

Convenzione 149/77 "Personale Infermieristico"

ANNO 2003

Art.1

In Italia la disciplina del volontariato è regolata dalla **legge quadro 11 agosto 1991, n.266**, che tuttavia non prevede disposizioni specifiche per il personale infermieristico.

L'attività di volontariato può essere svolta anche attraverso le organizzazioni di volontariato così come sono individuate dalla legge.

All'art. 3.5 del codice deontologico riguardante l'infermiere professionale, in particolare, si legge: <<L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito. L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per se o per altri. L' infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente>>. L'art. 11 delle "Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica" prevede che "L'infermiere iscritto al collegio IPASVI(collegio provinciale relativo all'ordine professionale del personale infermieristico) effettua prestazioni infermieristiche gratuite esclusivamente in situazioni occasionali non ripetute affinché ciò non comporti concorrenza sleale nei confronti dei colleghi.

Forme di volontariato gratuito nell'esercizio dell'attività infermieristica potranno essere svolte solo previa autorizzazione del Collegio Provinciale".

Un esempio è rappresentato dal CIVES (Coordinamento infermieri volontari per l'emergenza sanitaria nucleo provinciale di Firenze): organizzazione di volontariato, formata da infermieri regolarmente iscritti nei rispettivi Collegi IPASVI provinciali. Cives vuole inserirsi come elemento professionale nel mondo del volontariato, creando sinergie e collaborazioni con chi da tempo è attivo nel settore; Cives è un'organizzazione autonoma che però vuole mantenere forte il legame con la professione e quindi con i collegi IPASVI che sono il punto di riferimento per la verifica del livello di professionalità dei volontari infermieri.

Per quanto riguarda le modalità di effettuazione della consultazione della Associazione di categoria - organizzazioni sindacali - con i datori di lavoro, le stesse sono contenute nei documenti relativi ai contratti collettivi siglati dall' ARAN per l'area pubblica e dall'ARIS ed AIOP per l'area privata.

art2

A seguito di quanto indicato nel precedente rapporto, si è provveduto a completare l'opera di riorganizzazione del sistema sanitario in Italia.

Con la **legge delega 30/11/98, n.419** è stata data delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il Governo ha esercitato la delega con il **decreto legislativo 19/6/99, n.229**, che individua espressamente le norme per la **razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale**.

La tutela del diritto alla salute e la programmazione sanitaria sono assicurati attraverso il **Piano Sanitario Nazionale**, che individua le risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale nel rispetto delle compatibilità indicate nel documento di programmazione economico finanziaria, e realizza le proposte presentate dalle regioni con riferimento alle esigenze del livello territoriale. Il Piano Sanitario Nazionale che ha valenza triennale, viene presentato dal Governo, su proposta del Ministro della Sanità, al Parlamento, ed acquisiti i pareri delle competenti Commissioni Parlamentari e delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, viene approvato d'intesa con la Conferenza Unificata Stato Regioni ed adottato entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente.

Il Piano nazionale, individua, tra l'altro, i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio assistenziali degli Enti Locali; le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane; le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza; i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Il decreto legislativo prevede la trasformazione delle ASL in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia funzionale, come organismi cui le regioni attribuiscono la capacità di realizzazione degli obiettivi e dei progetti previsti ed individuati attraverso il Piano Nazionale.

Il Ministro per la Sanità, di concerto con la Conferenza unificata delle Regioni, le Regioni, le Province Autonome, le federazioni ed i collegi professionali interessati, determina per una o più Regioni, il fabbisogno per il S.S.N., distinto per i diversi profili professionali (personale tecnico, infermieristico e della riabilitazione), ai fini della programmazione da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea ed ai corsi di diploma universitario. A tal fine, i relativi decreti tengono conto dell'offerta e della domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione ed il personale già formato e non ancora immesso nell'attività lavorativa.

Successivamente al decreto legislativo sopra individuato sono intervenute modifiche istituzionali che hanno mutato il tradizionale riparto delle competenze tra Stato e Regioni ed in particolare, per quanto attiene il Piano Sanitario Nazionale, hanno ridefinito le sfere di competenza in materia sanitaria.

