltà che dovranno essere superate per far sì che la nuova legge che riconosce laurea e dirigenza agli infermieri italiani (la 251/2000, per la precisione) possa dispiegare interamente i suoi effetti. Questa la sensazione più netta che si è respirata nel corso del forum al quale ha partecipato il Comitato centrale della Federazione Ipasvi, sia per fare il punto della situazione attuale, sia per cercare di individuare le linee di tendenza e le strategie professionali da adottare nel prossimo futuro. Tenendo in debito conto sia l'importanza che la 251 riveste per l'intera professione infermieristica – oggi finalmente certa di aver centrato un obiettivo da sempre inseguito – sia del fatto che questo provvedimento apre scenari nuovi e diversi per gli infermieri, per tutte le altre categorie professionali, per la sanità italiana nel suo complesso e, quindi, anche per il cittadino. Ecco il motivo per cui, intorno a un tavolo si sono riuniti la presidente Ipasvi Annalisa Silvestro, il vice presidente Gennaro Rocco, la segretaria della Federazione Loredana Sasso, il tesoriere Franco Vallicella e i consiglieri Marinella D'Innocenzo, Danilo Massai e Giovanni Valerio.

Annalisa Silvestro

Questa legge cambierà il volto della sanità del nostro Paese: al di là dei riflessi immediati sul nostro gruppo professionale, coinvolge anche un numero rilevante di operatori (terapisti, ostetriche, tecnici sanitari ecc.) che sono la spina dorsale della sanità. Que-

ste norme, infatti, riconoscono alle professioni sanitarie la possibilità di gestire in piena autonomia i processi di lavoro, con conseguenti importanti ricadute sull'organizzazione dei diversi servizi, sempre più orientati al cittadino. A distanza di quasi trent'anni dalla prima riforma sanitaria, forse oggi si sono poste le basi per una profonda innovazione della sanità in Italia.

Gennaro Rocco

Con questa legge le professioni sanitarie potranno finalmente esprimere le loro peculiarità, le loro specificità. Ma è altrettanto importante l'attenzione posta dal legislatore alla centralità dell'utente, persona che ha diritto di essere considerata non solo nel momento della malattia, ma anche in quello della promozione e della salvaguardia della salute. La legge è chiara in questo senso e ritengo che sia stata proprio questa diversa visione del servizio al cittadino, a favorirne l'approvazione con amplissimi margini di consenso.

Franco Vallicella

Condivido pienamente la soddisfazione dei colleghi. Vorrei però sottolineare come la 251 dia un riconoscimento a ciò che già gli infermieri erano chiamati a fare, sia nei reparti ospedalieri, sia nel momento dell'organizzazione della loro attività. Finora ci veniva però chiesto di svolgere dei compiti e delle funzioni, senza un riconoscimento formale. Con la nuova legge, ma anche con la 42/99, siamo giunti a uno snodo cruciale della pro-

* L'articolo è stato pubblicato su "L'Infermiere" n.4, 2000

fessione: gli infermieri italiani sono responsabili a tutti gli effetti di come vengono soddisfatti i bisogni del paziente/cittadino.

Marinella D'Innocenzo

Vorrei ricordare anche che questa legge riconosce, con un ritardo di non meno di dieci anni, quanto gli infermieri hanno già da tempo ottenuto in altri Paesi. La "svolta" consiste nel passaggio dalla dirigenza "di fatto" già esercitata da molti di noi dentro le Aziende, al riconoscimento dell'importanza della direzione delle attività infermieristiche in ogni articolazione del sistema sanitario. È importante, nell'interesse del cittadino, che la legge sia rapidamente applicata in tutte le Aziende sanitarie: saranno le Regioni a essere interpreti del mandato legislativo e a tradurlo in indicazioni ai direttori generali. Inoltre mi auguro che l'operato dei direttori generali sia valutato anche in base alla volontà e capacità di attuare il disposto normativo.

Danilo Massai

Il Parlamento ha fatto il suo dovere: ora la responsabilità della concretizzazione della 251 passa alle Regioni e questo richiederà anche un impegno corale della professione per sollecitare l'attuazione: un invito dunque a tutti i colleghi a presidiare i propri amministratori regionali perché diano corso alla legge.

Giovanni Valerio

Un ulteriore aspetto positivo consiste nelle ricadute di questa legge sia sugli infermieri che prestano la loro attività come liberi professionisti, sia per coloro che sono impegnati in attività al di fuori del Ssn. C'era urgente bisogno di una normativa capace di ampliare i percorsi formativi, ma anche di risolvere problemi di riconoscimento di ruolo, economici e di carriera in settori quali le grandi aziende di Stato o i corpi militari.

Franco Vallicella

A fare i conti con le novità introdotte dalla 251 non ci sono soltanto gli organismi am-

ministrativi, ma anche il mondo della formazione: la legge, infatti, pone al centro del sistema i cittadini e i problemi di organizzazione del servizio, ma lo fa definendo in modo chiaro come l'attuale sistema sanitario abbia bisogno di professionalità orientate alle competenze. Si impone così una fortissima sfida all'università che, pur in possesso di un enorme bagaglio di conoscenze, "scivola" quando deve trasformarle in competenze. Questa legge dà indicazioni "forti" all'organizzazione e impone al mondo della formazione una profonda revisione per poter realmente creare competenze nei giovani.

Annalisa Silvestro

Il riconoscimento di una dirigenza autonoma del Servizio di assistenza infermieristica comporta un cambiamento profondo anche nell'organizzazione: il "nuovo" dirigente infermiere, infatti, non dovrà più confrontare continuamente le sue scelte con i vari direttori, ma piuttosto negoziare il governo dei processi di assistenza infermieristica con la Direzione generale dell'Azienda. Si tratta di un radicale cambiamento di ottica: di fatto anche adesso dirigiamo, ma senza una posizione formale le nostre decisioni possono essere discusse da un qualsiasi dirigente, sulla base di valutazioni spesso non attinenti agli obiettivi da raggiungere e che comunque ignorano il mandato di direzione attribuitoci. Già la 251 e la 42 avevano espresso con chiarezza il "chi fa che cosa" nell'ambito dei processi di lavoro di un'organizzazione sanitaria, ma nella realtà non è ancora così scontato che "autonomia" significhi per un professionista non solo erogare la prestazione, ma anche decidere quale sia quella più opportuna, ovviamente concertandola con gli altri operatori. Per offrire un servizio di qualità al cittadino, medici e infermieri, ognuno sulla base delle proprie conoscenze e competenze, devono decidere cosa sia più opportuno fare e integrarsi in una logica di sistema. In sintesi ciò significa che non sono solo gli infermieri a dover rivedere le proprie competenze, attribuzioni e modalità di

lavoro. Questo è un compito a cui tutti gli operatori devono rispondere se vogliamo muoverci in una logica di sistema.

Marinella D'Innocenzo

Il "grande regista" di questo cambiamento – peraltro in atto da tempo in molte realtà – non può che essere la formazione. Che fino a oggi è stata "ingessata", valorizzando solo la laurea e spingendo in basso competenze e conoscenze acquisite attraverso altri percorsi professionalizzanti. Oggi, invece, si pone il problema di definire quali siano i contenuti, le conoscenze e le competenze in rapporto alle necessità di salute del cittadino. Una volta chiariti gli obiettivi formativi generali di ciascun professionista, come questi si traducano in prestazione sanitaria e quindi come si inseriscano nell'organizzazione, avremo finalmente la possibilità di dirigere le attività che ne derivano. Non vogliamo dirigere gli infermieri, ma piuttosto presiedere ai processi che vengono attivati attraverso i nostri colleghi. Ci siamo battuti per far sì che le competenze infermieristiche fossero gestite dagli stessi infermieri: un corso di laurea in Scienze infermieristiche con contenuti identici a quelli di Medicina non avrebbe alcun senso.

