

**Numero 49**

**Prot. 125/07 – 17 dicembre 2007**

Cari Soci,



Vi informiamo sugli sviluppi dei numerosi problemi di cui, in parte, ci siamo già occupati in precedenti Newsletter.

La varietà di tali problemi, ampia, appare assai condizionata dalla situazione politica nazionale e dai molteplici aspetti che il "problema salute" presenta, con naturali ripercussioni sul mondo delle professioni della salute.

In così complesse condizioni, di difficile gestione per tutti, ma particolarmente per la nostra figura, la raccomandazione principale è tesa al rafforzamento della Associazione, garanzia per lo sviluppo della figura e per la sua stessa esistenza, quale impegno al quale tutti i Soci devono contribuire.

Ringrazio, anche a nome del Consiglio Direttivo Nazionale, per il lavoro compiuto durante l'anno che sta per finire, ed a tutti rivolgo vivissimi auguri, personali, professionali e associativi, per l'anno che sta per aprirsi.

Un caro saluto.

Gianna Calzolari

<b>In questo numero</b>	
<b>Editoriale</b>	<b>Pag. 1</b>
<b>Aggiornamento ordinistico</b>	<b>Pag. 2</b>
<b>Discussione sulle figure professionali; La vicenda contrattuale</b>	<b>Pag. 3-4</b>
<b>Decreto Legislativo di recepimento della direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali</b>	<b>Pag. 4-5-6</b>
<b>Ancora sui coordinamenti</b>	<b>Pag. 6-7</b>
<b>Dirigente delle professioni sanitarie; ancora sulle vaccinazioni</b>	<b>Pag. 8-9</b>
<b>Educazione Continua in Medicina</b>	<b>Pag. 9-10</b>
<b>Ammodernamento SSN; Piano Nazionale Prevenzione; Piano Nazionale Vaccini</b>	<b>Pag. 10</b>
<b>Legge 9.1.2006 n.7; Comunicato Min.Salute su Fin.2008; Simposio Cremona; sulla maggiore rappresentatività associativa; Auguri</b>	<b>Pag. 11</b>
<b>Comunicato Ministero Salute su Dlgs recepimento direttiva europea</b>	<b>Pag. 12</b>
<b>Art. 11 DPR 483/97</b>	<b>Pag. 13</b>
<b>Comunicato Ministero Salute Finanziaria 2008</b>	<b>Pag. 14-15-16</b>
<b>Mozione Simposio Cremona</b>	<b>Pag. 17</b>



## **2-AGGIORNAMENTO ORDINISTICO**

Il Ministero della Salute ha impresso un nuovo corso alla istituzione degli Ordini.

Già nell'incontro del 5.11 a Roma aveva anticipato alle Associazioni dei 22 la sua linea: impossibilità di riportare al Consiglio dei Ministri per il successivo avvio alla Conferenza S/R e Commissioni parlamentari lo stesso schema di decreto legislativo concertato nel luglio 2006.

Motivo: la necessità di armonizzare la definizione degli Ordini per le professioni sanitarie con il disegno di legge di riforma delle professioni intellettuali, già "Mastella", ora "Mantini-Chicchi" e in corso di ulteriore riscrittura.

L'AsNAS, entro il termine fissato del 16.11 aveva formulato le sue controproposte, e in primo luogo la conservazione dell'art. 4, comma 1, lett. a) della legge 43/06, a sancire il distacco della professione dell'Assistente Sanitario dall'Ordine attuale e l'assegnazione all'Ordine della Prevenzione.

Nella riunione del 7.12 il Ministero non ha cambiato la sua linea, definendola come l'unica soluzione con possibilità di accoglimento da parte del Consiglio dei Ministri, e di consentire il prosieguo del cammino della legge 43 nel rispetto del nuovo termine del 4.3.2008, portato dalla legge 17.10.2007, n.189 (ex ddl 1645).

Dunque, linea del Ministero: **3 ORDINI:**

**1-Ordine delle professioni infermieristiche**

**2-Ordine delle Ostetriche e della Riabilitazione**

**3-Ordine delle professioni Tecnico-sanitarie e della prevenzione**

L'AsNAS ha confermato la richiesta che nel nuovo schema di dlgs venisse previsto, rispetto allo schema precedente, un più ampio potere per le Commissioni d'albo: non solo disciplinare, ma gestionale dell'albo.

Mancava, poi, dallo schema di dlgs la definizione, per ogni professione, delle "attività riservate" per ciascuna professione, come stabilisce il criterio direttivo di delega all' art.4, comma 1, lett. d) della legge 43, che recita:

*definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;*

L'AsNAS nel documento inviato prima del 16.11 aveva formulato la sua proposta al riguardo.

Nella riunione del 7.12 il Ministero della Salute ha proposto per ciascuna professione una sintetica formula.

Per la nostra figura, la seguente:

*E' riservata agli Assistenti sanitari l'esecuzione di attività di prevenzione, di promozione e di educazione per la salute, rivolte alla persona, alla famiglia e alla collettività, individuando i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero sulla base dei dati epidemiologici e socio-culturali.*

La formula, che rispecchia le fonti normative, ci sta bene: proposta la sola sostituzione al termine "l'esecuzione" del termine "lo svolgimento", o meglio "l'espletamento".

A questo punto non possiamo che auspicare che il nuovo schema di dlgs raggiunga presto il Consiglio dei Ministri per proseguire, in caso di approvazione, l'ancora lungo percorso verso il termine del 4.3.2008.

Stiamo seguendo da vicino questo travaglio, sempre più convinti che la nostra professione sia l'unica ad avere un interesse VITALE ad un proprio Ordine, possibilmente gestibile attraverso l'albo.

Quanto alle altre professioni, 3 sono ordinate e vanno alla trasformazione e le altre non manifestano interessi VITALI, salvo alcune che temono l'abusivismo (ma poi, al di là delle Associazioni, per gli associati, per i professionisti, specie se dipendenti pubblici, può darsi che l'Ordine sia la massima aspirazione ?)

Il problema resta, acutissimo, per noi.

### **3-DISCUSSIONE SULLE FIGURE PROFESSIONALI**

Abbiamo accennato prima , al punto 2, al problema della "riserva di attività".

Aggiungiamo che il 7.12 a Roma alcune Associazioni hanno pensato bene di esprimere riserve critiche sulla formulazione della nostra "riserva": leit-motiv: "la prevenzione la facciamo anche noi".

Esprese in coda alla riunione ed in maniera estemporanea, alle critiche ci siamo opposti, peraltro senza sviluppare, per mancanza di tempo e indisponibilità di sede, un confronto sereno.

Abbiamo ritenuto di formalizzare la nostra opposizione con la lettera inviata il 10.12 scorso al dott. Polillo del Ministero della Salute, che potete leggere qui all'allegato 1).

Pensiamo che l'accaduto possa essere considerato una sorta di anticipazione di confronti che sicuramente si svilupperanno sugli spazi professionali dei 22 profili, al limite anche dopo che Ordini e Albi saranno istituiti e costituiti.