Tra le linee ispiratrici tanto della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, era già presente il decentramento; successivamente con il riordino normativo istituzionale degli anni '90, veniva riconosciuto alle Regioni un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri ad una graduale **devoluzione**, improntata alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, a cominciare da quelli più vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà del 2001, con l'**Accordo tra Stato e Regioni 8 agosto 2001**, "Trasferimento delle risorse a regioni ed enti locali in materia di salute umana e sanità veterinaria" alcuni principi del quale, relativi soprattutto all'ammontare della spesa per l'assistenza sanitaria, sono stati inseriti nella Legge 16 novembre 2001 n. 405, di conversione del decreto legge 18 settembre 2001, n.347, recante interventi urgenti in materia sanitaria.

Parallelamente la legge costituzionale n.3/2001, recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", varata dal Parlamento l'8 marzo 2001 e approvata in sede di Referendum confermativo il 7 ottobre 2001, ha reso la Sanità materia oggetto di potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni conferendo tra l'altro alle Regioni potestà regolamentare.

Alla luce di tali riforme lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul modo in cui questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di Sanità si trasforma passando da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale.

Nel **Piano Sanitario Nazionale** presentato per il triennio 2003/2005, viene dato particolare risalto alla valorizzazione del personale infermieristico, anche in coordinamento con altre realtà operanti nel settore sanitario (volontariato, no-profit) sottolineando la necessità di intensificare, l'attività di formazione continua, attraverso l'Educazione Continua in Medicina (ECM), con un sistema di crediti formativi integrato tra ospedali e università.

Al riguardo, un accordo in Conferenza Stato-Regioni del (20 dicembre 2001) aveva già sancito, in maniera positiva, la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estende capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

Al riguardo, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1 febbraio 2002, ha affrontato innanzitutto il problema dell'impostazione *ex novo* del sistema della formazione permanente e dell'aggiornamento sia sotto il profilo organizzativo ed amministrativo sia sotto quello della cultura di riferimento, attraverso confronti nazionali e regionali con diversi attori del sistema sanitario.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle amministrazioni regionali, chiamate ad una azione più capillare legata a situazioni epidemiologiche, sociosanitarie e culturali differenti. Il ruolo delle Regioni, nel campo della formazione sanitaria continua, diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse. E' previsto il coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali.

In particolare, l'attenzione riguarda l'armonizzazione tra il sistema formativo italiano e quello europeo, in coerenza con i principi della libera circolazione dei professionisti.

E' previsto il coinvolgimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle Aziende Ospedaliere e delle Università nonché delle altre strutture sanitarie pubbliche e private come sedi privilegiate per la formazione in contesto professionale.

Organo di raccordo dell'intero sistema sono le **Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)** che svolgono funzioni di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria. L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) istituita in ogni regione, svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della salute e con le Regioni, sulla base di indirizzi della Conferenza Stato-Regioni unificata con la Conferenza Stato-Città e autonomie locali.

Differenti sono le **Agenzie sanitarie regionali**, nate a supporto della pianificazione del Servizio Sanitario Regionale.

A questo proposito è utile sottolineare che le Agenzie sanitarie regionali sono enti indipendenti dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR)

Quest'ultima è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico, sottoposto a vigilanza del Ministero della Salute.

L'ASSR ha principalmente un ruolo di collaborazione con le Regioni e Province Autonome relativamente alla materia sanitaria e di supporto alle loro iniziative di autocoordinamento.

Le Agenzie Sanitarie Regionali, invece operano in supporto tecnico degli Assessorati alla Sanità.

Per quanto attiene la professione infermieristica con la **Legge 10 agosto 2000, n.251** è stata dettata una normativa che prevede una disciplina specifica delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Le legge prevede la formazione universitaria, la definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento e definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale. Le Regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

A) Formazione

1- modalità di accesso agli studi infermieristici

La riforma della formazione universitaria prevede diverse tappe nel percorso formativo definite prima dal **Decreto 3 novembre 1999, n. 509 - Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei** e successivamente dal **Decreto ministeriale 2 aprile 2001 - Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie** ha previsto una disciplina specifica per l'accesso alle professioni sanitarie.

Per diventare infermiere è necessario il possesso della laurea .

Il corso di laurea, di durata triennale, al quale si accede con il diploma di maturità rilasciato da un Istituto di istruzione superiore, di durata quinquennale, è strutturato secondo modalità organizzative che comprendono sia attività didattica teorica sia attività di pratica clinica. Particolare rilievo, nella formazione, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico. La frequenza è obbligatoria e il titolo ottenuto ha valore abilitante all'esercizio della professione di infermiere.