Gennaro Rocco

Va sgombrato, una volta per tutte, il campo dallo spauracchio dell'infermiere senza più mansionario, autonomo, che manifesta la necessità di ridisegnare gli equilibri organizzativi del Ssn. È un problema superato da decenni: lo dimostra il fatto che la trasformazione innescata dalla 49/99 non è stata certo accompagnata da catastrofi. I processi di cui stiamo parlando hanno bisogno di tempo per esplicitare al massimo i loro effetti che, tra l'altro, daranno sempre più spazio alla diversificazione delle attività e delle prestazioni da Azienda ad Azienda, da reparto a reparto, da Regione a Regione.

Danilo Massai

Quanto afferma Rocco è verissimo. Non dob-

biamo scandalizzarci dinanzi a un normalissimo processo di crescita che privilegerà quello che la stessa legge prevede: dove si presterà attenzione al curriculum professionale acquisito anche la competenza dell'infermiere avrà un peso diverso. Lo prova la forte richiesta di formazione complementare specialistica che viene dagli infermieri: non tanto perché all'improvviso si siano scoperti protagonisti alla luce della 251, ma perché hanno consolidato una precisa esperienza professionale e culturale in questi ultimi vent'anni. Con questa legge abbiamo un'opportunità reale e concreta di dare spessore al disegno di sanità e di assistenza che abbiamo cercato di realizzare, un disegno che però si è sempre scontrato con sistemi gerarchici nei quali venivano privilegiate le figure professionali e non i processi di cura e assistenza.

Annalisa Silvestro

Diciamo una cosa fuori dai denti: chi teme questo, cambiamento? Chi ha gestito il potere in sanità finora e teme di rimmetterlo in discussione perché deve trovare un altro equilibrio? Un problema, questo, che non riguarda gli infermieri: abbiamo sempre fatto il nostro lavoro e continueremo a farlo, con sempre maggiori competenza e preparazione. Vogliamo però evitare che le nostre competenze siano affidate ad altri, magari solo per risolvere problemi occupazionali. Si pensi, ad esempio alla direzione di un Servizio di assistenza infermieristica domiciliare, di un dipartimento dell'assistenza o di un reparto ospedaliero. Chi ha maturato sul campo maggiori competenze organizzative dei nostri dirigenti e caposala per assumerne la responsabilità? In questo senso, ovviamente, sorgono resistenze e la nostra preoccupazione che la legge rimanga sulla carta è del tutto legittima. Anche perché, al momento, sembra che l'unica preoccupazione non si riferisca all'andamento generale della sanità quanto al decentramento regionale: il rischio di trovarci di fronte 19 Servizi sanitari regionali diversi tra loro è forte. Bisognerà quin-

di vigilare per far sì che le Regioni, con le loro diversità, seguano le indicazioni della 251. Il meccanismo attivato sia dalla 49 che dalla 251 è essenzialmente culturale e quindi non si concretizzerà in tempi brevi. Alla fine di questo processo, però, tutte le figure sanitarie, noi per primi, dovranno rivedere le nostre posizioni all'interno dell'organizzazione.

Loredana Sasso

Vorrei riportare il dibattito a livello più generale per non ricadere nell'abusato conflitto medico-infermiere. Il fenomeno, infatti, è molto più ampio e ha stretti collegamenti con la riforma universitaria che riguarda tutte le professioni di questo Paese e che prelude a un riordino della stessa società. Alcune professioni dovranno cedere il passo ad altre e altre ancora acquisiranno nuovi ruoli e nuova consapevolezza: ridurre questo alla sola partita medici-infermieri è assolutamente riduttivo. Bisogna riflettere sulla "demansionarizzazione" che a livello europeo ha interessato una fascia enorme di professionisti: sua prima conseguenza, in Italia, è stata l'abrogazione del nostro mansionario, ma ne sono in arrivo altre. Sarebbe auspicabile, quindi che il discorso tornasse nell'alveo di una ridefinizione generale che questa società si sta dando e che coinvolgerà non solo medici e infermieri. Io rappresento la professione infermieristica all'interno del sistema sanitario. Sarei però eccessivamente miope se non rapportassi il disegno delle ultime leggi in un contesto più generale: sembra che sia precisa volontà del legislatore collegare tra loro tutte queste norme per rispondere alle esigenze espresse dal contesto sociale. E sono necessità diverse da quelle che il mondo della formazione riconosce e avalla attraverso i suoi percorsi formativi. In sostanza, stiamo formando professionisti che non risolvono i problemi prioritari della popolazione di questo Paese e al tempo stesso siamo al cospetto di una situazione che vede troppi medici rispetto al numero di infermieri necessari: la

nostra forte tendenza al cambiamento dovrà fare i conti con vecchi poteri e vecchie logiche che tentano di conservare lo status conquistato in questi anni.

Giovanni Valerio

Le nostre preoccupazioni crescono spostando l'attenzione sull'emergenza infermieristica: se vogliamo davvero risolverla dobbiamo rendere la nostra professione "appetibile" dal punto di vista delle competenze e dell'autonomia, ma anche da quello economico. Se non si interviene in questa direzione, nessuno vorrà più fare l'infermiere con turni di notte, festivi, responsabilità elevate. Bene ha fatto il legislatore a dare direttive nuove in un contesto in cui si parla di assistenza domiciliare, di collaborazione stretta tra medici e infermieri, per coprire davvero i bisogni della gente.

Gennaro Rocco

Siamo tutti consapevoli di quanto questo processo possa essere lungo e lento. Così come siamo consapevoli della "difesa" messa in atto da alcune professioni.

Questo però non vuol dire che la Federazione attenderà gli eventi: intendiamo infatti far sì che la legge trovi immediata applicazione nel maggior numero di Aziende. Per questo coinvolgeremo i nostri colleghi impegnati nelle realtà territoriali, in modo che vengano al più presto fissate le modalità per realizzare il disegno del legislatore.

Lo faremo come organo politico della professione, ma anche come professionisti nei nostri rispettivi posti di lavoro. E lo faremo dando il massimo risalto possibile alle realtà operative dove il disegno legislativo ha trovato compiuta applicazione. In Italia, infatti, esistono numerose testimonianze di come l'attivazione del Dipartimento di assistenza infermieristica abbia prodotto risultati di qualità, graditi dai cittadini. Senza trascurare i ritorni positivi per l'amministrazione e l'Azienda in termini di risparmi economici, di razionalizzazione, di motivazione dei professionisti.

Daniilo Massai

Per quanto poi attiene alla laurea, gli infermieri si sono espressi oramai da anni: la professione ha bisogno di una laurea disciplinare con la quale approfondire sia gli indirizzi di tipo organizzativo, sia quelli di tipo clinico. E qui sorgono i primi ostacoli, poiché si tende a privilegiare una laurea di tipo organizzativo, forse anche per limitare il nostro approfondimento culturale. L'infermiere laureato nel settore clinico fa più paura. Non tanto perché ci sia una nostra volontà di togliere spazio ad altri, ma perché non a tutti è ancora chiaro quale sia il nostro ruolo specifico. Dove la laurea disciplinare è una realtà, le differenze tra gli specifici professionali del medico e dell'infermiere sono evidenti. Il percorso formativo di comune ha solo le conoscenze di base che l'infermiere deve possedere per applicare i processi di assistenza. Il cittadino non può che avere vantaggi da un professionista che sappia farsi carico dei suoi bisogni: da quello di essere curato bene per la malattia, a quelli psico-relazionali, di informazione, di sicurezza, di tranquillità. Questo processo formativo dovrà anche avere – e non è elemento di secondaria importanza – un riconoscimento contrattuale. Saremo estremamente determinati nel garantire che chi compie un percorso formativo nell'approfondimento clinico, abbia i dovuti riconoscimenti contrattuali, giuridici ed economici.