Un discorso lungo: ci torneremo su, anche con il Vostro contributo.

Per il momento, la constatazione di un sintomo di tendenze, pericolosamente diffuse, a ridimensionare, in qualche modo, la nostra figura professionale, alla fine però danneggiandola.

Tendenza che, senza fare del vittimismo, possiamo leggere nella proliferazione dei master per infermiere di Sanità Pubblica, nella contestazione su determinate attività, ad es, le vaccinazioni, nell'affermazione secondo la quale il nuovo laureato sarebbe figura diversa dal precedente diplomato, con tanti saluti al principio dell'equipollenza stabilito dalla legge, e al comune "campo di attività e responsabilità" sul quale stiamo insistendo, per mettere a fuoco il complesso principio dell'autonomia professionale, fulcro della riforma.

Un fenomeno da ritenere fisiologico, se contenuto entro i paletti rappresentati dai sistemi di regole che governano l'universo delle professioni sanitarie, così come definiti dalle fonti di riferimento.

Quando però va, come pare minacci di andare - in sedi varie, nel mondo della formazione, del lavoro, della cultura, della scienza e della politica - fuori dai paletti, occorre reagire con la massima fermezza, naturalmente motivando.

Ad una mobilitazione, in questo senso, dunque, sono chiamati tutti i Soci, dirigenti e non, per salvaguardare la nostra figura, la sua esistenza e il suo sviluppo.

Gli scopi principali, alla fine, per i quali l'AsNAS è nata.

@@@@@@@@@@@@@@@@

### **4-LA VICENDA CONTRATTUALE**

Dopo l'approvazione da parte del Governo nel Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2007 degli Atti di indirizzo per il rinnovo dei contratti collettivi nazionali del personale sanitario, finalmente il 18 dicembre 2007 parte la trattativa tra l'ARAN e le OO.SS. per il rinnovo contrattuale del Comparto della Sanità Pubblica CCNL 2006 2009 - Biennio Economico 2006 – 2007.

Non mancano i motivi di preoccupazione e di perplessità sui contenuti degli Atti di indirizzo, sui quali i sindacati non hanno risparmiato critiche, che di seguito riassumiamo.

Innanzitutto, il monte salari di riferimento su cui calcolare la percentuale di incremento del 4,85% è inferiore a quanto definito con il precedente rinnovo contrattuale e a quanto stimato da Consiglio dei Ministri, Regioni e ARAN con la relazione sulla compatibilità economica presentata alla Corte dei Conti in occasione della chiusura del rinnovo contrattuale del precedente biennio.

Nel capitolo "relazioni sindacali" si prevede un rafforzamento del livello regionale quale luogo per la partecipazione degli utenti ai percorsi di valutazione, mentre i sindacati restano dell'avviso che il potenziamento del sistema delle relazioni sindacali deve avvenire a livello aziendale, nel rispetto dei principi del Memorandum.

Riguardo poi alle condizioni di lavoro, non si propone alcun incremento per le indennità di disagio e professionali e si introduce invece l'ulteriore utilizzo della pronta disponibilità; si introduce peraltro il principio della deroga al D.Lgs 66 del 2003 per superare il vincolo del riposo delle 11 ore

fra un turno e l'altro, decisione assolutamente opposta all'obiettivo di garantire una maggiore qualità del lavoro e benessere degli operatori.

La produttività è contemplata anche in forme individuali per pagare l'orario aggiuntivo, prospettando un ritorno al plus orario per coprire le carenze di organico delle aziende ospedaliere e delle ASL.

Inoltre si prevede la riduzione dei fondi del salario accessorio attraverso l'abrogazione del finanziamento ex articolo 40 del CCNL 1998-2001 "indennità infermieristica".

Infine, si prevede l'introduzione della dirigenza per i professionisti sanitari e assistenti sociali a carico dei fondi aziendali, senza risorse dei bilanci e relativa qualificazione della dotazione organica; sotto l'aspetto economico, che il valore medio non sarà calcolato in quota procapite dell'ex 6° livello come per gli altri comparti contrattuali ma in percentuale, abbassando così ulteriormente la media di incremento salariale per il rinnovo del CCNL 2006-2007.

Tali contenuti diventano ancora più pesanti se si considerano, da un lato, le carenze di personale del Comparto ormai strutturali del servizio sanitario nazionale, riconfermate con il disegno di legge della prossima Finanziaria 2008, e dall'altro le proposte avanzate dal Ministro della salute a favore del personale medico.

Infatti il Ministro ha confermato il suo impegno per l'approvazione di un emendamento in Finanziaria a copertura dell'aumento dell'indennità di esclusività per i dirigenti sanitari, ma anche – cosa ancora peggiore - per l'inserimento di questa indennità nel monte salari, con la conseguente crescita esponenziale dei costi e l'aumento della differenza salariale fra comparto e dirigenza sanitaria, fra i diversi ruoli della dirigenza del servizio sanitario nazionale e rispetto alla dirigenza degli altri settori pubblici.

Questa proposta, inoltre, snatura l'istituto dell'esclusività che la riforma sanitaria del 1999 aveva introdotto con l'obiettivo di determinare un incentivo al rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari, finalizzato a una maggiore attrazione dei cittadini verso un servizio pubblico di qualità.

L'AsNAS resta comunque fortemente impegnata sul fronte contrattuale e sindacale, in particolare perché si giunga finalmente ad una corretta e adeguata classificazione contrattuale del profilo dell'Assistente Sanitario ed alla sua fuoriuscita dal raggruppamento del "personale infermieristico", in attuazione di quanto previsto nella Piattaforma sindacale unitaria CGIL-CISL-UIL:

*"CGIL FP CISL FP UIL FPL ritengono necessario, nell'ambito di questo rinnovo contrattuale e per tutte le figure professionali, superare definitivamente i vincoli ancora presenti e collegati al precedente sistema di inquadramento del personale (ex DPR 761/1979) che non permettono di collegare i percorsi di evoluzione professionale alle reali necessità organizzative dei servizi."*

@@@@@@@@@@@@@@@@

## **5-DECRETO LEGISLATIVO DI RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2005/36/CE SUL RICONOSCIMENTO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI**

Già Vi avevamo informato nella Newsletter n. 45 del 5 luglio 2007 che il Governo stava predisponendo il decreto legislativo di recepimento della direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali. Tale direttiva doveva essere recepita dagli Stati membri entro il 20 ottobre 2007. Nei ultimi mesi i lavori sulla bozza di testo da parte dei numerosi Ministeri interessati (Ministeri per le politiche europee, della pubblica istruzione, dell'università e della ricerca, della salute e della giustizia, di concerto con i Ministri degli affari esteri, dell'economia e delle finanze, del lavoro e della previdenza sociale, dello sviluppo economico, per i beni e le attività culturali e per gli affari regionali e le autonomie locali), e l'acquisizione dei necessari pareri della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, sono diventati molto veloci e in certi momenti un po' frenetici.

