

# UNA GAMMA DI FILTRI ANTIBATTERICI-HME PER ESIGENZE DIVERSE

**DAR**

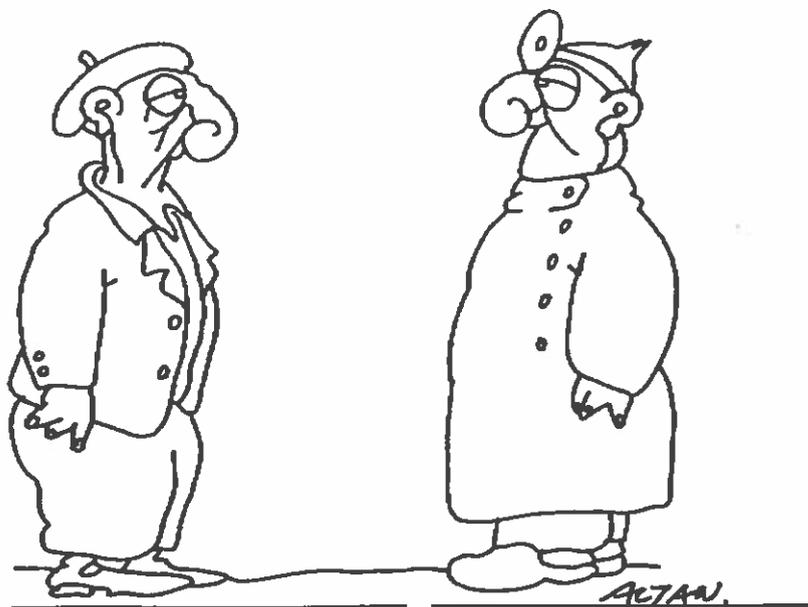
DISPONIBILE  
IN SISTEMI  
MANIPOLAZIONE

**THE LEADING PROJECT**



STO MALE,  
DOTTORE.

COSA VUOLE CHE SIA!  
L'IMPORTANTE  
È LA SALUTE.



Tratta da "Il Manifesto del mese", n. 2 - 1993

**Direttore Responsabile**

Giuliana Pitacco  
Via R. Manna 17  
34134 Trieste  
tel./fax 040 416188

**Comitato di Redazione**

E. Drigo  
A. Silvestro  
P. Spada  
C. Silvestri

**Segreteria Amministrativa/  
Organizzativa**

Gianfranco Cecinati  
Raniero D'Amuri  
Piazza Corazzini 4  
06074 Corciano (PG)  
tel./fax 075 5170473

**Pubblicità**

Serena Marsuri  
Via Urbinese 27/A  
52026 Pian di Scò (Arezzo)  
tel. 055 951754  
Ter. Int. Osp. Carreggi tel. 055 4277557

**Tariffe**

Iscrizione Aniarti 1993 (comprensiva di Scenario)	Lit. 30.000
Abbonamento individuale	Lit. 40.000
Abbonamento a Scenario (per Enti, Associazioni, Biblioteche Unità operative, Istituzioni, Scuole)	Lit. 80.000

Le quote vanno versate  
sul c/c postale N° 11064508  
intestato a:

**ANIARTI**  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere vanno inviati alla Direzione. Per ogni comunicazione di natura organizzativa rivolgersi alla Segreteria.

Uffici ANIARTI  
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze  
Fax 055 435700

**Stampa**

Tipografia Tappini  
Via Morandi 19 Città di Castello (PG)  
Tel. 075/855.81.94

# SOMMARIO

EDITORIALE di <i>Annalisa Silvestro, Elio Drigo, Giuliana Pitacco</i> .....	pag. 3
IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AREA CRITICA di <i>A. Dalponte</i> .....	» 4
COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE; L'IMPOR- TANZA DI UN EFFICACE SISTEMA INFORMATIVO di <i>Annalisa Silvestro</i> .....	» 8
LINEE GUIDA PER LA STRUTTURAZIONE DELLA CARTELLA IN- FERMIERISTICA di <i>Pierangelo Spada</i> .....	» 11
INTRODUZIONE DI UN NUOVO FASCICOLO INFERMIERISTICO IN OSPEDALE di <i>Moreno Doninelli</i> .....	» 18
LETTERA ALLE V.I. E AGLI I.P. CHE ASSISTONO IL "BAMBINO CRITICO" di <i>Giuliana Pitacco</i> .....	» 27
COMUNICAZIONE di <i>Raniero D'Amuri, Giuliana Pitacco</i> .....	» 29
COSA CAMBIA NEL S.S.N. DOPO LA LEGGE 421 DD. 23 OTTO- BRE 1992 di <i>Licia Giuliana Sema</i> .....	» 31
"CORSO DI AGGIORNAMENTO 1993" REGIONE TOSCANA ....	» 37
III CONGRESSO REGIONALE FRIULI-VENEZIA GIULIA - GEMO- NA 27 MAGGIO 1993 .....	» 38
SEMINARIO DI AGGIORNAMENTO PER L'AREA CRITICA - RIC- CIONE 27, 28 E 29 MAGGIO 1993 .....	» 39
III CONGRESSO ANIARTI REGIONE VENETO - "CORSO DI AG- GIORNAMENTO 1993" - SABATO 29 MAGGIO 1993 .....	» 40
CONFERENZA NAZIONALE DEI SERVIZI DI EMERGENZA SANI- TARIA - SIGNA (FIRENZE) 4-5-6 GIUGNO 1993 .....	» 41
III CONGRESSO REGIONALE LOMBARDIA - MILANO 12 GIUGNO 1993 .....	» 42
XII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI - BOLOGNA 23-25 NO- VEMBRE 1993 .....	» 43
RECENSIONI DI LIBRI .....	» 44
INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1992 .....	» 47
INSERTO .....	» 1

Si è concluso a Firenze l'undicesimo Congresso Nazionale dell'Aniarti che trattava il tema è della "responsabilità professionale". L'importante partecipazione, non solo in termini numerici, ci fa capire quanto la responsabilità sia un aspetto molto sentito del modo di concepire la Professione.

Il concetto di responsabilità è stato analizzato nell'ottica assistenziale, organizzativa, formativa ed etica e con le relative implicazioni. Responsabilità intesa come diritto/dovere a dare prestazioni di qualità; come diritto/dovere di avere dei modelli cognitivi acquisiti nella formazione di base e permanente e capacità di riportarli nell'operativo; capacità di assumere comportamenti personali e professionali congruenti ai risultati assistenziali.

In particolare, nella seconda giornata di lavori congressuali è stato affrontato il problema della formazione e come questa possa incidere sull'assunzione di responsabilità del futuro professionista; una formazione che deve fornire al professionista la capacità di:

- determinare gli obiettivi assistenziali da raggiungere;
- determinare le modalità di raggiungimento degli obiettivi;
- individuare le responsabilità proprie e degli altri professionisti coinvolti;
- individuare le responsabilità dell'organizzazione sanitaria.

Ed a proposito di formazione, a distanza di un mese da questo nostro congresso è stato approvato il D.L. n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421" (vedi inserto) che all'articolo 6 confermava che la formazione dei futuri infermieri sarà di tipo universitario e avverrà attraverso protocolli d'intesa tra l'Università e il servizio sanitario nazionale.

Con l'art. 6 del D.L. n. 502/92 abbiamo raggiunto una tappa del lungo percorso che ci rimane ancora da fare per una formazione infermieristica che ci dia status di professionisti.

Per raggiungere questa prima tappa l'Aniarti si è impegnata molto. L'Aniarti, anche per queste problematiche, avanguardia propositiva della Professione infermieristica, presentava proposte operative quando altri si accontentavano di emendare le diverse "proposte-pateracchio" di riordino della formazione; quando altri aspettavano momenti politici più opportuni l'Aniarti portava in piazza 5.000 infermieri che da soli rivendicavano il diritto/dovere ad un maggior livello formativo e ad una maggior competenza professionale.

Qualcuno potrebbe dire: siamo dunque arrivati dove volevamo. Non è così; abbiamo raggiunto solo un primo obiettivo.

Il prossimo al quale dedicare i nostri sforzi è rappresentato dall'istituzione della Laurea in scienze infermieristiche.

Non ci accontenteremo di quelle lauree strane presentate in alcune proposte di legge di riordino della formazione infermieristica.

Pretendiamo la laurea in Scienze infermieristiche, l'unica che si basa sulla nostra specificità disciplinare e che ci consentirà di assumerci formalmente anche più alte responsabilità sia nell'assistenza diretta che nell'organizzazione che nella formazione.

Per il raggiungimento di questo obiettivo si rende necessario aprire una nuova stagione di presenza, di determinazione di coinvolgimento e di unità di intenti all'interno della Professione.

L'articolo 6 del Decreto Legge 502 è l'unico dei 20 articoli che lo compongono che abbiamo letto in maniera ottimista; degli altri diciannove anche la più ottimistica let-

tura non può che portare ad una preoccupata valutazione sul futuro della sanità in Italia, per non parlare poi della salute degli italiani e ancor più grave, se mai fosse possibile, del fatto che si abbandona sul campo senza alcuna lotta quanto nel 1978 era stato così duramente conquistato.

Ci riferiamo alla legge di riforma sanitaria n. 833/78 che rappresentava la trasposizione legislativa di un concetto di salute sancito dall'organizzazione mondiale della sanità già sessant'anni fa: salute intesa come benessere fisico psichico e sociale.

La valorialità su cui da anni tutta la professione infermieristica si riconosce non può essere abbandonata così.

Non possiamo riconoscerci in un concetto di salute così riduttivo e restrittivo qual è quello che emerge da questa legge.

La salute non è solamente cura e, soprattutto non solamente cura medica.

L'Aniarti non intende demordere e, spera questa volta di non essere lasciata sola a difendere un più ampio concetto di salute.

Annalisa Silvestro  
Elio Drigo  
Giuliana Pitacco

I cambiamenti introdotti dal D.L. n. 502/92 verranno ampiamente discussi nel nostro prossimo Congresso nazionale "Il cittadino come cliente l'infermiere come professionista"- Bologna, 23 - 25 novembre 1993.

# IL SISTEMA ORGANIZZATIVO AREA CRITICA

Autore I.I.D. A. Dalponte

Relazione presentata al Convegno Nazionale Aniarti - Rimini 1991

Il mio contributo sarà prevalentemente metodologico dato che, pur essendo una nostalgica di quest'area per averci lavorato per più di dieci anni, da tempo mi occupo di formazione permanente e quindi mi sentirei inadeguata ad entrare nel merito assistenziale specialistico, mentre spero di dare un contributo sulla complessità di lettura di un'area così complessa qual è l'area critica (A.C.).

Il tema è "Il sistema organizzativo area critica" ed il percorso che vorrei fare è il seguente:

- perché sistema,
- cosa intendo per A.C. nel contesto della relazione,
- quali i comportamenti o meglio i processi sociali che il sistema A.C. induce sugli operatori.

Intendo differenziare i due aspetti perché "comportamento" fa pensare a qualcosa di soggettivo, mentre "processo sociale" fa pensare a qualcosa di indotto dall'organizzazione.

## Perché sistema

Non riprendo la definizione di sistema; voglio solo puntualizzare se gli elementi del sistema organizzativo di A.C. coincidono con gli elementi fondamentali di un sistema. Un'organizzazione è sistemica quando è composta da molti elementi. Sicuramente nelle nostre unità entrano utenti (uso questo termine perché è il più diffuso anche se mi chiedo perché non si usa più il termine paziente; forse non è più di moda perché ci ricorda e sottolinea sofferenza, disagio, perdita dell'equilibrio del soggetto ed allora è anche una definizione scomoda), entrano persone, operatori di qualunque qualifica: dipendenti, non dipendenti, familiari, volontari.

Sempre nel nostro sistema entrano tecnologie più o meno complesse, regole, gerarchie.

E questi sono solo alcuni elementi, i più significativi ma comunque molteplici.

Per essere sistema però questi elementi devono avere:

- a) un'alta dinamicità; quindi quanto cambiano. Indubbiamente l'uomo porta con sé una dinamicità esclusiva, ogni soggetto porta i suoi bisogni, le sue variabili. Ma poi la tecnologia, è sempre più in cambiamento;
- b) forte relazione tra gli elementi; quindi quanto questi elementi interagiscono tra di loro. La forte interdipendenza che c'è nel risultato nell'erogare assistenza al paziente in A.C., interdipendenza intesa come lavoro d'équipe interna all'unità operativa; ma ancora di più la grande interdipendenza con tutti i servizi di contorno e di supporto;
- c) orientamento ad un unico scopo; indubbiamente tutto questo sistema ha come grande protagonista la salute dell'utente che, sottolineo, mai è più di questo reparto sicuramente paziente.

## Sistema organizzativo A.C.

Io sono un po' provocatoria perché sono a disagio in questi ultimi giorni da tutto quello che è il dibattito intorno al problema dell'emergenza; sicuramente un problema grave. Ci sono i morti, ma credo che in questo momento si stia anche "pilotando" in maniera significativa. L'emergenza territoriale sta prendendo un significato sempre comunque negativo quando se e parla e quando se ne occupano i mass media.

Vediamo comunque quale può essere la differenza nella complessità: lavorare in emergenza sul territorio piuttosto che in reparto.

Ho colto alcuni aspetti legati sempre ai fattori in entrata: è una riflessione, una riflessione scaturita da un'analisi di realtà.

**Area Critica:** territorio ed ospedale, ovvero territorio e tutti i reparti che si occupano del paziente critico;

**Territorio:** verrebbe quasi da dire, prevalentemente sistema più semplice;

**Ospedale:** sistema più complesso in quanto struttura organizzativa di un sottosistema in un macrosistema enorme.

Vediamo quali sono le peculiarità dei due ambiti; punti di ingresso al sistema organizzativo A.C. **relativamente al territorio:**

- a) leggi e regole: specifiche per l'assistenza e l'emergenza territoriale; poche e prevalentemente regionali. Le regioni stanno purtroppo lavorando ancora sul volontariato, su associazioni di volontariato per rispondere a questo bisogno;
- b) utente: prevalentemente ci si avvicina ad un utente singolo. Meno frequentemente a più pazienti contemporaneamente. Sicuramente ci sono le altre aree ma comunque quando si va sui grandi numeri si parla prevalentemente di calamità.
- c) operatori: il numero degli operatori che danno la prestazione. Di solito è basso: da 1 a 4/5. La prestazione è a tempo ben definito perché poi il paziente viene affidato ad altri operatori.
- d) domanda: il bisogno dell'utente è prevalentemente di emergenza; secondariamente d'urgenza;

- e) tecnologia: la tecnologia è bassa; in ambito territoriale le tecnologie d'uso sono poche. Sono molto più ampie e complesse nei reparti di degenza;
- f) servizi (integrazione): al di là del complesso problema del volontariato, la forte interdipendenza si ha con i servizi di Rianimazione e di Pronto Soccorso come riferimento per i collegamenti ed i rapporti;
- g) professionalità: le abilità richieste all'operatore sono in particolare quelle rianimatorie e quelle di posizionamento. Devono essere efficienti e concrete.

Leggiamo ora i fattori interni al sistema organizzativo relativamente all'ambito territoriale ed in che cosa questo si caratterizza.

- a) Struttura organizzativa: la divisione del lavoro è prevalentemente una divisione di compiti dove prevalgono le abilità rispetto alle qualifiche. Cioè, di fronte ad una emergenza, l'importante è fare e chi è il più addestrato e capace dà la prestazione. Si abbassano molto le gerarchie, il tocca a me non tocca a te, ma si fa. Il tasso emotivo è elevatissimo e c'è una grande coalizione di intenti per lavorare in équipe.
- b) Meccanismi operativi, per regolamentare questo approccio: pochi strumenti di pianificazione nel lungo periodo. Per dare una risposta a "quel" tipo di bisogno, trionfano protocolli e procedure: come si fa un soccorso ad un politraumatizzato, ad un ustionato, ecc. Quindi, strumenti abbastanza definiti e che evidenziano priorità e tipologia di risultato finale.
- c) Processi sociali: i processi sociali e quindi i comportamenti che conducono ad una accettazione delle regole del gioco (meccanismi operativi ndr) e dell'impianto organizzativo (struttura organizzativa ndr) che si evidenziano più comunemente sono quelli di accettazione. Quando io mi sento adeguato a quest'area di abilità e mi ri-

conosco in questo servizio, cioè "accetto", i comportamenti prevalenti che compaiono all'interno di quel servizio sono di accettazione.

Punti di ingresso al sistema organizzativo A.C. relativamente all'ospedale ovvero ai reparti di tipo intensivo:

- a) leggi e regole: leggi e regolamenti che sono una selva; leggi e regolamenti per l'istituzione, per gli operatori, per il reparto, per l'utente (pensiamo ad esempio al problema dei trapianti);
- b) utente: qui si parla di utenti, mai di utente. nonostante si ipotizzi questa cosa, ormai ci occupiamo sempre di più pazienti. È una situazione idilliaca il pensare di occuparsi di un solo paziente;
- c) operatori: il numero degli operatori che "entrano" in questa unità è ormai elevatissimo in termini di qualifica, di gerarchia; c'è sempre un capo e dei subalterni con più figure professionali;
- d) domanda: il bisogno dell'utente viene a cambiare; prevale il bisogno di urgenza intesa come domanda continua di professionalità; l'emergenza è in seconda battuta;
- e) tecnologia: la tecnologia è alta e anche molto numerosa;
- f) servizi (integrazione): i servizi in quest'ambito diventano sanitari, i servizi diagnostici, il pronto soccorso, i servizi economici, sociali, spirituali ... ecc. .... Anche il sistema informativo in questa situazione esplose perché c'è quello burocratico, della modulistica, della legittimazione dell'istituzione. C'è quello dell'utente, c'è quello per quasi quasi legittimarsi e difendersi dall'aggressione anche giuridica.

Un flash per confrontare i punti fondamentali che differenziano territorio ed ospedale.

Area Critica	Ospedale
- poche leggi	- molte leggi
- utente	- utenti
- pochi operatori	- molti operatori
- debole gerarchia	- forte gerarchia
- emergenza/urgenza	- urgenza/emergenza
- bassa tecnologia	- alta tecnologia
- pochi servizi	- molti servizi

Fattori interni al sistema organizzativo relativamente all'ambito intensivo ospedaliero.

- a) Struttura organizzativa: nella divisione del lavoro prevalgono tante voci, prevalgono le qualifiche professionali. In quest'ambito si cominciano a tirar fuori i mansionari; prevalgono le priorità assistenziali perché ci sono tanti pazienti, perché c'è poco personale e si devono ridefinire gli standards. Bisogna ridefinire le priorità organizzative. Significa soddisfare molte volte l'istituzione piuttosto che i bisogni dell'utente. Un'altra mia riflessione oggi è vedere che cosa produce il medico nei nostri servizi. Al di là della visita medica, come servizio di produzione, tutto il resto, mi pare, diventa una prescrizione di lavoro per gli altri. Il più grande lavoro che il medico fa è prescrivere attività agli altri servizi di supporto e diagnostico-curativi e prescrivere lavoro agli infermieri. Quindi, abilità e capacità del singolo sono confrontate con promesse, spesso, dalle gerarchie.
- b) Meccanismi operativi: con una complessità di fattori in entrata di quel tipo, cominciano ad esserci strumenti più ampi, più diffusi di programmazione: piani di lavoro, piani di attività, sistema informativo per l'utente, per l'operatore, protocolli e procedure, strumenti di integrazione organizzativa quali: riunioni, circolari, rapporti con gli altri servizi.
- c) Processi sociali: in quest'ambito emergono in maniera pesante tutti e tre gli aspetti dei processi sociali: accettazione, compensazione, rifiuto. Esploriamo questi aspetti e vediamo cosa significano.

**Accettazione:** per accettazione si intende riconoscere adeguato, in particolare, l'impianto organizzativo per quanto riguarda, almeno in parte, la tipologia della divisione del lavoro e le regole organizzative; il tutto considerando i fattori in entrata ed i prodotti o servizi in uscita.

Che cosa significa tutto questo per Territorio ed Ospedale, dove il territorio è veramente l'ambito in cui prevalgono le abilità e si abbassano le gerarchie; in cui spesso gli interventi sono ben circoscritti, dove esiste chiarezza di mandato e soprattutto chiarezza di obiettivo. In ambito ospedaliero, l'obiettivo è il malato? Sono le priorità assistenziali? O sono ancora molto forti le influenze organizzative, istituzionali, le leggi, le regole?

**Compensazione:** un sistema non può pensare di mettere tutte le regole del gioco senza prevedere la flessibilità di fronte a tutte le eccezioni. Sappiamo che la realtà è l'universo delle eccezioni, tanto più la realtà di servizio.

La realtà di produttività è invece, molto più presidiabile. Questo significa compensare rispetto alle logiche ed ai programmi definiti dall'istituzione o dalla gerarchia, per quanto riguarda la divisione del lavoro, o la regola organizzativa in base all'incertezza della domanda-bisogno dell'utente. Quindi incertezza sia nell'aumento dei carichi di lavoro che della complessità clinico assistenziale; incertezza nella soddisfazione dei bisogni dell'utente e dell'operatore. Più il sistema è complesso più richiede compensazione.

Il territorio rappresenta una complessità più sbassa. L'ospedale ovvero le unità intensive a forte interdipendenza con tutto il macrosistema, che gestiscono la prestazione assistenziale sul lungo e non sul breve periodo e cioè dall'entrata del paziente alla sua dimissione, hanno sicuramente un aumento notevole della compensazione da parte dell'operatore.

**Rifiuto:** i teorici organizzativi dicono che una certa dose di rifiuto rispetto all'organizzazione del la-

voro ed alle regole organizzative è l'elemento più motivante e più motivato del sistema. Rifiutare, contestare, vuol dire rimettere in discussione, vuol dire accelerare i momenti di creatività innovativa, vuol dire ritarare l'organizzazione. In quest'ottica, il rifiuto è considerato un elemento di altissima motivazione al cambiamento.

Ma allora, questo rifiuto, quanto è stato frenato, imboscato, rifiutato, rispetto a quello che ha proposto, chiesto, l'infermiere nei nostri servizi rispetto ad altri professionisti.

Se il rifiuto è alto però... allora si va via. Quando il rifiuto è tale da non essere in grado di sopportare il sistema, allora c'è la fuga. E qui, mi pare, che il rifiuto si avrà sicuramente in maniera forte, in una situazione complessa e quindi all'interno delle unità operative ospedaliere.

Allora, se questi sono i processi sociali ed i comportamenti che scaturiscono da una buona ed adeguata organizzazione del lavoro e da regole pertinenti all'organizzazione stessa, oppure dal caos organizzativo, analizziamo cosa significa comportamento organizzativo.

Il modello del comportamento organizzativo è un modello causa-effetto, dove al posto di "causa" ci sta la causa alla motivazione. La motivazione c'è sempre, nel fare o nel non fare; ma comunque una motivazione da parte di ogni operatore all'interno di ogni istituzione, c'è sempre. L'effetto è la comunicazione, comunicazione intesa come "modelli comportamentali".

Allora, sicuramente, quando io non presido e non gestisco i modelli comportamentali; quando non oriento i comportamenti e la comunicazione, è sicuro, e la ricerca ce lo ha dimostrato, che emergono sempre i comportamenti peggiori.

Ci sono le fughe del soggetto, le fughe dalla professione, le fughe dal protagonismo.

A questo punto voglio evidenziare come gli studi sui bisogni secondo Maslow, dimostrino una diffe-

renza tra quelli che sono i bisogni dell'utente in una situazione di emergenza-urgenza e nei reparti di degenza.

Nella situazione di emergenza-urgenza, l'utente esprime prevalentemente il bisogno fisiologico: aria se non respira, e di sicurezza-sopravvivenza.

Nel frattempo tutti gli altri bisogni stanno ad aspettare perché i due precedenti sono importantissimi e ad altissima intensità percettiva.

Quando, invece, si considera un tempo più lungo, ad esempio più giornate di degenza oppure si entra nell'area cronico-degenerativa, vediamo che i bisogni sopracitati sono in qualche modo affrontati dall'utente che ha trovato la maniera di soddisfarli; mentre di contro si evidenziano moltissimo quelli di socialità intesa come: affetto, consenso, gruppo, partecipazione. Anche le ricerche fatte sui bisogni degli infermieri evidenziano che questa figura ha il picco più alto sul bisogno di socialità.

Viceversa, il medico evidenzia un picco altissimo sulla stima che nella scala di Maslow appartiene ad una categoria più alta dei bisogni. I bisogni di socialità così marcati di solito coincidono con grossi carichi di lavoro.

Chi lavora come un mulo e non può sollevare la testa ha come bisogno primario quello di comunicare, di avere un gruppo attorno a sé, di avere affetto, di socializzare; il bisogno di stima è lontano. Questo è un problema di altissima criticità perché quando abbiamo bisogni identici tra operatori ed utenti, (ricordiamo che quando il paziente è degente per più giorni aumenta il suo bisogno di socialità), si scatena la massima conflittualità.

Entrambi, utente ed operatore, hanno gli stessi bisogni, è difficile quindi spostarsi verso un grado di soddisfazione.