Loredana Sasso

Per quanto riguarda la laurea in Scienze infermieristiche dobbiamo ancora una volta "capovolgere" la centralità del sistema, prestando attenzione alle esigenze espresse dal mondo in cui operiamo. Nella nostra laurea non auspichiamo un'uniformità dei processi formativi, ma piuttosto un approccio diversificato e dialettico sempre vicino alle esigenze dei cittadini. E questo è difficilissimo da attuare: il sistema formativo, infatti, per sua natura, ripete se stesso, ponendo al centro il problema delle discipline, dei contenuti, delle cattedre, dell'attribuzione degli

insegnamenti. Per questo non possiamo essere d'accordo con una proposta di riforma del nostro percorso formativo ancora una volta imperniata su un modello medicocentrico.

Franco Vallicella

C'è una contraddizione evidente in queste proposte: si teme che l'infermiere possa invadere il campo clinico, ma quando si deve definire il percorso specializzante – i due anni dopo i tre della laurea di primo livello – si inseriscono tutte materie mediche: c'è qualcosa che non funziona. La contraddizione è fortissima, tanto che ci chiediamo come si possa portare avanti un progetto del genere.

Marinella D'Innocenzo

Una recente circolare del sottosegretario alla Sanità, Grazia Labate, fa riferimento esplicito a una possibile Conferenza nazionale del Nursing, oggetto di dibattito anche negli incontri con il sottosegretario e con il ministro Veronesi. Un'occasione per fare il punto sullo stato dell'arte della professione infermieristica in Italia, sull'assistenza infermieristica erogata ai cittadini italiani, sul rapporto tra professione infermieristica e sviluppo del Ssn. Proprio alla luce di questo, secondo me, possiamo affermare che il cittadino italiano chiede un infermiere consapevole delle competenze che occorrono per erogare la migliore assistenza possibile. Deve quindi poter contare su un adeguato percorso formativo. Una Conferenza può essere utile per riaffermare questo, per sottolinearlo e per segnalare, anche all'Università, che tipo di formazione è realmente necessaria all'infermiere. L'attuale proposta del Cun, invece, non aiuta questo Paese ad avere professionisti competenti per quello che effettivamente serve. Non è il problema di una categoria che si difende, né che vuole impadronirsi di cattedre universitarie. Chiediamo solo di poter formare un professionista che sia realmente utile ai cittadini, un vero infermiere, non un "medico bonsai". Gli infermieri devono conoscere l'anatomia, la

fisiopatologia, ma seguendo un percorso diverso da quello dei medici a cui spetta la diagnosi e la terapia, e non certo l'assistenza infermieristica. Modelli in questo senso ce ne sono e l'elenco di Paesi a cui potremmo riferirci è lunghissimo.

Loredana Sasso

A questo si aggiunge che nei nostri percorsi formativi le capacità relazionali dell'infermiere – così come quelle del medico – sono scarsamente tenute in considerazione. Come pensiamo che i cittadini possano trovarsi di fronte a operatori del Ssn – medici e infermieri – che non sappiano dialogare, non sappiano offrire un supporto o un sostegno empatico o emotivo nei momenti di bisogno. Ancora: mi chiedo perché nel percorso della laurea infermieristica i settori disciplinari psico-pedagogici siano inseriti nel percorso opzionale, mentre nei percorsi caratterizzanti ci sono discipline di tipo medico, proprio quando tutti noi dovremmo disporre di maggiori competenze relazionali, psico-pedagogiche, empatiche, di capacità di supporto e di sostegno. È una situazione che come rappresentante della professione mi preoccupa. E ancor di più mi preoccupa come cittadina, perché ogni volta che mi troverò in una situazione che richieda queste conoscenze dovrò rimpiangere di non aver potuto in nessun modo fare qualcosa.

Gennaro Rocco

Io credo che il progetto proposto a livello europeo preveda professionisti capaci di rispondere con immediatezza alle richieste del mondo del lavoro che, a sua volta, risponde alle esigenze dei cittadini. Prevediamo perciò, come sviluppo ultimo della professione, una figura di infermiere che abbia fatto scelte in base alle esigenze del mondo del lavoro, ma anche in base alla sua vocazione. Un infermiere che sappia approfondire determinati aspetti della propria professione e che sia capace di mettere al servizio degli altri questi approfondimenti: un mondo infermieristico, insomma, che partendo da una

base di conoscenze comuni si dirami in un ampio ventaglio di ulteriori professionisti capaci di fare management, organizzazione, di approfondire la clinica, di fare ricerca, seguendo, in sostanza, il percorso disegnato dal sistema sociale.

Annalisa Silvestro

A conclusione di questo incontro, non possiamo eludere il tema della prossima stagione contrattuale, sulla quale si concentra l'attenzione degli infermieri. Sappiamo tutti che la parte economica dell'attuale contratto di lavoro è già abbondantemente scaduta e che in tempi relativamente brevi scadrà anche quella normativa. Non c'è alcun dubbio – e lo ribadiamo a scanso di equivoci – che la partita contrattuale non rientra tra le competenze della Federazione. Il nostro auspicio, però, è che venga gestita dal sindacato con la dovuta attenzione alle problematiche dell'area infermieristica, valorizzandola senza diminuirne la specificità nella rappresentanza generale di tutti gli operatori del comparto. Questa esigenza è molto sentita da tutti gli infermieri e non può sfuggire al sindacato, che ha un canale diretto di rapporto con i suoi rappresentanti. Attraverso i Collegi provinciali arrivano anche a noi da tutta Italia informazioni sul sentire degli infermieri e il quadro che ne deriva è caratterizzato dal diffuso disagio che nasce dalla mancanza di un riconoscimento economico adeguato al carico di lavoro, alle responsabilità e alla formazione che hanno. E anche alla luce delle leggi del mercato del lavoro, le richieste di un riadeguamento economico non potrebbero che essere soddisfatte. Ai sindacati facciamo quindi molti auguri, perché la contrattazione non sarà comunque facile. Però ad ognuno le sue responsabilità. Noi, come Federazione, evidenzieremo ciò che la rappresentanza sindacale riuscirà a fare a vantaggio degli infermieri. Il successo di questa partita è infatti un obiettivo condiviso da tutti quelli che hanno a cuore lo sviluppo della nostra professione.

Emergenza, ma non solo

La prima legge approvata nel 2002 riguarda gli infermieri. Primario è contrastare i problemi posti dalla carenza infermieristica, ma la norma interviene anche sull'equipollenza dei titoli formativi e sul rapporto tra specializzazione e sviluppo di carriera

di Emma Martellotti*

"**S**tanchi, ma soddisfatti: è proprio il caso di dirlo. La battaglia per la conversione in legge del cosiddetto decreto sull'emergenza è stata molto dura e ha richiesto tutte le energie del Comitato centrale: estenuanti riunioni, decine di incontri con i parlamentari, febbrili consultazioni a ogni nuova modifica del testo concordato e anche lunghe attese fuori dalle aule di Camera e Senato mentre erano in corso le discussioni sulla legge... ma alla fine abbiamo portato a casa un risultato importante per tutti gli infermieri e questo ci ripaga ampiamente del lavoro fatto".