L'AsNAS si era mossa tempestivamente con la lettera al Ministro per le politiche europee Emma Bonino del 19 giugno 2007, pubblicata nella Newsletter sopradetta, nella quale chiedevamo sostanzialmente due cose:

1)che venisse tenuto ben presente che la professione di Assistente Sanitario con formazione universitaria triennale rientra nella Direttiva 89/48/CEE, ben distinta dalla professione di infermiere rientrante nella specifica direttiva settoriale;

2)una maggiore considerazione e attenzione a livello di Commissione Europea per uno scrupoloso monitoraggio della professione di Assistente Sanitario/Health Visitor nei vari Paesi Europei e una corretta individuazione delle direttive corrispondenti.

Dopo la pausa estiva il dibattito si è concentrato quasi esclusivamente sulla possibilità che nel testo del Decreto legislativo di recepimento potesse rientrare una sorta di riconoscimento delle associazioni delle professioni non regolamentate (informatici, pubblicitari, comunicatori d'impresa, ecc..), ipotesi fortemente caldeggiata da alcuni e altrettanto fortemente osteggiata da altri.

Nel frattempo le Associazioni delle professioni sanitarie, AsNAS compresa, si sono mosse con due note congiunte, la prima del 26 settembre e la seconda del 18 ottobre, al fine di richiedere che nel testo di recepimento della Direttiva comparisse un elenco delle 22 professioni sanitarie italiane.

A seguito di ciò il Ministero della Salute ci ha convocati il 22 ottobre, *“al fine di informare codeste Federazioni ed Associazioni sulle decisioni che saranno adottate in sede di Presidenza del Consiglio dei Ministri”*.

Alla suddetta riunione erano presenti il Direttore Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, Dott. Giovanni Leonardi, ed i suoi collaboratori Dott.ssa Messina e Dott. Iachino, oltre al Dott. Proia; per l'AsNAS era presente il Consigliere nazionale Claudio Gualanduzzi ed erano altresì presenti una ventina circa di rappresentanti di altre professioni sanitarie.

In apertura è stato distribuito il testo *“SCHEMA DI DECRETO LEGISLATIVO RECANTE RECEPIMENTO DELLA DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, RELATIVA AL RICONOSCIMENTO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI E DELLA DIRETTIVA 2006/100/CE DEL CONSIGLIO, CHE ADEGUA DETERMINATE DIRETTIVE SULLA LIBERA CIRCOLAZIONE DELLE PERSONE A MOTIVO DELL'ADESIONE DELLA BULGARIA E DELLA ROMANIA E CHE INTEGRA LA DIRETTIVA 2005/36/CE.”*, oltre ai testi dei pareri delle Commissioni di Camera e Senato.

Il Dott. Leonardi ha quindi illustrato la Direttiva 2005/36/CE: ha sottolineato trattarsi sostanzialmente di un testo unico che riunisce le direttive già esistenti, quelle settoriali, che riguardano una l'architetto, e altre sei che riguardano professioni sanitarie (medici, dentisti, veterinari, farmacisti, infermieri e ostetriche) e le direttive generali, lasciando invariato l'impianto generale; in sintesi, dopo aver emanato le direttive settoriali l'Unione Europea si è resa conto che non era praticabile procedere allo stesso modo per tutte le professioni esistenti nell'UE, per cui si è arrivati alle direttive generali 89/48, che riconosce le formazioni almeno triennali, e la 92/51 che riconosce anche quelle con durata inferiore; poi si è dato mandato ai vari Stati di stabilire delle eventuali misure compensative per garantire la libera circolazione per i comunitari (per gli extracomunitari non vi è l'obbligo di garantire la libera circolazione); la direttiva non fa che riunire in un unico testo l'esistente con le uniche due novità, finalizzate a garantire ulteriormente la libera circolazione:

1)la possibilità di prestazioni temporanee di servizi;

2)la possibilità di proporre piattaforme comuni a livello comunitario, dove cercare un accordo per cui per una specifica professione che soddisfa i requisiti definiti in quelle piattaforme, può circolare liberamente, un'altra che non li soddisfa non potrà circolare liberamente e dovrà quindi essere sottoposta a misure compensative.

Il Dott. Leonardi ha poi affermato che l'azione del Ministero e del Governo è limitata in quanto non è possibile scrivere niente di ulteriore nel d.lgs di recepimento della direttiva che non sia già contenuto nella Direttiva stessa e che non è vero che le professioni sanitarie italiane vengano trascurate in quanto il nostro livello formativo non viene in nessun modo toccato; ci ha informato poi del parere espresso in proposito dalla Commissione Giustizia del Senato, che ha comunque tenuto in debita considerazione le nostre preoccupazioni:

*“e) si raccomanda altresì una particolare attenzione affinché sia salvaguardato il livello professionale delle 22 categorie riconosciute dal nostro ordinamento nel comparto sanitario, evitando di stabilire improprie equivalenze con professioni o profili esistenti in altri Paesi, ma non più attuali nel nostro, in modo soprattutto da non consentire che professioni per le quali in Italia è richiesta la laurea breve o il diploma universitario possano essere esercitate da soggetti privi di titoli equivalenti”*

Il Dott. Leonardi e la Dott.ssa Messina hanno poi ricordato che le nostre professioni sono tutte e 22 già regolamentate in Italia e non bisogna confondere questi aspetti con quelli dell'ordinistica che riguardano invece l'attuazione della Legge 43; hanno rilevato come sia impossibile obbligare gli altri Stati ad adottare il nostro livello formativo, quando invece la filosofia di base di queste Direttive non è quella di mettere paletti, ma quella di favorire la libera circolazione.

E' poi intervenuto il Dott. Proia che nel ribadire che non si può imporre niente all'Europa, si è impegnato affinché il Ministero della Salute scriva ufficialmente all'Europa qual è il livello formativo delle professioni sanitarie in Italia; ha ribadito che non c'è nessun pericolo di caduta del livello conquistato dalle nostre professioni e che semmai se un problema c'è, questo è negli altri Stati, tanto è vero che la Direttiva settoriale europea per quanto riguarda l'infermiere prevede ancora i 10 anni di formazione (il biennio di scuola media superiore), quando in Italia e in molti altri Stati europei da tempo gli infermieri hanno la Laurea; ha quindi confermato l'impegno del Ministero per l'attuazione della Legge 43, informando che a breve ci sarebbe arrivata la convocazione per una riunione sulla bozza di Decreto legislativo sugli Ordini delle professioni sanitarie.

Le spiegazioni fornite dai tecnici e politici del Ministero della Salute hanno convinto in parte le Associazioni presenti, che hanno chiesto al Ministero una maggiore attenzione a queste problematiche e soprattutto una maggiore presenza e visibilità delle nostre professioni a livello europeo.

Il 23.10 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Decreto Legislativo di recepimento della Direttiva, ed il 24.10 Ministero della Salute ha emanato l'allegato Comunicato Stampa (All.n.1).