Questo mi pare il punto di criticità. Come fare e cosa fare per cambiare, per affrontare un problema così complesso. Quale la proposta e come avviare i comportamenti di rifiuto perché quando siamo di fronte alla sovrapposizione dei bi-

sogni dell'utente e del paziente scatta il rifiuto a fare; perché ho bisogno anch'io come lui!

Allora la motivazione al lavoro, ormai è consolidato, trova sempre più la risposta in una organizzazione per obiettivi: devo sapere cosa faccio e perché.

È bellissimo quello scritto che dice: "Ho fatto una domanda a due operai che lavoravano per una chiesa e ho chiesto ad uno: che cosa stai facendo? Sto rompendo dei sassi. All'altro: che cosa stai facendo? E mi ha risposto: sto costruendo una cattedrale".

Ovviamente i livelli di motivazione a rompere i sassi e a costruire una cattedrale possono cambiare. Quindi nell'ambito della direzione per obiettivi:

- a) progettazione dei flussi informativi, non posso sapere se ho raggiunto i risultati se non ho chiari gli strumenti che mi aiutano a presidiare tutto il tempo di produzione;
- b) progettazione dei sistemi premianti, basta con l'omogeneità. L'Aniarti è stata la prima a dire che esistono le differenze professionali nella competenza

e che quindi necessitano le specializzazioni;

- c) progettazione della trasparenza organizzativa del macrosistema; questa trasparenza organizzativa però, nonostante i grandi cambiamenti organizzativi, oggi è ancora molto viziosa e lottizzata dalle regole economiche di potere, piuttosto che di servizio.

La speranza è di andare sempre più verso l'etica organizzativa e professionale, il tutto per il paziente!

# COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE; L'IMPORTANZA DI UN EFFICACE SISTEMA INFORMATIVO

Relazione presentata e pubblicata negli Atti del II Convegno Regionale Aniarti - Lombardia  
Milano, giugno 1992.

Autore I.I.D. Annalisa Silvestro

Responsabile Programmazione Aggiornamento USL n. 7 - Udine

Un cordialissimo saluto a tutti e l'augurio di un costruttivo confronto e dibattito su una tematica che suscita sempre più interesse ed attenzione nell'insieme infermieri. Vi sono stati esplicitati gli obiettivi di questa giornata che sono quelli di:

- fornire linee guida per la definizione, l'uso e la strutturazione della cartella infermieristica;
- affrontare criticamente l'argomento;
- offrire un'occasione di incontro e di confronto tra infermieri.

Credo che il raggiungimento di tali obiettivi e soprattutto del secondo "affrontare criticamente l'argomento", sia strettamente legato all'attenzione che porremo nell'inquadrare correttamente, sia in ambito assistenziale che organizzativo, la cartella infermieristica, evitando di farla diventare quasi l'obiettivo dell'operatività infermieristica.

La cartella infermieristica è lo strumento, che l'équipe assistenziale utilizza per un corretto, mirato, tempestivo e globale passaggio di informazioni e presa di decisione per un'assistenza efficace, personalizzata e quindi di qualità. Di conseguenza, la cartella infermieristica è uno dei mezzi che l'infermiere utilizza, o può utilizzare, per assicurare un elevato livello prestazionale e per esprimere al meglio la sua professionalità. Positivo, dunque, focalizzare l'attenzione di studenti ed operatori su questo strumento. In fase di ap-

prendimento teorico e nella fase di acquisizione delle abilità necessarie per utilizzarlo; pericoloso porlo al centro dell'operatività, dove deve sempre rimanere l'ammalato, fino a farlo diventare un feticcio o lo spartiacque fra chi lavora "bene" e chi lavora "male". Proviamo dunque a costruire insieme il percorso che può portarci ad una corretta definizione dello strumento e soprattutto aiutarci ad affrontare criticamente l'argomento. Innanzi tutto è bene distinguere, visto che la cartella infermieristica serve a passare informazioni, l'informazione del dato.

Informazione significa: segno o sistema di segni che predispone o sollecita qualcuno a fare. L'informazione è pertanto composta da:

- segno o dato;
- soggetto che riceve il segno o dato e ne è stimolato;
- operatività che il soggetto attua anche in conseguenza al segno o dato ricevuto e raccolto.

Dunque:

- informazione, decisione ed operatività sono strettamente legate ed interagenti e l'informazione, è la base per un valido processo decisionale e per azioni tempestive, mirate ed efficaci;
- il segno o dato rappresenta solo una componente della informazione;
- se il segno o dato è slegato dalle altre componenti, il suo utilizzo sarà modesto o nullo.

Molte ricerche hanno evidenziato come ancora oggi, nell'operativi-

tà, l'infermiere sia prevalentemente un raccogliitore acritico di dati che quasi sempre servono ad altri professionisti, ed un moderno fruitore ed utilizzatore dei dati che lui stesso ha raccolto.

In sintesi, si potrebbe affermare che ancora oggi l'infermiere è, in fondo, un esecutore e come tale non sente forte il bisogno di informazioni puntuali e pertinenti, per riempire di contenuti, decisioni e risultati la sua pur esistente area di autonomia operativa e di specificità disciplinare.

Il rapporto CENSIS relativo all'anno 1991, conferma l'esistenza di questa specificità disciplinare che sembrerebbe colta più chiaramente all'esterno, che all'interno della nostra professione.

L'infermiere è responsabile del "caring", cioè di tutto l'insieme del processo assistenziale.

Una parte del caring è la fase diagnostico-terapeutica. Il medico è responsabile dei risultati che in tale fase ottiene con le sue scelte; ma la responsabilità del caring nel suo insieme e delle modalità con cui vengono concretizzate le azioni che concorrono alla definizione della diagnosi e della terapia, rimane comunque, sempre all'infermiere. Grande carico di responsabilità, dunque, perché è notevole la complessità del processo assistenziale che deve essere attivato e gestito; ineludibile la continua e dinamica integrazione con l'organizzazione e con il modello organizzativo che, pur supportando il processo assistenziale, lo influenza e condiziona.

Non è quindi solo il processo assistenziale ad essere complesso, ma anche il processo organizzativo. Definire una situazione o un sistema come "complesso" significa evidenziare la difficoltà di gestione.

Le variabili da presidiare sono molte, le decisioni da prendere tante e spesso problematiche ed un errore si ripercuote a catena su tutto il sistema coinvolto.

Per gestire la complessità è basilare l'integrazione che è strettamente legata ad un dinamico passaggio di informazioni tra le diverse strutture ed i membri dell'organizzazione, affinché si possa decidere cosa fare, quando farlo, come farlo e con quali strumenti.

All'inizio di questa analisi, avevamo detto che alla base dell'operatività c'è un insieme di decisioni, e che le decisioni hanno come punto di partenza le informazioni, che a loro volta sono indispensabili per l'integrazione.

Dunque, come in un processo circolare, per gestire con efficacia di risultati una situazione organizzativa ed assistenziale complessa, abbiamo bisogno di informazioni, di tante informazioni, di quelle giuste, collegate fra loro, fruibili in tempo reale ed attinenti all'obiettivo/risultato che ci siamo posti e che dobbiamo raggiungere.

Nel nostro caso, l'obiettivo/risultato è un'assistenza olistica, personalizzata ed attenta alla qualità di vita dei fruitori dei Servizi Sanitari.

Mi si potrebbe però chiedere, sempre nella logica dell'affrontare criticamente la tematica, su che cosa ci si basi per affermare che operiamo in una situazione di complessità organizzativa ed assistenziale. Molti autori che si occupano di analisi organizzativa in ambito sanitario, hanno affrontato questa problematica ed hanno definito dei criteri o indicatori che consentano di diagnosticare il livello di complessità, per poi individuare i mezzi e gli strumenti con cui poterla gestire e quindi raggiungere, comunque, gli obiettivi posti.

Tra i numerosi indicatori di complessità organizzativa cito i più rilevanti:

- il livello di incertezza che deve essere presidiato;
- il livello di interdipendenza dovuto ai beni e servizi prodotti;
- il decentramento di discrezionalità decisoria richiesto dai beni e servizi;
- la dimensione.

La rilevanza e contemporaneità di presenza degli indicatori, quantifica il livello della complessità che potrà essere: medio, alto e basso. In linea di massima questi indicatori vengono utilizzati per definire il livello di complessità organizzativa; potremmo però provare ad utilizzarli anche per definire il livello di complessità assistenziale.

#### *Incetezza*

- nell'organizzazione: è data dall'imprevedibilità o scarsa programmabilità dei fattori che entrano nel sistema organizzativo e di quelli che ne escono (ad es. in entrata: incertezza nel reintegro delle risorse materiali, evoluzione tecnologica, domanda di prestazioni, programmabilità dei ricoveri, cambiamento di norme/regolamenti, quantità e professionalità degli operatori, ecc., in uscita: esami, interventi vari, visite, prestazioni assistenziali, domanda indotta, sviluppo organizzativo, immagine, ecc.);
- nell'assistenza: è data dall'imprevedibilità dell'evoluzione clinico-assistenziale, dalla difficoltà nella pianificazione degli interventi e nella definizione delle risorse e degli strumenti necessari per rispondere ai bisogni emersi o evidenziati (es. evento critico, carenza di dati a disposizione, difficoltà a definire il mix decisoria, la procedura o il protocollo assistenziale più idoneo, l'ambito di responsabilità specifica, ecc.).

#### *Interdipendenza*

- nell'organizzazione: è data dalla necessità di un continuo interscambio delle parti organizzative per raggiungere risultati efficaci ed efficienti (es: relazione

tra reparti e servizi vari quali l'economato, la diagnostica, l'amministrazione, la direzione sanitario/infermieristica ... all'interno dell'ospedale; i servizi territoriali e distrettuali, la rete d'emergenza, ecc... all'esterno dell'ospedale).

- nell'assistenza: è data dalla continua e dinamica interrelazione funzionale che si verifica e che è necessaria, sia in ambito intra che interprofessionale, per rispondere ai bisogni assistenziali (es: l'interdipendenza biunivoca nell'ambito dell'équipe assistenziale, tra il gruppo medico, infermieristico, tecnico sanitario ed esecutivo del proprio reparto e dei servizi intra ed extraospedalieri per costruire le prestazioni necessarie).

#### *Discrezionalità decisoria*

- nell'organizzazione: è lo spazio di intervento in cui un operatore può esercitare una scelta, una decisione sull'uso delle risorse organizzative. Un'organizzazione che è costretta, data la tipologia dei beni e servizi erogati, ad un'alta personalizzazione ed adattabilità come la sanità, deve necessariamente diffondere alta discrezionalità fra i suoi membri (es: strutturazione dei turni di servizio in base alle necessità assistenziali, scelta di momenti diversi per applicare determinate procedure, utilizzo di spazi fisici diversamente da quanto previsto, mobilità d'urgenza, ecc.).
- nell'assistenza: è l'autonomia che ogni professionista ha nel valutare, in base alla situazione assistenziale ed organizzativa cosa fare e come e quando effettuare una prestazione assistenziale. La discrezionalità decisoria, che non deve mai scivolare nell'arbitrarietà, è indispensabile per personalizzare e qualificare l'assistenza.

#### *Dimensione*

- nell'organizzazione: maggiori sono le dimensioni di un'orga-

nizzazione maggiori sono le complessità derivanti da più ruoli e sottoinsiemi organizzativi. Questo indicatore, preso da solo, non è un attendibile misuratore di complessità; unito ad altri potenzia il livello di complessità dell'organizzazione.

- nell'assistenza: più aumenta il numero di ammalati che ogni infermiere deve assistere, maggiore è la complessità da gestire nell'implementare il processo assistenziale e nel garantire l'efficacia e la qualità delle prestazioni.

Credo che per nessuno di noi sia difficile quantificare il livello di complessità organizzativa e assistenziale con cui quotidianamente ci confrontiamo.

Indubbiamente operiamo in situazioni con complessità medio alta se non addirittura alta e quindi abbiamo necessità di dotarci di strumenti che permettano e favoriscano l'integrazione organizzativa ed assistenziale.

Anche in questo caso i riscontri bibliografici ci aiutano, ci suggeriscono infatti, l'utilizzo di meccanismi collegiali di coordinamento, di una direzione per obiettivi e l'utilizzo di riunioni di reparto, di piani di lavoro, di protocolli assistenziali, di procedure e così via.

Ma soprattutto ci aiutano sottolineando l'importanza di un sistema informativo strutturato quale base e supporto per un'efficace operatività. Quindi, dati collegati e pertinenti agli obiettivi da raggiungere, inseriti in un SISTEMA INFORMATIVO che, definito come: *"L'insieme dei flussi informativi, prodotti con varie metodologie, destinati a supportare il sistema delle decisioni"* dovrà essere in grado di dare informazioni selezionate

- a destinatari precisi;
- nel momento in cui servono;
- per gli obiettivi prefissati

per raggiungere l'obiettivo di *"Contribuire a migliorare qualità e tempestività delle decisioni che devono essere prese per una assistenza infermieristica di qualità"*.

A questo punto vi riporto all'inizio della relazione, quando ho sottolineato il rischio che la cartella infermieristica possa assumere significati impropri e possa essere considerata un obiettivo anziché uno strumento informativo utile per l'operatività assistenziale.

Risottolineo, dopo averne dato le motivazioni, l'importanza dell'informazione e della strutturazione di un sistema informativo che, basato sulla globalità dei flussi, fa-

cilita e favorisce la gestione della complessità organizzativa ed assistenziale.

Spero di aver contribuito a delineare oggettivamente la problematica dell'informazione e ad inquadrare nel macrosistema assistenziale ed organizzativo che ci circonda questo efficace strumento informativo.

I relatori che mi seguiranno:

- entreranno nel microsistema unità organizzativa, processo assistenziale e cartella infermieristica;
- definiranno le linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica;
- parleranno dell'informatica quale ausilio al sistema informativo dell'infermiere professionale.

Vi ringrazio molto, della cortese e paziente attenzione!

### Bibliografia

A cura di A. MASSEI: *Dirigere i sistemi infermieristici*, CeRGAS CUSL, edizioni.

R. VACCANI: *La sanità incompiuta*, NIS edizioni.

A. RUGIADINI: *Organizzazione d'impresa*, SDA Bocconi Editore Giuffrè.

M. CANTARELLI, G. PONTELLO: *Principi amministrativi applicati alla professione*, Editore Masson.

Corso DISI: dispense ed appunti.

# LINEE GUIDA PER LA STRUTTURAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Relazione presentata e pubblicata negli Atti del II Convegno Regionale Aniarti - Lombardia Milano, 6 giugno 1992.

Autore I.I.D. Pierangelo Spada

Direttore didattico Scuola Infermieri Professionali Ospedale di Merate (CO)

## Premessa

*Attualmente, in molte realtà, lo scambio delle informazioni necessarie a garantire una corretta continuità assistenziale viene effettuato al momento della consegna, al "cambio del turno". Questa risulta essere prevalentemente una comunicazione di informazioni orali, ma la complessità assistenziale rende indispensabile che le informazioni comunicate oralmente vengano anche registrate.*

*La comunicazione tra il personale infermieristico avviene dunque in modo poco razionale, perchè, salvo rare eccezioni, le notizie sul paziente sono trascritte su "quaderni per le consegne", privilegiando notizie sull'aspetto terapeutico o laboratoristico, tralasciando informazioni inerenti i bisogni assistenziali.*

*Diventa in questo modo importante, che il personale infermieristico riconosca e comprenda la necessità di un sistema per la raccolta, l'analisi e il riscontro delle informazioni.*

*Alla luce di queste considerazioni, bisogna ricordare che proporsi come agenti di cambiamento, o comunque tentare di modificare quanto di ormai acquisito e codificato si trova all'interno di una unità operativa, diventa motivo di resistenze che potranno essere superate solo con la volontà dei singoli operatori professionali direttamente coinvolti.*

## Analisi della normativa

L'utilizzo della cartella infermie-

ristica (C.I.) viene auspicato dall'accordo europeo sull'istruzione e la formazione delle infermiere adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967 e recepito in Italia con la Legge 795 del 15 novembre 1973. Infatti, all'Allegato I, Capitolo I, punto b), si legge che "è funzione essenziale dell'infermiere professionale osservare le condizioni o gli stati fisici od emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute, e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario".

Ancora più esplicito risulta essere il DPR 28 novembre 1990 n. 384. Infatti, al titolo quinto, sulla produttività ed efficienza dei servizi, all'Art. 57, lettera d) si legge che "deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino".

Non è solo a seguito di questa normativa che gli Infermieri Professionali (I.P.) si confrontano e utilizzano questo strumento di lavoro. Ma essenzialmente per una presa di coscienza professionale che è legata ad un approccio lavorativo finalizzato all'attenzione dell'uomo.

Gli I.P. sono consapevoli che la C.I. è solamente uno strumento facente parte di un preciso processo assistenziale.

## Richiami al processo assistenziale

Prima di entrare nel merito speci-

fico della C.I., ritengo necessario ed indispensabile recuperare alcuni concetti sul processo assistenziale.

Si può definire come un metodo sistematico di lavoro, utilizzato dal personale infermieristico per risolvere i problemi legati all'assistenza infermieristica. Questo metodo è centrato sul paziente, la sua famiglia o la comunità. Conseguentemente richiede una rispettiva partecipazione in ognuna delle sue fasi.

Nella letteratura infermieristica vengono presentate diverse descrizioni del processo; tuttavia tutte condividono la concezione di una successione logica di fasi:

- 1) la raccolta dei dati e l'identificazione dei problemi;
- 2) la pianificazione;
- 3) l'intervento;
- 4) la valutazione.

Ciò che è importante non è tanto la terminologia impiegata nè il numero delle fasi proposte, ma piuttosto la logica sulla quale poggia questo metodo sistematico di lavoro per affrontare i problemi di assistenza.

Proprio per la specificità dell'argomento che stiamo trattando, andremo ad approfondire solamente il primo punto, tralasciando per il momento la discussione sui rimanenti aspetti del processo assistenziale.

La prima fase del processo consiste nel raccogliere le informazioni necessarie alla identificazione dei problemi. Nella raccolta dei dati, le colleghe Little e Carnevali (21)

raccomandano di osservare i seguenti principi.

- includere solo l'informazione che non è raccolta da altri e che è necessaria agli infermieri per offrire cure individualizzate;
- evitare le formule che sigono più tempo, per essere completate, del tempo di cui l'infermiere dispone abitualmente per realizzare la sua intervista.

Questi due Autori mettono inoltre in guardia contro l'intrusione nella vita privata del paziente; gli infermieri in effetti, non sono giustificati nella ricerca di informazioni che prevedono di non utilizzare per la loro assistenza.

La raccolta di questi dati può essere effettuata con numerosi mezzi: l'intervista, l'osservazione, la consultazione di altri professionisti, di altri documenti, ecc.

Quando le informazioni sono state raccolte, l'infermiere deve identificare i problemi che presenta il paziente.

Identificati i problemi, l'infermiere deve prevedere le possibili soluzioni. Questa fase si può ricondurre nella pianificazione dell'intervento infermieristico, nella quale l'infermiere, in accordo con il paziente, stabilisce gli obiettivi determinando le risorse necessarie per raggiungerli. L'intervento è la messa in opera di tutti i mezzi previsti per risolvere i problemi del paziente. La fase di valutazione, risulterà tanto più facile da raggiungere se i problemi saranno stati identificati chiaramente e gli obiettivi formulati in modo corretto e realistico. Vista in questa dimensione, la C.I. diventa uno strumento indispensabile e fondamentale per la realizzazione del piano di assistenza. La C.I. risulta quindi essere il supporto al processo assistenziale e non una finalità.

Il suo utilizzo permette (25):

#### *di promuovere*

- una definizione in équipes degli obiettivi comuni, da cui un miglioramento della coesione e della coerenza del gruppo;
- una migliore integrazione con il personale medico;
- una organizzazione diversa dell'assistenza;

#### *di offrire*

- una continuità, una visione sintetica e globale delle cure prestate e da ottenere 24 ore su 24;
- di favorire*
- l'esercizio della funzione infermieristica;
- lo sviluppo delle attività di ricerca;
- una migliore integrazione delle persone in formazione.

Il processo assistenziale fornisce inoltre la struttura per la presa di decisioni attraverso le varie fasi dell'assistenza infermieristica.

È importante legare il processo assistenziale alle registrazioni scritte. Se l'infermiere non registra l'intero processo, nel piano di assistenza e sulla cartella non potrà essere garantita nessuna continuità, anche perchè nessun altro infermiere, che successivamente dovrà assistere lo stesso paziente, non potrà disporre di importanti informazioni.

Il processo assistenziale diventa quindi un approccio sistematico che permette all'infermiere, contemporaneamente all'instaurarsi di una relazione interpersonale con l'utente, di intervenire subito, in modo razionale, autonomo e responsabile.

Di conseguenza il processo assistenziale si rivela indispensabile all'infermiere per concretizzare la sua professione. Nel suo aspetto dinamico, inoltre, il processo assicura la continuità dell'assistenza. Poichè il piano è la concretizzazione del processo assistenziale e la C.I. è lo strumento operativo del piano, il processo assistenziale non può prescindere dal modello concettuale a cui il professionista infermiere si riferisce.

#### *Importanza di un modello concettuale di riferimento*

Abbiamo accennato poc'anzi che l'infermiere identifica ed è attento ai bisogni assistenziali dei pazienti. Abbiamo anche parlato di modello concettuale.

Va subito precisato che un modello concettuale è un modo di vedere la realtà, è un'analogia simbolica, uno schema che serve a rappresen-

tare la struttura di una teoria.

Un modello concettuale fornisce un quadro di riferimento per i cultori di una disciplina, dice cosa guardare e cosa studiare, determina il modo con cui è visto il mondo e quali aspetti considerare.

Quindi costruirsi una rappresentazione mentale dell'assistenza infermieristica vuol dire elaborare o aderire ad un modello concettuale infermieristico.

Diverse infermiere in campo internazionale, riferendosi ai principi epistemologici, a teorie di altri campi disciplinari, alle loro esperienze in campo infermieristico, hanno formulato modelli concettuali dell'assistenza infermieristica. Tali Autori hanno divulgato e progressivamente perfezionato le loro teorie attraverso numerose pubblicazioni.

Questi modelli concettuali, che sono descritti in modo dettagliato, possono essere comunicati e comparati con altri modelli all'interno della professione, grazie all'orientamento che fornisce alla pratica, alla formazione e alla ricerca. Questa astrazione si concretizza in linee direttrici, che, organizzate secondo una propria logica, formano le coordinate della professione, indispensabili per gli infermieri che operano:

- all'assistenza diretta;
- alla formazione;
- all'organizzazione;
- alla ricerca.

Vorrei puntualizzare che oltre ai modelli concettuali elaborati da teoriche straniere (Henderson, Peplau, Rogers, Roy, Orem, ecc.) è stato da poco ideato un modello concettuale italiano.

Tale nuova concezione è sorta in seno alla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università di Milano, ed è il modello concettuale delle prestazioni (10-19).

La prestazione viene intesa come un sistema di decisioni tecnico-gestionali, costituito da un'insieme di azioni fisiche e/o verbali e/o mentali, pianificato autonomamente dall'infermiere per rispondere ad un bisogno specifico di aiuto espresso dall'assistito.

Ho ritenuto necessario puntualizzare la necessità di fare riferimento al modello concettuale per le seguenti ragioni.

Innanzitutto perchè ad oggi non fa ancora parte della nostra cultura professionale e di conseguenza è ancora esterno alle realtà lavorative quotidiane.

Secondariamente sono convinto che la guida teorica al "fare" può aiutare ad evitare un approccio azzardato alla pratica basata sulla convenienza del momento, può aiutare a produrre delle basi per continuare a descrivere, spiegare e predire il nursing empirico (alcune esperienze che seguiranno ne offriranno una prova).

Inoltre contribuisce a cambiare il modo con cui si comprendono e si elaborano le informazioni, coinvolge e aiuta i professionisti ad agire in modo più consapevole.

#### *Analisi della situazione attuale*

Per offrire dei dati concreti e significativi sulla realtà attuale in materia di C.I., sono state analizzate alcune ricerche condotte da infermieri.

La prima esperienza che riporto (2) si riferisce ad una rilevazione compiuta dalla società di ricerca SA-GO sulla modulistica usata nell'Ospedale di Monza. Nell'abituale metodo di raccolta delle informazioni attraverso la modulistica tradizionale si è rilevata:

- incompletezza delle informazioni relative al paziente;
- dispersione di tali informazioni su più strumenti di raccolta dati;
- difficoltà a costruire un'immagine completa del paziente e dei suoi bisogni assistenziali;
- difficoltà a pianificare l'assistenza infermieristica;
- scarsa integrazione con le informazioni degli altri professionisti componenti l'équipe di cure.

Successivamente, l'utilizzo di una modulistica più orientata al paziente ha aiutato gli infermieri a raccogliere i dati in maniera più completa.

Anche gli infermieri del reparto di Medicina dell'Ospedale S. Carlo di Milano (1-18), hanno sentito l'esigenza di sviluppare e introdurre

nel proprio reparto una C.I. per evitare la frammentazione e la dispersione su vari quaderni delle informazioni trasmesse sul paziente.

In questo modo hanno superato una consegna che privilegia la trasmissione di dati sulla terapia, gli esami di laboratorio e l'esecuzione degli ordini medici.

All'interno del Policlinico "A. Gemelli" di Roma (17) è stato effettuato uno studio sulla qualità degli strumenti usati per effettuare la "consegna-rapporto" tra i gruppi infermieristici.