A rompere il ghiaccio, in questo incontro con i componenti del Comitato centrale, è la presidente della Federazione **Annalisa Silvestro**, che continua: "Ritengo importante la legge 1/02 soprattutto perché riguarda in prima persona ciascuno dei 320mila infermieri: riconoscendo la validità dei titoli conseguiti con il precedente ordinamento per l'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master e ad altri corsi di formazione post base garantisce a tutti la possibilità di misurarsi con gli studi in Università, ovviamente nel rispetto delle regole che la governano".

"Il garantire parità di condizioni rafforza l'unicità del corpo professionale, ma non comporta corsie preferenziali per chi intenda proseguire gli studi: quel che abbiamo sempre voluto sono opportunità, non sanatorie" condivide **Loredana Sasso**, segretaria della Federazione: "La legge 1/02, inoltre, fa proprio il principio, da noi sostenuto con convinzio-

ne, di valutare i percorsi formativi ai fini della carriera: ciò viene espressamente previsto per il master di primo livello specialistico nelle Scienze infermieristiche".

"Nato come *decreto anti emergenza* continua **Franco Vallicella** "il provvedimento contiene elementi di più largo respiro, come l'affermazione della centralità del lavoro degli infermieri per il mantenimento degli standard assistenziali: finalmente il Governo e il Parlamento hanno preso così atto dell'impossibilità di garantire la qualità dei servizi sanitari in carenza di infermieri. Ed è proprio da questo assunto che discende la disposizione relativa alle prestazioni aggiuntive (cfr. Scheda pag. 22), ma anche quella sul ricorso più ampio dell'operatore socio-sanitario come supporto degli infermieri. Ci siamo battuti perché la legge ponesse dei paletti chiari rispetto alle competenze dell'Oss, specificando che in ogni caso vanno salvaguardate quelle attribuite alle professioni sanitarie con legge 42/99 e 251/2000".

Questi gli aspetti positivi della legge, ma ci sono delle questioni che non hanno trovato una soluzione adeguata nell'attuale articolato?

"Il confronto parlamentare è stato molto travagliato e abbiamo assistito a continui rifacimenti del testo, che ha recepito nei passaggi tra Camera e Senato emendamenti sempre diversi" racconta la consigliera **Marinella D'Innocenzo**: "Fino alla vigilia della sua definitiva approvazione, avvenuta sul filo del rasoio tra il 19 e il 21 dicembre, il provvedi-

* L'articolo è stato pubblicato su "L'Infermiere" n.2, 2002

mento conteneva anche norme che riguardavano il passaggio degli infermieri generici dalla categoria B alla C, la possibilità concessa ai biologi di effettuare prelievi di sangue nei laboratori d'analisi e la creazione di uno specifico profilo per caposala e capostetriche. Queste tre disposizioni sono state stralciate perché prive della copertura economica.

"Anche se in questa occasione il Comitato centrale ha saputo crearsi spazi di confronto con i parlamentari decisamente maggiori che in passato, orientando per alcuni versi la stesura dell'articolato di legge" aggiunge **Gennaro Rocco**, vicepresidente dell'Ipasvi "la mancanza di copertura economica ha rappresentato un macigno oggettivamente insormontabile per alcune disposizioni. La "corsa" finale è la conseguenza di tempi "tecnici" molto stretti, poiché superato il termine perentorio di 60 giorni un decreto legge, se non convertito, decade. Così alcune questioni sono rimaste "fuori", tra cui la più importante per noi è ovviamente quella delle colleghe caposala. Sul problema sollevato dai biologi il nostro coinvolgimento è stato marginale e non possiamo che dispiacerci per la delusione degli infermieri generici che puntavano a una valorizzazione economica. Lo stralcio dell'emendamento sulle caposala, invece, ripropone al Comitato centrale la necessità di continuare nella ricerca di soluzioni che attribuiscono una visibilità adeguata a una figura che è parte integrante della nostra professione e che è fondamentale nell'organizzazione dei servizi, come lo stesso ministro della Salute ha dichiarato. Dobbiamo riflettere insieme, tenendo conto dei mutamenti introdotti dall'attuale legislazione per le Aziende sanitarie pubbliche, della rilevante evoluzione dei percorsi formativi e della ineludibile esigenza di rendere sempre più flessibili l'organizzazione del lavoro e le funzioni che vi si svolgono".

"Le funzioni di coordinamento e di direzione ai vari livelli vanno comunque valorizzate di più, a livello formale e quindi contrattuale, perché costituiscono un patrimonio sto-

rico della professione infermieristica e una risorsa per l'intero Ssn. Non a caso tra i primi progetti promossi da questo Comitato centrale si inserisce quello per l'istituzione del Master di primo livello in Management infermieristico che arricchisce il profilo dell'infermiere delle competenze necessarie a svolgere le funzioni di coordinamento". A sostenerlo è **Danilo Massai**, che insiste sulla necessità di attivare con urgenza percorsi formativi specifici, coerenti con gli attuali assetti normativi. "Mentre con il Dpr 761/79 il titolo formativo era requisito per svolgere le funzioni di coordinamento e di direzione, le attuali norme sia giuridiche che contrattuali non lo prevedono, mentre sottolineano – di contro e ripetutamente – la necessità di una verifica delle competenze agite nello svolgimento delle funzioni assegnate. Dobbiamo quindi investire nella formazione, sia quella post base che quella permanente (Ecm), nella convinzione che la vera difesa di una posizione funzionale consisterà sempre di più nelle competenze di chi la esercita."

"Tutta la legge è tesa, come abbiamo visto, a rendere più flessibili i rapporti di lavoro: contratti a tempo determinato, prestazioni aggiuntive, formazione specialistica valutata ai fini della carriera..." interviene **Giovanni Valerio**, che oltre a essere componente del Comitato centrale è vicepresidente della Cassa di previdenza Ipasvi: "Una flessibilità che va attentamente osservata e governata perché si sviluppi nella giusta direzione, e che richiede comunque uno sforzo di adeguamento da parte di tutti. Dal punto di vista dello sviluppo della libera professione, la 1/02 costituisce sicuramente un significativo passo avanti, anche se l'attuale definizione che, ai soli fini fiscali e retributivi, assimila le prestazioni orarie aggiuntive al lavoro subordinato costituisce una marcia indietro rispetto alla più avanzata versione del decreto legge 402/01". "Molte risposte positive, quindi, ci vengono da questa legge" conclude **Silvestro**: "mentre su altre questioni ci sarà ancora da lavorare. I successi ottenuti ci inducono all'ottimismo e non ci spaventa l'impegno!"

Scheda

LE NOVITÀ DELLA LEGGE 1/2002

di Mariano Rampini*

La prima, primissima legge promulgata nel 2002 coinvolge gli infermieri sia per quanto riguarda il problema della carenza infermieristica, sia per quanto attiene ad altre importanti norme come quelle sull'equipollenza dei titoli formativi o del "peso" sullo sviluppo di carriera che può assumere la partecipazione a master specializzanti. Insomma, un provvedimento che viene ad aggiungere un altro, importante tassello al percorso di crescita della professione e che porta con sé anche importanti novità.

Come quelle relative alle misure attraverso le quali il Governo ha voluto porre rimedio alla questione dell'emergenza, concedendo alle strutture sanitarie (Asl, Aziende ospedaliere, Rsa, Case di riposo, ma anche Irccs) impossibilitate a ricorrere alle normali procedure concorsuali, la "facoltà" di rimediare alle loro carenze di organico attraverso alcuni istituti.