I corsi di laurea, destinati a formare infermieri prevalentemente destinati all'assistenza generale, hanno sostituito i corsi di Diploma Universitario per Infermiere e la formazione è strutturata tenendo conto della sempre maggiore complessità dei pazienti assistiti (sia in ospedale che sul territorio) e dell'evoluzione dei trattamenti (sempre più ambulatoriali e sul territorio) con la necessità di rendere il paziente o il familiare il più possibile autonomo nell'assistenza.

La formazione prevista dai predetti corsi avviene nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ovvero presso altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e in istituzioni private accreditate. Durante il corso lo studente deve acquisire conoscenze, capacità tecniche, relazionali, educative e deve anche imparare ad aggiornarsi autonomamente, a valutare i propri comportamenti e a svolgere ricerca.

Le attività didattiche previste sono sia di tipo teorico, sia di tipo pratico, attraverso un apprendimento che si svolge in parte in aula, in parte nei laboratori (aule esercitazione) e in parte direttamente a contatto con le persone da assistere, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale, secondo le indicazioni contenute, per ogni anno di corso, nell'ordinamento didattico. Durante le attività teoriche lo studente ha come riferimento e guida i docenti delle varie discipline, durante le attività tecnico pratiche lo studente ha come riferimento un tutore dello stesso profilo professionale infermieristico.

Alla fine di ogni semestre si sostengono gli esami previsti e alla fine di ogni anno accademico è prevista una valutazione complessiva del tirocinio.

In virtù dell'ordinamento precedente, in tutta Italia era stabilito in maniera precisa quali fossero le discipline e quali le ore del corso di base. Oggi non è più così: ogni Università può agire su un terzo del programma introducendo o sottraendo materie all'interno dei vari settori scientifico disciplinari, in rapporto con le esigenze sanitarie e di mercato di carattere locale e all'organizzazione del curriculum individuale. Ciò consente di avere curricula personalizzati e sempre più rispondenti alle esigenze ed ai problemi locali e del Servizio Sanitario Nazionale.

La formazione infermieristica universitaria attuale si svolge in ottemperanza degli standard formativi disposti dalla normativa dell'Unione Europea e permette quindi la libera circolazione dei professionisti all'interno della Comunità.

L'accesso ai corsi di laurea per infermiere è a numero programmato. Ogni anno un decreto del ministero della Sanità, di concerto con il ministero dell'Università, determina il numero dei posti attribuiti ad ogni Ateneo per le nuove immatricolazioni (vedi tabella IPASVI). Le modalità che regolano il rapporto tra Regioni ed Università sono specificate in protocolli d'intesa.

2 - Sbocchi professionali ,condizioni di lavoro, stipendi

L'infermiere ha una pluralità di sbocchi professionali, svolge la sua attività in strutture sanitarie pubbliche o private, in ambulatori e poliambulatori, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, nei servizi di assistenza socio-sanitaria, nei servizi di salute mentale e in servizi specialistici (es. pediatrici).

La professione infermieristica può essere svolta in regime di dipendenza o libero professionale.

Il CCNL, per il biennio economico 2000/2001 ha previsto incrementi tabellari per tutto il personale del comparto sanità, compreso il personale infermieristico.

Per quanto riguarda l'attività privata, l'infermiere può esercitare solo previa iscrizione presso la sede della IPASVI, federazione degli infermieri della provincia di residenza, a garanzia della preparazione e della osservanza delle regole e del codice deontologico.

La professione infermieristica con la già citata legge 10 luglio 2000 n. 251 ottiene l'accesso alla qualifica unica dei dirigenti del ruolo sanitario.

In particolare, la legge riconosce allo Stato ed alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni, la valorizzazione del ruolo e la responsabilizzazione delle professioni infermieristiche.

Il contratto 8 giugno 2000, CCNL per il quadriennio 1998-2001 dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del S.S.N., prevede espressamente, il capo III che disciplina la «Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica e riabilitative nonché delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione» in attuazione della legge 251/2000, per l'inserimento nel ruolo sanitario e nell'area III di contrattazione (prevista dal contratto-quadro del 24 dicembre 1998) per la dirigenza del Ssn, dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Tra le diverse formule d'impiego emergenti, offerte sempre più anche agli esercenti le professioni sanitarie, da istituzioni pubbliche e private (cooperative, società, studi associati ecc.) spiccano i contratti a tempo determinato e la fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo.