Il testo del Decreto Legislativo, che pare avere avuto qualche ulteriore piccola modifica nella seduta del Consiglio dei Ministri del 23.10, dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale verrà pubblicato sul sito dell'AsNAS alla pagina: <http://www.asnas.it/internazionale.htm>

In conclusione, con questa nuova Direttiva, per quanto riguarda la nostra professione non dovrebbe cambiare nulla: il Decreto Legislativo di recepimento della Direttiva 2005/36/CE raccoglie, tra le altre, anche la Direttiva 89/48/CEE recepita dal D.L.vo 115/92, all'interno della quale rientra l'Assistente Sanitario.

Per quanto riguarda l'AsNAS sarà sempre più importante estendere e rafforzare i legami e gli scambi con i colleghi degli altri Stati europei, anche a partire dai risultati del 1° Simposio Internazionale per Assistenti Sanitari tenutosi a Cremona il 2 ottobre 2007, e ciò anche in applicazione di una specifica finalità del nostro Statuto.

@@@@@@@@@@@@@@@@

## **6-ANCORA SUI COORDINAMENTI**

Abbiamo ricevuto richieste di chiarimenti sulle modalità di attribuzione della funzione di coordinamento in relazione al profilo professionale del coordinatore e degli altri membri dell'èquipe.

Precisiamo che i vigenti CCNL del comparto sanità rinviano la definizione dell'applicazione delle norme sui coordinamenti, nonché dei criteri di valutazione del personale interessato, alla concertazione con i sindacati (Art.10, comma 8, CCNL 20.09.01).

Pertanto da un'Azienda Sanitaria all'altra vi possono essere legittimamente differenze anche notevoli nei regolamenti che disciplinano questa funzione.

A titolo di puro esempio, riportiamo un estratto del “Regolamento per l’attribuzione delle funzioni di coordinamento” dell’Azienda USL di Bologna, nel quale si prevede che il criterio di scelta debba essere esplicitato ed adeguatamente motivato in una proposta che parte dai Responsabili del SATeR (il SATeR è il Servizio Assistenza, Tecnico e Riabilitativo, quindi la proposta non parte dai dirigenti medici), che viene poi recepita in un provvedimento (Delibera) del Direttore Generale:

**Art. 5 - Conferimento e durata dell’incarico**

*Le funzioni di coordinamento sono affidate con provvedimento del Direttore Generale o di suo delegato, su proposta scritta e motivata del Responsabile SATeR del dipartimento/distretto interessato, acquisito il parere del Direttore aziendale SATeR.*

*Il conferimento dell’incarico di coordinamento avviene dopo analisi dei curricula dei partecipanti alla selezione ed effettuazione di specifico ed individuale colloquio con tutti i candidati.*

*Il criterio di scelta deve essere esplicitato ed adeguatamente motivato nella proposta di cui al primo comma del presente articolo.*

*L’incarico di coordinamento ha, di norma, durata non inferiore ai tre anni e può essere rinnovato - previa verifica - allo scadere del triennio.*

*Qualora l’incarico di coordinamento venga conferito per attività nell’ambito di processi o programmi di durata inferiore ai tre anni, quanto definito nel comma precedente non trova applicazione e la cessazione dell’incarico si ha secondo le scadenze collegate ai succitati processi e programmi che, di norma, non devono essere inferiori all’anno.*

Questi regolamenti dovranno tuttavia essere rivisti alla luce dell’Accordo in Conferenza Stato Regioni del 1 agosto 2007 relativo all’applicazione dell’art. 6 della Legge 1 febbraio 2006, n.43 (di cui Vi abbiamo già dato notizia nella NL 46/07), che prevede, ai fini dell’accesso alla funzione di coordinamento, l’obbligo del possesso del master in coordinamento o management o del certificato di abilitazione a funzioni direttive.

Con tale Accordo si è sancito, tra l’altro, che la normativa contrattuale dovrà essere armonizzata con le disposizioni contenute nell’art.6 della L. 43/06 e che allo stato attuale, in attesa delle nuove disposizioni contrattuali, viene riconosciuto carattere preferenziale al possesso del master o del certificato di cui sopra (cioè solo in caso di parità di punteggio o di valutazione).

Ricordiamo che questa Associazione non ha mai visto con favore l’art.6 della L.43/06, in particolare per quanto riguarda l’obbligatorietà del possesso del master per l’accesso alla funzione di coordinamento, aspetto peraltro criticato dalla stessa Conferenza delle Regioni in quanto invasivo della competenza contrattuale.

Ricordiamo anche che sempre questa Associazione, in sede di parere richiesto dal Ministero della Salute sulla bozza di Accordo relativo all’applicazione dell’art.6 L.43/06, aveva proposto di integrare l’art.1 nel seguente modo:

*Ai fini dell’accesso alla funzione di coordinamento, affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali, fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall’art. 6, comma 4, della legge 1febbraio 2006, n. 43.*

Tale integrazione non è stata accolta.

In conclusione, consigliamo a tutti i colleghi che avessero problemi o perplessità per quanto riguarda il problema del coordinamento, di procurarsi il regolamento della funzione di coordinamento della rispettiva Azienda e di valutare attentamente quali sono i passaggi che si possono sfruttare a vantaggio proprio e della categoria, tenendo sempre presente il coinvolgimento delle OO.SS.

Segnaliamo inoltre che l’Accordo Stato-Regioni sulla funzione di coordinamento del 1 agosto 2007 è pubblicato sul sito <http://www.asnas.it> alla pagina “Lavoro”.

## **7) DISCIPLINA PER L'ACCESSO ALLA QUALIFICA UNICA DI DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Come noto, la Legge 251/00 prevede, all'art. 6 comma 2, che il Governo, con apposito atto regolamentare, sentita la Conferenza Stato-Regioni, definisca la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine di corsi universitari (laurea specialistica/magistrale), per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario.

In attesa di tale disciplina concorsuale, il CCNL 10 febbraio 2004 integrativo del CCNL dell' area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN stipulato l'8 giugno 2000, agli art.41 e 42 provvedeva a regolamentare il periodo transitorio nel quale le Aziende potevano attribuire incarichi di dirigente, di durata triennale, rinnovabili, individuando i requisiti minimi necessari per il conferimento dell'incarico.

Dopo una lunga elaborazione si è finalmente giunti all'Accordo, sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 15 novembre 2007, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

Tale Accordo, che dovrà essere recepito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, è pubblicato sul sito <http://www.asnas.it> alla pagina "Lavoro".

Ci pare importante segnalare qui i requisiti specifici di ammissione previsti:

- a) laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area;
- b) cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa al concorso specifico, prestato in Enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni;
- c) iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del bando.

L'espressa richiesta della laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area ribadisce, come era già perfettamente chiaro nella normativa vigente, che il percorso di carriera per l'Assistente Sanitario è nella classe e nell'area della prevenzione e non in altre classi ed aree (ad es. quella infermieristica).

Poiché l'art.4 comma 6 dell'Accordo recita: "Per la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art.11 del citato D.P.R. n.483/1997", pubblichiamo l'art.11 DPR 483/1997 (All.n.2) mentre rimandiamo ad una prossima Newsletter la pubblicazione integrale dell'Accordo, dopo l'avvenuto recepimento con DPCM e la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (fermo restando che l'Accordo del 15 novembre 2007 è già consultabile nel sito associativo).