In primo luogo riammettendo in servizio infermieri (e tecnici di radiologia medica: le misure riguardano anche la loro carenza) che abbiano volontariamente risolto il loro rapporto di lavoro da non più di cinque anni. Poi consentendo la stipula di contratti a tempo determinato per un anno.

E infine, sarà anche possibile "remunerare" un tipo del tutto peculiare di attività: si tratta di quelle che la legge 1/2002 chiama "prestazioni orarie aggiuntive": a renderle saranno gli infermieri dipendenti delle singole Aziende, svolgendole "al di fuori dell'impegno di servizio".

Resta inteso che ogni amministrazione vi farà ricorso "in via prioritaria" al fine di "garantire gli standard assistenziali" colmando le eventuali carenze di organico nei reparti di degenza e nelle sale operatorie.

Le "prestazioni orarie aggiuntive" sono rese in regime libero-professionale, ma sono "assimilate" al lavoro subordinato ai soli fini fiscali e contributivi (compresi premi e contributi di spettanza dell'Inail).

Per essere chiamati a svolgerle gli infermieri dovranno possedere determinate caratteristiche (art. 1, comma 3):

- essere in servizio da almeno sei mesi con rapporto di lavoro a tempo pieno;
- essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente;
- non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prescrizione aggiuntiva di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia.

Ricordiamo, infine, che il compenso e il suo tetto massimo saranno determinati da ogni singola amministrazione, previa "consultazione in sede decentrata" con le organizzazioni sindacali. Nel rispetto dei limiti "delle risorse finanziarie connesse alle corrispondenti vacanze di organico ricomprese nella programmazione triennale".

Siamo dunque dinanzi a un istituto normativo nuovo di zecca che presenta aspetti di particolare interesse per la professione infermieristica.

* L'articolo è stato pubblicato su "L'Infermiere" n.2, 2002

Appendice - Il contesto normativo

Come è cambiata la normativa
riguardante la professione infermieristica,
dal Regio Decreto del 1934
alla legge n. 1 del 2002

di Stefania Gastaldi

L'istituzione della figura infermieristica ha avuto regolamentazione con il R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, sul Testo Unico delle leggi sanitarie.

La normativa comunitaria ha sancito a livello europeo, con l'Accordo di Strasburgo, ratificato in Italia con legge 15/11/1973, n. 795, gli standard formativi della professione.

È nell'ultimo decennio però che il Legislatore ha posto in essere tutta una serie di provvedimenti che hanno riconosciuto dignità e autonomia a questa professione.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 sul *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.*

Tale decreto, all'articolo 6, comma 3, determina un importante cambiamento nella formazione infermieristica. In particolare:

- istituzione su tutto il territorio nazionale del primo livello di formazione in ambito universitario, ossia del diploma universitario con conseguente attivazione dei poli universitari e soppressione delle scuole regionali;
- previsione concernente l'individuazione da parte del ministro della Sanità, con proprio decreto, delle figure professionali da formare ed i relativi profili;

- obbligo del possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado per l'accesso ai relativi corsi. Successivamente l'intero Dlgs ha subito alcune modifiche dettate dalle disposizioni del **decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**. Anche l'art. 6, comma 3, naturalmente ha subito alcune modifiche, tra queste la specificazione che per l'accesso ai Du era necessario il diploma di scuola media superiore di secondo grado di *durata quinquennale* e la presenza nelle commissioni di esami di rappresentanti dei Collegi professionali.

In accoglimento delle citate disposizioni il ministero della Salute (allora ministero della Sanità) tra gli anni 1994 e 2001 ha emanato 23 decreti ministeriali corrispondenti a 23 distinte figure e relativi profili professionali.

Tra questi il **Dm 739 del 14 settembre 1994**, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*, il **Dm 69 del 17 gennaio 1997**, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'assistente sanitario*, il **Dm 70 del 17 gennaio 1997**, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico*.

Tali decreti confermano l'obbligo dell'iscrizione all'Albo per chiunque eserciti

la relativa professione indipendentemente dalle modalità di espletamento (dipendente pubblico o privato, libera professione, volontariato) e individua le principali funzioni ed attività delle singole figure.

Per l'infermiere viene esplicitamente disposto quanto segue.

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

Con successiva **legge 26 febbraio 1999, n. 42**, intitolata *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, si aggiunge un altro tassello di notevole importanza per la professione ovvero: la professione infermieristica viene denominata 'professione sanitaria' *tout court* e non più ausiliaria, come disposto a suo tempo dal R.D. 1265/34, e viene abrogato il Dpr 14 marzo 1974, n. 225, ovvero il cosiddetto 'mansionario'. Tale legge dispone che *il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 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*. Inoltre viene dichiarata l'equipollenza del titolo conseguito con il precedente ordinamento a quelli rilasciati dall'Università a seguito dell'emanazione del Dlgs 502/92.

Nel frattempo anche la normativa uni-

versitaria subisce un radicale mutamento, che naturalmente non poteva non avere una ricaduta rilevante sulla professione.

Infatti il **Dm 3 novembre 1999, n. 509**, *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*, all'art. 3 dispone che:

- le università rilasciano i seguenti titoli di primo e di secondo livello:
 - a) laurea (L);
 - b) laurea specialistica (LS);
- le università rilasciano altresì il diploma di specializzazione (DS) e il dottorato di ricerca (DR).

Nell'anno 2000 viene promulgata la **legge 10 agosto, n. 251**, recante la *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica*, che sottolinea ancora una volta che gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle Scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici Codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

L'art. 6 dispone al comma 1 che il ministro della Sanità, di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del Comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4. Inoltre viene riconosciuta all'art. 7 la possibilità alle aziende sanitarie, al fine di migliorare l'assistenza e la qualificazione delle risorse, di istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e la pos-

sibilità di attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio a dette figure.

In ottemperanza al riportato art. 6 viene susseguentemente emanato il **decreto 29 marzo 2001** intitolato *Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1,2,3 e 4 della L. 10 agosto 2000, n. 251.*

Gli articoli 2 e 5 così letteralmente dispongono:

Art. 2. *Nella fattispecie: "professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica" sono incluse le seguenti figure professionali:*

- a) infermiere;
- b) ostetrica/o;
- c) infermiere pediatrico

Art. 5. *Nella fattispecie: "professioni tecniche della prevenzione" sono incluse le seguenti figure professionali:*

- a) tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- b) assistente sanitario

Infine, a seguito della riforma universitaria di cui al su citato decreto 509/99, con due distinti decreti del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, datati entrambi 2 aprile 2001, vengono definite le classi del corso di laurea triennale e di laurea specialistica (biennale) per le professioni sanitarie infermieristiche.

La susseguente **legge 8 gennaio 2002, n. 1**, intitolata *Conversione in legge, con modificazioni, del Dl 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario*, all'art. 1 comma 10 ha coerentemente disposto che i diplomi, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 26 febbraio 1999, n. 42, e leggi 10 agosto 2000, n. 251 **sono validi** ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai *master* ed agli altri corsi di formazione post-base di cui al Dm 3 novembre 1999, n. 509 del ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica attivati dalle università.



Gli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie

di Gianfranco Rebola*

Il Servizio sanitario nazionale ha conosciuto nel corso del 1999 una importante riforma, in pratica la terza, dopo quella originaria del 1978 e la sua revisione attuata nel 1992 con i decreti delegati seguiti alla legge 421; più dei precedenti, questo nuovo intervento del legislatore appare caratterizzato da un'attenzione forte agli assetti organizzativi delle aziende sanitarie. Se già nel 1992 si era parlato di "aziendalizzazione" del Servizio Sanitario Nazionale, ora si assiste a una messa a punto ancor più sofisticata e analitica di meccanismi di responsabilizzazione delle aziende e di regolazione dei relativi assetti di *governance*, che tiene conto delle esperienze fatte e dei problemi evidenziati negli ultimi anni, fino a scendere in non pochi aspetti fino a disposizioni di carattere organizzativo.