L'ipotesi è che gli strumenti usati per la trasmissione delle informazioni tra i vari gruppi infermieristici nell'arco delle 24 ore potrebbero non essere validi o quantomeno non rispondenti più ad esigenze di praticità, precisione, efficienza ed efficacia per l'assistenza infermieristica.

Le sezioni di degenza censite sono state 50. In 39 si usa un quaderno di consegna fornito dall'Ospedale; in 11 sezioni vengono usati altri strumenti diversi (foglio di protocollo, scheda infermieristica computerizzata, foglio del diario clinico, quaderno ecc.).

Questi strumenti sono gli unici esistenti nelle sezioni, che contengono informazioni esclusivamente di assistenza infermieristica.

Dall'analisi e dalla valutazione dei risultati emergono molti dati interessanti.

Il dato più macroscopico da segnalare è che le informazioni concernenti le prescrizioni mediche, quindi quella parte di assistenza che include la collaborazione col medico comprendente la terapia e gli esami clinici, è in numero nettamente superiore rispetto alle informazioni di tipo infermieristico.

Un dato di vaste dimensioni è quello delle ripetizioni continue dello stesso tipo di registrazione. Si è osservata in particolare la ripetizione delle frasi "nulla di particolare", "solita assistenza" ecc.

Gli Autori fanno inoltre notare che emerge una netta differenza tra quaderno e scheda, soprattutto per la Terapia Intensiva.

Gli aspetti qualitativi rilevati con l'uso della scheda sono i seguenti:

1) rilevazione, identificazione e re-

gistrazione immediata del bisogno assistenziale, dell'azione e della valutazione;

- 2) si tengono in considerazione più bisogni per ogni malato;
- 3) non vi sono ripetizioni inutili;
- 4) non c'è perdita di tempo per ricordare l'accaduto, si eliminano i foglietti volanti di promemoria;
- 5) completezza delle informazioni e della raccolta dati;
- 6) valutazione continua e finale.

Alla luce dei risultati ottenuti si può affermare che gli infermieri professionali scrivono moltissimo e su diversi registri ma in modo disorganizzato, frammentario e discontinuo, con relativo dispendio di tempo e di energia e particolarmente di informazioni alla cui importanza, dal punto di vista assistenziale, non corrisponde un adeguato utilizzo di esse.

All'inizio degli anni '80 è stata effettuata un'analisi (7) su 12 cartelle infermieristiche. Sette di queste in uso presso presidi di cura stranieri e cinque usate a scopo didattico presso alcune scuole I.P. italiane. L'analisi indaga sugli aspetti che dovrebbero essere qualificanti di una C.I., tralasciando quei fogli che prevedono la registrazione di parametri vitali, dei risultati degli esami di laboratorio e degli interventi terapeutici.

L'analisi si propone di considerare solo l'impostazione di fondo delle varie voci presenti nel questionario e la costruzione grafica. I risultati hanno dimostrato un duplice aspetto.

Da un lato l'accumulo di molte informazioni e notizie va a discapito della chiarezza e della sintesi; dall'altro lato le cartelle troppo schematiche e sintetiche impediscono l'approfondimento delle problematiche.

Da una indagine svolta in un piccolo Ospedale di provincia della Lombardia si è potuta evidenziare una notevole disparità nell'utilizzo della C.I., sia da parte del personale dipendente, che degli studenti infermieri.

Su un totale di 9 reparti di degenza, lo strumento cartaceo utilizzato è così suddiviso tra personale dipendente e studenti.

Dipendenti	Studenti
3 registri consegne	8 cartelle/Schede infermieristiche
1 quaderno consegna + scheda terapia	(tutte diverse)
3 schede libere "personalizzate"	
2 schede infermieristiche	1 niente

Alla luce di questa situazione appare evidente che non ci sia sufficiente chiarezza sull'adeguatezza dello strumento da utilizzare, anche se è palese la volontà, generalmente diffusa, di servirsi della C.I. per impostare un piano di assistenza finalizzato a migliorare la qualità assistenziale erogata.

Volendo considerare anche l'aspetto organizzativo, seppur da un punto di vista generale, è possibile analizzare l'indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica della Regione Lombardia, (24) effettuata nei primi sei mesi del 1990. Questa indagine ha evidenziato l'esistenza di 1092 posti letto di Area Critica e 2094 infermieri di Area Critica che corrispondono ad un rapporto di 1:2. Ricordo che il D.M. 13/9/1988 prevede (pur con i suoi limiti concettuali) per le Terapie Intensive con un modulo tipo di 8 posti letto, 24 unità di personale infermieristico, quindi un rapporto di 1:3. Anche alla luce di questi dati diventa importante per l'équipe infermieristica, trovarsi nelle condizioni ottimali per fare ordine nelle informazioni, prima di trasmetterle ai vari livelli. Quindi da un lato bisogna individuare le informazioni necessarie ed utili per raggiungere l'obiettivo assistenziale stabilito, dall'altro avere dei mezzi di comunicazione adeguati e sistematizzati dal punto di vista organizzativo.

Purtroppo sono ancora valide le critiche espresse da una collega (7) ai vari modi usati per la raccolta dei dati infermieristici, che possono essere così schematizzate:

- i dati infermieristici sono ancora troppo "medici" perchè tengono conto della malattia come entità nosografica, piuttosto che del malato come persona e quindi come entità biopsicosociale;

- la raccolta avviene in modo improvvisato e non standardizzato, i dati possono variare in relazione alla persona che li raccoglie;
- spesso la comunicazione tra colleghi si attua solo verbalmente e quindi non viene documentata;
- c'è scarsa consultazione tra i dati raccolti dal medico e quelli raccolti dall'infermiere;
- una stessa informazione viene trascritta più volte su fogli diversi;
- si utilizzano abbreviazioni non conosciute da tutti;
- si utilizzano espressioni vaghe e confuse, con giudizi espressi in modo non obiettivo.

La puntualizzazione di queste ricerche svolte in diversi ambiti lavorativi si è resa necessaria anche in funzione dello sviluppo della ricerca infermieristica. Infatti uno dei primari obiettivi della ricerca infermieristica è proprio quello di rafforzare e allargare le conoscenze attuali riguardanti le cure infermieristiche finalizzandole al miglioramento dell'assistenza.

Da sottolineare il fatto che esiste tutt'oggi una grossa difficoltà a fare ricerca anche perchè non esistono dati infermieristici scritti all'interno dei reparti, dai quali poter trarre utili considerazioni ai fini assistenziali.

#### *Strutturazione della cartella infermieristica*

In una prospettiva di continuità e di valutazione dell'assistenza, è dunque essenziale un mezzo di comunicazione scritto; è questa, come abbiamo visto, la principale ragione d'essere del piano di assistenza. Solo un mezzo di comunicazione scritto può assicurare che l'essenziale dell'informazione verrà

trasmesso alla stessa maniera a tutti gli operatori. Nella C.I. vi è la registrazione sistematica delle informazioni relative al paziente, delle azioni infermieristiche e delle verifiche effettuate, questo consente di evitare le perdite di informazione e garantisce una continuità dell'assistenza programmata. La C.I. deve mettere in risalto gli aspetti bio-psico-sociali dell'individuo.

Si possono dunque elencare le finalità della C.I. (15), che sono:

- 1) documentazione sistematica;
- 2) continuità dell'assistenza;
- 3) responsabilità professionale dell'I.P.;
- 4) valutazione della qualità dell'assistenza;
- 5) ricerca, con l'analisi retroattiva delle cartelle.

I vantaggi che derivano dall'utilizzo della C.I. si possono essenzialmente ricondurre a questi punti (7):

- migliore relazione infermiere paziente;
- maggiore coinvolgimento da parte del personale e quindi maggiore soddisfazione lavorativa;
- il contenuto della cartella riflette veramente un'assistenza programmata per il paziente;
- registrazione delle risposte del paziente alle varie misure assistenziali;
- diminuzione delle registrazioni meno importanti;
- risparmio di tempo al momento della consegna poichè la documentazione è continuamente aggiornata.

Secondo Weed (7) una cartella dovrebbe avere 4 caratteristiche:

- essere semplice da usare;
- assicurare un'assistenza individualizzata;
- contenere informazioni il più possibile complete;
- essere di facile compilazione e consultazione.

La C.I. è stata definita (25) come un documento unico e individualizzato che raggruppa l'insieme delle informazioni riguardanti la persona assistita. Prende in consi-

derazione l'aspetto preventivo, curativo, educativo e relazionale dell'assistenza.

Comprende il progetto assistenziale che dovrebbe essere stabilito con la persona assistita. Contiene delle informazioni specifiche per la operatività del lavoro infermieristico.

L'assetto della C.I. si può realizzare tenendo presenti alcune fasi preliminari (25).

### *Tappe preparatorie*

È bene tenere presente che l'attuazione pratica della C.I. implica anche la responsabilità dell'Ufficio Infermieristico e può essere favorita da alcuni fattori, quali ad esempio:

- l'arrivo di una nuova caposala;
- il ritorno da un corso di formazione/aggiornamento;
- un incidente critico;
- l'arrivo di nuove I.P. che vogliono attuare quanto appreso a scuola;
- l'insoddisfazione generale degli infermieri.

Per realizzare ciò è importante che l'équipe sia preparata e direttamente coinvolta con una serie di riunioni preparatorie riguardanti:

- la concezione dell'assistenza (il modello concettuale di riferimento);
- l'organizzazione dell'unità funzionale;
- l'informazione sulla natura e i vantaggi della C.I.;
- l'analisi di formazione del personale a breve, media e lunga scadenza.

Può inoltre essere utile favorire:

- la visita ai Servizi che già utilizzano la C.I.;
- la diffusione di riviste, di articoli e di tutta la documentazione in rapporto con il tema;
- il confronto con I.P. che già la utilizzano;
- la collaborazione tra la Scuola I.P. e i Servizi di assistenza.

Vorrei far presente che la C.I. non necessariamente deve essere uguale per tutti. Uno stesso modello può

essere diversificato in base ai problemi specifici del paziente, all'organizzazione del reparto, ai moduli già esistenti.

Prima di formalizzarla, qualsiasi C.I. va sperimentata per un certo periodo di tempo e numero di casi, per valutare la validità e i problemi che derivano dall'uso.

L'introduzione di una nuova modulistica in reparto e la valutazione dell'assistenza attraverso le registrazioni scritte vanno fatti attraverso un lavoro di definizione delle informazioni essenziali da raccogliere. Si rischia altrimenti di riportare sulla C.I. dati superflui o routinari, informazioni che non vengono utilizzate, o gli stessi dati carenti ed incompleti presenti nella maggior parte delle consegne.

È importante puntualizzare che l'introduzione della C.I., di per sé non migliora nessun aspetto se non si raccolgono i dati essenziali, se quelli che si raccolgono non vengono utilizzati, se le informazioni importanti, quelle che servono per programmare l'assistenza e conoscere il paziente, continuano ad essere trasmesse a voce e a far parte di quella memoria labile e soggettiva, che si esaurisce nello spazio di un turno. Se non si riflette sulle informazioni utili per l'assistenza si rischia di proporre modelli di cartella integrativi rispetto a quelli già esistenti, ma sempre funzionali in subordine alle cartelle cliniche (14).

### *Strategie di utilizzo*

Per facilitare la messa in funzione della cartella è necessario prima informare:

- 1) l'amministrazione, in modo che possa:
  - collocare il progetto nelle politiche dell'Ente e nel contesto economico;
  - valutare il costo della C.I. in rapporto ad altri mezzi di comunicazione;
  - stabilire le priorità di formazione;
- 2) il personale medico, sia per sottolineare la specificità delle cure infermieristiche e la comple-

mentarità delle informazioni riguardanti l'assistito, sia per spiegare l'interesse di una nuova organizzazione dell'assistenza;

- 3) le Unità di Cura, dove è indispensabile motivare tutto il personale, tenendo conto dei vari tipi di formazione ricevuta, sviluppando il senso di responsabilità. Può essere utile favorire l'apprendimento studiando i documenti al fine di evitare trascrizioni e alleggerire così il tempo dedicato alla scrittura. È inoltre indispensabile effettuare una sperimentazione limitata prima di rendere il progetto definitivo.
- 4) le Scuole, dove è necessario cercare non solo una maggiore integrazione tra pratica e teoria, ma anche tra la Scuola di base e i corsi superiori che inviano i tirocinanti nell'Ente.

### *Struttura*

Al momento della scelta dei documenti da utilizzare, si dovrà pensare:

- ai colori di riferimento;
- allo spessore della carta (perché viene utilizzata spesso);
- alla possibilità di scrivere su due parti per limitarne il volume.

I documenti che costituiscono la C.I. possono essere vari, non esiste una "ricetta" da seguire rigidamente, dovrebbero però comprendere almeno quattro parti:

#### *1) Accettazione.*

Centrata sulla conoscenza della persona, comprende informazioni di tipo amministrativo e le informazioni personali sulle abitudini di vita. Questa parte non deve essere intesa come un questionario, va compilata nel corso del colloquio di accettazione. La sua presentazione deve permettere un rapido utilizzo e la possibilità di modifiche che tengano conto dell'evoluzione della situazione.

Le informazioni raccolte non devono portare a giudizi di valore, ma permettere di valutare le reazioni del paziente a partire da fat-

ti oggettivi. Bisogna tener presente che questa osservazione è quella di un momento, può quindi evolvere durante la degenza.

### 2) Pianificazione dell'assistenza infermieristica.

Descrive le difficoltà che il paziente riscontra nella soddisfazione di un bisogno fondamentale e la causa probabile di queste difficoltà. E' bene puntualizzare che il problema, in questo caso, non è una diagnosi medica.

Il problema assistenziale è determinato dall'équipe infermieristica a partire dalle osservazioni e dai dati raccolti presso l'assistito.

Può essere legato a bisogni non soddisfatti della persona e può quindi riguardare sia la considerazione patologica sia l'ospedalizzazione, sia alcuni fattori personali. Gli obiettivi posti prevedono dei termini per la realizzazione e dei criteri di valutazione, devono essere reali, comprensibili, concreti, precisi, misurabili.

La valutazione consiste nel paragonare in équipe i risultati ottenuti con quelli prefissati, partendo dai criteri determinati durante la definizione degli obiettivi. Si ottiene così un feed-back che permetterà una eventuale rettifica.

### 3) Scheda per le somministrazioni terapeutiche.

### 4) Scheda per la prescrizione di esami/indagini diagnostiche.

### Aspetti etici della C.I.

Il Codice Deontologico dell'I.P., approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi il 25 giugno 1977, al punto C, che detta le norme per l'operatività dell'I.P., si cita che "l'I.P. ha il dovere di qualificare e aggiornare la sua formazione in rapporto allo sviluppo scientifico-tecnologico ed alle nuove esigenze derivanti dal progresso sociale. Egli si impegna a partecipare alle attività di educazione ricorrente ed a sostenerne collegialmente il diritto".

### Aspetti giuridici della C.I.

La cartella del paziente, clinica o

infermieristica, proprio perchè comprende tutti i documenti che registrano le informazioni, ha valore legale.

Sul piano giuridico infatti, la cartella può essere presentata come una prova.

In caso di controversie legali, la cartella fornisce la descrizione delle attività svolte dagli operatori sanitari.

Appare evidente che le attività che non sono registrate nella cartella sono considerate come non svolte. Da ciò risulta importante che la registrazione deve descrivere chiaramente l'assistenza attuata e deve essere effettuata a tempo debito, considerando tutti i dati significativi.

Le "regole" che di seguito sono esplicitate possono consentire all'I.P. di registrare le informazioni in maniera appropriata:

- 1) usare inchiostro e non la matita;
- 2) scrivere nome e cognome del paziente e il codice nosologico sulla intestazione della cartella;
- 3) descrivere appena possibile e con precisione il problema identificato per evitare di tralasciare informazioni ed avere così un aggiornamento quotidiano;
- 4) scrivere tutto ciò che viene fatto al paziente e le sue reazioni;
- 5) correggere gli errori tracciando una sola linea sopra l'errore, la cancellazione o la copertura con inchiostro non è accettabile;
- 6) le voci devono essere espresse in modo conciso;
- 7) la data va segnata sulla prima riga di ogni pagina ed ovviamente aggiornata continuamente;
- 8) l'ora va segnata ogni qualvolta si deve riportare una voce riferita ad un nuovo momento cronologico;
- 9) la registrazione riferisce dei fatti, non le interpretazioni dell'I.P.. Se il paziente riferisce segni, sintomi o sensazioni, esse vanno riportate fra virgolette, per significare che si tratta di parole del paziente;

10) in aggiunta alle affermazioni del paziente, l'I.P. deve registrare anche le proprie osservazioni;

11) il rifiuto da parte del paziente di medicazioni o somministrazioni di farmaci va riportato mettendone in evidenza i motivi;

12) utilizzare solo simboli ed abbreviazioni concordati con tutti i membri dell'équipe, eventualmente inserire una legenda;

13) scrivere in modo leggibile;

14) usare un linguaggio e termini tecnici corretti e non usare espressioni dialettali. La documentazione deve essere specifica, chiara e precisa;

15) evitare di scrivere per un'altra persona;

16) registrare solo ciò che è stato personalmente fatto od osservato;

17) non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi ristretti. Utilizzare la prima riga disponibile, segnando l'ora nella quale il fatto è avvenuto, non l'ora in cui il fatto viene registrato sulla scheda.

### Archivio

È palese che le cartelle devono essere complete e disponibili al momento della consultazione. Non si può tuttavia negare che spesso negli Ospedali mancano questi requisiti.

A tale proposito vorrei segnalare un'articolo di Murray e Topley (20), apparso nel 1974. In una prima indagine gli Autori riferiscono che il tempo necessario al ritrovamento delle cartelle al momento di un nuovo ricovero, varia da 10 minuti a 2 giorni, soprattutto se le cartelle sono trasferite in diversi Ospedali.

Successivamente espongono un'esperienza che è riuscita ad ovviare a questi inconvenienti.

Il contesto è un consultorio ambulatoriale di ostetricia e ginecologia, dove in una giornata occorre avere a disposizione anche 300 cartelle. Queste cartelle, una volta compilate e complete di documentazione vengono affidate alle rispettive pazienti.

I risultati sono suggestivi, infatti su un totale di 10.000 cartelle, solo 2 sono risultate perse, ottenendo un risparmio di 1.750 ore di lavoro agli impiegati e 315 dei dattilografi.

Pertanto si potrebbero ritenere gli stessi pazienti i custodi adatti alla loro cartella, essendo ampiamente motivati, anche se questo tipo di comportamento esula dalla nostra esperienza culturale. Credo comunque che il diffondersi di un tale tipo di comportamento, almeno in alcuni casi, potrebbe fornire un mezzo molto efficace per la promozione dell'educazione sanitaria al paziente.

Tra l'altro, il principio della partecipazione attiva della popolazione - coerente con le ripetute raccomandazioni dell'O.M.S. - è auspicata anche dalla Legge 833/78 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale.

### Conclusioni

La messa in atto della C.I. individualizzata comporta inevitabilmente un cambiamento delle abitudini quotidiane di lavoro. Ciò non può realizzarsi senza una minuziosa preparazione ed una riflessione, la più approfondita possibile, sul processo ad esso sotteso. Per realizzare tale esperienza non si possono identificare percorsi modello.

Riferendoci alla situazione attuale, ogni gruppo professionale, all'interno della sua Istituzione, deve intraprendere un proprio percorso, che deve essere studiato ed adattato alla storia locale, al contesto e alle risorse umane e strutturali presenti.

La C.I. non può essere una copia di quella medica, ma deve rispondere alla funzione assistenziale dell'I.P., quale strumento valido per il suo lavoro, per la raccolta e la trasmissione delle informazioni del paziente tra le équipes infermieristiche, rappresentandone così uno strumento di identità e professionalità.

Per la sua implementazione può rendersi utile un programma di formazione finalizzato all'acquisizione o all'affinamento di conoscenze sullo specifico disciplinare

infermieristico, sul suo modo di estrinsecarsi e realizzarsi, sulle tecniche di comunicazione, sulla metodologia per la formulazione di un modello di C.I. e sul suo utilizzo.

Un programma di questo tipo potrebbe certamente favorire il processo di cambiamento che il suo inserimento richiede.

È infatti l'organizzazione dell'assistenza che dovrebbe adeguarsi ai bisogni del paziente e non pretendere che sia il paziente ad adattarsi alle esigenze della istituzione.

### Bibliografia

- 1) AA.VV., *Introduzione e valutazione di una cartella infermieristica*, Rivista dell'Infermiere, 10 (1):13-19, 1991.
- 2) AA.VV., *Valutazione della qualità delle registrazioni infermieristiche: confronto tra reparti che utilizzano la cartella, la scheda infermieristica e la consegna tradizionale*, Rivista dell'Infermiere, 10 (1):20-25, 1991.
- 3) ANDREOLI A., BOGGIO GILOT C., MARMO G., *Il processo infermieristico*, Guida all'esercizio professionale per personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario e della riabilitazione Ed. medico Scientifiche Torino, Cap 3 pag 780-797.
- 4) Atti della giornata di studio "La cartella infermieristica: principi generali, esperienze applicate" CNAIOSS Nucleo di Trieste, Collegio IP.AS.VI. Trieste, Trieste, 29 ottobre 1988.
- 5) Atti della giornata di studio "Nursing e sistema informativo: documentazione infermieristica, realizzazioni informatiche in ambito infermieristico. Principi teorici ed esperienze applicate" CNAIOSS Nucleo di Trieste, Trieste, 28 novembre 1991.
- 6) BASSAN F., FILAFERRO R., *Una cartella clinica per il malato in condizioni critiche*, Scenario, 1:1991 pag 15-16.
- 7) BENGSSON AGOSTINO M., *La cartella clinica orientata secondo i problemi*, Professioni infermieristiche, 1983 n. 4 pag 221-265.
- 8) BETTEGA M., STADLER M.N., *Analisi e modelli organizzativi del processo di nursing*, in *La formazione personale e professionale dell'organizzazione del nursing*, MB diffusione, Cap 2 pag 168-208.
- 9) BRANDI A., *Ideazione, sperimentazione e realizzazione di un modello di cartella infermieristica*, Atti del XIII Congresso Nazionale CNAIOSS Verona 29/30 settembre, 1/2 ottobre 1988 pag 127-145.
- 10) CANTARELLI M., *Puntualizzazione sul concetto di prestazione*, Atti VIII Congresso Nazionale ANIARTI Bologna, 15-18 novembre 1989 pag 27-37.
- 11) Codice deontologico dell'infermiere Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. 25 giugno 1977.
- 12) D.P.R. 28 novembre 1990 n. 384 "Produttività ed efficienza dei servizi".
- 13) DRADI U., TAIBI G., *Proposta di cartella infermieristica integrata*, Atti Il sabato con l'ANIARTI Milano, 20 aprile, 4 e 18 maggio, 1° giugno 1991 pag 39-45.
- 14) Editoriale *A proposito di cartella infermieristica*, Rivista dell'Infermiere, 10 (1):6-10, 1991.
- 15) GATTA N., MONTALBANO M., *Il processo e il piano di nursing nell'attività infermieristica*, Professioni Infermieristiche, 1986 n. 1 pag 3-25.
- 16) Legge 795 del 15 novembre 1973 "Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione dell'infermiere, adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967".
- 17) ORGOLESU A., DELLA SCALA L.M., *Gli strumenti di comunicazione in Ospedale per la trasmissione delle informazioni con particolare riferimento alla consegna/rapporto infermieristici*, Atti del XIII Congresso Nazionale CNAIOSS Verona 29/30 settembre, 1/2 ottobre 1988 pag 86-126.
- 18) PALADINO S., *La cartella clinica per problemi: verifica della qualità dell'assistenza*, Atti del XIII Congresso Nazionale CNAIOSS Verona 29/30 settembre, 1/2 ottobre 1988 pag. 146-161.
- 19) PASQUOT L., GAMBERONI L., *Le prestazioni infermieristiche*, Atti Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche Milano, 2-3 ottobre 1987 pag 35-42.
- 20) PETRIE J.C., MCINTYRE N., *La cartella medica orientata per problemi*, Verduci Editore.
- 21) ROUSSEAU N., *Il processo di nursing e il piano di assistenza*, Professioni Infermieristiche, 1985 n. 2 pag. 95-101.
- 22) SANTINI I. e Coll., *Una cartella per il malato in condizioni critiche*, Scenario, 1:1991 inserto.
- 23) SMITH S., DUELL D., *L'assistenza infermieristica, principi e tecniche*, Ed. Sorbona Milano, Cap. 4.
- 24) SPADA P. e Coll., *Indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica della Regione Lombardia*, Atti I Convegno regionale Lombardia ANIARTI Bergamo, 20-21 aprile 1991 pag 25-51.
- 25) VAILLAND D. e Coll., *La cartella infermieristica*, Traduzione a cura del Collegio IP.AS.VI. Torino - Asti.
- 26) ZORZA U., COLTURANI S., *Scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria* Atti Il sabato con l'ANIARTI Milano, 20 aprile, 4 e 18 maggio, 1 giugno 1991 pag 47-60.