Al riguardo, in particolare la legge **Legge 8 gennaio 2002, n. 1 "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario"** prevede che in caso di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali, le Aziende unite sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, previa autorizzazione della Regione e nei limiti delle risorse finanziarie connesse alle corrispondenti vacanze di organico ricomprese nella programmazione triennale, possano riammettere in servizio infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro. E' possibile stipulare contratti di lavoro, a tempo determinato, anche al di fuori delle ipotesi previste dal C.C.N.L.

Inoltre è da menzionare la possibilità di esercitare, sia in regime di dipendenza che libero professionale, anche per cittadini stranieri, tanto provenienti dall'Unione Europea quanto extra comunitari, che abbiano conseguito il titolo professionale nel paese di provenienza, previo accertamento della validità del titolo.

Per i cittadini extra comunitari è indispensabile la regolarità della posizione riguardo la disciplina vigente in Italia sull'Immigrazione.

Art 3

Come già indicato nel punto precedente, la riforma della formazione universitaria prevede diverse tappe nel percorso formativo (definite dal decreto del 3 novembre 1999, n. 509)

- **corso di laurea**, ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali (180 CFU* 1 credito = 30 ore). La durata normale è 3 anni.
- **corso di laurea specialistica (LS)**, ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici (120 CFU). La durata normale è due anni.
- **diploma di specializzazione (DS)**, ha l'obiettivo di fornire allo studente conoscenze ed abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali (180 CFU).
- **master** (di primo e secondo livello), corsi di perfezionamento scientifico ed alta formazione permanente e ricorrente, successivi ai conseguimenti della laurea specialistica (60 CFU).
- **della laurea dottorato di ricerca**. Fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione.

È stato istituito anche il corso di laurea per infermieri pediatrici (che forma le figure che venivano prima formate con il corso per vigilatrici di infanzia), pertanto la figura dell'infermiere pediatrico non è un corso post base dopo il corso infermieri ma diventa un corso ad accesso diretto dalla base. I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività contribuendo alla formulazione dei relativi obiettivi; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale ed alla ricerca (DL 2 aprile 2001; Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie).

Art.4

L'esercizio professionale è subordinato a :

- possesso di titolo professionale richiesto;
- maggiore età;
- cittadinanza italiana o di uno degli altri paesi dell'Unione Europea;
- per i soli cittadini extracomunitari regolarità della posizione in osservanza delle leggi in materia di immigrazione (Legge 6 marzo 1998, n.40 e Decreto legislativo 25-07-1998, n. 286 e successive modificazioni -Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e Legge 30 luglio 2002, n. 189 - Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo);
- godimento dei diritti civili e politici;
- iscrizione al relativo albo professionale tenuto dagli ordini provinciali che sono Enti di diritto pubblico di emanazione statale.

Le condizioni necessarie allo svolgimento della **libera professione infermieristica** sono:

- 1 - **Iscrizione all'albo professionale** : è obbligatoria ai sensi dell'art. 8 del D.lgs.C.P.S. n. 233 del 1946, necessaria anche ai fini fiscali per usufruire del regime di esenzione IVA (D.P.R. n. 633/72)
- 2 - **Apertura partita IVA**: entro 30 giorni dall'inizio dell'attività stessa e la predisposizione degli appositi registri
- 3 - **Comunicazione al Collegio di appartenenza** della data di inizio dell'attività entro trenta giorni e delle modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale (tipo e sede)
- 4 - **Osservanza leggi che regolano la pubblicità sanitaria**: legge n. 175/92 e DM 657/94
- 5 - **Rispetto del nomenclatore tariffario minimo nazionale**
- 6 - **Iscrizione alla Cassa Autonoma di Previdenza degli Infermieri**

Art.5

Ai sensi della **legge 10 agosto 2000, n. 251**, lo Stato e le Regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

Il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

La legge provvede a definire le aree di appartenenza del personale, individuando, con riferimento poi ai singoli profili :

- **professione sanitaria infermieristica e la professione sanitaria ostetrica**: attività dirette alla prevenzione , cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva; (infermiere, ostetrico, infermiere pediatrico)

- **professione sanitaria riabilitativa** :attività di prevenzione, cura, riabilitazione e procedure di valutazione funzionale (Podologo, fisioterapista, logopedista, ortottica, assistente di oftalmologia, tecnico riabilitazione neuro e psicomotoria, terapisti occupazionali, educatore professionale)
- **professione tecnico sanitaria**: procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività assistenziale (tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico ortopedico, audiometrista, tecnico della funzione cardiocircolatoria e per fusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista);
- **professione tecnica della prevenzione**: attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro.