L'assetto del macrosistema sanitario pubblico resta sostanzialmente quello precedente, con una più puntuale e lineare definizione degli ambiti di responsabilità e soprattutto con lo sviluppo di nuove e più aggiornate strumentazioni per i diversi livelli di governo e di gestione.

Lo Stato, attraverso il ministero della Sanità, destinato peraltro dalla riforma dell'organizzazione del governo a confluire nel nuovo dicastero del "Lavoro, salute e politiche sociali", ha il compito di definire il programma sanitario nazionale, di regolare e orientare il Servizio sanitario nazionale, di accreditare le Strutture e definire criteri e standard di valutazione di qualità ed efficienza per i vari ordini di intervento. Il ministero si avvale come supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Le Regioni costituiscono peraltro l'ambito di regolazione fondamentale del sistema; anch'esse operano in termini programma-

tici, stabilendo gli obiettivi per i diversi servizi sanitari attraverso il piano sanitario regionale, coordinano le aziende sanitarie e allocano le risorse alle stesse. Spettano alle Regioni le nomine dei direttori generali delle aziende, la definizione degli obiettivi aziendali e la verifica dei risultati conseguiti.

Le aziende sono le unità operative di base che producono servizi e interventi; esse sono del tipo "azienda ospedaliera", che gestisce i servizi di cura più importanti e tecnologicamente complessi, e del tipo "azienda locale", che assicura in un definito ambito territoriale le funzioni di prevenzione, di tutela generale della salute e di assistenza continuativa alla popolazione attraverso i medici di base convenzionati e i distretti, terminali diffusi sul territorio per il monitoraggio delle problematiche e lo svolgimento di alcuni servizi.

Con l'ultima riforma il processo di "aziendalizzazione" è rafforzato: le aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica e al loro interno sono rafforzati i poteri del direttore generale; egli si vale di strumenti privatistici di gestione: attraverso un "atto aziendale di diritto privato", che la legge sottrae quindi a tutti i condizionamenti del diritto pubblico, il direttore può disciplinare tutti gli aspetti di organizzazione e funzionamento, rispettando i criteri indicati dalla Regione; inoltre ha il potere di nominare gli altri membri della direzione generale (direttori sanitario e amministrativo) e di conferire tutti gli incarichi dirigenziali per periodi definiti.

Nell'esercizio dei suoi poteri, il direttore generale deve evidentemente fare i conti con un contesto socio-politico complesso e con una serie di rapporti resi più delicati dalla

* Tratto da Gianfranco Rebola, "Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche (1990-1999)", Editore Guerini e Associati

grande rilevanza che i servizi e le risorse gestiti dalle aziende sanitarie hanno per il territorio di inserimento. Così all'esterno assume rilievo il rapporto con la conferenza dei sindaci, dei comuni dell'ambito territoriale di riferimento, che esprime pareri sul raggiungimento degli obiettivi del servizio e può quindi influire sulla verifica dei risultati operata dalla Regione. All'interno, deve valersi del collegio di direzione, cui partecipano i direttori sanitario, amministrativo di dipartimento, distretto e presidio, oltre ad altre figure eventualmente definite da disposizioni regionali, per l'elaborazione del programma di attività, per le fondamentali scelte organizzative e per gli aspetti più critici di ordine clinico e sanitario. Ed è responsabile naturalmente delle relazioni con le rappresentanze sindacali istituzionalizzate.

L'atto aziendale è quindi lo strumento fondamentale per la definizione delle responsabilità attribuite ai dirigenti preposti alle diverse strutture, quali dipartimenti, distretti, presidi, unità funzionali complesse, i quali sono comunque chiamati a operare per l'attuazione degli obiettivi del piano aziendale. La qualifica formale di dirigenza è stata comunque attribuita dal 1993 a tutto il personale medico e agli altri specialisti sanitari, cui viene riconosciuta autonomia tecnico-professionale nello svolgere le proprie funzioni nel rispetto della collaborazione multiprofessionale.

Dal punto di vista dei controlli, l'azienda deve soprattutto sottostare alle verifiche di risultato in sede regionale e a quelle di carattere economico del proprio collegio sindacale, che riferisce sempre alla Regione, ma è altresì soggetta alla giurisdizione generale della Corte dei conti.

Ai fini delle valutazioni del personale gli organi, come i nuclei di valutazione, previsti dalla legge per tutte le amministrazioni, sono integrati nelle aziende sanitarie da un collegio tecnico che esercita verifiche triennali e di fine incarico sulle attività professionali e i risultati raggiunti dai

dirigenti dell'area medica e sanitaria. Nell'insieme emerge quindi una configurazione molto complessa e articolata, che esprime comunque una certa dicotomia tra l'assetto del sovrasisistema nazionale e regionale e l'assetto aziendale deputato della produzione dei servizi. Nel primo ambito prevale una logica di continuità rispetto alla tradizionale impostazione programmatica, che vede una concatenazione di piani a cascata (nazionale-regionale-locale), già presente sin dalla prima riforma del 1978. Nel secondo ambito, sembra privilegiata una logica aziendale privatistica, con il ricorso all'organo monocratico del direttore generale, i poteri forti e le prerogative privatistiche di cui lo stesso è dotato, il ruolo solo consultivo e di collaborazione assegnato agli altri organi e figure previste. Il direttore generale è concepito come il perno di collegamento tra la sovrastruttura politico-istituzionale del sistema e la logica aziendale che presiede ai processi operativi.

L'assegnazione di obiettivi da parte delle Regioni ad aziende e direttori e le conseguenti verifiche costituiscono il meccanismo operativo essenziale di snodo tra queste due parti.

Come si vede, siamo in pieno all'interno di una logica e di un paradigma di decentramento per obiettivi, mentre all'interno delle aziende sembra lasciato maggior spazio alla scelta di soluzioni *ad hoc* e comunque vengono recuperati alcuni aspetti congeniali all'impostazione professionale. In questo tipo di contesto istituzionale e decisionale, le specifiche scelte organizzative assumono pertanto un ruolo molto critico; spetta a esse realizzare nella pratica quel delicato equilibrio tra la posizione formalmente forte del direttore generale e il coinvolgimento responsabile dei professionisti dal cui attivo e intelligente impegno dipende il livello delle prestazioni erogate. Le indicazioni generali della legge e gli ulteriori criteri definiti a livello regionale lasciano quindi spazio a più puntuali definizioni da operare a livello aziendale.