# INTRODUZIONE DI UN NUOVO FASCICOLO INFERMIERISTICO IN OSPEDALE

Relazione presentata al Convegno Regionale Aniarti Lombardia  
Milano, Giugno 1992

Autore Moreno Doninelli

Infermiere Specialista Clinico C.r.s. in Medicina, Chirurgia e Oncologia  
Ospedale Regionale della Beata Vergine Mendrisio - Ticino - Svizzera.

## Introduzione

*La presente relazione riassume le diverse tappe che hanno portato all'introduzione di una nuova documentazione infermieristica presso i reparti di degenza dell'Ospedale Regionale della Beata Vergine di Mendrisio. L'intera esperienza è stata portata avanti da un gruppo di 9 infermieri capi reparto e si è svolta sull'arco di 3 anni, dal 1987 al 1989. Il gruppo di lavoro era coordinato dall'infermiere capo del servizio infermieristico che di regola si riuniva una volta al mese durante l'orario di lavoro. Prima dell'introduzione della nuova documentazione si utilizzavano: una cartella termografica, un foglio di decorso ed un foglio di esecuzione delle prescrizioni mediche. Nella relazione, al di là degli aspetti tecnici insiti nella realizzazione di un nuovo fascicolo infermieristico, si è cercato di evidenziare le componenti umane e organizzative che hanno accompagnato le diverse tappe del processo di cambiamento.*

## Definizione del contesto

La regione del Mendrisiotto comprende 50.000 abitanti per una superficie di 133 Km<sup>2</sup>. La sua economia è prevalentemente legata al terziario: banche, assicurazioni, servizi commerciali e finanziari. L'Ospedale di Mendrisio è stato inaugurato per la prima volta nel lontano 1860 sotto la denominazione "Ospizio della Beatissima Vergine"; dal 7 settembre 1990 tutti i servizi e i reparti sono ospitati

nel nuovo e modernissimo edificio chiamato "Ospedale Regionale della Beata Vergine di Mendrisio". Si tratta di un'opera costata 100 milioni di franchi, pari a 120 miliardi di lire, che può ospitare fino a 200 pazienti di casistica acuta e nella quale operano 400 collaboratori. Geograficamente si trova all'estremo sud della Svizzera, a dieci chilometri di distanza dal confine ed a 15 chilometri da Campione d'Italia.

L'Ospedale attualmente comprende 7 reparti di degenza: tre di medicina, due di chirurgia, la ginecologia, l'ostetricia e la pediatria; inoltre dispone di un servizio di pronto soccorso, di un blocco operatorio e delle cure intensive. Completano l'offerta i servizi diagnostici e quelli per le cure ambulatoriali. Dal 1982 l'Ospedale è parte integrante dell'Ente Ospedaliero Cantonale, un'istituzione parastatale con il compito di coordinare la gestione dei 7 ospedali Ticinesi. La degenza media nel nostro Istituto è di 10-12 giorni e il tasso di occupazione letti attorno al 90%; una giornata di cura ha un costo minimo di Fr. 400.- pari a Lit. 500.000 in medicina; fino ad un massimo di Fr. 2.500.- pari a Lit. 3 milioni in cure intensive. Durante le diverse tappe che hanno portato all'introduzione del nuovo fascicolo infermieristico ci stavamo contemporaneamente preparando a una serie di altri cambiamenti, strutturali e organizzativi, dovuti al trasloco dal vecchio al nuovo edificio.

## Motivazione e aspettative

*Il cambiamento è facilitato se interviene in un momento di insoddisfazione (Henry Ford).*

La decisione di creare una nuova documentazione infermieristica era motivata dalle seguenti considerazioni:

- insoddisfazione e inadeguatezza dei documenti pre-esistenti;
- necessità di unificare e razionalizzare i documenti utilizzati nei diversi reparti;
- insufficienti garanzie legali nella trasmissione delle prescrizioni mediche;

Inoltre, negli anni 85-86, vennero pubblicati risultati di una ricerca infermieristica riguardante l'introduzione del processo delle cure come metodo di lavoro applicato alla pratica delle cure infermieristiche (n. 10). I cambiamenti furono tali da convincere le infermiere/i svizzere/i che quella sarebbe stata la strada da seguire, le scuole iniziarono a formare gli allievi secondo una nuova metodologia scientifica e facendo riferimento a modelli infermieristici. I quadri infermieristici iniziarono un processo di analisi e riflessione che doveva condurre entro pochi anni ad un profondo cambiamento del modo di pensare e quindi di attuare le cure infermieristiche. L'associazione Svizzera delle Infermiere/i (ASI-SBK) preparò una nuova descrizione della professione (n. 2) che comprendeva 3 tipi di funzioni:

- funzioni a carattere indipendente;

- funzioni a carattere dipendente;
- funzioni a carattere interdipendente.

Quindi l'infermiera/e non era più unicamente un'esecutrice o un esecutore di ordini medici, ma iniziava a profilarsi attraverso un campo di sapere scientifico, e quindi con funzioni che soltanto lei/lui era preparata/o a svolgere. Stavano per terminare i lunghi anni di sudditanza e sottosmissione dal corpo medico per entrare in una dimensione di reciproca collaborazione interdisciplinare. Anche negli organigrammi delle istituzioni ospedaliere vennero chiaramente definite due linee gerarchiche: quella medica e quella infermieristica. Era dunque venuto il momento di passare dai propositi alle realizzazioni concrete da introdurre nel nostro contesto. In particolare dotandoci di un nuovo fascicolo infermieristico avevamo le seguenti aspettative:

- migliorare la conoscenza della persona in cura;
- personalizzare e rendere globali le cure;
- migliorare e facilitare la trasmissione delle informazioni riguardanti il paziente all'interno dell'équipe interdisciplinare;
- assicurare la continuità delle cure;
- garantire la gestione delle prescrizioni mediche e dei piani di cura in modo razionale, sicuro e legalmente corretto;
- permettere in qualsiasi momento una valutazione qualitativa e quantitativa delle cure;
- offrire un fascicolo adatto alla formazione degli allievi;
- profilarsi professionalmente.

#### *Attuazione pratica*

*Il cambiamento è facilitato se le persone che lo vivono hanno contribuito ad organizzarlo e non lo hanno subito come qualcosa proveniente dall'esterno (Henry Ford).*

Si è trattato di pianificare un vero e proprio cambiamento che andava ben oltre la costruzione di un fascicolo infermieristico. A posteriori possiamo affermare che si è trattato di un cambiamento auto-

gestito e di tipo partecipativo. Autogestito in quanto abbiamo potuto contare soltanto sulle nostre conoscenze, sulle nostre capacità e sulle nostre forze. Un cambiamento pianificato e strutturato all'inizio, ma in gran parte improvvisato quasi istintivamente da un gruppo di capi reparto motivati e desiderosi di migliorare la situazione nella quale si trovano. Partecipativo perché ha coinvolto nel processo creativo, decisionale e formativo tutto il personale attivo nei reparti dell'Ospedale; dai quadri superiori agli ausiliari di cura. Lo scopo era quello di introdurre un fascicolo infermieristico largamente apprezzato e utilizzato, proprio perché nato in seguito ad un'ampia procedura di tipo partecipativo e non imposto dall'alto come spesso succede. Il compito del gruppo di lavoro formato dai capi reparto era di catalizzare idee, le proposte e le critiche durante periodiche riunioni di équipe ed infine tradurle operativamente durante gli incontri di lavoro mensili. Sinteticamente le principali tappe che portarono al cambiamento furono le seguenti:

- I) studio dei fascicoli infermieristici di altre istituzioni ospedaliere.
- II) revisione della bibliografia; in particolare sui modelli di cura, sulla metodologia del processo delle cure e sulle esperienze precedentemente svolte;
- III) riflessioni concettuali sul significato di curare e sul ruolo infermieristico; sui concetti di uomo, ambiente, salute e malattia;
- IV) scelta di un modello infermieristico, il modello di Virginia Henderson, come riferimento;
- V) formazione del personale al metodo del processo delle cure;
- VI) elaborazione di un 1° progetto di documenti infermieristici;
- VII) consultazione sul 1° progetto all'interno dell'équipe;
- VIII) elaborazione del 2° progetto e stampa di alcuni esemplari;
- IX) sperimentazione del fascicolo nella pratica;
- X) valutazione dell'esperienza;
- XI) redazione e stampa del fascicolo definitivo.

I tempi di realizzazione dell'esperienza sono illustrati dalla tab. (A).

Nella tab. B è espresso in modo schematico il campo delle forze trainanti e frenanti il cambiamento.

#### *Valutazione dell'esperienza*

A due anni di distanza dall'introduzione di nuovo fascicolo infermieristico possiamo affermare di essere soddisfatti e orgogliosi dello strumento a nostra disposizione. Molte delle nostre aspettative si sono realizzate, altre solo parzialmente; conosciamo i punti forti e i punti deboli del fascicolo. Soprattutto attraverso l'esperienza abbiamo acquisito una nuova mentalità come curanti. Ora disponiamo dei documenti necessari alla realizzazione del processo delle cure utilizzando il Modello Concettuale di Virginia Henderson e lo sappiamo attuare nella pratica quotidiana. Ciò non vuole ancora dire che per tutti i nostri pazienti vengano compilati completamente tutti i documenti a disposizione; spesso alla raccolta dei dati riguardanti i bisogni e le risorse segue una discussione all'interno dell'équipe che porta all'identificazione dei problemi di cura prioritari. La durata della degenza non è più soltanto in funzione degli obiettivi della terapia medica, ma tiene conto degli obiettivi legati al raggiungimento dell'indipendenza e dell'insegnamento al paziente. La valutazione delle cure avviene in funzione degli obiettivi prefissati. In tutto il processo il paziente assume un ruolo attivo e partecipa, da "oggetto" di cure diventa "soggetto" delle cure. Grande importanza è stata data alla gestione delle cure mediche delegate. Gli esami diagnostici, il trattamento e la sorveglianza rimangono pur sempre una fetta importante dell'attività infermieristica in Ospedale per la quale occorre una documentazione adatta e sicura. Inoltre anche per queste cure l'uomo non è concepito come insieme di organi alla ricerca dell'omeostasi ma come entità omeodinamica. Al termine dell'esperienza rimane in tutti noi la convinzione di aver compiuto un piccolo passo verso le cure infermieristiche globali e personalizzate.

Elenco delle tappe principali	anno/trimestre 1987				anno/trimestre 1988				anno/trimestre 1989			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1) Studio dei fascicoli di altri ospedali	---	----										
2) Revisione bibliografica		---	----									
3) Riflessioni concettuali			----	---	---	---						
4) Scelta di un modello concettuale				----								
5) Informazioni e formazione del personale			----	---	---	---						
6) Elaborazione I. progetto				----	----	----						
7) Consultazione presso le équipes					---	----						
8) Elaborazione II. progetto							----	----				
9) Sperimentazione del fascicolo									---	----		
10) Valutazione dell'esperienza											----	----
11) Preparazione del fascicolo "definitivo"												**

Tab. A

DIFFICOLTÀ E RISORSE

Campo delle forze trainanti e frenanti il cambiamento

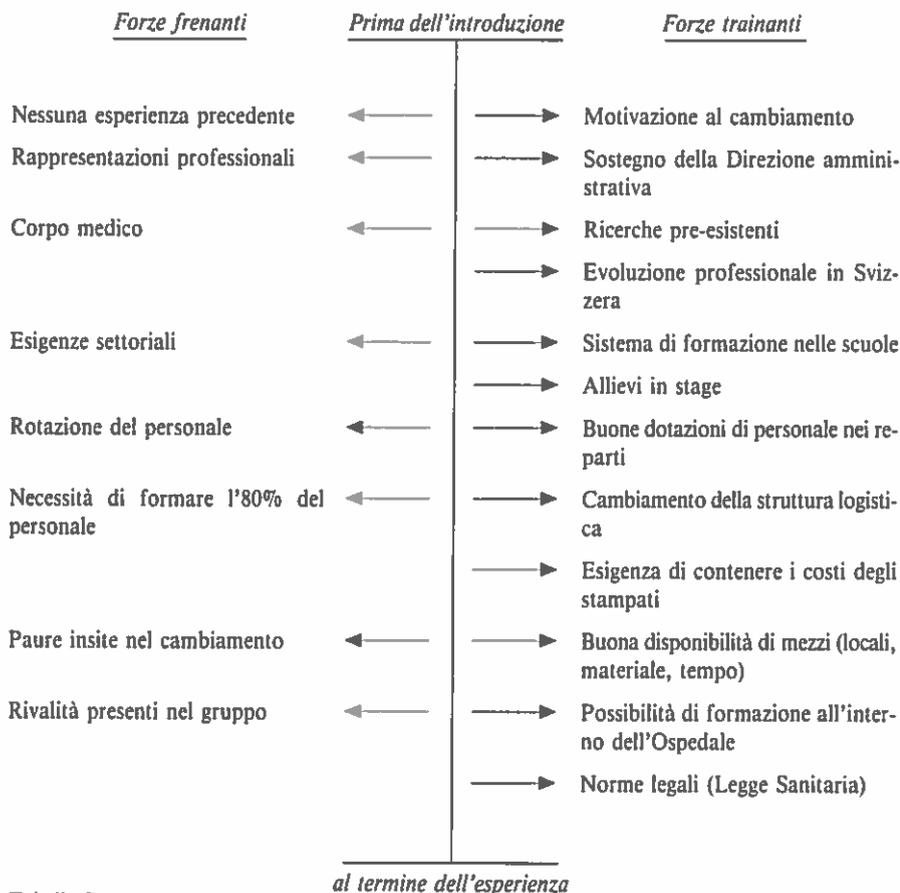


Tabella B

Conclusioni e prospettive

In questi ultimi anni i costi per la salute sono aumentati esponenzialmente, il costo per giornata di cura in Ospedale ha raggiunto cifre esorbitanti. Gli sforzi per contenere le maggiori uscite stanno gradualmente portando ad importanti ristrutturazioni aziendali, negli Ospedali Ticinesi le dotazioni del personale hanno subito importanti riduzioni, tutti gli adeguamenti del contingente devono essere giustificati da un reale incremento dell'attività. La nostra società vuole un servizio sanitario efficiente ma contemporaneamente non è più disposta ad accettare a dismisura aumenti dei primi delle casse malati. Il rischio per la classe infermieristica è di ripiombare gioco-forza ad un'assistenza funzionale, centrata sul deficit organico.

La prospettiva di vedere vanificati gli sforzi fatti precedentemente ci ha spinti a rivedere criticamente alcuni aspetti dell'Organizzazione del lavoro all'interno dell'istituzione, ad una migliore collaborazione interdisciplinare, a un'introduzione graduale dell'informatica "nella gestione amministrativa" dei pazienti. Un altro sforzo si sta compiendo nell'introduzione del nuovo personale e nella formazione interna dei collaboratori. Infine particolare attenzione è rivolta alla salute del personale sul posto di lavoro; attraverso corsi sulle relazioni umane, sulla conoscenza di sé, sulla gestione dello stress; e con campagne di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Per quanto riguarda il nostro fascicolo infermieristico ci proponiamo di riunire tutti i documenti in una mappetta personalizzata. Abbiamo inoltre intenzione di rielaborare il foglio per i trasferimenti all'esterno dell'Ospedale. Siamo dell'idea che un fascicolo infermieristico debba essere uno strumento al servizio dell'infermiera/e e non deve diventare l'opposto; inoltre non è qualcosa di statico ma dovrebbe evolvere in funzione delle caratteristiche dell'utenza, della specificità del servizio e della filosofia applicata alla pratica quotidiana delle cure infermieristiche.









**INSERTO**

**ANIARTI**

(Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica)

DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502

RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA,  
A NORMA DELL'ARTICOLO 1  
DELLA LEGGE 23 OTTOBRE 1992, N. 421

ORGANO UFFICIALE ANIARTI

IL NURSING NELLA  
SOPRAVVIVENZA

®

**SCEINARIIO**



TITOLO I  
ORDINAMENTO

Art. 1

*Programmazione sanitaria nazionale  
e definizione dei livelli uniformi di assistenza*

1. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale sono stabiliti con il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuali a livello internazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale assicurato al Servizio sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per la materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto. Il Governo, ove si discosti dal parere delle Commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il Piano è adottato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n.13, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome. Ove l'intesa con la Conferenza non intervenga entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto, il Governo provvede direttamente.

2. Il Piano sanitario nazionale, che ha durata triennale, è adottato dal Governo entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio, con la procedura di cui al precedente comma, anche per quanto riguarda i limiti e i criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria.

3. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996 è adottato entro il 31 luglio 1993.

4. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;
- b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e cli-

nici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

- c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi;
- d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;
- e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale.

5. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano con le modalità previste dai rispettivi statuti, i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale, e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

6. La Relazione sullo stato sanitario del Paese espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione.

Art. 2

*Programmazione sanitaria e indirizzi delle regioni*

Le linee dell'organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, rientrano nella competenza delle regioni.

Art. 3

*Organizzazione delle unità sanitarie locali*

1. L'unità sanitaria locale è azienda e si configura come ente strumentale della regione, dotato di perso-

nalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali.

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli Enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

5. Le regioni disciplinano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro, sentite le province interessate:

- a) la riduzione delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione può prevedere ambiti territoriali di estensione diversa;
- b) l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;
- c) i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;
- d) il finanziamento delle unità sanitarie locali;
- e) le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;
- f) è fatto divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:
  - 1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;
  - 2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle

entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario regionale di parte corrente di competenza.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, dal Presidente della Giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale. Scaduto tale termine, qualora il Presidente della Giunta regionale non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata dal Ministro della sanità con proprio decreto. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale.

Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età. I contenuti del tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali.

Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, il Presidente della Giunta della regione, su conforme delibera della giunta, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale. In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità.

7. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono assunti con provvedimento motivato del direttore generale. Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6. Essi cessano dall'incarico

entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati. Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato. Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dell'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto.

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data di provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio

dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale, con le unità sanitarie locali o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con le stesse. La predetta normativa si applica anche di direttori amministrativi e ai direttori sanitari.

10. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal Presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal Presidente della Provincia autonoma di Bolzano e della Regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la Provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di

laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione.

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- 1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- 2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- 3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvo gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dell'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
- 4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati -con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero, nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro dieci giorni dalla richiesta. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria Generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali. Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzio-

nari della ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi. I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n.88. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, il Ministro della sanità, su segnalazione del Commissario del Governo, provvede a costituirlo in via straordinaria con due funzionari designati dal Ministro del tesoro e un funzionario designato dal predetto Commissario del Governo. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento. Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale. I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio di previsione ed il conto consuntivo e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di sette componenti nominati dalla stessa conferenza. Dette funzioni non sono delegabili.

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della conseguente individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto al comma 2. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto il Ministro della sanità, sulla base delle indicazioni pervenute dalle regioni e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i predetti ospedali. Le regioni costituiscono altresì in aziende ospedaliere con le medesime caratteristiche di autonomia, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. Con le stesse procedure si provvede alla costituzione in aziende di ulteriori ospedali, dopo la prima attuazione del presente decreto. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno gli stessi organi previsti per l'unità sanitaria locale, nonché il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il consiglio dei sanitari con le stesse attribuzioni indicate nell'articolo 3. Nel consiglio dei sanitari è garantita la presenza dei responsabili di dipartimento, ferma restando la composizione prevista dall'articolo 3, comma 12. La gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

- a) presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità del 29 gennaio 1992, emanato ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime;
- b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità.

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere

inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, nonché i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico, delle facoltà di medicina e chirurgica, e, a richiesta dell'università, i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università.

4. Possono essere costituiti in azienda gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati del dipartimento di emergenza come individuato ai sensi dell'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni e integrazioni, e che siano, di norma, dotati anche di eliporto.

5. I policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile. Lo statuto dell'università determina, su proposta della facoltà di medicina, le modalità organizzative e quelle gestionali, nel rispetto dei fini istituzionali, in analogia ai principi del presente decreto fissati per l'azienda ospedaliera. La gestione dei policlinici universitari è informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

6. I presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, costituiti in aziende ospedaliere, si dotano del modello gestionale secondo quanto previsto dal presente decreto per le aziende ospedaliere; il direttore generale è nominato d'intesa con il rettore dell'università. La gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano. L'università e l'azienda stabiliscono i casi per i quali è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina per le decisioni che si riflettono sulle strutture universitarie. Nella composizione del consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.

7. Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, disciplinano entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le modalità di finanziamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

- a) prevedere l'attribuzione da parte della regione di una quota del Fondo sanitario destinata alla copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, determinata nella percentuale non inferiore al 30% e non superiore all'80% dei costi complessivi delle prestazioni che l'azienda è nelle condizioni di erogare, rilevabile sulla base della contabilità;
- b) prevedere gli introiti derivanti dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite

dalla regione all'atto della costituzione in azienda tenuto conto del costo delle prestazioni medesime e della quota già finanziata di cui alla lettera a) nonché dei criteri fissati ai sensi dell'articolo 8, comma 6;

- c) prevedere le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini, gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;
- d) prevedere i lasciti, le donazioni e le rendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda, ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni.

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della Giunta regionale e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, su delega del direttore sanitario dell'unità sanitaria locale, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del direttore generale e del direttore amministrativo dell'unità sanitaria locale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

10. Le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti.

All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 6% non superiore al 12% dei

posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di assoluta impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante convenzioni con case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Le convenzioni sono limitate al tempo strettamente necessario per l'approntazione degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovate. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfetaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129 in contrasto con le norme del presente decreto.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41, 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. I regolamenti del personale dei predetti presidi sono adeguati ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario naziona-

le, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

#### Art. 5 *Patrimonio e contabilità*

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito, e le attrezzature che, alla giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, fanno parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, sono trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; sono parimenti trasferiti al patrimonio delle unità sanitarie locali i beni di cui all'articolo 65, primo comma — come sostituito dall'articolo 21 del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni dalla legge 11 novembre 1983, n. 638 — della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. I trasferimenti di cui al presente articolo sono effettuati con decreto del Presidente della Giunta regionale. Tale decreto costituisce titolo per l'apposita trascrizione dei beni, che dovrà avvenire con esenzione per gli enti interessati di ogni onere relativo a imposte e tasse.

3. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

4. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le regioni provvedono ad emanare norme per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nel rispetto dei seguenti principi:

- a) prevedere l'adozione di un documento di piano che contenga le scelte e gli obiettivi che si intendono perseguire;
- b) prevedere l'adozione del bilancio pluriennale di previsione che comprenda, per ogni esercizio di riferimento, la previsione dei costi e dei ricavi di gestione. Il bilancio pluriennale evidenzia altresì gli investimenti previsti indicando anche le modalità di copertura e i riflessi previsti sui costi e ricavi di esercizio;
- c) prevedere l'adozione, entro il 15 ottobre di ciascun esercizio, coincidente con l'anno solare, di un bilancio preventivo economico annuale in pareggio, relativo all'esercizio successivo, secondo i livelli uniformi di assistenza sanitaria; il bilancio economico preventivo deve essere altresì riclassificato coerentemente con i principi di contabilità pubblica al fine di rappresentare le previsioni di competenza e di cassa delle entrate e delle spese;

- d) prevedere la destinazione dell'eventuale utile e le modalità di copertura delle eventuali perdite d'esercizio;
- e) prevedere che il finanziamento delle spese relativamente agli investimenti sia assicurato con: le quote assegnate sul Fondo sanitario nazionale in conto capitale; i fondi all'uopo accantonati; l'utilizzazione di altre fonti di autofinanziamento; i contributi in conto capitale dello Stato, delle regioni e di altri enti pubblici; ricorso a mutui e ad altre forme di credito con le modalità di cui all'articolo 3, comma 5; lettera f), punto 2;
- f) prevedere l'adozione della contabilità analitica, avente la finalità di supportare le attività di controllo di gestione, con separata rilevazione delle attività degli eventuali presidi ospedalieri;
- g) prevedere la tenuta delle seguenti scritture obbligatorie: il libro giornale; il libro degli inventari; il libro delle deliberazioni; il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori dei conti;
- h) prevedere la trasmissione alla regione ed ai ministeri competenti di un rendiconto trimestrale, sottoscritto dal direttore generale e dal direttore amministrativo, di riclassificazione finanziaria, redatto secondo le modalità previste dalle vigenti normative e dal quale risultino: le previsioni delle entrate e delle spese di competenza; i crediti e i debiti di bilancio distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti; le riscossioni, i pagamenti ed il fondo di cassa distinti tra esercizio in corso ed esercizi precedenti;
- i) prevedere, a partire dal 1° gennaio 1994, l'attivazione del nuovo sistema di rilevazione contabile previo esperimento per un periodo di un anno in cui esso viene affiancato alla vigente contabilità finanziaria.

5. Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto è predisposto, tenuto conto dell'esigenza di consolidamento dei conti pubblici e dell'informatizzazione da finalizzare anche agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni ed integrazioni, apposito schema, con decreto interministeriale emanato d'intesa fra i Ministri del tesoro e della sanità. Per l'evidenziazione delle spese del personale si provvede secondo le disposizioni emanate ai sensi dell'articolo 2, lettera h) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

#### Art. 6

##### *Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*

1. Le regioni stipulano specifici protocolli d'intesa con

le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario delle facoltà di medicina, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali. La programmazione sanitaria, ai fini dell'individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, deve tener conto della presenza programmata delle strutture universitarie. Le università e le regioni possono, di intesa, costituire policlinici universitari, mediante scorporo e trasferimento dei singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie o ospedaliere, accorrandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere e le unità sanitarie locali interessate.

