



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

**NurSind**

**SEGRETERIA NAZIONALE**

*Prot. SN-072*

*del 02/05/2012*

## **Riflessioni sulla bozza di documento “evoluzione della professione infermieristica” (revisione dei profili di competenza)**

Il documento si propone di rivedere i profili di competenza dell'infermiere individuando delle aree di competenza-responsabilità nei nuovi scenari sanitari entro cui poter esercitare tali innovative competenze.

Attualmente l'esercizio della professione infermieristica è normato da diverse leggi tra cui la legge 42/1999 che individua i limiti e il campo proprio della professione infermieristica e il DM 739/1994 che individua chi è l'infermiere e il suo profilo professionale descrivendone così l'area dei contenuti. Il passaggio compiuto dalla citata normativa è consistito nel superamento del sistema normativo “mansionariale” basato su una elencazione di attività o compiti che una professione può svolgere per dirigersi verso la descrizione di un ambito autonomo delineato da alcuni limiti e dei criteri guida per definire quali attività possano essere di esclusiva pertinenza di una professione sanitaria.

Questo nuovo sistema fa sì che sia la professione stessa a riempire di contenuti il proprio esercizio con l'avanzare della formazione e delle scoperte scientifiche e delle modifiche organizzative dei sistemi sanitari. Ovviamente permangono i limiti posti dal legislatore per quanto riguarda lo sconfinamento in attività o pratiche di esclusiva competenza medica o di altra professione sanitaria laureata. Certamente tale assetto normativo qualche problema in merito alle rispettive competenze delle professioni sanitarie lo ha creato e, di fatto, in alcuni casi si è chiesto alla magistratura di fare chiarezza.

Successivamente la legge 251/00 conferma questo quadro all'art. 1 e attribuisce allo Stato e alle regioni la possibilità di legiferare per la valorizzazione delle funzioni e del ruolo:

*1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.*

*2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e*



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

*del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.*

**3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:**

**a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;**

**b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.**

Sulla base di questa normativa il documento evidenzia:

- Si è “provocato, anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), la continuità dell'assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l'innovazione dell'organizzazione del lavoro.”
- Si “pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all'interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Tale scenario richiede l'acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell'equipe e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria.”

Il documento consta di una premessa, un capitolo sul “quadro normativo delle professioni infermieristiche”, uno sul “metodo di lavoro: partecipazione, comprensione condivisione”, uno sugli “strumenti operativi”, una bozza di Accordo Stato Regioni con 5 allegati elencanti le competenze per ciascuna delle cinque aree di intervento (cure primarie, area critica e dell'emergenza-urgenza, chirurgica, pediatrica, salute mentale e dipendenze).

Al di là delle dichiarazioni di circostanza di “apertura al confronto”, di “vedere positivamente la volontà di discutere sullo sviluppo delle professioni sanitarie” penso sia utile riflettere su alcuni punti per tentare di capire a cosa siamo di fronte e dove si vuole andare.

1. **Il sistema:** è il punto di partenza e il punto di arrivo del cambiamento e



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

dello sviluppo. Se sono le esigenze (di “sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza, consenso”) di un sistema che hanno portato a stilare il documento allora lo dobbiamo comprendere all’interno del sistema stesso, cioè dobbiamo comprendere il senso di questo documento accanto ad altri documenti o accordi o provvedimenti (o mancata adozione di provvedimenti) riguardanti le altre professioni sanitarie. Suppongo che sia per le esigenze del sistema sanitario che venga chiesto all’infermiere di evolvere le sue competenze e che le regioni e il Ministero vogliano valorizzare il ruolo dell’infermiere.