Nei modelli organizzativi emergenti delle aziende ospedaliere, ormai costituite su rilevanti dimensioni, e in genere preposte a una pluralità di presidi o sedi di servizi, se non a vere e proprie reti multiospedaliere, l'assetto strutturale si impenna su tre poli di riferimento fondamentali:

- i dipartimenti, che aggregano unità operative specialistiche operanti su problematiche affini (i primariati di una volta), costituiti su base aziendale, e non più per singolo ospedale, sono responsabili di definite linee di risposta strategica ai bisogni dell'area di competenza, della qualità dei servizi, dello sviluppo delle competenze professionali. I loro direttori, scelti dal direttore generale tra i primari preposti alle diverse specialità comprese nel dipartimento, sono responsabili di conseguire gli obiettivi previsti dal budget, in genere in termini di valore e costi delle prestazioni, e dispongono direttamente delle risorse professionali e tecniche allocate (in base al coordinamento degli staff competenti); compete quindi al dipartimento la pianificazione strategica, il coordinamento interdisciplinare e il governo delle risorse comuni (come i posti letto), mentre i singoli primariati restano direttamente responsabili delle rispettive prestazioni, dello sviluppo professionale nella specialità e del proprio specifico budget economico;
- le direzioni di presidio operano come organi integratori, con riferimento a strutture fisiche di produzione di servizi (ospedali e ambulatori) e alla corrispondente area territoriale. I loro obiettivi sono di servizio e qualità, non riferiti però alle prestazioni cliniche specifiche che competono ai dipartimenti, ma all'integrazione, alla "cornice" organizzativa, agli interventi di razionalizzazione e alla relazione con il territorio; controllano quindi risorse e spazi logistici comuni alle diverse attività di presidio, per la cui gestione dispongono di budget di spese generali di stabilimento;

- gli staff centrali assistono la direzione generale nel regolare il funzionamento di tutte le unità aziendali e nell'allocare le risorse alle stesse; nell'ambito di organizzazioni professionali impennate su gruppi di specialisti che svolgono compiti molto complessi e difficilmente controllabili, l'esercizio dei ruoli di direzione complessiva non può basarsi infatti solo sui poteri formali, ma richiede lo sviluppo di strutture specifiche, come gli staff strategici, capaci di definire regole e standard da applicare in tutta l'azienda, di introdurre sistemi per razionalizzare l'attività e di orientare l'impostazione dei budget e la destinazione di risorse critiche di ordine economico, professionale e tecnologico. Controllo di gestione, direzione del personale, marketing, qualità sono alcuni degli spazi di azione più rilevanti per questi organi di supporto della direzione generale; così, ad esempio, l'unità di marketing analizza la domanda e lo scenario competitivo, individua i problemi di rapporto con la domanda, collabora con la direzione e con i dipartimenti per definire piani di sviluppo dei servizi, collabora con i presidi nel tenere i rapporti con il territorio.

Si tratta quindi di sistemi organizzativi molto complessi e molto segnati dall'interattività tra i tre poli di riferimento indicati. Nel promuovere un ordinato funzionamento, grande è il rilievo di meccanismi operativi e di gestione adeguati al livello di complessità dei servizi professionali. In questo, assai delicato è il ruolo degli staff strategici, che curano l'impostazione e il funzionamento dei fondamentali meccanismi operativi, come quelli di budget; questi organi agiscono come "tensori" verso presidi e dipartimenti consentendo alla direzione generale di rendere operativo il proprio potere formale di governo e allocazione delle risorse, senza peraltro svuotare la sfera di responsabilità dei professionisti.

Vale la pena di rilevare che tutto ciò configura un cambiamento forte, un "salto" ver-

so un tipo nuovo di organizzazione professionale che ha l'ambizione di essere molto più integrata e dinamica rispetto alla forma tradizionale.

Infatti, l'azienda sanitaria tradizionale conosceva un assetto dicotomico, separato tra la componente professionale e quella amministrativa dove la prima era ordinata per "primariati", frammentati e assegnati "a vita" a professionisti tecnicamente validi ma non sempre con attitudine manageriale, dotati ciascuno di risorse di personale, di tecnologie, di posti letto, che venivano gelosamente difesi come condizione vitale di operatività e quasi di sopravvivenza; e la seconda gestiva gli aspetti burocratici preoccupandosi più della correttezza formale e degli equilibri economici che non della funzionalità dei servizi. Ora, invece, i dipartimenti e i presidi, affidati a professionisti scelti per le loro qualità anche manageriali, sono chiamati a integrare e razionalizzare le attività cliniche secondo logiche di servizio; mentre gli staff strategici operano per integrare specialisti professionali e funzioni amministrative e di supporto in una logica unitaria di obiettivi generali di azienda.

Non molto diverso è l'assetto organizzativo che viene configurato per l'azienda sanitaria territoriale, che deve gestire una minore complessità tecnico-operativa, dato che offre servizi meno specialistici e dotati di una minore intensità di applicazioni tecnologiche rispetto agli ospedali, ma si confronta anche con problematiche strategiche proprie di una gamma di servizi più ampia e più esposte a fattori di incertezza e variabilità; infatti le aziende sanitarie locali sono chia-

mate a governare il sistema complessivo dei servizi per la salute sul territorio, considerati anche nella loro integrazione con il settore dell'assistenza sociale, con tutte le implicazioni di politiche pubbliche che caratterizzano tra l'altro la prevenzione dei rischi, i controlli sulle varie sfere di attività, la tutela dell'igiene ambientale ecc.

Anche queste aziende tendono quindi verso modelli organizzativi per dipartimenti, costituiti per ampie tematiche specialistiche (prevenzione, servizi sanitari di base, servizi socio-sanitari integrati), che richiedono tuttavia un bilanciamento rispetto alla dimensione territoriale, quale si concreta nei distretti socio-sanitari che costituiscono i punti di riferimento per i rapporti con gli utenti e le realtà locali. Nel loro insieme, questi modelli organizzativi emergenti nelle aziende sanitarie sembrano ormai ben definiti sul piano concettuale, ma restano ancora quasi totalmente da verificare nella loro effettiva applicazione; c'è da tener conto che le riforme definite sul terreno legislativo configurano per queste aziende ambiti e obiettivi di intervento sostenibili solo con assetti organizzativi, come quelli esposti, molto sofisticati e avanzati, e che sembrano richiedere ai diversi soggetti di esprimere livelli alti di cultura gestionale e comportamenti organizzativi molto distanti da quelli sinora diffusamente praticati. In particolare, ai professionisti della sanità si richiede di assimilare rapidamente logiche di gestione per obiettivi e tecniche di valutazione economica, senza sacrificare per questo la competenza e la sensibilità di tipo specificamente professionale.



Leggi finanziarie: gli interventi che hanno determinato i finanziamenti al Ssn, dal 1990 ad oggi

di Marinella D'Innocenzo*

Questo intervento offre un rapido excursus riguardo a leggi Finanziarie, provvedimenti collegati alle Finanziarie, decreti legge con misure e interventi in materia di finanziamento e di razionalizzazione della spesa sanitaria. Sono, in sostanza, tutti gli interventi che mostrano, al di là dei principi contenuti nelle leggi di sistema, le volontà reali dei diversi governi nella gestione del Ssn.

Il quadro si riferisce agli ultimi anni, a partire dal 1990, quando nei Convegni e nelle affermazioni di principio si sentiva spesso ribadire la necessità di investire sul potenziale e sulla risorsa umana, valorizzare il contributo degli infermieri e creare le condizioni, anche attraverso i rinnovi contrattuali, affinché ci fosse una dotazione in grado di valorizzare l'assistenza e di rispondere in termini qualitativi e quantitativi ai bisogni di salute della popolazione. Eppure, contemporaneamente, nelle Finanziarie sono comparsi i limiti alle assunzioni e la rideterminazione degli standard di personale in base a criteri di razionalizzazione delle risorse umane.

Nel 1992 la ridefinizione degli standard organizzativi viene fatta solo per quantificare il calcolo del parametro capitaro, ovvero la forma di "pesatura" necessaria a definire gli stanziamenti da attribuire alle Regioni. E contestualmente si avvia il blocco delle assunzioni del pubblico impiego, una strettoia gravissima per il sistema. Anche se su questo e su molti altri temi vi sono poi le deroghe, ovvero quelle disposizioni "a lato" che pochi conoscono, ma attraverso le quali passa di tutto.