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale, le università, le regioni, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 257/91, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257.

3. A norma dell'articolo 1, lettera a), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sa-

nità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private accreditate e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente. I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono stipulati dal Ministro della sanità e dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentite le istituzioni interessate di cui al comma 1. I predetti ministri forniscono congiuntamente gli indirizzi per la corretta applicazione degli accordi.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria svolge anche le funzioni assistenziali.

#### Art.7

##### *Presidi multizonali di prevenzione*

1. La legge regionale attribuisce la gestione dei presidi multizonali di prevenzione ad un apposito organismo per la prevenzione, unico per tutto il territorio regionale, costituito secondo i principi di cui all'articolo 3, comma 1, nei termini di cui al comma 5 dello stesso articolo. Per le specifiche funzioni allo stesso attribuite il direttore sanitario dell'organismo, in deroga a quanto previsto all'articolo 3, è denominato direttore tecnico sanitario ed è un laureato appartenente al ruolo sanitario o professionale. Il consiglio

dei sanitari assume la denominazione di consiglio dei sanitari e dei tecnici ed è costituito da laureati del ruolo sanitario e professionale, nonché da una rappresentanza del restante personale tecnico.

2. Al fine di assicurare indirizzi omogenei ai controlli ed alla prevenzione nonché di pervenire ad una idonea strumentazione e dotazione tecnica su tutto il territorio regionale, le regioni riorganizzano gli attuali presidi multizonali di prevenzione secondo i seguenti principi e criteri:

- a) definire l'ambito territoriale dei presidi multizonali di prevenzione, di norma su base provinciale;
- b) riorganizzare i presidi multizonali di prevenzione su base dipartimentale articolandoli in almeno due sezioni, delle quali una per la prevenzione ambientale, che svolgono, in ragione delle specifiche competenze, anche funzione di consulenza e di supporto del Ministero della sanità e del Ministero dell'ambiente;
- c) attribuire ai dipartimenti di cui alla lettera b), secondo il criterio di ripartizione in sezioni, le funzioni di coordinamento tecnico dei servizi delle unità sanitarie locali di cui alla lettera e), nonché di consulenza e supporto a comuni, province e altre amministrazioni pubbliche;
- d) prevedere che i dipartimenti di cui alla lettera b) svolgano attività di analisi sulla base dei programmi regionali ovvero a richiesta dei soggetti di cui alle lettere b) e c) nonché su richiesta delle unità sanitarie locali;
- e) riorganizzare gli attuali servizi delle unità sanitarie locali che svolgono le funzioni previste dagli articoli 16, 20, 21 e 22 della legge n. 833/78, fatte salve le competenze attribuite dalla legge ad altre autorità, in un apposito dipartimento per la prevenzione;
- f) articolare il dipartimento di cui alla lettera e) almeno nei seguenti servizi:
  - 1) prevenzione ambientale;
  - 2) igiene degli alimenti;
  - 3) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
  - 4) igiene e sanità pubblica;
  - 5) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento tecnico delle attività di sanità pubblica veterinaria.

4. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono

assicurate congiuntamente dal Ministero della sanità e dal Ministero dell'ambiente che si avvalgono, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli Istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA, e degli istituti zooprofilattici sperimentali.

5. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

## TITOLO II

### PRESTAZIONI

#### Art. 8

#### *Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*

1. Il rapporto tra il servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto de seguenti principi:

- a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricasazione della scelta da parte del medico quando ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;
- c) prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero;
- d) prevedere che l'accertato e non dovuto pagamento anche parziale da parte dell'assistito delle prestazioni previste in convenzione comporta il venir meno del rapporto con il Servizio sanitario nazionale;
- e) concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le pre-

stazioni da assicurare in base ad un compenso capitolario per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

- f) definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione, e una quota variabile in funzione delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;
- g) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che nell'arco di un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto l'accesso medesimo sia consentito a tutti i medici forniti dell'attestato di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 o titolo equipollente ai sensi del predetto decreto. L'anzidetto attestato non è richiesto per i medici incaricati di guardia medica e per i medici titolari di incarico ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 febbraio 1992, n. 218, che siano in servizio alla data del 31 dicembre 1992;
- h) prevedere la cessazione degli istituti normativi previsti dalla vigente convenzione, riconducibile direttamente o indirettamente al rapporto di lavoro dipendente.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica di cui al Prontuario terapeutico nazionale per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari nei limiti previsti dai livelli di assistenza;
- b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito e nei limiti del prezzo fissato per i farmaci dai provvedimenti del CIP e per gli altri prodotti dai relativi tariffari. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta correlata del bollino o ad altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamen-

to del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

- c) mandate ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ad ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. Con il medesimo provvedimento sono fissati i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati ed i criteri per l'aggiornamento dei suddetti requisiti minimi, nonché per la classificazione dei presidi e delle strutture in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e per le attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni. La disciplina di cui al presente comma si applica anche alle corrispondenti strutture pubbliche.

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'articolo 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Ferma restan-

do la facoltà di libera scelta del presidio o del professionista erogante da parte dell'assistito, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente comma è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale, dal medico di fiducia dell'interessato. Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma sono tenute presenti le specialità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, d'intesa con la sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, entro il 31 dicembre 1993, le regioni e le unità sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Agli eventuali oneri derivanti dalla cessazione dei rapporti convenzionali vigenti si fa fronte in via prioritaria con appositi accantonamenti di quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente a decorrere dal 1994.

#### Art. 9

##### *Forme differenziate di assistenza*

1. Al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni, fermi restando i livelli uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 e la libera scelta del cittadino, le regioni possono prevedere, nell'ambito della programmazione regionale, in via graduale e sperimentale a partire dal 1° gennaio 1995, forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni, nonché le sperimentazioni gestionali previste dall'articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e ne regolamentano l'attuazione fissando gli ambiti rimessi all'unità sanitaria locale. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto

con i Ministri del tesoro e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono determinate, per ciascun triennio di validità del piano sanitario nazionale, le quote di risorse destinabili per la gestione delle forme di assistenza differenziate di cui al comma 1 tenendo conto dei principi di solidarietà propri del Servizio sanitario nazionale, e avendo riguardo all'obiettivo di garantire risultati di economicità. Con il medesimo decreto sono fissati i requisiti dei soggetti di cui al comma 3, lettera h) e i criteri per il trasferimento delle quote, avendo riguardo all'esigenza di costituzione di un fondo di garanzia in favore dei soggetti aderenti alle forme differenziate alimentato esclusivamente mediante prelievi dalle quote di risorse come sopra determinate.

3. Le forme differenziate di assistenza possono consistere:

- a) nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento;
- b) nell'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione.

4. Le sperimentazioni gestionali di cui al comma 1 sono attuate attraverso convenzioni con organismi pubblici e privati per lo svolgimento in forma integrata di opere o servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia che supportano le convenzioni medesime. A tal fine la regione può dare vita a società miste a capitale pubblico e privato.

#### Art. 10

##### *Controllo di qualità*

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle

strutture erogatrici, con particolare riguardo alle prescrizioni relative alle attività di controllo della qualità delle prestazioni, e svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza. Il Ministro della sanità, nell'esercizio del potere di vigilanza, interviene avvalendosi dei propri uffici, dei Nuclei antisofisticazioni, dell'Arma dei Carabinieri nonché del personale di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 1° febbraio 1989, n. 37.

3. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4. Il Ministro della sanità accerta, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche mediante lettura ottica e delle commissioni professionali di verifica ed acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente.

### TITOLO III

### FINANZIAMENTO

#### Art. 11

#### *Versamento contributi assistenziali*

1. I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.

2. In sede di prima applicazione, nel primo trimestre 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.

3. I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le presta-

zioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla presentazione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertita, con le modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1., i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro quindici giorni dalla riscossione.

4. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale alle stesse scadenze previste per i soggetti di cui al precedente comma 1.

5. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n. 413.

6. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.

7. Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi tre mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di aprile 1993.

8. Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6 provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.

9. I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1° gennaio di ciascun anno dall'iscritto al Servizio sanitario nazionale.

10. Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento

autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la Tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accredito dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento all'intero primo trimestre 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 giugno 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nel primo trimestre 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

11. I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari intestati; in sede di prima applicazione il rendiconto del primo trimestre 1993 è inviato alle regioni con il rendiconto del secondo trimestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione in Parlamento del Rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.

12. Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, e l'articolo 17 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1949, e l'articolo 2 del regio decreto 24 settembre 1940, n. 1954.

13. Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1993.

14. Per l'anno 1993 il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.

15. Per l'anno 1993 il CIPE su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nelle more di attuazione dei decreti di cui al comma precedente delibera l'assegnazione in favore delle regioni, a titolo di acconto, delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale attribuiti

a ciascuna delle regioni. Entro il mese di febbraio 1994 il CIPE con le predette modalità provvede all'assegnazione definitiva in favore delle regioni delle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente 1993, ad esse effettivamente spettanti. Il Ministro del tesoro è autorizzato a procedere alle risultanti compensazioni a valere sulle quote del Fondo sanitario nazionale, parte corrente erogata per l'anno 1994.

16. In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni nella legge 25 gennaio 1990, n. 8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi sette mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

## Art. 12

### *Fondo sanitario nazionale*

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. Una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

1) attività di ricerca corrente e finalizzata da:

a) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;

b) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;

c) Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;

d) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;

e) centri di ricerca per l'erogazione di attività sanitarie di alta specialità di eccellenza a rilievo nazionale ed internazionale;

2) iniziative centrali previste da leggi nazionali riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie o biotecnologie sanitarie.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è riparti-

to con riferimento al triennio successivo entro il 31 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

- a) popolazione residente;
- b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;
- c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

4. Il Fondo sanitario nazionale assicura altresì quote di finanziamento destinate a:

- a) riequilibrio a favore delle regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento, da attuarsi nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto;
- b) riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicazioni qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

5. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel fondo comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, con parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

#### Art. 13

##### *Autofinanziamento regionale*

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

2. Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

3. Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.

#### TITOLO IV

##### PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

#### Art. 14

##### *Diritti dei cittadini*

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto di informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, si avvale della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti

dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il direttore sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso agli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle appa-

recchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro i 30 giugno 1993.

7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, sulla base di quanto previsto dalle legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

## TITOLO V PERSONALE

### Art. 15

#### *Disciplina della dirigenza del ruolo sanitario*

1. La dirigenza del ruolo sanitario è articolata in due livelli.

2. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del primo livello sono attribuite le funzioni di supporto, di collaborazione e corresponsabilità, con riconoscimento di precisi ambiti di autonomia professionale, nella struttura di appartenenza, da attuarsi nel rispetto delle direttive del responsabile. Al personale medico e delle altre professionalità sanitarie del secondo livello sono attribuite funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione dei provvedimenti relativi, necessari per il corretto espletamento del servizio; spettano, in particolare, al dirigente medico appartenente al secondo livello gli indirizzi e, in caso di necessità, le decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici; al dirigente delle altre professioni sanitarie spettano gli indirizzi e le decisioni da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza.

3. Al primo livello della dirigenza del ruolo sanitario si accede attraverso concorso pubblico al quale pos-

sono partecipare coloro che abbiano conseguito la laurea nel corrispondente profilo professionale, siano iscritti all'albo dei rispettivi Ordini ed abbiano conseguito il diploma di specializzazione nella disciplina. Il secondo livello dirigenziale del ruolo sanitario è conferito quale incarico a coloro che siano in possesso dell'idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17. L'attribuzione dell'incarico viene effettuata, previo avviso da pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, dal direttore generale in base alla graduatoria di una apposita commissione di esperti. La commissione è nominata dal direttore generale ed è composta dal direttore sanitario e da due esperti, di cui uno designato dalla regione tra i professor universitari ordinari della disciplina, ed uno designato dal consiglio dei sanitari tra i dirigenti di secondo livello della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, in caso di mancata designazione da parte della regione e del consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla richiesta, la designazione è effettuata dal Ministro della sanità su richiesta dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. La commissione forma la graduatoria previo colloquio e valutazione del curriculum professionale degli interessati. Contestualmente alla nomina viene attribuito l'incarico che ha durata quinquennale, dà titolo a specifico trattamento economico ed è rinnovabile. Il rinnovo e il mancato rinnovo sono disposti con provvedimento motivato dal direttore generale previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da una commissione nominata dal direttore generale e composta dal direttore sanitario e da due esperti scelti tra i dirigenti della disciplina dipendenti dal Servizio sanitario nazionale e appartenenti al secondo livello dirigenziale, di cui uno designato dal Consiglio dei sanitari e l'altro dal corrispondente ordine professionale, entrambi esterni all'unità sanitaria locale. Il dirigente non confermato nell'incarico è destinato ad altra funzione con la perdita del relativo specifico trattamento economico; contestualmente viene reso indispensabile un posto di organico del primo livello dirigenziale.

4. Il personale appartenente alle posizioni funzionali apicali può optare in prima applicazione del presente decreto per il rapporto quinquennale rinnovabile di cui comma precedente.

5. Il personale che accede alle posizioni apicali dopo l'entrata in vigore del presente decreto è soggetto alla verifica di cui al comma 3.

#### Art. 16 *Formazione*

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese le guar-

die, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

#### Art. 17

#### *Regolamentazione esame di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione*

1. L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che siano in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione.

2. L'esame per il conseguimento della idoneità nazionale è diretto ad accertare le capacità professionali, organizzative e di direzione del candidato e consiste nella effettuazione di prove teorico-pratiche nella specifica disciplina.

3. Le prove consistono in test di domande a risposte multiple e soluzione di casi pratici simulati nelle materie attinenti le specifiche professionalità assegnati a ciascun candidato in via casuale. Le prove sono effettuate con l'utilizzazione diretta da parte dei candidati di appositi strumenti informatici che, in relazione alle risposte e alle soluzioni date, indichino contestualmente l'esito della prova ed il relativo punteggio.

4. I criteri generali per la predisposizione e la valutazione dei test teorici e dei casi pratici simulati, che devono consentire la verifica, oltre che della professionalità posseduta anche delle capacità organizzative e di direzione, sono stabiliti da una apposita commissione costituita presso il Ministero della sanità e presieduta dal presidente del Consiglio superiore di sanità o da un presidente di sezione del predetto Consiglio da lui delegato. I test teorici e i casi pratici simulati nelle materie d'esame sono predisposti da apposite commissioni costituite presso il Ministero della sanità con esperti di comprovata professionalità.

5. Le idoneità nelle specifiche discipline per ciascuna categoria professionale, le procedure, le modalità di espletamento degli esami ed i requisiti di ammissione dei candidati, ivi compreso il curriculum professionale, sono fissati con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. Possono essere previste idoneità con accesso riservato a più categorie professionali.

6. Il Ministero della sanità, con unito bando nazio-

nale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale*, indice ogni due anni gli esami di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione per singole discipline. L'elenco dei candidati che hanno superato l'esame è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*. Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco degli idonei, che è pubblicato annualmente nella *Gazzetta Ufficiale*.

7. Fino a quando non sarà attivato il sistema di svolgimento degli esami in forma automatizzata, le modalità di espletamento sono stabilite con il decreto di cui al comma 5.

8. Il possesso dell'idoneità nazionale conseguito secondo la normativa vigente in materia alla data di entrata in vigore del presente decreto costituisce titolo per l'esonero parziale dallo svolgimento dei test teorici negli esami di cui al comma 2, secondo criteri fissati a norma del comma 5. A tal fine sono previsti bandi nazionali riservati.

9. Al personale in servizio presso le strutture e i presidi delle unità sanitarie locali, che sia titolare alla data di entrata in vigore del presente decreto di un posto di ruolo di posizione funzionale apicale può essere conferito in altra unità sanitaria locale o azienda ospedaliera un incarico di direzione corrispondente al posto in cui è titolare a prescindere dal possesso del requisito dell'idoneità prevista dal presente articolo.

10. L'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, è abrogato; gli esami di idoneità già banditi e non ancora espletati alla data di entrata in vigore del presente decreto sono revocati.

11. Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al precedente comma 6, le idoneità conseguite secondo la vigente normativa sono valide ai fini dell'accesso al secondo livello dirigenziale.

## TITOLO VI

### NORME FINALI E TRANSITORIE

#### Art. 18

##### *Norme finali e transitorie*

1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme emanate in applicazione dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, in quanto applicabili, prevedendo:  
i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;

i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;  
le prove di esame;  
la composizione delle commissioni esaminatrici;  
le procedure concorsuali;  
le modalità di nomina dei vincitori;  
le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo di cui all'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207. Per un quinquennio a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto nei concorsi pubblici per l'accesso alla posizione funzionale già corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario il 40 per cento dei posti che si renderanno vacanti sono riservati al personale di ruolo della disciplina nella posizione funzionale corrispondente al nono livello in servizio presso la unità sanitaria locale o l'azienda ospedaliera che bandisce il concorso. Ai predetti concorsi i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, possono partecipare in deroga al requisito dell'età. Il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente al decimo livello è inquadrato, in prima applicazione, nel primo livello dirigenziale; il personale collocato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello è collocato nel secondo livello dirigenziale. Il personale di ruolo che resta in servizio con la qualifica di assistente medico è rappresentato, ai fini della contrattazione, nell'area dirigenziale medica.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi su autorizzazione della regione per esigenze di carattere straordinario. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207.

4. Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbli-

bligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche delle aree tecnico-scientifica e socio-sanitaria.

5. Per quanto non previsto dal presente decreto le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere si adeguano ai principi stabiliti dal decreto legislativo emanato ai sensi dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

6. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'assistenza dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

7. Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 615, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 615, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con de-

creto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. A decorrere dal 1° gennaio 1994 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai Regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I rapporti finanziari di cui al presente comma sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

8. Ferma restando la disciplina di cui all'articolo 6, comma 4, del decreto legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito con modificazioni dalla legge 14 novembre 1992, n. 438 in materia di determinazione del tetto massimo di spesa per la fruizione dell'assistenza farmaceutica nei confronti dei soggetti ivi contemplati, le regioni possono prorogare fino al 1° febbraio 1993 la decorrenza degli effetti della disciplina medesima.

#### Art. 19

##### *Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome*

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ai sensi degli statuti di autonomia e delle relative norme di attuazione.

#### Art. 20

##### *Entrata in vigore*

1. Le disposizioni del presente decreto entrano in vigore a decorrere dal 1° gennaio 1993.





Lettera alle V.I. e agli I.P. che assistono il "bambino critico"

**C**are colleghe,  
*le Vigilatrici d'Infanzia hanno sempre rappresentato una minoranza all'interno della Professione infermieristica.*

*Nella logica attuale in cui si parla ancora di "professioni infermieristiche" quella della Vigilatrice d'Infanzia è la professione numericamente inferiore ed è anche la più giovane (le nostre scuole sono state istituite con la Legge n. 1098 del 1940 - 15 anni più tardi rispetto a quelle per infermiere professionali).*

*Come tutte le minoranze, spesso abbiamo subito delle penalizzazioni.*

*La legge istitutiva stabilisce che "la V.I. si occupa dell'assistenza al bambino sano e malato" e che il possesso di questo diploma costituisce titolo preferenziale (non obbligatorio) per la copertura di posti nei reparti e nei servizi rivolti all'infanzia.*

*I programmi di studio per l'acquisizione sono stati stabiliti per la prima volta nel 1978 (38 anni dopo la legge istitutiva) e, solo nel 1974 con il DPR n. 225, comunemente conosciuto come "mansionario" si è chiarito in maniera esplicita una connotazione infermieristica di questa figura professionale.*

*La scelta del nome Vigilatrice dell'Infanzia non credo sia stata delle più felici ed anche il Vocabolario della lingua italiana ne ignora il vero significato.*

*Il numero esiguo delle Scuole — ancora inesistenti in alcune regioni —; una professionalità limitata al solo ambito pediatrico e, viceversa l'andamento demografico del nostro Paese; sono fattori che sicuramente hanno influito negativamente sul nostro riconoscimento, molte amministrazioni preferiscono assumere I.P. anche per i reparti e servizi pediatrici che possono essere "riciclati" in tutti i servizi sanitari.*

*Le possibilità di progresso di carriera sono state per noi sempre estremamente limitate: il corso per abilitazioni alle funzioni direttive viene attivato in non più di quattro Scuole ogni anno, corsi di specializzazione specifici non possono essere ovviamente che istituiti in pochissime scuole inseriti in grandi ospedali.*

*La conseguenza è stata la creazione di un sistema chiuso: molte di noi lavorano nello stesso ospedale in cui hanno frequentato la scuola, quelle che lavorano in ospedali generali, trascorrono spesso tutta la loro vita professionale nello stesso reparto o servizio; il confronto nei momenti formativi successivi, per le poche che hanno potuto goderne, è avvenuto sempre e solo con le persone con le stesse esperienze professionali.*

*Ricordo che molte di noi per essere assunte si sono accontentate della qualifica di infermiera generica.*

*Il 26 febbraio u.s., si è svolta presso la sede della Federazione Nazionale Collegi IPASVI una riunione con i rappresentanti delle associazioni infermieristiche per discutere delle proposte per la formazione complementare in questo nuovo panorama della formazione infermieristica.*

*In quella sede si è discusso anche della formazione dell'infermiere responsabile dell'assistenza al bambino e alla famiglia.*

*Su questo argomento in passato all'interno del gruppo V.I. si sono sempre delineate due posizioni: c'era chi sosteneva la necessità di continuare con un percorso formativo specifico per l'acquisizione di un diploma che limiti l'operatività al solo ambito pediatrico e c'era chi sosteneva la necessità di superare questa realtà arrivando ad un corso di specializzazione successivo al diploma di base.*

*Come sempre, entrambe le opinioni presentano vantaggi e svantaggi e come sempre di fronte a posizioni antitetiche la scelta lascerà qualcuno scontento.*

*Anche alla riunione non sono emerse posizioni univoche ma alla fine è prevalsa la scelta della formazione complementare in sintonia anche a quanto previsto nella raccomandazione n. 5-83 del Consiglio d'Europa.*

*Sicuramente per tutti noi, anche per chi come me ha sempre optato per la formazione complementare, la chiusura delle nostre scuole e la progressiva scomparsa di questa figura professionale non può che essere vissuto a livello emotivo con un senso di "perdita".*

*A questo punto sarà molto importante la tutela dei diplomi già acquisiti e della professionalità di tutte noi appartenenti ad una categoria professionale "in via di estinzione".*

*Per la formazione complementare si dovranno formulare programmi uniformi su tutto il territorio nazionale che mettano lo studente in grado di acquisire quelle conoscenze, quelle abilità e di sviluppare quegli atteggiamenti indispensabili per poter assistere al meglio il bambino e la famiglia.*

*Ritengo che il nostro contributo sarà indispensabile e che l'esperienza maturata in tutti questi anni dovrà essere valorizzata.*

*Il bambino, soprattutto in questi ultimi anni ha goduto all'interno dei servizi sanitari di una maggior attenzione rispetto al resto dell'utenza: il processo di "umanizzazione" delle cure è stato sicuramente avviato nei nostri reparti e servizi pediatrici e, se è vero che spesso la spinta propulsiva a questo processo è venuta da altri professionisti è altrettanto vero che senza il contributo di tutti gli infermieri che operano in questo ambito il cambiamento non avrebbe potuto avvenire. Anche queste, a mio avviso, sono esperienze che andrebbero "esportate" ed estese agli altri servizi. Siamo in tante iscritte all'Aniarti che credo sia una delle poche, se non l'unica associazione infermieristica ad avere una folta nostra rappresentanza all'interno dei propri organi associativi: Annunziata Pinzari e la sottoscritta nel Consiglio Direttivo e Maria Teresa Lolla e Mirella Lorenzutti nel Consiglio Nazionale.*

*Sono iscritti all'Aniarti anche molti infermieri professionali che lavorano con il bambino "critico". Il bambino e la famiglia, pongono sicuramente problematiche assistenziali diverse da quelle poste dall'adulto; perché non riservare uno spazio di SCENARIO affinché problematiche ed esperienze possano essere divulgate e confrontate?*

*Aspetto le vostre proposte e i vostri lavori.*

Giuliana Pitacco

# COMUNICAZIONE

Il giorno 26 febbraio si è svolta nella sede della Federazione Nazionale Collegi IPASVI una riunione con i rappresentanti di alcune associazioni infermieristiche e di alcuni responsabili di corsi di formazione infermieristici per discutere della formazione complementare o specialistica.

È noto che la legge di riordino complessivo della formazione infermieristica è ancora in discussione e che il Decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica del 2 dicembre 1991 (vedi SCENARIO n. 2/92) autorizza le Università italiane ad istituire il Corso per l'acquisizione del Diploma Universitario in Scienze infermieristiche.