Ora, volendo restare nelle problematiche attuali (tralasciando il See&Treat, il Perimed, che hanno visto anche la loro trattazione in sede giudiziaria e per cui non risulta, ad oggi, nessuna sentenza di condanna di esercizio abusivo o di invasione di altri ambiti di competenze), questo documento esce all’indomani delle polemiche sull’intasamento dei pronto soccorso e del conseguente tavolo tecnico ministeriale sul “riordino cure primarie e integrazione ospedale e territorio” (che doveva portare all’apertura della medicina generale 24 ore su 24 7 giorni su 7) conclusosi con una posizione al ribasso (si veda in allegato). Sul tema siamo intervenuti come sindacato, creando non poche tensioni con i medici di medicina generale, per ribadire al Ministro che per la soluzione all’intasamento dei pronto soccorso era necessario percorrere nuove strade come la diffusione dell’infermiere di famiglia senza sprecare ulteriori risorse verso i medici di medicina generale. Così non è stato; pertanto pare paradossale leggere ora questo documento sia sotto il profilo dell’armonizzazione con tutte le professioni sanitarie sia sotto il profilo della valorizzazione professionale che per gli infermieri si traduce in “nuove competenze” e per i medici di medicina generale in “ristrutturazione del compenso” senza apertura dei servizi h24! La verità è che sulla carta nel 1999 si è stabilita ex legge la pari dignità della professione infermieristica con la professione medica ma nei fatti i medici e con essi parte del mondo politico considera la professione infermieristica ancora ausiliaria e funzionale alla professione medica. Di fatto ancora oggi tutto il sistema sanitario è funzionale alla professione medica più che ai cittadini-utenti.

Così si è dimostrata anche la riorganizzazione per intensità di cure delle strutture ospedaliere. In molte realtà questa riorganizzazione è stata funzionale a esigenze di economicità attraverso il taglio dei posti letto e il taglio del personale del comparto lasciando intaccate le dotazioni organiche dei dirigenti medici.

Quindi, la revisione del profilo dell’infermiere deve partire da una chiara e



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

trasparente impostazione del sistema sanitario nazionale e regionale e non semplicemente da un crearsi delle condizioni di possibilità operative per la soluzioni di eventuali problemi sulle aspirazioni di altri professionisti da usarsi all'uopo. È ancora d'esempio la creazione delle figura dell'OSS con formazione complementare: istituito, formato ma non contrattualizzato! Uno spreco di risorse e un'immissione di frustrazione nei dipendenti che sia erano riqualificati a proprie spese. Succederà la stessa cosa per gli infermieri con le nuove competenze? Già ora molti vivono la frustrazione di aver svolto master specialistici a proprie spese senza aver nulla in cambio.

*Occorre quindi discutere prima quale assetto e centralità (rapporto tra territorio-ospedale e medici-professionisti sanitari; i bisogni dei cittadini-utenti) deve avere il sistema sanitario e poi come organizzare i servizi avvalendosi di tutte le risorse presenti ottimizzandone l'impiego. Finora le logiche sono state altre e non vorrei che questo documento contribuisse ad mantenerle.*

2. **L'organizzazione del lavoro:** è l'ambito che la legge prevede sia trattato dal Ministero e dalle regioni per la valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche. Dovrebbe quindi essere la parte fondamentale del documento, invece di riorganizzazione nell'ottica di promuovere un'assistenza personalizzata e di incentivazione alla diretta responsabilità e gestione delle attività assistenziali non v'è traccia. Eppure sempre la citata legge 251/00 all'articolo 6 comma 2 prevede:

*... Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.*

Ancora oggi molte aziende sanitarie non hanno un dirigente infermieristico oppure non di ruolo. Eppure sono passati 12 anni e nel frattempo il governo ha emanato la normativa concorsuale ma molti colleghi, formati a proprie spese, ancora aspettano i concorsi.

La previsione, contenuta anche nel PSN, di una diminuzione del numero di medici per garantire il turn over (forse per questo sono necessari infermieri con competenze avanzate?) dovrebbe portare a un ripensamento dell'organizzazione incentivando il ruolo clinico della professione medica e lasciando ad altri il ruolo manageriale. In questo modo si recupererebbero



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

medici da adibire alle cure dirette e si sgraverebbero gli stessi da competenze amministrative che nulla hanno a che fare con il loro corso di studi.