@@@@@@@@@@@@@@@@

## **8-ANCORA SULLE VACCINAZIONI**

Sembra incredibile, ma ancora, in giro per l'Italia, c'è chi mette in discussione la facoltà e la legittimità dell'impiego dell'Assistente Sanitario nelle vaccinazioni.

In numerose Newsletter abbiamo dato notizia di varie Regioni che hanno emanato provvedimenti - regolamenti, linee-guida - strumenti normativi, insomma che riconoscono tale facoltà e la disciplinano.

Abbiamo anche, piu' volte, commentato e definito la linea AsNAS in materia.

Aggiungiamo ora due nuovi provvedimenti.

La deliberazione n. 1769 dd 20.7.2007 della Giunta Regionale Friuli Venezia Giulia, che rivolge una chiara attenzione ed esplicita alla figura dell'Assistente Sanitario, in via privilegiata.

Essa, infatti, cita nella parte motiva, specificamente, il profilo dell' A.S. 17.1.1997 n.69 (unico riferimento anche in bibliografia).

Singolare poi, sempre in parte motiva: "Ravvisata, pertanto la necessità di effettuare una rilevazione del fabbisogno formativo di base per l'Assistente Sanitario, il cui profilo è corrispondente all'attività di prevenzione richiesta dai servizi vaccinali".

Al di là del fatto ovvio che questa dgr ci piace, perchè non riconoscere, obiettivamente, intelligente l'accento alla necessità di definire meglio il fabbisogno di una figura ritenuta indispensabile?

Non è questo un segno di sensibile attitudine programmatica, e un messaggio esplicito ai soggetti istituzionali deputati alla formazione?

Altrettanto interessante la robusta dgr 11.6.2007 n. 962 della Regione Umbria: "Approvazione linee guida vincolanti per le Aziende USL finalizzate al miglioramento della pratica vaccinale e ad una maggiore efficienza dei servizi".

Entrambi i documenti possono essere letti nel sito <http://www.asnas.it> alla pagina "Lavoro".

@@@@@@@@@@@@@@@@

## **9-EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA**

All'art. 82 bis è proposto per la finanziaria 2008 la seguente nuova regolamentazione:

Art. 82-bis.

*(Commissione nazionale per la formazione continua).*

1. Il sistema nazionale di educazione continua in medicina (ECM) è disciplinato secondo le disposizioni di cui all'accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 1° agosto 2007, recante il riordino del sistema di formazione continua in medicina. In particolare, la gestione amministrativa del programma di ECM e il supporto alla Commissione nazionale per la formazione continua di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono trasferiti all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, istituita dall'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, e successive modificazioni, che, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, assume la denominazione di Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. La Commissione nazionale per la formazione continua, che svolge le funzioni e i compiti indicati nel citato accordo del 1° agosto 2007, è costituita con decreto del Ministro della salute nella composizione individuata nel predetto accordo. Concorrono, altresì, alla piena realizzazione del nuovo sistema di ECM gli ulteriori organismi previsti dal citato accordo, secondo le competenze da esso attribuite.

2. Per favorire l'attivazione dei nuovi servizi, l'Agenzia di cui al comma 1 del presente articolo può avvalersi, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, di personale non dirigenziale di ruolo in posizione di comando dal Ministero della salute e dalle altre pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, per un contingente massimo di quindici unità. Il Ministro della salute può altresì disporre presso l'Agenzia, per periodi massimi di due anni e con le modalità previste all'articolo 1, comma 308, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, distacchi non rinnovabili fino a un massimo di quindici unità di personale del Ministero della salute. I contributi alle spese previsti all'articolo 92, comma 5, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, affluiscono direttamente al bilancio dell'Agenzia ai fini della copertura degli oneri dalla stessa sostenuti, ivi incluse le spese di funzionamento della Commissione nazionale per la formazione continua e degli ulteriori organismi previsti dal citato Accordo del 1° agosto 2007 nonché le spese per il personale derivanti dall'attuazione del presente articolo.

3. Per consentire all'Agenzia di cui al comma 1 di fare fronte tempestivamente e con completezza agli ulteriori compiti istituzionali, la dotazione organica del relativo personale è determinata in sessanta unità di personale di ruolo, di cui quarantotto unità di personale non dirigente e dodici dirigenti. L'Agenzia è autorizzata a procedere alla copertura dei posti di nuova istituzione, nei limiti

della dotazione organica rideterminata dal presente comma e del finanziamento complessivo di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, come sostituito dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 19 febbraio 2001, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 marzo 2001, n. 129, integrato dai contributi di cui al comma 2 del presente articolo.

4. Sono abrogate le disposizioni di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, incompatibili con il presente articolo e le disposizioni di cui al primo periodo del comma 4 dell'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, e successive modificazioni.

VE NE DIAMO NOTIZIA ANTICIPATA.

Confermeremo dopo l'approvazione del Parlamento. Tra l'altro, notiamo che si stabilisce l'ennesima modifica del Dlgs 502/92, riforma sanitaria bis o dell'aziendalizzazione

@@@@@@@@@@@@@@@@

### **10-AMMODERNAMENTO SSN O RIFORMA SANITARIA QUATER**

Ci vengono richiesti i chiarimenti riguardo ad un provvedimento, comunemente conosciuto come "Ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale", proposto dal Ministro Turco, o "Riforma Sanitaria Quater", dopo 833, 502, 229.

Si tratta di un disegno di legge in elaborazione da tempo che, dopo ripetute revisioni, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16/11/07 e avviato al Parlamento.

E' erede di parecchie proposte, tra cui il noto "Governo clinico".

Il titolo del DDL è "**Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN**".

Si articola fundamentalmente in principi fondamentali caratterizzanti il SSN e disposizioni di carattere organizzativo. La sua portata di riforma del 502/92 è indubbiamente notevole: cambia anche l'organizzazione aziendale, distretti, dipartimenti, strutture complesse, etc.

Può essere letto nel sito:

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoProva.jsp?id=3&area=ministero&colore=2>

Ci intratterremo sicuramente a tempo debito sull'argomento, quando sarà legislativamente definito.

@@@@@@@@@@@@@@@@

### **11-PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

Ci vengono espressi dubbi sulla vigenza del Piano. Dubbi fondati, in quanto anche documenti importanti, specie di fonte regionale, continuano a riportare la vigenza del Piano al periodo 2005 - 07. In realtà l'attuale vigenza è 2005 - 08.

L'allungamento di un anno è stato deciso dal Piano Sanitario Nazionale 2006 - 08, per evidenti ragioni di equilibrio temporale. Il PSN, al cap 3.4 "LA PREVENZIONE SANITARIA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE" infatti dice:"il Piano Nazionale della Prevenzione 2005 - 07, CHE VIENE CONFERMATO AL 2008"...