Il sistema delle relazioni sindacali, è definito dal CCNL.

L'applicazione di quanto definito a livello nazionale, avviene con la stipula dei contratti decentrati, negoziati attraverso relazioni sindacali, secondo il sistema esistente in Italia.

I contratti integrativi non hanno modificato nulla circa le modalità di consultazione delle OOSS ed in genere sulle relazioni sindacali, ma hanno recepito alcuni dei cambiamenti avvenuti nella ridefinizione della professione prevedendo al riguardo la utilizzazione di risorse aggiuntive da destinare nel quadro del riordino della professione e dei progressivi passaggi di livello.

Attualmente è vigente il CCNL per il quadriennio normativo 1998/2001, (già comunicato nel precedente rapporto), cui si succedono in ordine cronologico il CCNL integrativo sottoscritto il 20 settembre 2001, ed il CCNL per il biennio economico 2000/01, sottoscritto in data 20 settembre 2001.

Di particolare interesse è la istituzione di una indennità di funzione di coordinamento, che può essere in parte fissa ed in parte variabile, attribuita al personale che assume il coordinamento dell'attività dei servizi di assegnazione.

Per quanto attiene specificamente alla definizione dei conflitti, essi possono essere divisi in due tipologie:

conflitti di natura disciplinare vengono risolti in sede di Collegio professionale verso le cui decisioni è possibile presentare ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS), organo di giurisdizione speciale istituito presso il Ministero della Salute. Avverso le decisioni della Commissione è possibile presentare ricorso direttamente di fronte alla Corte di Cassazione;

conflitti inerenti la gestione e distribuzione della risorsa professionale vengono risolti in sede di contrattazione decentrata, secondo le procedure previste dai singoli contratti (anche in sede arbitrale), oppure di fronte al giudice del lavoro, seguendo la procedura prevista dal Codice di procedura civile.

Art.6

Le condizioni di lavoro, espressamente elencate nell'articolo 6, e le loro modalità di fruizione sul piano generale, sono equivalenti a quelle di tutti gli altri lavoratori e fanno riferimento alle norme che riguardano il lavoro pubblico e privato.

In particolare la legge n.53/2000 ed il decreto legislativo 151/2001, "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 200, n.53", disciplinano i congedi per maternità e parentali e le altre tipologie di congedi (es. per la formazione, per l'assistenza a familiari disabili etc.).

Per quanto riguarda la disciplina dell'orario di lavoro si fa riferimento al decreto legislativo n.66/2003, di recepimento delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, concernenti taluni aspetti dell'orario di lavoro.

Tuttavia il Contratto collettivo nazionale di categoria, con previsione migliorativa rispetto alla normativa generale, stabilisce il limite delle 36 ore settimanali per l'orario di lavoro del personale in servizio prevedendo un' articolazione flessibile per garantire le necessità dell'utenza , nell'arco delle 24 ore.

Istituti particolari, quali il servizio di pronta disponibilità, i compensi per ferie, riposi non goduti, ed il lavoro notturno, sono disciplinati dal capo III del CCNL integrativo del comparto sanità. Nel medesimo contratto è confermata la indennità di rischio radiologico, come indennità accessoria alla retribuzione.

Art.7

Per tutti gli operatori sanitari, così come per tutti i lavoratori, è applicabile il **Decreto Legislativo 24 settembre 1994, n.626**, - Sicurezza e salute dei lavoratori durante il lavoro - che individua i **rischi specifici, legati ad esposizione a particolari agenti** (chimici, fisici e biologici) anche per il personale sanitario.

Al riguardo l'Ispesl, (Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza sul luogo di lavoro) organo del Servizio Sanitario Nazionale, ha realizzato delle linee guida per la valutazione dei rischi nel settore sanitario.

Per quanto attiene il rischio di esposizione all'AIDS, per quanto attiene la categoria degli infermieri, si fa presente che in Italia con Decreto del Ministero della Salute 31 dicembre 2002 è stata ricostituita, per la durata di un anno, la "Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS e le malattie infettive emergenti e riemergenti", già operante da diversi anni nel settore con lo scopo , tra l'altro, di effettuare la sorveglianza sui trend epidemiologici nei Paesi industrializzati e nel territorio nazionale **con particolare attenzione alla diffusione dell'infezione tra le categorie a rischio.**

Per quanto attiene il rischio specifico di esposizione alle radiazioni ionizzanti, (per il cui rischio, come sopra indicato, è prevista la corresponsione di una particolare indennità, accessori alla retribuzione) si fa riferimento, al decreto legislativo 17 marzo 1995, n.230 di **Attuazione delle direttive Euratom 80/386, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti**, che disciplina in particolare la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori esposti alle radiazioni ionizzanti.