Nel Decreto Legge n. 502/92 (vedi inserto) l'articolo 6, terzo comma recita: "A norma dell'articolo 1 lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera. Il relativo ordinamento didattico è definito ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le istituzioni private accreditate e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I diplomi conseguiti presso le predette scuole sono rilasciati a firma del responsabile delle medesime e del rettore dell'università competente. I corsi di studio previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai

*sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, garantendo comunque il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado. Ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado."*

Si evince quindi che in questo momento, in assenza di una legge di riordino complessivo, l'unico provvedimento legislativo al quale riferirsi è la Legge n. 341/90 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari" che all'articolo 1 prevede i seguenti percorsi:

- diploma universitario (DU);
- diploma di laurea (DL);
- diploma di specializzazione (DS);
- dottorato di ricerca (DR).

Nell'ambito di tale legge si specifica all'articolo 4 che i diplomi di specializzazione si acquisiscono dopo il diploma di laurea e all'articolo 6 "Formazione finalizzata e servizi didattici integrativi" 2° comma che le università sono autorizzate ad attivare nei limiti delle risorse finanziarie disponibili nel proprio bilancio corsi di perfezionamento e aggiornamento professionale (punto c).

L'ordinamento di questi corsi è disciplinato per ciascun ateneo, da un regolamento degli ordinamenti didattici, denominato "regolamento didattico di ateneo"; alla fi-

ne del corso viene rilasciato un attestato di partecipazione.

Ricordiamo che nella tabella XXXIX ter allegata al Decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica istitutivo dei DU in Scienze Infermieristiche sono previsti i seguenti corsi di perfezionamento:

- assistenza clinica;
- geriatria;
- assistenza chirurgica;
- assistenza domiciliare;
- assistenza domiciliare geriatrica;
- funzioni didattiche e direttive (caposala);
- sanità pubblica;
- igiene ed epidemiologia ospedaliera;
- pediatria e neonatologia;
- ostetricia.

Il corso di perfezionamento così come previsto nella legge 341/90 non sembra corrispondere a quanto noi intendiamo per corso di specializzazione o di formazione complementare.

All'incontro erano presenti:

- La Presidente della F.N. Collegi IPASVI, suor O. D'Avella;
- la Vicepresidente, A. Poli;
- alcuni membri del Comitato Centrale: O. Malvoni, E. Cavanna, M.G. Astorino;
- le direttrici delle Scuole Vigilatrici d'Infanzia di:
  - Genova;
  - Napoli;
  - Torino;
- le direttrici dei Corsi di specializzazione in Assistenza Psichiatrica di:
  - Trieste;
  - S. Daniele del Friuli;
- una Collega di Reggio Emilia responsabile di una sperimentazione didattica che prevede l'insegnamento dell'assistenza psichiatrica nel triennio di base;
- I Presidenti e o i rappresentanti delle seguenti associazioni infermieristiche:
  - coordinamento caposala;
  - ANIN (infermieri neuroscienze);

ANIPIO (associazione nazionale infermieri prevenzione infezioni ospedaliere);  
ANIARTI.

La riunione è stata convocata per accogliere le proposte delle associazioni in riferimento a: sede, denominazione, durata e contenuti dei corsi di formazione complementare nei diversi settori dell'assistenza infermieristica.

L'Aniarti ha riproposto il corso di specializzazione per l'assistenza infermieristica in area critica, già ampiamente divulgato su questa rivista (vedi SCENARIO 2/'91 e 3/'92) e si è dichiarata disponibile a rivedere ed eventualmente ampliare alcune parti relative a contenuti specifici (per esempio l'assistenza infermieristica alla persona nefropatica, alla persona sottoposta ad intervento neurochirurgico, ecc. ...)

È stato raggiunto il completo accordo tra i convenuti sui seguenti punti:

- evitare una frammentazione delle specializzazioni: l'infermiere

assiste la persona e non la patologia del quale la persona è affetta;

- attenersi a quanto previsto dalla Raccomandazione 5/'83 del consiglio d'Europa che prevede le specializzazioni infermieristiche per aree, e quindi attivare le seguenti specializzazioni in:

assistenza territoriale;  
prevenzione delle infezioni ospedaliere;  
ostetricia;  
psichiatria;  
pediatria;  
area critica;

- prevedere corsi di formazione complementare di una durata non inferiore alle 1600 - 1700 ore comprensive del tirocinio.

Inoltre si è discusso molto sulla Laurea in Scienze infermieristiche in antitesi a quanto previsto in alcune proposte di legge di riordino della formazione nelle quali si prevede l'istituzione di diplomi di Laurea per la Docenza e la Dirigenza o di diplomi di laurea in Scienze sanitarie, comuni a tutte le professioni sanitarie intermedie

(così infatti, vengono definite le professioni degli infermieri e dei tecnici sanitari e dei terapisti della riabilitazione).

La laurea nella specifica disciplina infermieristica, ad avviso dell'Aniarti è un punto sul quale non si può transigere.

In università, da sempre si acquisiscono diplomi di laurea nelle specifiche discipline, sono poi le normative concorsuali che definiscono funzioni e requisiti specifici. Un Preside, un Primario non sono in possesso di una laurea specifica per la dirigenza.

La disciplina infermieristica esiste, con strumenti e metodologie proprie, non può e non deve essere considerata "la costola" di qualche altra professione.

**Raniero D'Amuri**

**Giuliana Pitacco**

presenti alla riunione  
in rappresentanza dell'Aniarti.

# COSA CAMBIA NEL S.S.N. DOPO LA LEGGE 421 DD. 23 OTTOBRE 1992

*Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione della disciplina in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*

D.A.I. Licia Giuliana Sema

Il professionista che si ponga di fronte al mutato quadro legislativo, limitandosi alla pura e semplice analisi del testo di riforma, corre il rischio di avere solo una lettura miope, sostanzialmente distorta, sia per il professionista ma ancora prima per il cittadino. Non si possono infatti comprendere, fino in fondo, le grandi trasformazioni che sono in essere nel S.S.N. se non procedendo ad un'analisi comparata della legislazione fondamentale che si è succeduta nel nostro

Paese dal 1968 al 1992 (tab. 1).  
Si propone una disamina su queste voci:

1. principi e obiettivi (tab. 2);
2. struttura organi (tab. 3);
3. finanziamento (tab. 4);
4. ordinamento dei servizi (tab. 5);
5. personale (tab. 6);
6. controllo di qualità (tab. 7).

TABELLA 1 - Riferimenti legislativi

<i>Legge 12 dicembre 1968 n. 132</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
Enti Ospedalieri e assistenza ospedaliera	Istituzione del S.S.N.	Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego, finanza territoriale. Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421.

## 1. PRINCIPI ED OBIETTIVI

TABELLA 2 - Principi ed obiettivi.

<i>Legge 12 febbraio 1968 n. 132</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
Art. 1 - L'assistenza ospedaliera fornita a favore di tutti i cittadini italiani esclusivamente dagli enti ospedalieri... dagli ospedali psichiatrici e dagli istituti a carattere scientifico.  Art. 2 - <i>Obbligo di ricovero</i> dei cittadini italiani e stranieri che necessitano di cure urgenti per qualsiasi malattia o infortunio, assistiti o no da mutue, assicurazioni, ecc. Sul ricovero decide il medico di guardia.	Art. 1 - La Repubblica tutela la salute fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il S.S.N. La tutela della salute fisica e psichica avviene nel <i>rispetto della dignità e libertà</i> della persona, senza distinzioni di condizioni sociali e individuali secondo modalità che assicurano <i>l'uguaglianza dei cittadini</i> nei confronti del servizio sanitario. Il S.S.N. è il complesso di <i>funzioni, attrezzature, servizi ed attività</i> destinati a:	Al fine della razionale <i>utilizzazione delle risorse</i> destinate al S.S.N., del perseguimento dell' <i>efficienza</i> , di equità distributiva e del <i>contenimento della spesa</i> sanitaria assicurando a tutti i cittadini libero accesso alle cure e <i>gratuità del servizio nei limiti</i> e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente il Governo è delegato a emanare decreti legislativi: - riordino dei tickets; - lotta alle evasioni;

*Segue*

Legge 12 febbraio 1968 n. 132	Legge 23 dicembre 1978 n. 833	Legge 23 ottobre 1992 n. 421
	<p>promozione mantenimento recupero della salute fisica e psichica.</p> <p>Art. 2 - ... moderna coscienza sanitaria, - prevenzione malattie e infortuni; - igiene suolo e alimenti; - superamento squilibri territoriali; - sicurezza del lavoro; - procreazione responsabile; - tutela maternità e infanzia, anziani, i malati di mente, i tossicodipendenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- U.S.L. come aziende;</li> <li>- riduzione delle stesse;</li> <li>- attribuzione dei contributi riscossi alle Regioni;</li> <li>- forme di assistenza differenziate per tipologia di prestazioni.</li> </ul>

Si può vedere come già nel '68 veniva previsto l'obbligo di ricovero dei cittadini italiani e stranieri necessitanti di cure urgenti per qualsiasi malattia o infortunio sia che fossero o no assistiti da Mutue, Assicurazioni, etc.

L'individuazione di chi era tenuto al pagamento avveniva in un secondo momento. La Legge di riforma 833 riprende il principio costituzionale della tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32).

Viene ribadito il principio di uguaglianza tra i cittadini, nonché il principio del rispetto della libertà e dignità della persona.

Rispetto la 1322/68 la 833 amplia i diritti dei cittadini prevedendo non più solo la cura per le malattie ma anche la prevenzione ed il recupero della salute fisica e psichica.

Vien posto anche l'obiettivo di creare una moderna coscienza sanitaria, di tutelare la maternità e l'infanzia, gli anziani, i malati di mente, i tossicodipendenti, di garantire la sicurezza del lavoro, di presidiare l'igiene del suolo e degli alimenti superando gli squilibri esistenti sul territorio nazionale.

Il Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 si pone l'obiettivo della razionale utilizzazione delle risorse destinate al S.S.N., il perseguimento dell'efficienza, in contenimento della spesa sanitaria, prevedendo la gratuità del servizio secondo i criteri fissati dalla normativa vigente.

Fondamentale innovazione è rappresentata dalla trasformazione delle UU.SS.LL. in aziende e prevedendo forme di assistenza differenziate per tipologia di prestazioni.

Viene a cadere pertanto il principio di uguaglianza dei cittadini di fronte al diritto alla salute.

## 2. STRUTTURA-ORGANI

TABELLA 3 - *Struttura Organi.*

Legge 12 febbraio 1968 n. 132	Legge 23 dicembre 1978 n. 833	Legge 23 ottobre 1992 n. 421
<p>Ospedali zionali, provinciali, regionali. Ospedali generali, specializzati, Lungodegenti. Consiglio di Amministrazione. Presidente Collegio dei Revisori Consiglio dei Sanitari: Primari, Aiuti e Assistenti. Delibere</p>	<p>U.S.L.: complesso di servizi, uffici per i fini del S.S.N. L'Ospedale è un presidio dell'U.S.L. Assemblea generale Comitato di Gestione Presidente Ufficio di Direzione: Coordinatore Amm.vo Coordinatore Sanitario</p>	<p>U.S.L. è azienda. Ente strumentale della Regione con personalità giuridica, autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica. Direttore generale Collegio dei revisori Direttore Sanitario Direttore Amm.vo Coordinatore dei Servizi Sociali Consiglio dei sanitari: medici + <i>rappresentanza infermieri e tecnici sanitari.</i></p>

Nel 1968 il Consiglio di Amministrazione, che elegge nel suo seno il Presidente, è di nomina politica. Il Consiglio dei Sanitari è composto da Primari, Aiuti e Assistenti.

Nella 833 l'Ospedale diventa uno dei Presidi dell'U.S.L., aumenta la connotazione politica degli organi rappresentativi e gestionali. Per quanto riguarda l'organizzazione interna degli

ospedali, resta in vigore la L. 132 del '68. Nel '92 c'è la trasformazione dell'U.S.L. in azienda con personalità giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Dire che l'U.S.L. è un'azienda vuol dire che funzionerà secondo una logica analoga a quella di un'azienda privata, in base alle norme generali sull'attività produttiva privata.

Questa disciplina si rifletterà sulla gestione del personale (stato giuridico), su modo di amministrare il patrimonio, su criteri di economia.

L'unica differenza con l'azienda privata, sarà che svolgendo un servizio l'U.S.L. non opererà per il profitto ma per il fine pubblico di tutela della salute.

Il Direttore generale viene scelto in un elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità, composto da persone in possesso di specifici requisiti e assomma in sé tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'U.S.L., lo affiancano un Direttore Amministrativo ed un Direttore Sanitario, assunti con provvedimento motivato del Direttore Generale.

Sembra completato il tentativo di estromettere i partiti politici dalla gestione delle UU.SS.LL., iniziato con la nomina degli Amministratori Straordinari.

Gli ospedali si suddividono in Ospedali di rilievo nazionale, di riferimento dell'area di emergenza, tutti con autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica, nonché personalità giuridica.

Ospedali minori diventano Presidi delle UU.SS.LL. con autonomia economica e finanziaria, con preventivi e consuntivi per centri di costo.

Nel Consiglio dei sanitari, accanto ai medici, entra, per la prima volta, una rappresentanza degli infermieri e dei tecnici sanitari.

È interessante notare che nella Legge Delega 421 del 23 ottobre 1992, all'art. 1, comma d) si parlava di una rappresentanza dei servizi infermieristici, nel Decreto Legge 502 il termine servizio è stato soppresso, implicita negazione di quanto auspicato dalla professione.

Gli articoli del D.P.R. 128 incompatibili con la nuova normativa sono soppressi.

### 3. FINANZIAMENTO

TABELLA 4 - Finanziamento

<i>Legge 12 febbraio 1968 n. 312</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retta di degenza</li> <li>- F.N.O.</li> <li>- Possibilità di mutui.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- F.S.N.</li> <li>- Responsabilità in solido di amministratori e responsabili dell'Ufficio di Direzione delle spese eccedenti la quota loro attribuita, salvo esigenze straordinarie di morbilità.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- F.S.N. 1% per ricerca regolato dalle Regioni;</li> <li>- pagamento tickets;</li> <li>- quota di partecipazione alla spesa;</li> <li>- Forme differenziate di assistenza entro il '95;</li> <li>- concorso alla spesa;</li> <li>- mutue volontarie;</li> <li>- convenzioni;</li> <li>- società miste;</li> <li>- Ospedali di rilievo nazionale (policlinici universitari);</li> <li>- Ospedali di riferimento area della emergenza: con autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica, personalità giuridica;</li> <li>- Presidi delle UU.SS.LL. con autonomia economica e finanziaria con preventivi e consuntivi per centri di costo sulle prestazioni effettuate.</li> </ul>

Nel '68 il finanziamento è basato sulla retta di degenza.

È previsto un fondo nazionale ospedaliero nella previsione di spesa del Ministero della Sanità per sussidi agli enti per rinnovi di impianti ed esigenze funzionali degli ospedali.

Esiste la possibilità di contrarre mutui con le banche. Nella 833 il F.S.N. viene deciso annualmente con la legge finanziaria.

Gli amministratori ed i responsabili dell'Ufficio di Direzione dell'U.S.L. rispondono in solido delle spese

eccedenti alla quota loro attribuita, salvo esigenze straordinarie di morbilità.

Nella legge di riforma del '92, il F.S.N. resta, l'assegnazione in favore delle Regioni è effettuata dal C.I.P.E., nelle more dell'attuazione dei decreti attuativi previsti dall'art. 11.

Il F.S.N. prevede livelli di assistenza uniformi, le eccedenze di spesa sono a carico delle Regioni.

L'1% del F.S.N. viene utilizzato per il finanziamento di attività di ricerca corrente.

Verranno regolate dalle Regioni le modalità di paga-

mento dei tickets, la quota di partecipazione alla spesa a carico dei cittadini.

Entro il '95 dovranno essere regolamentate le forme differenziate di assistenza, attraverso il concorso al-

la spesa, le mutue volontarie, le convenzioni nonché le società miste.

Appare pertanto completata la trasformazione dell'Ente pubblico in Ente a forte connotazione privatistica.

#### 4. ORDINAMENTO DEI SERVIZI

TABELLA 5 - *Ordinamento dei Servizi.*

<i>Legge 12 febbraio 1968 n. 132</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
Art.36 Divisioni Sezioni	Dipartimenti	Dipartimenti P.L. per paganti 6 - 12 % Tot. P.L.

Si passa dalla suddivisione degli ospedali in Divisioni e Sezioni al concetto di dipartimentalizzazione previsto dalla 833, con finalità di meglio rispondere ai bisogni sanitari dell'utenza.

Nel '92, mantenendo l'impostazione dipartimentale, peraltro mai completamente decollata, viene introdotta la previsione di un 6 - 12% del totale dei P.L. adibiti ai paganti.

#### 5. PERSONALE

TABELLA 6 - *Personale.*

<i>Legge 12 febbraio 1968 n. 132</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
<p>Art. 39 - Sanitario: - medici e farmacisti Amministrativo Tecnico Sanitario Ausiliario: - Ostetriche - Ass. Sanitarie Visit. - I.P. - Vigilatrici Infanzia - Ass.Sociali - Tecnici di Riabilit. - Dietisti - I.G. Esecutivo: - cucine - portantini Assistenza religiosa Delega al Governo D.P.R. 128/69 - Ordin.Servizi Ospedal. Art. 8 - 120'/24h. - 1 C.S. - 1 I.P./24h. Art. 41 - C.S. - I.P. - V.I. Art. 43 - ASV e A.S. Art. 44 - CSSA e Direttore Didattico D.P.R. 130/69 - Stato Giuridico Art. 28 - diritto all'esercizio delle funzioni inerenti alla qualifica - uniformità di trattamento economico e normativo - formazione in sede ospedaliera.</p>	<p>Rapporto di pubblico impiego Delega al Governo D.P.R. 761 - 20 dicembre 1979 - trattamento economico omogeneo disciplinato da contratto nazionale unico triennale (Governo - Regioni - A.N.C.I. e OO.SS.) - divieto di attribuire compensi extra - ruoli nominativi regionali - gli iscritti ai ripetitivi collegi fanno parte del ruolo sanitario se esercenti in modo diretto attività attinenti alla tutela della salute - Art. 29 - diritto all'esercizio delle mansioni inerenti al profilo e posizione funzionale Divieto di adibire a mansioni inferiori Formazione gestita dalle Regioni.</p>	<p>Art. 15 - Dirigenza I livello Il livello con funzioni di direzione e organizzazione delle strutture da attuarsi anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa ... <i>Al dirigente delle altre professioni sanitarie competono gli indirizzi da adottare nei riguardi dei suddetti interventi limitatamente a quelli di specifica competenza</i> Formazione in sede ospedaliera regolamentata dall'art.9 Legge 19 novembre 1992 n. 341. Titolarietà della Direzione della Scuola Titolarietà dei corsi Per l'accesso alle Scuole per I.P. diploma di scuola secondaria superiore di II grado deroga per 3 anni (fine 1998) Rinnovabilità dell'incarico dirigenziale apicale dopo 5 anni - Corrispettivi economici collegati alla produttività - mobilità decisa dai dirigenti - possibilità di adibire a mansioni inferiori - rapporto di lavoro di tipo privato.</p>

Nel '68 il personale era suddiviso nel ruolo sanitario che comprendeva medici e farmacisti, ruolo amministrativo, tecnico, sanitario-ausiliario dove conferivano tutti gli operatori infermieristici e le assistenti sociali, ruolo esecutivo e personale di assistenza religiosa.

Viene data una delega al Governo per l'ordinamento dei servizi ospedalieri (D.P.R. 128 del '69), dove agli artt. 8, 41, 43 e 44 vengono stabiliti agli assi portanti per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, in particolare i 120' di assistenza nelle 24 ore e la presenza costante di un infermiere professionale, sempre nelle 24 ore.

Il D.P.R. 130 del '69 - Stato Giuridico - all'art. 28 prevede il diritto all'esercizio delle funzioni inerenti alla qualifica, l'uniformità di trattamento economico e normativo.

La formazione del personale avviene in sede ospedaliera. Il rapporto di lavoro è stabilito previo accordo nazionale tra sindacati e rappresentanti degli Enti Ospedalieri.

Con la 833 il rapporto di lavoro del personale è quello del pubblico impiego.

Viene data la delega al Governo per lo stato giuridico dei dipendenti - D.P.R. 761 - 20 dicembre 1979.

Il trattamento economico è omogeneo, disciplinato da un accordo nazionale triennale unico, reso esecutivo da un Decreto del Presidente della Repubblica. Esiste il divieto di attribuire compensi extra.

Gli infermieri, quali esercenti in modo diretto, attività attinenti alla tutela della salute ed iscritti ai rispettivi ordini e collegi, entrano a far parte del ruolo sanitario.

L'art. 29 prevede il diritto all'esercizio delle mansio-

ni inerenti al profilo e posizione funzionale con l'impossibilità di assegnare a mansioni superiori od inferiori.

Possono essere svolte mansioni superiori per 60 gg., senza compenso.

La formazione del personale infermieristico viene gestita dalle Regioni.

La nuova legge di riforma si occupa, per quanto riguarda il personale, solo della dirigenza.

È tutto da verificare se con il termine dirigente delle altre professioni si intenda parlare del personale infermieristico, viceversa è del tutto chiaro che al dirigente di II livello (primario) vengono attribuite funzioni molto più vaste di quanto previsto dalla legge del '68 e del '79.

Per il personale infermieristico, la formazione in sede ospedaliera, ma regolamentata dall'art. 9 della Legge n. 341 dd. 19 novembre 1992, pone i presupposti per la perdita della titolarità della direzione della scuola infermieristica.

Finalmente, ma con una deroga che durerà fino al '98 viene previsto per l'accesso alla Scuola per I.P. il diploma di scuola secondaria superiore, il che di fatto sancisce il duplice canale formativo.

La rinnovabilità dell'incarico dirigenziale apicale dopo 5 anni non viene estesa ai dirigenti di II livello (primari) che sono attualmente di ruolo.

Il fatto che i corrispettivi economici siano collegati alla produttività, che la mobilità sia decisa dai dirigenti e che esista la possibilità di adibire a mansioni inferiori, nonché il passaggio del rapporto di lavoro da pubblico a privato, completa la trasformazione del sistema sanitario nazionale da ente pubblico a ente con forti connotazioni privatistiche.

## 6. CONTROLLO DI QUALITÀ

TABELLA 7 - Controllo di qualità.

<i>Legge 12 febbraio 1968 n. 132</i>	<i>Legge 23 dicembre 1978 n. 833</i>	<i>Legge 23 ottobre 1992 n. 421</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- farmaci</li> <li>- alimenti</li> </ul>	<p>V.R.Q. delle prestazioni adottata in via ordinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revisione dei modelli organizzativi e dei flussi informativi</li> <li>- vigilanza delle Regioni sulle prescrizioni relative al controllo della qualità delle prestazioni</li> <li>- intervento diretto del Ministero della Sanità con i N.A.S.</li> <li>- con D.M.S. sentiti anche i collegi, sono stabiliti contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità.</li> </ul>

Inesistente nel '68, previsto su farmaci ed alimenti nel '78, diventa nella nuova Legge uno degli assi portanti, allorché si individua la V.R.Q. delle prestazioni come un'attività adottata in via ordinaria. Ma già il termine usato, controllo di qualità, è tale da non soddisfare i cultori della V.R.Q.

E questa accezione autoritaria è ben compendiata dall'ipotesi d'intervento diretto del Ministero della Sanità con il contributo dei Carabinieri dei NAS. La previsione di sentire i collegi per stabilire contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità non è tale da farci ben sperare alla luce

del passato recente che ha visto i nostri organismi istituzionali messi sistematicamente di fronte a decisioni già assunte.

### **Conclusioni**

Volutamente non si sono presi in esame i temi della partecipazione e della tutela dei diritti dei cittadini alla luce della considerazione che la partecipazione dei cittadini alla politica sanitaria non è mai realmente decollata dopo la 833, pertanto riesce molto difficile inquadrarla oggi nel contesto che si sta delineando. Si è cercato viceversa di procedere ad una disamina oggettiva delle trasformazioni in atto. Agli infermieri si propongono all'ordine del giorno problemi deontologici e problemi tecnici.

#### *Problemi deontologici:*

Come ci comporteremo rispetto al principio che prevede di erogare assistenza senza diversità di trattamento rispetto a razze, ideologie, condizioni sociali, quando saranno le condizioni oggettive a determinare comportamenti diversificati?

Quali posizioni prenderemo?

#### *Problemi tecnici:*

rispetto ad una legislazione che pone in primo piano l'efficienza, concetto economico rispetto all'efficacia che è un concetto sanitario, riteniamo di essere in possesso degli strumenti formativi per affrontare questa nuova realtà?

Chi di noi, fino ad oggi ha approfondito seriamente il tema della razionalizzazione della spesa sanitaria? Chi di noi ha preso in visione la contabilità dell'U.S.L.?

Chi di noi ha usato i centri di costo quale strumento per la gestione del servizio infermieristico?

Quali iniziative culturali sono state promosse dalla professione su questi temi?

A tutte queste domande spetta alla professione dare risposta in termini etici, tecnici e politici.

Un solo dato è certo: una professione si qualifica quando riesce a dare risposte concrete ai problemi del Paese ed oggi per il nostro Paese, per i cittadini italiani è di estrema importanza la razionalizzazione della spesa sanitaria.