Ciò chiarito, si condivide: il legislatore non è stato, sul punto, granchè brillante, anche se è vero che in materia di Sanità il PSN va considerato come il PADRE di ogni pianificazione del settore sanitario, e quindi può permettersi qualche licenza tecnica di questo tipo, dando per presupposta la sua conoscenza da parte del programmatore a valle, dello studioso, del lettore, del professionista sanitario.

@@@@@@@@@@@@@@@@

### **12-PIANO NAZIONALE VACCINI**

Anche qui, per rispondere a quesiti.

Il Piano Nazionale Vaccini 2005 - 07 è in scadenza.

Si ha notizia che sta per essere varato un nuovo Piano.

### **13-LEGGE 9.1.2006 n.7: "DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA PREVENZIONE E IL DIVIETO DELLE PRATICHE DI MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE"**

Vi avevamo informati sulla legge. Ci viene chiesto se sono state estese Linee Guida e a che punto sono. Risposta: le linee guida per gli operatori sono all'esame della Conferenza Stato / Regioni per il parere. Si attendono gli sviluppi, di cui Vi terremo informati.

@@@@@@@@@@@@@@@@@@

### **14-COMUNICATO MINISTERO DELLA SALUTE SU FINANZIARIA 2008**

Riteniamo opportuno, anche se l'iter legislativo della Finanziaria 2008, nel momento in cui questa newsletter viene estesa non è compiuto, farvi conoscere il comunicato stampa del Ministero della Salute datato 15 - 12 - 2007 n. 337 concernente le materie di carattere sanitario previste appunto in Finanziaria, qui all'allegato n. 3.

Si tratta di un'utile sintesi di materie sparse in una disposizione legislativa, la Finanziaria 2008, che attraverso i tre maxi emendamenti ha raggiunto la rispettabile cifra di 1201 Commi.

Sui punti di maggiore interesse torneremo, naturalmente se il Senato approverà il DDL nello stesso testo della Camera.

@@@@@@@@@@@@@@@@@@

### **15-ANCORA SUL PRIMO SIMPOSIO INTERNAZIONALE: "L'ASSISTENTE SANITARIO E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO ONCOLOGICO"**

A conclusione dell'interessante e partecipato Simposio è stata approvata, all'unanimità, una mozione che AsNAS Nazionale ha diffuso al Ministero della Salute e ai Presidenti e Assessori delle Regioni e Province Autonome con il documento di cui alleghiamo copia (All.n.4)

@@@@@@@@@@@@@@@@@@

### **16-SULLA MAGGIORE RAPPRESENTATIVITÀ TRA ASSOCIAZIONI**

Constatiamo da tempo quanto il principio della maggiore rappresentatività tra le Associazioni non venga correttamente e uniformemente riconosciuto.

Rispettato dal Ministero, che correttamente invita alla consultazione le Associazioni maggiormente rappresentative, tra cui l'AsNAS, non altrettanto avviene tra le Associazioni, che "aprono" anche alle Associazioni prive del riconoscimento, e peggio, a livello di Regioni e aziende, comunque interlocuzione esterna.

Varrà la pena di adottare qualche nuova iniziativa, oltre a quelle già adottate, affinché al principio della maggiore rappresentatività venga riconosciuto il senso ed il valore che gli sono propri.

Invitiamo i Soci a valorizzare questo aspetto in ogni circostanza: la maggiore rappresentatività degli Assistenti Sanitari in Italia è stata riconosciuta all'AsNAS con i decreti Ministero della Salute 14 aprile 2005 e 19 giugno 2006.

@@@@@@@@@@@@@@@@@@

### **17-AUGURI**

La Redazione di "AsNAS Newsletter" si scusa per la "pesantezza" di questa News, giusto sotto Natale, fine anno, inizio nuovo, Epifania: un regalo indigesto.

Assicura che non si è fatto apposta.

Al termine di un anno di informazione, che ci auguriamo sia stata accolta con interesse, a tutti inviamo i nostri migliori auguri, per un Natale sereno, un fine anno exciting e un nuovo anno ricco di novità positive.

**Ministero della Salute****UFFICIO STAMPA****SOTTOSEGRETARIO PATTA: LE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE  
ALL'AVANGUARDIA IN EUROPA**

Il Consiglio dei Ministri ha approvato ieri 23 ottobre 2007, in via definitiva lo schema di Decreto Legislativo per il recepimento della Direttiva 2005/36/CE per riconoscimento delle qualifiche professionali. Il provvedimento risulta essere una raccolta completa e articolata delle Direttive esistenti che vengono armonizzate in un Testo unico che affronta tutte le fattispecie delle figure professionali europee .

“Le professioni sanitarie italiane, interessate dal citato Decreto, si impongono come l'avanguardia di un processo di valorizzazione unico . Infatti, la formazione universitaria dei nostri professionisti unita alla crescente assunzione di responsabilità anche dirigenziali confrontata con i requisiti minimi di formazione contenuti nella regolamentazione europea, pongono i nostri operatori sanitari come un esempio e un obiettivo da raggiungere per tutti i colleghi europei” . Così si è espresso il Sottosegretario Patta, che ha aggiunto :

“Con il Decreto legislativo in esame viene assicurata la libera circolazione di tutti i cittadini europei, superando facili tentazioni corporative di chiusura, senza, tuttavia, dare spazio a figure ambigue o, peggio, all'esercizio abusivo delle professioni sanitarie .

Il Ministero della Salute continua ad essere la garanzia permanente per i professionisti e per gli utenti, attraverso i procedimenti amministrativi di riconoscimento dei titoli esteri, effettuati dagli Uffici con rigore e competenza utilizzando le medesime modalità oggi in vigore .

Non mi risulta che ci siano elementi oggettivi nelle norme di recepimento della Direttiva 2005/36/CE, che possano far pensare ad un colpevole permissivismo in materia di riconoscimento di titoli sanitari .

Questo provvedimento, invece, è un ulteriore positivo indicatore dell'impegno recente del Ministero della Salute per la valorizzazione delle professioni sanitarie che si è concretizzato in molteplici occasioni le più significative delle quali sono la quantificazione dei fabbisogni 2007, la campagna informativa “Infermiere. Protagonista nella vita vera”, la stipula dell'Accordo Stato Regioni per l'istituzione della funzione di coordinamento, l'istituzione del Comitato Nazionale per le scienze infermieristiche ed ostetriche, la proroga della delega per l'istituzione degli Ordini professionali, senza tralasciare altri fondamentali appuntamenti che sono in via di definizione (il Comitato Nazionale per le scienze tecniche e della riabilitazione, lo schema di ASR per la strutturazione della dirigenza delle professioni nelle Aziende, la soppressione dell'art. 1 septies della l. n. 27/06, la riforma degli ordinamenti didattici dei corsi di laurea, il progetto di intervento normativo sull'organizzazione del SSN ) .

## ALL.N.2

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 dicembre 1997, n. 483

«Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale».

(G.U. 17 gennaio 1998, n. 13, S.O.)