Domanda Diretta

Per quanto riguarda il **secondo punto della domanda diretta**, si ritiene di avere fornito sufficienti elementi di risposta con quanto riportato all'art. 2.

In merito all'attuazione di quanto disposto dal decreto legislativo 31/3/98, n.115, relativo al "Completamento del riordino dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, a norma degli articoli 1 e 3, comma 1, lettera c), della legge 15 marzo 1997, n. 59", si fa presente che il nuovo regolamento, relativo al funzionamento dei servizi dell'Agenzia è stato approvato con decreto interministeriale del 31 maggio 2001, con l'individuazione di sei aree tematiche di attività, che comprendono tutti i problemi relativi alla la sanità italiana : monitoraggio della spesa sanitaria, livelli di assistenza , organizzazione dei servizi sanitari, qualità e accreditamento, innovazione, sperimentazione e sviluppo, documentazione, informazione e consultazione. In particolare la Sezione "Organizzazione

Servizi Sanitari" sta sviluppando la propria attività su alcune tematiche di particolare rilievo per il sistema sanitario, tra cui:

- la riorganizzazione della rete territoriale e la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza ai malati cronici, disabili ed anziani;
- lo sviluppo della programmazione sanitaria regionale.

Nel nuovo assetto delineato dalle riforme del Servizio Sanitario nazionale e dai Piani sanitari nazionali, la struttura sanitaria nazionale opera sul territorio attraverso:

Le **Agenzie Regionali** nate a supporto della pianificazione del Servizio Sanitario Regionale, evidenziandone le leggi istitutive, le rispettive competenze come supporto tecnico all'Assessorato alla sanità e al sistema delle Aziende sanitarie. Le singole leggi regionali, individuano in maniera più puntuale le specifiche esigenze a livello locale; attualmente sono 10 le Agenzie sanitarie regionali istituite dalle Regioni: Puglia, Lazio, Toscana, Piemonte, Marche, Campania, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Abruzzo e Veneto. In seguito all'istituzione sono state attivate tutte le agenzie tranne quella della Regione Abruzzo.

i **Distretti**, a livello locale definiti come "luogo di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari" dal Piano sanitario Nazionale 2003-2005, cioè luogo di integrazione tra i servizi sanitari e tra questi ed i servizi sociali, e di produzione dell'assistenza primaria.

Si allegano per completezza delle tabelle di comparazione, redatte a cura del Ministero della Salute, relative alle competenze attribuite alle Agenzie regionali esistenti.

Per quanto riguarda la domanda di cui al **punto 3**, si ritiene che sia stato perseguito il criterio di assicurare la partecipazione del personale infermieristico alla gestione ed organizzazione dei servizi del servizio sanitario nazionale, con la normativa di livello statale indicata agli artt. 2,3,5, del presente rapporto, cui si fa, pertanto, espresso riferimento.

Per la domanda di cui al punto 3, si fa riferimento a quanto riportato nella risposta fornita all'art. 7 del presente rapporto.

Allegati :

- 1) **Codice deontologico dell'infermiere (approvato dalla fed. Ipasvi 1999)**
- 2) **Legge Quadro sul volontariato legge 11 agosto 1991 n. 266;**
- 3) **Decreto legislativo 19 giugno 1999 n.229 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario Nazionale a norma dell'art. 1 legge 30 novembre 1998, n.419;**
- 4) **Accordo tra Stato e Regioni 8 agosto 2001;**
- 5) **Legge 16 novembre 2001 n. 405, di conversione del decreto legge 18 settembre 2001, n.347;**
- 6) **Legge 10 agosto 2000 n.251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;**
- 7) **Decreto 3 novembre 1999, n. 509 - Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei;**
- 8) **Decreto ministeriale 2 aprile 2001 - Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie;**
- 9) **Legge 8 gennaio 2002, n. 1 "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario";**
- 10) **CCNL integrativo sottoscritto il 20 settembre 2001, ed il CCNL per il biennio economico 2000/01, sottoscritto in data 20 settembre 2001;**
- 11) **tabelle comparative delle competenze delle Agenzie Regionali.**