Razionalizzazione che senza il coinvolgimento degli operatori medici ed infermieristici non sarà possibile realizzare, razionalizzazione che deve avvenire assicurando ai cittadini tutela dei diritti e qualità delle prestazioni.

# VENERDÌ ANIARTI IN TOSCANA

“Corso di aggiornamento 1993”

## “INFERMIERE, SAPERE ... E IL SAPER FARE”

Le giornate sono state organizzate a cura del gruppo Aniarti  
Regione Toscana

### **AREZZO, 2 aprile 1993**

c/o Scuola Infermieri Professionali  
Ospedale civile USL n. 23, via Acuto

PROGRAMMA: ore 15.00 - ore 18.00

Introduzione:

Iter Legislativo della Riforma sanitaria.

- Rianimazione Cardiopolmonare.
- Assistenza al paziente in ventilazione meccanica (aspetti tecnici e psicologici).

### **MASSA, 16 aprile 1993**

c/o Scuola Infermieri professionali  
USL n. 2, Aula Magna

PROGRAMMA: ore 15.00 - ore 18.00

Introduzione:

Iter Legislativo della Riforma sanitaria.

- Rianimazione Cardiopolmonare.
- Uso del Cell-Saver in S.O.
- Monitoraggio Emodinamico.

### **GROSSETO, 30 aprile 1993**

PROGRAMMA: ore 15.00 - ore 18.00

Introduzione: Iter Legislativo della Riforma sanitaria.

- Rianimazione Cardiopolmonare.
- Assistenza al paziente in ventilazione meccanica (aspetti tecnici e psicologici).

### **PISTOIA, 14 maggio 1993**

c/o Accademia Medica, Sala Filippo Pacini,  
Piazza Giovanni XXIII

PROGRAMMA: ore 15.00 - ore 18.00

Introduzione:

Iter Legislativo della Riforma sanitaria.

- Rianimazione Cardiopolmonare.
- Uso della Emofiltrazione
- Uso del Cell-Saver in S.O.

### **FIRENZE, 28 maggio 1993**

c/o Ospedale Careggi, USL 10/D

PROGRAMMA: ore 15.00 - ore 18.00

Introduzione:

Iter Legislativo della Riforma sanitaria.

- Rianimazione Cardiopolmonare.
- Uso della Emofiltrazione
- Uso della contropulsazione aortica.

Ore 18 - 19

- Assemblea dei soci.

*La partecipazione è gratuita.*

*Al termine degli incontri verrà rilasciato un attestato di partecipazione valido ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 761/79*

## SEGRETERIA SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA

### **BRESCHIGLIARO PAOLO**

c/o Rianimazione Ospedale di Grosseto  
Tel 0564-485248

### **MARSURI SERENA**

c/o Terapia Intensiva CCH  
USL 10/D Careggi (FI)  
Tel 055-4277706

### **LORENZETTI RENATA**

c/o Rianimazione Ospedale Ponteremoli (MS)  
Tel 0187-831561

### **COLLURÀ CLAUDIO**

c/o UTIC - USL 20 /A San Giovanni Valdarno (AR)  
Tel 055-9082596

### **SALVATORI PATRIZIA**

c/o Sala Operatoria CCH, USL 10/D Careggi (FI)  
Tel 055-4277569

ANIARTI FRIULI VENEZIA GIULIA  
III CONGRESSO REGIONALE

L'AREA CRITICA ED IL SERVIZIO 118:  
REALTÀ E PROSPETTIVE

GEMONA 27 MAGGIO 1993

**ORE 8.30 - 9.30**

Registrazione partecipanti  
Apertura Congresso  
Saluti e presentazione degli obiettivi delle due sessioni

**SESSIONE MATTUTINA 9.30 - 13.00**

- L'area critica ed il servizio di emergenza sanitaria
- Il DPGR 3312/89 per l'esecuzione degli adempimenti connessi al progetto regionale
- Il DPR 27/3/92 e la nascita a livello nazionale del Servizio di emergenza sanitaria

**DIBATTITO E INTERVALLO**

- L'annullamento del DPR 27/3/92 da parte del Tar del Lazio; quali le conseguenze a livello nazionale e regionale?
- Integrazione assistenziale e qualità di risultato per la persona in condizioni di criticità vitale

**PAUSA PRANZO**

**SESSIONE POMERIDIANA 14.30 - 17.00**

- L'intervento assistenziale in situazione di emergenza - urgenza: un metodo di approccio ai problemi e all'operatività.
- La formazione infermieristica per le prestazioni d'urgenza - emergenza: la realtà nazionale e la realtà regionale.

**DIBATTITO**

**CHIUSURA DEI LAVORI E CONSEGNA ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

**Mirella Lorenzutti**

via Sales, 40 - 34010 SGONICO Tel. 040 229561  
c/o TIN Osp. Inf. Tel. 040 3785212

**Laura Magagnin**

via Brugnera, 27 33170 PORDENONE  
Centrale Operativa 118 Tel. 0434 578458 550550

**Marcello Gasti**

via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432 282780  
Area Emergenza Osp. Civ. Gemona Tel. 0432 989265

**SEGRETERIA SCIENTIFICA**

**Annalisa Silvestro**

via Piemonte, 38 33010 MOLINO NUOVO DI TAVAGNACCO Udine Tel. 0432 545329 fax 0432 480552  
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese tel 0432 552351

**Elio Drigo**

via del Pozzo, 19 33100 UDINE TEL 0432 501461  
Ufficio Infermieristico Osp. Civile di Udine tel 0432 552220

**Giuliana Pitacco**

via R. Manna 17, 34134 TRIESTE Tel. 040 416188  
Scuola Vigilatrici d'Infanzia tel 040 3785206

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE:** L. 10.000 per i soci  
L. 20.000 per i non soci

# SEMINARIO DI AGGIORNAMENTO PER L'AREA CRITICA

## “PROBLEMATICHE EMERGENTI”

Riccione 27, 28 e 29 maggio 1993

Palazzo del Turismo, P.le Ceccarini, 10 47036 Riccione - Forlì - Tel 0541-608333

*Gli argomenti trattati nelle prime due giornate sono stati scelti tra quelli emersi da un'indagine eseguita attraverso questionario inviato alcuni mesi fa ai servizi di area critica. La terza giornata è stata organizzata in collaborazione con la redazione di DAB (dolore, assistenza, benessere).*

CON IL PATROCINIO DI:

- Ministero della Sanità
- Istituto Superiore della Sanità
- ANIARTI
- Assessorato della Sanità Reg. Emilia Romagna
- Collegio IPASVI di Bologna
- Croce Rossa Italiana Regione Emilia Romagna
- Croce Rossa Italiana Nazionale

**27 Maggio pomeriggio inizio ore 14.30**

**OBIETTIVO:** Conoscere, comprendere, discutere attraverso quali organismi e metodi si svolge la prevenzione e la tutela dell'operatore sanitario in area critica

- Presentazione del seminario (Mengazzini)
- Riferimenti legislativi (Raffi)
- Organismi preposti alla tutela del lavoro e della prevenzione (Brandi)
- Servizio di medicina preventiva
- Applicazione di una metodologia
- Controlli e protocolli operativi (Risi-Ronzani)
- Comportamenti a rischio (Dradi)
- Interventi preordinati
- Discussione

**28 Maggio mattino ore 9.30**

**OBIETTIVO:** Definire e chiarire le problematiche legate all'accertamento della morte con particolare riferimento al prelievo d'organo. Valutare la complessità delle richieste assistenziali, organizzative ed etiche che l'operatore si trova ad affrontare ed analizzare la relazione che esso instaura con i familiari dei pazienti

- Definizione di accertamento di morte dell'individuo nel rispetto del principio assoluto della tutela della vita (Martinelli)
- Protocollo assistenziale (Mizzi)
- Protocollo organizzativo (Donà)
- Perfusioni e conservazione degli organi dal prelievo all'impianto (Pietrobelli)
- L'operatore della centrale operativa: il trasporto dell'organo (Bologna Soccorso)
- Interventi preordinati
- Discussione

**28 Maggio pomeriggio**

- Deontologia ed etica morale (Ancarani)
- L'infermiere di fronte l'accertamento di morte cerebrale e nel ruolo informativo con i parenti (Nardon)
- I familiari. Quale vissuto (Mariani)
- L'opinione del Tribunale per i diritti del malato (Lo Presti)
- Interventi preordinati
- Discussione

29 Maggio mattino ore 9.30

**OBIETTIVO:** Individuare il ruolo dell'I.P. nel riconoscimento, interpretazione e valutazione del dolore e della sofferenza, contribuendo ad una formazione professionale capace di un'assistenza globale. Proposte per un metodo operativo.

- Valutazione e trattamento della sofferenza in terapia intensiva pediatrica (Paccagnella)
- Valutazione e trattamento della sofferenza in un reparto di terapia intensiva cardiocirurgica (Redigolo)
- L'assistenza personalizzata: quale metodo d'interpretazione della sofferenza in Rianimazione (Biagetti)
- La formazione infermieristica per una "attenzione" alla sofferenza (Lanzetti)
- Tavola rotonda aperta per la costruzione di modelli interpretativi ed organizzativi
- Chiusura dei lavori
- Consegna degli attestati

### III CONGRESSO ANIARTI REGIONE VENETO

“Corso di aggiornamento 1993”

## “SISTEMA INFORMATIVO E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVO/ASSISTENZIALE”

Sabato 29 maggio 1993

Aula Morgagni

Policlinico Universitario Ospedale Civile di Padova

#### **OBIETTIVI:**

- 1) *Individuare alcuni strumenti di integrazione e di informazione*
- 2) *Evidenziare modalita di strutturazione e di utilizzo degli strumenti*

#### **MATTINO**

Ore 8.30 Registrazione partecipanti

Ore 9.00 Apertura Congresso

Moderatore: C. Pegoraro

- *Strumenti d'integrazione organizzativo/assistenziale*
- Interventi di A. Sivestro e L. Rigon
- Linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica (P. Spada)
  - Comunicazioni di esperienze sull'uso della cartella infermieristica e dei protocolli
  - Discussione

#### **POMERIGGIO**

Ore 15.00 Moderatore: C. Silvestri

- La comunicazione radiotelefonica con l'utilizzo di schede e cartelle infermieristiche: implicazioni legali
- Strumenti di informazione ed integrazione: loro utilità per l'inserimento del personale e degli studenti
- Discussione

Ore 16.45 Chiusura del Congresso - Consegna attestati

Ore 17.00 Assemblea dei Soci

#### **PER INFORMAZIONI**

**FAVERO WALTER**

Tel 049-612292

Tel 049-8213100/3101 Rianimazione Giustiniana

**TOFFANIN MICHELA**

Tel 049-767124

Tel 049-8212222/2221 Rianimazione

## PROGRAMMA PRELIMINARE

### CFTS 4

## CONFERENZA NAZIONALE DEI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA

1<sup>a</sup> U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE USL 10/D  
UU.OO. ANESTESIA E RIANIMAZIONE USL 10/H E USL 7

VILLA CASTELLETTI, SIGNA (FIRENZE) - 4-5-6 giugno 1993

- Pubblica Assistenza - Signa
- Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze, Sezione Regionale Toscana
- Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
- S.I.A.A.R.T.I. - Gruppo Di Studio Nazionale per l'Emergenza
- Associazione Interprofessionale per lo studio dell'Emergenza

I Lavori della CONFERENZA NAZIONALE saranno suddivisi in Relazioni, Interventi Preordinati e Presentazione Preordinata di Poster.

La Conferenza prevede, salvo successive modificazioni, l'approfondimento dei seguenti temi:

- FORMAZIONE DEL PERSONALE
- MODELLI ORGANIZZATIVI
- COORDINAMENTO
- CONTROLLO DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI
- DATI STATISTICI DELLA EMERGENZA SANITARIA
- TECNOLOGIA
- RICERCA

Saranno attivamente coinvolte nella iniziativa le Società Scientifiche del Settore, le Associazioni del Volontariato, gli Enti Pubblici interessati e gli Ordini Professionali, per arrivare alla stesura di un documento finale che illustri lo stato attuale della emergenza sanitaria, il possibile quadro evolutivo dei servizi, eventuali elementi di correzione.

#### Giovedì 3 giugno 1993

Ore 17 - Salute delle Autorità  
Ore 19 - Lettura magistrale introduttiva  
Ore 20,30 - Cena inaugurale

#### Venerdì 4 giugno 1993

mattina *Relazioni*  
Sessione Autogestita "Premio Emergenza 1993"  
Interventi Preordinati  
Discussione Poster

pomeriggio *Relazioni*  
Interventi Preordinati  
Corso BLS

#### Sabato 5 giugno 1993

mattina *Relazioni*

pomeriggio *Relazioni*  
Corso BTLS  
Riunione Coordinatori per la stesura del Documento Finale della Conferenza

ore 21 - Cena Sociale

#### Domenica 6 giugno 1993

mattina Lettura Magistrale di chiusura  
Illustrazione del documento finale  
Pranzo di "arrivederci"

#### GIORNATA DEL VOLONTARIATO sabato 5 giugno 1993

mattina *Relazioni*  
Tavola Rotonda

pomeriggio Esercitazione di Protezione Civile

#### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

P.A. SIGNA, C.P. 88, 50058 SIGNA (Firenze)  
Tel. 055/87655 (dalle ore 9 alle 12)  
Fax 055/8734622

#### SEGRETERIA SCIENTIFICA

1<sup>a</sup> U.O. DI ANESTESIA E RIANIM.NE USL 10/D  
POLICLINICO DI CAREGGI - 50139 FIRENZE  
TEL. 055/4277240 (dalle ore 9 alle 12)  
Fax 055/6449462 - 4277240

III CONGRESSO REGIONALE ANIARTI LOMBARDIA

PROTOCOLLI E STANDARDS,  
GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA SI INTERROGANO

MILANO Istituto Gonzaga Viale Vitruvio, 41

12 giugno 1993

OBIETTIVI

- Sensibilizzare gli infermieri sull'importanza di un quadro di riferimento per l'esercizio professionale
- Sviluppare gli elementi teorici per la definizione di protocolli e standards
- Fornire gli elementi critici per l'adozione di protocolli e standards
- Offrire un'occasione di incontro e di studio tra professionisti

Per informazioni rivolgersi a:

**Spada Pierangelo** tel. 039 9906219 (casa) 990551 (lavoro)

**Giroletti Alfredo** tel. 0373 74922 (casa) 893268 (lavoro)

**Negrini Giuseppe** tel. 02 93502272 (casa) 35799485 (lavoro)

**Macina Michele** tel. 02 3318186 (casa) 57992545 (lavoro)

**Tosatto Cristina** tel. 0331 905186 (casa) 0332 278391 (lavoro)

**Baraiolo Rosella** c/o Bancolini tel. 02 2427705

## XII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

BOLOGNA 23-25 NOVEMBRE 1993 - PALAZZO DELLA CULTURA E DEI CONGRESSI

# IL CITTADINO COME CLIENTE L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

VINCOLI ECONOMICI E RISULTATI ASSISTENZIALI NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA  
DOPO LA RIFORMA DEL S.S.N.

### PRIMA GIORNATA

#### OBIETTIVO GENERALE

- Analizzare le risposte dell'organizzazione sanitaria alla domanda di salute dei cittadini dopo la riforma del S.S.N.

#### OBIETTIVI INTERMEDI

- Definire il concetto di salute e collegarlo al contesto economico e socio culturale del nostro Paese;
- descrivere ed analizzare le modalità con cui l'organizzazione sanitaria affronta la domanda di salute dei cittadini;
- analizzare il ruolo dell'assistenza e della professione infermieristica nell'organizzazione sanitaria.

### SECONDA GIORNATA

#### OBIETTIVO GENERALE

- Evidenziare la rilevanza dell'assistenza infermieristica nell'attuale contesto socio-economico ed individuare le modalità con cui rispondere al bisogno di salute dei cittadini.

#### OBIETTIVI INTERMEDI

- Evidenziare il bisogno sociale di assistenza infermieristica;
- analizzare come la qualità dei risultati assistenziali può prevalere sui vincoli economici;
- definire le modalità con cui la professione infermieristica può costruire risultati assistenziali di qualità.

### TERZA GIORNATA

#### OBIETTIVO GENERALE

- Analizzare l'interazione tra formazione infermieristica, responsabilizzazione, etica e risultati assistenziali.

#### OBIETTIVI INTERMEDI

- Definire l'importanza della specificità disciplinare nella formazione infermieristica;
- evidenziare la ricaduta che la formazione infermieristica in università avrà nella costruzione dei risultati assistenziali;
- analizzare le connessioni tra la responsabilizzazione sui risultati assistenziali, l'etica e la formazione infermieristica.

### SESSIONE SPECIALE

#### INFERMIERI E FATTORI DI RISCHIO IN AREA CRITICA

#### OBIETTIVO GENERALE

- Analizzare i fattori di rischio più rilevanti per la salute dell'infermiere in area critica.  
(Si invitano i colleghi a raccontare le loro esperienze sul tema ed a inviarle alla segreteria scientifica del congresso che individuerà le tre più significative. I relatori delle esperienze scelte, saranno ospiti dell'Aniarti per tutta la durata del Congresso).

#### PER INFORMAZIONI:

SEGRETERIA SCIENTIFICA / SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 FIRENZE Tel. 055/434677 / Fax 055/435700

*Nel corso del 1991, l'Aniarti ha curato la pubblicazione di diversi Atti, che si riferiscono ad altrettanti congressi regionali e nazionali.*

*Di seguito si vuole proporre ai colleghi un elenco dettagliato di questi Atti, in modo da fornire utili conoscenze sia per affrontare argomenti nuovi o ancora poco approfonditi, che per offrire una ricca bibliografia utilizzabile per ampliare le tematiche presentate.*

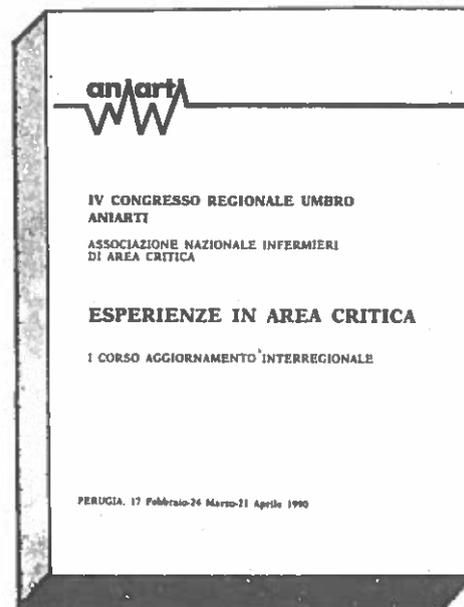
## Atti del IV Congresso regionale umbro

### ESPERIENZA IN AREA CRITICA

Perugia, 17 febbraio, 24 marzo, 21 aprile 1990 pp 131.

Il testo è composto da sei parti così suddivise:

- 1) si sottolinea il concetto di Area Critica e si analizza in maniera approfondita l'autonomia professionale in Area Critica, indicando come per l'infermiere che vi opera quotidianamente, sia necessaria una accurata specializzazione;
- 2) si analizza l'insorgenza delle infezioni nei cateteri venosi centrali e arteriosi, cercando di individuarne le cause. Segue poi un'indagine statistica relativa ad esami culturali eseguiti su aghi venosi periferici;
- 3) questa parte riferita alla Pediatria. Si parla dell'assistenza in sala parto al neonato gravemente compromesso, all'assistenza al bambino con urgenze cardiologiche e neurologiche, della riabilitazione pediatrica nell'Area Critica e della dimissione protetta del neonato;
- 4) il coordinatore di "Bologna soccorso" parla di emergenza, focalizzando l'attenzione all'elicottero sanitario;
- 5) l'infermiere professionista e la donazione d'organi è l'argomento di questa parte. L'esposizione si riferisce alle relazioni tra i parenti del donatore multiorgano e alle implicazioni etiche e psicologiche tra l'infermiere professionista e il donatore;
- 6) l'ultima parte si riferisce all'assistenza e alla riabilitazione in Terapia Intensiva. Si parla di assistenza del traumatizzato toracico, del coma post-traumatico, del monitoraggio emodinamico e della rianimazione cardiopolmonare.



## Atti del I Congresso regionale toscano

### STANDARDS DEL PERSONALE INFERMIERISTICO E PROBLEMI RELAZIONALI IN AREA CRITICA

Firenze, 30-31 marzo 1990 pp 158.

In queste due giornate si sono alternati autorevoli relatori che hanno offerto un elevato ed interessante contributo nell'affrontare queste due tematiche.

- 1) Per quanto riguarda gli standards del personale infermieristico:
  - a) valutazione della qualità dell'assistenza e obiettivi dell'OMS;
  - b) D. R. Gs. (Diagnostic Related Groups), ovvero di un metodo attualmente utilizzato negli U.S.A. come sistema di finanziamento degli Ospedali in senso prospettivo;
  - c) problemi di congruenze tra profilo professionale e attività lavorativa nella assistenza infermieristica;
  - d) rilevazione dei carichi di lavoro nella U.S.L. 23 di Arezzo, ipotizzando la riorganizzazione del lavoro infermieristico;
  - e) lavoro sperimentale effettuato nell'U. S. L. 10/D di Firenze sugli standard infermieristici in Terapia Intensiva;
  - f) analisi dell'iter legislativo nella determinazione del fabbisogno di personale infermieristico;
  - g) TOSS (Time Oriented System), una scheda per la rilevazione dei tempi di assistenza nelle Terapie Intensive.
- 2) Le relazioni riferite ai problemi relazionali trattano di:
  - a) comunicazione come esperienza e metodo del nursing;
  - b) interazione infermiere-paziente;
  - c) metodiche sperimentali di formazione finalizzata alla comunicazione terapeutica;
  - d) interazione infermiere-genitore in un reparto pediatrico;
  - e) indagine sulla comunicazione tra infermiere e familiari.



## Atti del I Convegno regionale Lombardia

# L'AREA CRITICA IN LOMBARDIA, ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Bergamo, 20-21 aprile 1990 pp 101.

All'interno delle due giornate sono stati affrontati tre differenti argomenti.

- 1) L'Area Critica intesa come modello professionale e formativo: *a)* analisi dell'assistenza infermieristica non più intesa come un elenco di compiti, ma come un insieme complesso di prestazioni; *b)* proposta del corso di specializzazione in Area Critica; *c)* indagine descrittiva dei dati essenziali delle strutture di Area Critica presenti nella regione Lombardia, effettuata dai delegati regionali in collaborazione a molti soci che hanno offerto il loro contributo.
- 2) Dibattito sulla qualità e quantità del personale infermieristico in Area Critica, con l'interrogativo riferito all'esistenza reale o presunta dell'emergenza infermieristica.
- 3) Valutazione dei costi umani e sociali delle infezioni ospedaliere: *a)* ruolo dell'infermiere epidemiologo nell'Area Critica; *b)* problema della sterilizzazione in Ospedale; *c)* comportamento mirato alla prevenzione delle infezioni ospedaliere di fronte al paziente critico; *d)* valutazione economica dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; *e)* valutazione del rapporto costo-beneficio, esaminando la diminuzione delle infezioni e dei tempi di degenza; *f)* utilizzo del materiale monouso nel trattamento dei pazienti sottoposti a ventilazione artificiale meccanica.

## Atti del XIII Congresso nazionale

# L'UOMO E L'AREA CRITICA

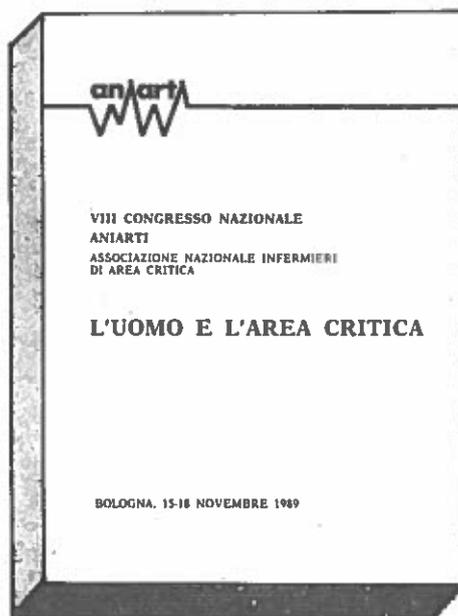
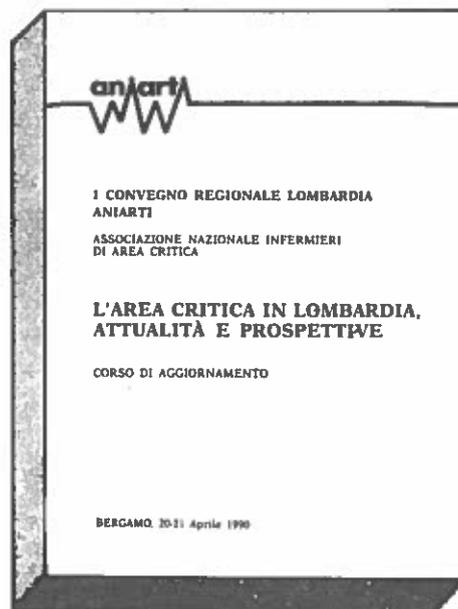
Bologna, 15-18 novembre 1989 pp 400.