Nella Finanziaria del 1994 sono previsti la

riorganizzazione degli ospedali, con la riduzione del 5% dei posti letto, ed il ridimensionamento degli organici. Inoltre, alle Asl è fatto divieto di assumere personale per i primi sei mesi, mentre per i successivi si può assumere solo per coprire il turn over. Norme dettagliate anche riguardo al part time: avrà ripercussioni sull'organizzazione del lavoro, sul calcolo del fabbisogno, ma anche sulla possibilità di integrare un diritto dei lavoratori, com'è appunto il part time, con la necessità di rendere fruibili ai cittadini le dotazioni organiche presenti nelle aziende.

La manovra finanziaria del 1995 parla, in maniera esplicita, di opera di contenimento. Al centro della manovra ci sono la razionalizzazione della spesa nel settore e la creazione dei dipartimenti ospedalieri, con l'affermazione esplicita che il modello dipartimentale debba favorire il processo di riorganizzazione delle attività contribuendo, nella distribuzione e riorganizzazione delle risorse, al recupero del personale in esubero ed al contenimento delle spese.

Nel 1996 le Regioni hanno l'indicazione a procedere ad attività di controllo e verifica sul corretto utilizzo da parte degli erogatori di prestazioni, soprattutto in riferimento alle risorse impiegate con un capitolo anche sulle risorse umane. Alle Regioni, inoltre, si dice che devono completare la ristrutturazione della rete ospedaliera con la riconversione degli ospedali e con lo spostamento delle attività sull'assistenza diurna, sull'assistenza domiciliare e in genere ampliando il ventaglio dell'offerta per far crescere la qualità della risposta. Contestualmente, però, si dice che

* Tratto dalla relazione al Convegno "Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica", organizzato dalla Federazione nazionale dei Collegi Iplasvi, Firenze 13 aprile 2002

Scheda

LEGGI E MANOVRE FINANZIARIE

- **L. 407/90**
 - limiti nelle assunzioni
 - rideterminazione standards di personale in base a criteri di razionalizzazione delle risorse umane
- **L. 412/92**
 - ridefinizione standards organizzativi per calcolare il parametro capitaro
 - blocco delle assunzioni per il pubblico impiego
- **Collegato alla finanziaria 1994 - L.537/93**
 - art. 8: per il 1994 le Asl non possono procedere all'assunzione di personale
- **L.724/94**
 - si prevede la riorganizzazione degli ospedali con la riduzione del 5% dei p.l. e il ridimensionamento degli organici
 - art. 4: divieto di assunzione di personale per i primi 6 mesi e nei successivi le assunzioni riguarderà solo la copertura del turn over previa verifica dei carichi di lavoro
 - art. 22: orario di lavoro su 5 gg. e part time fino ad un max del 25% della dotazione organica
- **Manovra Dini - L. 85/95**
 - contenimento spesa sul personale
- **Finanziaria '96 - L. 549/95**
 - modello dipartimentale per l'organizzazione interna degli ospedali
 - riorganizzazione delle attività sanitarie tendente al recupero di personale in esubero e contenimento delle spese
- **Disposizioni urgenti nel settore sanitario - D.L. 280/96**
 - le Regioni procedono ad attività di controllo e verifica sul corretto utilizzo da parte degli erogatori di prestazioni sanitarie delle risorse impiegate
 - le Regioni completano la ristrutturazione della rete ospedaliera entro il 31/12/1999
 - al personale si applicano le misure di mobilità previste dalla normativa vigente a seguito del processo di ristrutturazione della rete ospedaliera
- **Finanziaria 1997 - L. 662/96**
 - contenimento della spesa attraverso la rideterminazione delle dotazioni organiche in misura pari ai posti coperti al 31/8/96; la mancata rideterminazione entro il 30/4/97 determina la riduzione automatica del 5%
 - divieto di assumere personale anche a tempo determinato fino al 31/12/1997
 - autorizzazione solo delle procedure di mobilità
- **Finanziaria 1998 - L.449/97**
 - estensione dell'obbligo di pareggio di bilancio ai presidi ospedalieri delle Asl
 - misure per incentivare il ricorso al part time
 - contenimento spesa del personale
- **Finanziaria 1999 - L.448/98**
 - patto di stabilità e crescita: riduzione progressiva del disavanzo e perseguimento degli obiettivi di efficienza e di contenimento dei costi del personale
- **Finanziaria 2000 - L. 488/99**
 - rispetto degli obiettivi di riduzione programmata di personale
 - politiche di assunzione collegate alla riduzione complessiva della spesa per il personale
- **Finanziaria 2001 - L.388/00**
 - le Regioni sono tenute a provvedere ad eventuali disavanzi di gestione utilizzando l'autonomia impositiva
 - indicazioni alle Regioni per il contenimento della spesa
- **Finanziaria 2002 - L.448/01**
 - in base al patto di stabilità del 2001, divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per il 2002

il processo di ristrutturazione non dovrà comportare l'assunzione di altro personale, bensì bisognerà attivare le procedure di mobilità per poterlo recuperare.

Nella Finanziaria del 1997 si parla nuovamente del contenimento della spesa attraverso la rideterminazione delle dotazioni organiche, e si dice che, queste ultime, si devono individuare tenendo conto dei parametri dei posti coperti nell'anno precedente. La mancata rideterminazione delle piante organiche rispetto a quanto fissato nel 1986 determina la riduzione automatica del 5%. In questa Finanziaria permane il divieto di assumere personale, anche a tempo determinato, fino al dicembre del 1997. Si autorizzano però le procedure di mobilità, anche se in alcune Regioni si continuano ad assumere, per esempio, tantissimi medici.

Nella Finanziaria del 1998 c'è addirittura l'estensione dell'obbligo di pareggio di bilancio ai presidi ospedalieri e, in tal caso, ai direttori generali si dice che possono organizzare, ed anzi devono organizzare, la risposta in maniera tale da rispondere ai criteri dettati dalla normativa vigente, ma che hanno anche l'obbligo del pareggio di bilancio. Lì dove i disavanzi sono forti i direttori generali devono, in qualche modo, ottemperare al pareggio di bilancio tenendo conto che possono fare operazioni sulla spesa del personale.

Nella stessa Finanziaria sono previste delle misure per incentivare il part time, senza peraltro dire come fare a coprire e a ricoprire quel "pezzo" di orario contrattua-

le che, dove non viene riassorbito da nuove assunzioni, rimane scoperto. Si danno, inoltre, nuovamente delle indicazioni sul contenimento della spesa del personale.

La Finanziaria del 1999 dice che il patto di stabilità e di crescita economica del nostro Paese, per garantire i livelli di accordo di Maastricht, deve, comunque, andare verso una riduzione progressiva del disavanzo e questo, soprattutto, con opere di contenimento dei costi del personale.

La Finanziaria del 2000, come si vede anche nella Scheda (cfr. pag. 31), dice più o meno le stesse cose.

Nella Finanziaria del 2001 le Regioni iniziano a porsi il problema di coprire i disavanzi con l'autonomia impositiva; in realtà saranno pochissime le Regioni che sceglieranno di istituire ticket o tasse proprie, mentre quasi tutte preferiscono non assumere o contenere la spesa del personale.

Nella Finanziaria del 2002 – *dulcis in fundo* – vi è il divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per tutto il 2002 e, contestualmente, vi sono le leggi che prevedono uno sforzo del sistema per valorizzare le risorse, per formarle e per accelerare i percorsi di valorizzazione e di sviluppo del potenziale.

Dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, che assegna maggiori poteri alle Regioni in materia di organizzazione sanitaria, la situazione si è fatta certamente più complessa ed ogni scelta compiuta centralmente va sempre calata nello specifico delle diverse Regioni.