**Art. 11.** — *Criteri di valutazione dei titoli.* — Nei concorsi per titoli ed esami, la determinazione dei criteri di massima si effettua prima dell'espletamento della prova scritta; per la valutazione dei titoli la commissione si deve attenere ai seguenti principi:

a) titoli di carriera:

1) i periodi di servizio omogeneo sono cumulabili;

2) le frazioni di anno sono valutate in ragione mensile considerando, come mese intero, periodi continuativi di giorni trenta o frazioni superiori a quindici giorni;

3) nel caso in cui al concorso siano ammessi candidati appartenenti a profili professionali diversi da quello medico non si applicano le maggiorazioni previste per il tempo pieno per il profilo professionale medico;

4) in caso di servizi contemporanei è valutato quello più favorevole al candidato;

b) pubblicazioni:

1) la valutazione delle pubblicazioni deve essere adeguatamente motivata, in relazione alla originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori.

Non possono essere valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato;

2) la commissione deve, peraltro, tenere conto, ai fini di una corretta valutazione:

a) della data di pubblicazione dei lavori in relazione all'eventuale conseguimento di titoli accademici già valutati in altra categoria di punteggi;

b) del fatto che le pubblicazioni contengano mere esposizioni di dati e casistiche, non adeguatamente avvalorate ed interpretate, ovvero abbiano contenuto solamente compilativo o divulgativo, ovvero ancora costituiscano monografie di alta originalità;

c) curriculum formativo e professionale:

1) nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti categorie, idonee ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco della intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici;

2) in tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni, o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica.

Per la dirigenza sanitaria la partecipazione è valutata tenendo conto dei criteri stabiliti in materia dal regolamento sull'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.

Nel curriculum sono valutate, altresì, la idoneità nazionale nella disciplina prevista dal pregresso ordinamento e l'attestato di formazione manageriale disciplinato dal predetto regolamento.

Non sono valutate le idoneità conseguite in precedenti concorsi;

3) il punteggio attribuito dalla commissione è globale ma deve essere adeguatamente motivato con riguardo ai singoli elementi documentali che hanno contribuito a determinarlo.

La motivazione deve essere riportata nel verbale dei lavori della commissione.

**Ministero della Salute****UFFICIO STAMPA****La Camera approva i maxi emendamenti al ddl finanziaria 2008****Per la sanità prosegue la politica di potenziamento  
dei servizi e dei livelli di assistenza**

- **Cresce ancora il fondo sanitario nazionale che tocca quota 101,457 miliardi**
- **Si conferma l'incremento di 3 miliardi per gli investimenti per l'edilizia sanitaria**
- **Abolito il ticket sulle ricette per analisi e visite specialistiche**
- **Stanziati altri 50 milioni di euro per la prevenzione degli incidenti sul lavoro**
- **Un fondo annuo di 180 milioni per risarcire i danneggiati da trasfusioni e vaccini**
- **Nasce l'assistenza odontoiatrica integrativa**
- **Il 10% dei fondi per la ricerca sanitaria riservato ai giovani ricercatori italiani**
- **L'assistenza ai detenuti passa al Ssn**
- **Più risorse per le cure palliative a casa e in ospedale**
- **Gratis il vaccino contro il cancro alla cervice uterina per tutte le dodicenni**
- **Al via l'Autorità nazionale per la sicurezza alimentare**

La Camera ha approvato questa notte i tre maxi emendamenti presentati dal Governo al ddl finanziaria 2008. In giornata è atteso il voto finale sul testo che passerà poi al Senato per l'approvazione definitiva.

Ecco i principali provvedimenti per la sanità approvati dalla Camera.

**Più risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale del Ssn**

Il Fondo sanitario nazionale per finanziare i Livelli essenziali di assistenza passa dai 97,040 miliardi del 2007 ai 101,457 miliardi di euro del 2008. Con un incremento di 4,417 miliardi rispetto al 2007 e di 10,434 miliardi rispetto al 2006. Nella quota sono compresi anche i fondi per i rinnovi contrattuali del personale e per garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli e in tutti i servizi sanitari, dall'ospedale, alla medicina di famiglia e specialistica, per l'assistenza domiciliare e per la farmaceutica.

**Crescono i finanziamenti per la costruzione di nuovi ospedali, servizi e per nuove tecnologie.  
Con attenzione al risparmio energetico e all'ambiente**

Forte rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con lo stanziamento di 3 miliardi di euro per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, la costruzione di nuovi ospedali e servizi territoriali, il rinnovo delle tecnologie mediche, la messa in sicurezza delle strutture e la realizzazione di residenze sanitarie per gli anziani. In tutto, quindi, 3 miliardi in più rispetto al 2007 e 6 in più rispetto al 2006. Ai fini della tutela dell'ambiente e del risparmio energetico, per tutte

queste opere è previsto che gli stanziamenti siano subordinati a verifiche sull'adozione di misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico.

### **Abolito il ticket sulle ricette per la diagnostica e le visite specialistiche**

Viene abolito il ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di diagnostica e per le visite del medico specialista.

### **Cresce il fondo per l'assistenza alle persone non autosufficienti**

Sale a 400 milioni di euro la dotazione del fondo per la non autosufficienza per l'assistenza ai malati non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa.

### **Più soldi per la salute e la sicurezza dei lavoratori**

Vengono stanziati ulteriori 50 milioni di euro per il potenziamento delle attività di prevenzione e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro. Questi fondi andranno a finanziare i nuovi programmi di formazione e prevenzione previsti dalla nuova legge delega sulla salute e la sicurezza del lavoro, approvata l'agosto scorso.

### **Più risorse per il vaccino contro il cancro alla cervice uterina**

Aumentano i finanziamenti alle Regioni (+ 30 milioni di euro), per la rapida esecuzione della vaccinazione gratuita contro il virus HPV responsabile del cancro della cervice uterina. Questa nuova vaccinazione pubblica, la prima efficace contro il cancro, sarà garantita ogni anno a oltre 250 mila ragazze italiane.

### **Cure palliative, unità di risveglio dal coma, terapia intensiva e screening neonatali**

Nell'ambito dei fondi per l'edilizia sanitaria e il potenziamento dei servizi, la finanziaria vincola:

- 150 milioni di euro per la realizzazione di strutture residenziali e per l'assistenza domiciliare dedicate alle cure palliative
- 100 milioni per il potenziamento delle "unità di risveglio dal coma"
- 7 milioni per il potenziamento e la realizzazione di nuove unità di terapia intensiva neonatale
- 3 milioni per gli screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie

### **Risarcimento danni da trasfusioni, vaccini e talidomide**

Sono stati stanziati 180 milioni di euro annui a partire dal 2008 (che si aggiungono ai 100 già previsti per il 2007) per il risarcimento dei danni subiti a seguito di trasfusione, vaccinazioni e sindrome da talidomide.

### **Norme per facilitare assorbimento medici precari**

E' previsto che i medici e gli altri dirigenti sanitari del Ssn con contratti o incarichi di lavoro precari possano far valere gli anni di servizio prestati, come titolo ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato. Fino ad oggi, infatti, anche un periodo di servizio di diversi anni a carattere precario non aveva alcun riconoscimento tra i titoli valutabili ai fini dell'assunzione.