Gli Atti si aprono con una lettura dei bisogni di competenza infermieristica ed una puntualizzazione sul concetto di prestazione. A questo fa seguito la presentazione di differenti esperienze effettuate in diversi settori.

- 1) Settore Cardiologia, UTIC, Cardiochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente cardiopatico in condizioni critiche; *b)* nursing al paziente sottoposto ad angioplastica; *c)* bisogni assistenziali e aspetti tecnici del paziente sottoposto a contropulsazione intra-aortica; *d)* aspetti tecnici dell'angioplastica; *e)* elettrostimolazione transesofagea; *f)* problemi comportamentali dell'anziano ricoverato in I.C.U.
- 2) Settore neonatologia pediatrica: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in Area Critica pediatrica; *b)* piani di assistenza a bambini lungodegenti in Area Critica pediatrica; *c)* analisi dei bisogni del neonato in Area Critica; *d)* piano di assistenza tipo ad un neonato pretermine e ad un bambino affetto da leucemia; *e)* la pianificazione della comunicazione neonatale.
- 3) Settore Terapia Intensiva generale: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente in T.I. generale; *b)* piano di assistenza ad un paziente politraumatizzato; *c)* aspetti tecnici della V.A.M. e svezzamento; *d)* la ventilazione a polmoni separati (ILV) nella pratica assistenziale; *e)* nutrizione enterale e parenterale; *f)* protocollo sull'umidificazione e l'aspirazione tracheo-bronchiale; *g)* metodiche di nursing e prevenzione delle complicanze infettive nella cannulazione venosa centrale.
- 4) Settore Centro Ustioni: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente ustionato; *b)* piano di assistenza ad un paziente ustionato.
- 5) Settore Dialisi: *a)* analisi dei problemi-bisogni del paziente pediatrico dializzato cronico e critico; *b)* piano di assistenza tipo al paziente dializzato critico.
- 6) Settore Emergenza: *a)* esperienza organizzativa didattica ed operativa; *b)* assistenza al paziente con I.M.A.; *c)* gestione di un politraumatizzato dalla strada alle strutture; *d)* reazioni dell'infermiere alle situazioni di emergenza; *e)* corretto utilizzo delle strutture del P. S. da parte dell'utente; *f)* formazione e training per l'infermiere che opera nel soccorso territoriale.
- 7) Settore Neurochirurgia: *a)* analisi dei problemi-bisogni del traumatizzato cranico; *b)* piano di assistenza tipo ad un paziente in coma e nel risveglio; *c)* tecniche di monitoraggio della pressione intracranica.
- 8) Settore Sala Operatoria: *a)* l'infermiere in sala operatoria tra problemi del malato e risposte assistenziali. Proposte di ricerca; *b)* proposta di modello organizzativo di sala operatoria; *c)* piano di assistenza ad un paziente in sala operatoria.

Sono inoltre presenti relazioni rivolte ai problemi dell'infermiere in Area Critica:

- la sindrome del burnout negli operatori dell'area critica;
- l'analisi transazionale; e relazioni di più ampio respiro;
- l'infermiere di Area Critica e la società italiana;
- la salute per tutti nell'anno 2000. Obiettivi di interesse sociale e relazione con l'Area Critica.



## AREA CRITICA, DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

Riva del Garda, 14-17 novembre 1990 pp 242.

Gli Atti di questo Congresso nazionale si aprono con una analisi delle radici dell'Area Critica. Viene posta particolare attenzione all'organizzazione e alla formazione.

- 1) Per quanto riguarda l'organizzazione: a) elementi di progettazione delle strutture organizzative; b) settori medici ed Area Critica: la diversità dell'ottica; c) proposta di uno schema organizzativo per l'Area Critica.
- 2) Per l'obiettivo formazione: a) il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assistenza in Area Critica; b) le attualità e le prospettive della legislazione italiana per le specializzazioni infermieristiche; c) ha fatto seguito una tavola rotonda composta da autorevoli relatori, tra i quali l'On. Renzulli (relatore del ddl 5081 sul riordino delle professioni infermieristiche) e l'On. Morini (direttore generale Ospedali del Ministero della sanità). Questo Congresso è stato inoltre caratterizzato dalla presenza di molti gruppi di ricerca che hanno portato il loro contributo su tre differenti tematiche.
- 3) L'incidente critico come indicatore di qualità del processo assistenziale. Le relazioni sono: a) definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza; b) descrizione di tre incidenti critici; c) analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo; d) l'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'infermiere nell'Area Critica.
- 4) Nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto. Le relazioni sono: a) nella realtà del morire: l'infermiere nel ruolo di mediazione tra vissuto e assoluto; b) visione della morte nel tempo e nella cultura; c) il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'equipe ed il malato.
- 5) Il sonno ed il riposo: bisogno di risposta infermieristica per una assistenza di qualità. Le relazioni sono: a) il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno; b) la privazione di sonno in Terapia Intensiva; c) interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva; d) cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in Area Critica.

Per concludere, sono state affrontate nella sezione "Infermiere e pianeta" due relazioni dal titolo:

- nuove prospettive di etica per la professione sanitaria
- critica della ragione sanitaria.

### Atti degli incontri di aggiornamento

## IL SABATO CON L'ANIARTI

Milano, 20 aprile, 4 maggio, 8 maggio, 1° giugno 1991 pp. 169.

Questi incontri di aggiornamento sono stati organizzati seguendo precisi obiettivi:

- promuovere scambi culturali; - offrire alternative alle esperienze abitudinarie del reparto; - incentivare occasioni di confronto e aggregazione; - favorire rapporti continuativi tra le diverse unità operative;

In ogni giornata sono stati affrontati argomenti differenti.

#### I Le fasi critiche del paziente sottoposto ad intervento chirurgico

a) assistenza infermieristica al paziente in preparazione all'intervento chirurgico; b) ruolo dell'infermiere professionale in sala operatoria: assiste il medico o il paziente?; c) assistenza infermieristica al paziente nel decorso post-operatorio; d) proposta di cartella infermieristica integrata; e) scheda infermieristica di chirurgia e sala operatoria.

#### II Emergenza ospedaliera ed extraospedaliera

a) analisi della normativa; b) soccorso extraospedaliero: la realtà di Milano; c) l'esperienza di un anno di lavoro del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica di Vicenza; d) l'esperienza dell'istituzione della rete regionale dell'emergenza. Il 118 in Friuli Venezia Giulia.

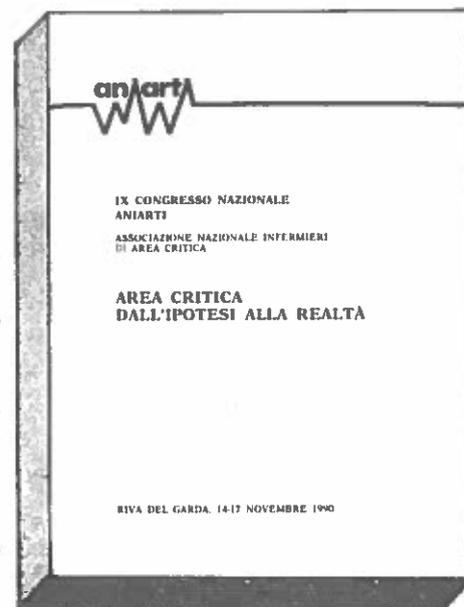
#### III Problematiche del paziente dializzato

a) aspetti organizzativi di un servizio di emodialisi; b) assistenza infermieristica al paziente sottoposto a emodialisi; c) assistenza infermieristica al paziente sottoposto a dialisi peritoneale; d) aspetti psicologici e reinserimento sociale del paziente dializzato; e) proposta ANIARTI per il corso di specializzazione in Area Critica.

#### IV Aspetti etici e accanimento terapeutico (Tavola rotonda)

a) il codice deontologico come guida del professionista. Il dibattito è stato affrontato sotto differenti e autorevoli punti di vista: - filosofico; - infermieristico; - medico; - del movimento federativo democratico.

**RICHIEDERLI A: R. D'Amuri - P.zza Corazzini, 4 - 06074 Ellera Corciano (PG) Tel./Fax (075) 5170473**



# INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1992

## SOMMARIO N. 1/92

<b>LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA: UNA STORIA SENZA FINE</b> di Giuliana Pitacco, Elio Drigo .....	Pag. 3
<b>RIFORMA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE E DI RIABILITAZIONE</b> Disegno di legge approvato alla Camera dei Deputati il 16 gennaio 1992 .....	» 4
<b>LA SOFFERENZA INUTILE NELLE TERAPIE INTENSIVE</b> di Elio Drigo .....	» 9
<b>LO STRESS NELL'IMPEGNO PROFESSIONALE DELL'AREA INTENSIVA</b> di Roberto Torre .....	» 13
<b>ROMPERE IL SILENZIO DI FRONTE AL DILEMMA: INFERMIERA PER LA VITA O CON LA MORTE IN RIANIMAZIONE?</b> .....	» 16
<b>IL RUOLO DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE IN SALA OPERATORIA: IL MEDICO O IL PAZIENTE?</b> di Milena Usai .....	» 18
<b>GESTIONE DI UN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ESPIAN-TO MULTIORGANO IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA</b> di Alessandra Braga, Isana Geminiani, Monica Gordini .....	» 20
<b>ASPETTI SOCIO-CULTURALI NELLA DONAZIONE E NEL TRAPIANO DI ORGANI</b> di Roberto Lionetti .....	» 24
<b>CONVEGNO REGIONALE ANIARTI REGIONE LOMBAR- DIA</b> .....	» 32
<b>RECENSIONI DI LIBRI</b> .....	» 33
<b>XI CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI</b> .....	» 36
<b>INDICE GENERALE DEI NUMERI DEL 1991</b> .....	» 38

## SOMMARIO N. 3/92

<b>CHE FINE FARÀ LA SALUTE?</b> di Elio Drigo .....	Pag. 3
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN TERAPIA INTEN- SIVA: RUOLO DEI PROTOCOLLI</b> di Barbara Ziggiotto .....	» 4
<b>CULTURA INFERMIERISTICA: LAVORI IN CORSO</b> Sintesi del II Convegno Regionale Aniarti Lombardia di Rosella Baraiolo .....	» 22
<b>L'EMERGENZA SANITARIA</b> .....	» 24
<b>COMMENTO</b> di Annalisa Silvestro » .....	28
<b>UN INIZIO DIFFICILE</b> Aggiornamento infermieristico in Patologia Neonatale .....	» 30
<b>RECENSIONI DI LIBRI</b> .....	» 32
<b>INSERTO</b> <b>CORSO DI SPECIALIZZAZIONE PER L'ASSISTENZA IN- FERMIERISTICA IN AREA CRITICA</b> di Annalisa Silvestro e coll. ....	» I

## SOMMARIO N. 3/92

<b>E ARRIVÒ IL 12 MAGGIO</b> di Giuliana Pitacco, Elio Drigo .....	» 3
<b>IL DIPLOMA UNIVERSITARIO IN SCIENZE INFERMIE- RISTICHE</b> di Giuliana Pitacco, Elio Drigo .....	» 4
<b>XI CONGRESSO NAZIONALE FIRENZE</b> .....	» 9
<b>PROTOCOLLI E PROCEDURE NELLA BRONCOASPI- RAZIONE</b> di Roberto Torre, Marco Giustini .....	» 11
<b>VAN GENNEP IN SALA OPERATORIA</b> di Roberto Lionetti .....	» 17
<b>PROTOCOLLO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA AIDS IN UN REPARTO DI RIANIMAZIONE</b> di Lorenza Manganini .....	» 22
<b>NASCERE, VIVERE E MORIRE: L'INFERMIERE E IL CI- CLO DI VITA DELLE PERSONE</b> di E. Drigo .....	» 32
<b>IL BAMBINO E LA MALATTIA</b> di Paola Stillo .....	» 34
<b>PRESENTAZIONE DEL "RAPPORTO SULLO STATO DEI DIRITTI DEI CITTADINI NEL SISTEMA SANITARIO NA- ZIONALE" CONDOTTO DAL MOVIMENTO FEDERATI- VO DEMOCRATICO TRIBUNALE DEL MALATO NEL 1991</b> Relazione presentata da <i>Elio Drigo</i> - Trieste 16 aprile 1992 ..	» 36
<b>LETTERE</b> .....	» 38
<b>RECENSIONI DI LIBRI</b> .....	» 40

## SOMMARIO N. 4/92

<b>1978-1992: LA SALUTE È AL CAPOLINEA?</b> di Elio Drigo, Giuliana Pitacco, Annalisa Silvestro .....	» 3
<b>L'EROGAZIONE DI UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ IN UN AMBIENTE ATTENTO ALL'ASPETTO ECONOMICO</b> di Carlo Orlandi .....	» 4
<b>SEGNALAZIONI: BIOETICA</b> .....	» 9
<b>RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE E CEREBRALE: UN PROGETTO INFERMIERISTICO DI FORMAZIONE PERMANENTE</b> di Milena Usai .....	» 10
<b>PROTOCOLLI MIRATI AL RIPRISTINO E AL MANTENI- MENTO DEI PARAMETRI VITALI NELL'ADULTO</b> di L. Della Sala, R. Marchetti .....	» 18
<b>MONITORAGGIO EMODINAMICO</b> di Montemurro Santo .....	» 21
<b>RECENSIONI DI LIBRI</b> .....	» 59
<b>XII CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI</b> <b>PROGRAMMA</b> .....	» 63

**Consiglio direttivo****DRIGO ELIO:**

Via del Pozzo, 19 33100 UDINE - TEL. 0432/501461  
c/o Ufficio Infermieristico - Osp. Civile di Udine  
Tel. 0432/552220

**SILVESTRI CLAUDIA:**

Via Picutti, 41 36100 VICENZA  
Tel. 0444/515766 c/o SUEM O.C. Vicenza  
Tel. 0444/510000

**CECINATI GIANFRANCO:**

Via Mariotto di Nardo, 4 50143 FIRENZE  
Tel. 055/7322323  
c/o T.I. T.Cardioc. Careggi Fl Tel. 055/4277557

**D'AMURI RANIERO:**

Piazza S. Corazzini - Località "Il Rigo" 06074  
CORCIANO - ELLERA UMBRA (PG)  
Tel. 075/5170473

**PITACCO GIULIANA:**

Via R. Manna, 17 34134 TRIESTE  
Tel. 040/416188  
c/o Direttrice Scuola VV.II. Ospedale "Burlo Garofalo" TS - Tel. 040/3785206

**SILVESTRO ANNALISA:**

Via Piemonte, 38 33010 Molino Nuovo Tavagnacco  
Tel. 0432-545329 Fax: 0432-480552  
Ufficio Aggiornamento USL n. 7 Udinese  
0432-552351.

**SPADA PIERANGELO:**

Via Vittorio Veneto, 5 - 22055 MERATE (COMO) -  
Tel. 039-9906219  
D.D. Scuola I.P. - MERATE - Tel. 039-9903655

**PINZARI ANNUNZIATA:**

Via G. di Montpellier, 33 - 00166 ROMA - Tel.  
06-6245921  
c/o Terapia Intensiva Generale - Tel. 06-68592215  
Ospedale "BAMBINO GESU" - ROMA

**BENETTON MARIA:**

Vicolo Montepiana B/7 - 31100 TREVISO - Tel.  
0422-23591  
c/o Rianimazione Centrale Tel. 0422-582444/582793  
Ospedale Regionale - U.S.L. n. 10 - TREVISO

**FICILE GIUSEPPE:**

Via E. Crisafulli, 12 - 90128 PALERMO - Tel.  
091-422032  
c/o Serv. di Anestesia e Rianimazione - Tel.  
091-6664524/10 Ospedale Civico - U.S.L. n. 58  
PALERMO

**PALUMBO ALESSANDRA:**

Via Catalani, 13 - 14100 ASTI - Tel. 0141-217170  
c/o Rianimazione Ospedale Civile di ASTI  
Tel. 0141-392310-392820

**Consiglio Nazionale****FRIULI VENEZIA GIULIA****LORENZUTTI MIRELLA:**

Via Sales, 40 - Sgonico 34010 TRIESTE  
Tel. 040-229561 c/o Terapia Intensiva Neonatologica Csp.  
Infantile "Burlo Garofalo" - Tel. 040-3785212

**MAGAGNIN LAURA:**

Via Brugnera, 27 33170 PORDENONE  
Centrale Operativa 118 PN Tel. 0434 578458-550550

**GASTI MARCELLO:**

Via Adige, 23/2 33100 UDINE Tel. 0432-282780  
Area Emergenza Osp. Civ. Gemona 0432-989265

**VENETO****FAVERO WALTER:**

Via Volpino, 82 - 30038 CASELLE DI S.M. di SALA (VE) -  
Tel. 041-5730277  
c/o Rianimazione Giustiniana Tel. 041-8213100 Ospedale  
Civile - PADOVA

**TOFFANIN MICHELA:**

Via Pasubio, 8 - 35010 CITTÀ LIMENA (PADOVA) - Tel.  
049-767124  
c/o Ospedale - Tel. 8212222/1

**RIZZI CAMILLA:**

Via L. Cavalli, 24  
36100 VICENZA - Tel. 0444-565175  
Rianimazione II tel. 0444-993865/62

**TRENTINO-ALTO ADIGE****GOBBI MARISA:**

Via Benacese, 56 38068 ROVERETO tel. 0464-421970  
Rianimazione Rovereto 0464-453416

**LOMBARDIA****BARAIOLA ROSELLA:**

Via Vanoni, 18 - 23019 TRAONA (SONDRIO) - Tel.  
0342-653042

**GIROLETTI ALFREDO:**

Via G. Amendola, 7 - 26010 Pianengo (CR) - Tel. 0373-74922  
c/o Rianimazione e Terapia Intensiva Ospedale Maggiore  
- CREMA - Tel. 0373-893222

**NEGRINI GIUSEPPE:**

Via Dolomiti, 10 RHO (MI) 02-93502272  
Rianimazione Ospedale Sacco 02-35799485 02-35799274

**MACINA MICHELE:**

Viale Montello, 6 - 20154 MILANO tel. 02-3318186  
Rianimazione ICP Mangiagalli 02 57992545-57992546

**TOSATTO CRISTINA:**

Via Dante, 18 21040 Caidate Surirago 0331-905186  
Cardiologia Osp. di Circolo Varese 0332-278391

**PIEMONTE****GHIO M. TERESA:**

Via Ventimiglia, 152 - 10127 TORINO - Tel. 011-6634816  
P.S. CTO Torino 011-6933564

**SCHIRINZI STEFANIA:**

Via Buriasso, 20/5 10135 TORINO tel. 011-3979461  
Rianimazione CTO 011-6933241

**ALTINI PIETRO:**

Via Pomaro, 23 - 10100 TORINO tel. 011-365962  
CAR Molinette 011-6825500

**PALMIERI FULVIA:**

Via Ogliaro, 3 - 10136 TORINO Tel. 011-332296  
Rianimazione Molinette 011-6835195

**CALBI ROSARIA:**

Via Gonin, 32 10137 TORINO Tel. 011-3091779  
Rian. Osp. S. Luigi Orbassa Tel. 011-9026434

**LIGURIA****LOLLA MARIA TERESA:**

Via Marchisio, 7/A/4 - 16166 QUINTO (GENOVA) - Tel.  
010-336960  
c/o Unità di Terapia Intensiva - Tel. 010-5638440 Istituto  
"G. Gaslini" - GENOVA

**MOGGIA FABRIZIO:**

Via Cavour, 8/19 16034 Bogliasco (GE) tel. 010-3471453  
Ter. Int. Cardiocirurgia Osp., S. Martino  
tel. 010-35352245/2267

**EMILIA-ROMAGNA****MINGAZZINI ANNELLA**

Via di Mezzo, 70 40060 Toscanella (BO) Tel. 0542-672113  
Rianimazione osp. Rizzoli tel. 051-6366842

**BANDINI DANIELE:**

Via Chiesa, 1 48020 S. Pietro in Vincoli  
Ravenna Soccorso 0544-551766

**TOSCANA:****BRESCHIGLIARO PAOLO:**

Via del Fante, 30 58010 Alberese (GROSSETO)  
Tel. 0564-407047  
c/o Rianimazione - Tel. 0564-485248 Ospedale "Misericor-  
dia" - GROSSETO

**MARSURI SERENA:**

Via Urbinese, 27/A - 52028 Pian di Scò (AREZZO) - Tel.  
055-951754  
c/o Terapia Intensiva - Tel. 055-4277557 Policlino "Careg-  
gi" - FIRENZE

**SALVADORI PATRIZIA:**

Via Celso, 1 50139 FIRENZE  
Sala op. cardiocir. Osp. Careggi Tel. 055-4277557

**COLLURÀ CLAUDIO:**

Viale Diaz, 12 52027 S. Giovanni Valdarno Tel. 055-9121612  
T.I. Card. Osp. Valdarno Tel. 055-9082596

**LORENZETTI RENATA:**

Via Bassone, 13 54027 Pontremoli (MS)  
Rianimazione Pontremoli Tel. 0187-831561

**MARCHE****VIGNINI CLAUDIA:**

Via Marconi, 173 60125 ANCONA Tel. 071-42705  
Rian. Ped. Salesi Osp. Ancona Tel. 071-5982313-4-5

**ABRUZZI****CAMPANA GIUSEPPE:**

Via Amendola, 9 - 66100 CHIETI

**DI PAOLO ANTONIO:**

Via della Fontana, 30 64020 Guardia Vomano TERAMO  
Rianim. Tel. 085-898131

**LAZIO****MARCHETTI ROSSELLA:**

Viale G. Cesare, 237 - 00100 ROMA

**TORRE ROBERTO:**

Via delle Canapiglie, 84 - 00169 ROMA

**MUSTI FRANCESCO:**

Via S. Igino Papa, 19 00168 ROMA Tel. 06-3706506  
Rian. Policlinico Gemelli Tel. 06-3305

**CALABRIA:****STANGANELLO FRANCESCO:**

Via Sardegna, 15 - 89015 Palmi (RC)  
Rianimazione Osp. Reggio Calabria USL n. 26  
Ricerca Tel. 0966-233220-21546-45471

**SARDEGNA****DESOGUS MARCO:**

Via Cavalcanti, 2 - 09100 Selargius (CAGLIARI) - Tel.  
070-531573  
c/o Terapia Intensiva Cardiocirurgica Tel. 070-539200  
Ospedale "San Michele" - USL n. 21 - CAGLIARI

**SICILIA****TORTORICI LUIGI:**

Via Porta Palermo 91011 ALCAMO  
USL n. 6 ALCAMO Tel. 0924-505083

**SI PREGANO I DELEGATI I CUI INDIRIZZI NON SONO ANCORA PERVENUTI OPPURE RISULTANO INCOMPLETI O INESATTI  
DI FAR PERVENIRE CORREZIONI E VARIAZIONI ALLA REDAZIONE.**

**NUOVA! CON CARATTERISTICHE  
ESCLUSIVE  
DI COMPLETA ED IMMEDIATA PROGRAMMABILITA' E SICUREZZA**



**Pompa a Siringa  
Serie 770**

Compatibile con  
una vasta gamma di  
siringhe da 10 a 60 cc

**SERIE 770  
A PRESSIONE VARIABILE**

**Ora presente direttamente anche in Italia:**

**IVAC**

Divisione Medical Devices Diagnostics  
della ELI LILLY ITALIA S.p.A.

50019 Sesto F.no (FI)

Via Gramsci 731/733-C.P. 193-177

Tel. 055/42571 - Fax 055/4257285



RICERCA,  
PARTNERSHIP,  
QUALITÀ.

IN  
ALTRE  
PAROLE,  
WANDER  
SANDOZ  
NUTRITION.

WANDER - SANDOZ NUTRITION CONOSCE BENE IL RUOLO DELLA RICERCA. FORSE PER QUESTO HA UNA POSIZIONE DI PRIMO PIANO NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE ENTERALE. I COSTANTI INVESTIMENTI NELLA RICERCA, LA COLLABORAZIONE CONTINUA CON GLI SPECIALISTI DI TUTTO MONDO E L'ATTENZIONE PRESTATATA ALL'AGGIORNAMENTO HANNO INFATTI PORTATO ALLA CREAZIONE DI UNA LINEA DI PRODOTTI CALIBRATI SULLE ESIGENZE DEI PAZIENTI.

OGNI MEDICO CONOSCE L'IMPORTANZA DI UN ADEGUATO APPORTO NUTRIZIONALE IN OGNI TIPO DI TERAPIA.

PER QUESTO, I PRODOTTI DELLA LINEA WANDER VENGONO TESTATI CLINICAMENTE NELLE PATOLOGIE PER CUI SONO PROPOSTI. COSÌ, MEDICI E PERSONALE OSPEDALIERO DIVENTANO PARTNERS ATTIVI NELLA CONTINUA EVOLUZIONE DELLA LINEA WANDER - SANDOZ NUTRITION. CHE SI PRESENTA OGGI COMPLETA SIA NELLA GAMMA DEI PRODOTTI CHE NEI PRESIDII PER LA SOMMINISTRAZIONE, PER RISOLVERE TUTTI I PROBLEMI NUTRIZIONALI CHE LA PRATICA OSPEDALIERA PONE OGNI GIORNO.

**WANDER**

**SANDOZ** NUTRITION

**RICERCA AVANZATA  
IN NUTRIZIONE ENTERALE.**