### **Più soldi per i giovani ricercatori**

Per combattere la "fuga dei cervelli" nella ricerca, sale dal 5 al 10%, per un totale di circa 81 milioni di euro, la quota di finanziamenti riservata ai ricercatori sanitari "under 40".

### **L'assistenza sanitaria ai detenuti passa al Servizio sanitario nazionale**

Tutte le funzioni sanitarie svolte dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile del Ministero della Giustizia vengono trasferite al Ssn.

Si completa così finalmente il riordino della medicina penitenziaria avviato con la legge 230 del 1999.

### **Nasce l’Autorità nazionale per la sicurezza alimentare**

Il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, già istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle Politiche agricole nel luglio 2007, sale di rango e si trasforma in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare. Essa opererà presso il Ministero della Salute ed avrà una sede referente a Foggia per la quale sono stati stanziati 6,5 milioni di euro per il triennio 2008/2010.

### **La gestione dell’Ecm passa all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali**

La gestione dei programmi di educazione continua in medicina rivolti a tutto il personale sanitario per l’aggiornamento e la formazione post laurea passa all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ex Assr). Con questo trasferimento si chiude la fase sperimentale avviata nel 2001 che ha visto lo svolgimento di oltre 350 mila eventi formativi.

### **Sanità integrativa: assistenza odontoiatrica e ai malati non autosufficienti diventano obbligatorie per ottenere i benefici fiscali**

Si stabilisce che per ottenere i benefici fiscali previsti dalle norme, i fondi sanitari integrativi dovranno erogare obbligatoriamente anche le prestazioni odontoiatriche e quelle per i non autosufficienti. Sarà un decreto del Ministero della Salute a stabilire il “pacchetto” minimo di prestazioni obbligatorie. E’ poi prevista l’estensione alle mutue territoriali delle norme sulla deducibilità ai fini fiscali dei contributi versati, già in vigore per i fondi sanitari di origine contrattuale; in ambedue i casi la deducibilità viene ora condizionata alla fornitura di prestazioni integrative rispetto a quelle fornite dal SSN.

### **Meno sprechi per i farmaci e più attenzione alla prescrizione**

- Per la prima volta, venendo incontro alle richieste delle associazioni di volontariato, è prevista la possibilità di riutilizzo, da parte delle ASL, delle RSA o di organizzazioni non lucrative, di medicinali ancora in corso di validità non utilizzati dal malato (deceduto o che ha abbandonato la terapia) al quale erano destinati.
- E’ previsto il divieto di prescrivere medicinali non registrati in Italia (o registrati ma con una diversa indicazione terapeutica) se non siano disponibili almeno i dati favorevoli derivanti da sperimentazione clinica di fase II.
- Si stabilisce inoltre che l’efficacia di un farmaco non registrato, ai fini del suo inserimento nell’elenco speciale che ne consente la prescrizione a carico del Ssn quando manchi una valida alternativa terapeutica tra i farmaci regolarmente in commercio, deve essere oggetto di una specifica valutazione da parte dell’Aifa.

### **Altre misure previste**

- Stanziamento di 700.000 euro per potenziare la capacità di controllo e verifica della rete trapiantologia da parte dei Centri regionali per i trapianti.
- Conferma dei contratti di lavoro a tempo determinato stipulati sulla base delle convenzioni della Croce Rossa Italiana.
- Nuove linee guida per l’appropriatezza nel campo dell’assistenza protesica.
- Istituzione presso il Ministero della Salute del registro dei “dottori in chiropratica” dove saranno iscritti i possessori del diploma di laurea magistrale in chiropratica o titolo equivalente. L’iscrizione è condizione per poter esercitare la professione sia nell’ambito del Ssn che in forma privata.

#### ALL.N.4

Mirandola, 16 novembre 2007

Prot.n. 116/07  
GC/cg All: n.1

Al Ministro della Salute  
Ai Presidenti delle Regioni e  
delle Province Autonome  
Agli Assessori alla Sanità ed  
alle Politiche Sociali  
E, p.c. alle OO.SS CGIL-CISL-UIL

Questa Associazione Nazionale, attraverso la propria Sezione Regionale Lombarda, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Cremona, l'Azienda Ospedaliera San Luigi di Orbassano e l'Università di Torino, ha organizzato e gestito in Cremona, il 2 ottobre u.s., il 1° Simposio Internazionale sul tema "L'Assistente Sanitario e la promozione della salute in ambito oncologico".

Unitamente al messaggio informativo, trasmettiamo la mozione approvata, in conclusione dei lavori, dai numerosi partecipanti.

Grazie per l'attenzione, buon lavoro e saluti cordiali.

La Presidente Nazionale  
Gianna Calzolari

### **1° SIMPOSIO INTERNAZIONALE L'ASSISTENTE SANITARIO E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN AMBITO ONCOLOGICO**

CREMONA, 2 OTTOBRE 2007

#### **M O Z I O N E**

Il 1° Simposio del 2 Ottobre a Cremona si è concluso con l'approvazione della seguente mozione:

- I partecipanti al 1° Simposio Internazionale sul tema "L'Assistente Sanitario e la promozione della salute in ambito oncologico", organizzato da questa Associazione a Cremona il 2 Ottobre scorso, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Cremona, l'Azienda Ospedaliera San Luigi di Orbassano e l'Università di Torino, condividono le analisi sviluppate nelle sessioni del Simposio, che ritengono portato culturale acquisito lungo il percorso storico compiuto dalla figura professionale dell'Assistente Sanitario, dalla sua nascita ad oggi, compreso l'orizzonte comunitario.
- Si è confermata l'esigenza obiettiva e forte di una valorizzazione maggiore della figura professionale, quale componente essenziale ed elettiva della risorsa umana professionale dedicata all'educazione e alla promozione della salute, scelte di politica sanitaria avanzate, moderne, economicamente convenienti e condivise, sul piano dei principi, dal Piano Sanitario Nazionale al Piano Nazionale della Prevenzione, al documento "Guadagnare Salute", al progetto "Casa della salute", allo stesso documento sulla spesa prodotto dal ministero dell'Economia nei giorni scorsi.
- L'affermazione secondo la quale la Prevenzione deve assumere i connotati di una vera e propria "emergenza" è condivisa, ed a tal fine viene auspicata la scelta di destinare risorse economiche adeguate ai programmi e al potenziamento dei servizi nazionali, regionali, e locali coinvolti e alla valorizzazione delle professioni dedicate, tra cui l'Assistente Sanitario, che del campo è figura elettiva.
- Riguardo a detta figura viene fortemente auspicato il superamento delle difficoltà e delle ambiguità che ancora ne affaticano la presenza e l'attività nel Servizio Sanitario Nazionale, essenzialmente dovute all'anomalia ordinistica, verso il proprio nuovo pertinente Ordine della Prevenzione, come previsto dalla legge 1.02.2006 n. 43, nei giorni scorsi riavviata, nel suo processo attuativo, dal Parlamento Nazionale.