Se il documento si propone di “*investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale*” come non pensare che ciò avvenga anche attraverso l’autonomia organizzativa? Parlare oggi di assistenza personalizzata in molte realtà è ancora un miraggio. L’organizzazione del lavoro, che si modifica più lentamente delle leggi, deve ancora permettere agli infermieri di svolgere a pieno il loro mandato professionale. Verso quale futuro vogliamo andare se l’attuale organizzazione del lavoro non permette di svolgere quanto già l’odierna normativa ci assegna? Quale maggior autonomia e responsabilità se non riusciamo a ottenere nemmeno quelle già esistenti? Abbiamo la responsabilità delle figure di supporto ma spesso non ci sono, abbiamo la responsabilità della presa in carico dei malati ma non abbiamo dotazioni organiche adeguate, abbiamo la responsabilità della gestione del malato a domicilio ma non abbiamo le risorse umane ed economiche o la possibilità di farlo in autonomia dai medici di medicina generale, abbiamo la responsabilità delle rilevazioni dei bisogni infermieristici ma siamo alle dipendenze del medico e sotto la sua gestione-organizzazione.

*Occorre rivedere l’organizzazione per renderla più funzionale alle esigenze dei cittadini e meno medico-centrica, per liberare i medici dagli incarichi gestionali e renderli disponibili per quelli clinici, per dare la possibilità agli infermieri di fare quanto già la normativa prevede.*

3. **Il metodo:** è la strada che si è deciso di percorrere per raggiungere il fine. Il vero fine di questo documento, anche a seguito delle riflessioni appena svolte, ci sfugge. La conferma ci viene dal metodo adottato: la predisposizione di un documento preparatorio a un Accordo stato regioni che attribuisca ulteriori funzioni avanzate agli infermieri a seguito di ulteriore formazione. Un accordo con una serie elencata di competenze per aree (i cinque allegati) la cui maggior parte è già bagaglio di conoscenze e di esercizio professionale dell’attuale infermiere e di cui è impensabile la mancanza nell’attuale formazione. Un accordo che necessariamente rimanda ad altre norme o provvedimenti per la formazione e per l’esercizio con il rischio che in diverse parti del Paese il processo si fermi a vari livelli, non ultimo quello aziendale o di dipartimento. Se si voleva attribuire agli infermieri “la prescrizione di presidi e ausili a





# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

supporto della dipendenza/non autosufficienza” o l’esecuzione di “sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi” bastava un provvedimento amministrativo o una protocollo condiviso perché non penso sia questo accordo che ne sancisca la liceità bensì le norme già in essere ed eventuali provvedimenti aggiuntivi. Del resto, mi pare assurdo che un medico firmi la prescrizione di un presidio (si pensi ai presidi per le stomie gestiti dagli infermieri stomaterapisti) di cui non conosce le problematiche connesse e le modalità di gestione.

*Occorre capire qual è lo scopo da cui nasce il documento, a quali esigenze deve dare risposta. Tale documento non dà soluzioni alle questioni aperte presenti oggi nelle rapporto interprofessionale, anzi, rimandando ad altre norme pone le basi per la creazione di aspettative nella categoria che non si sa se siano poi realizzabili. Occorre capire, posto che tale documento non pare sia nato da un’esigenza interna alla professione, a chi serve e a cosa serve in modo da utilizzare poi strumenti concreti per il raggiungimento del fine posto.*

4. **Gli strumenti operativi:** sono operativamente le norme che portano a compimento l’esercizio delle funzioni avanzate. Sono previsti provvedimenti di Giunta Regionale per modelli organizzativi, provvedimenti di Giunta Regionale per individuazione e attivazione dei percorsi formativi, accordi fra Regione e Università, linee guida allegate al PSN o ai PSR, linee progettuali/sperimentali nazionali regionali. Purtroppo sia per tipologia che per numero, tali provvedimenti non sembrano descrivere un percorso breve. Si evidenzia, poi, il rischio che il tutto si blocchi all’ultimo step rendendo vano tutto l’investimento fatto. Appare altresì chiaro che ogni regione e ogni azienda avrà un assetto diverso, percorsi diversi, servizi diversi, livelli di assistenza diversi.

*Occorre aver certezza del percorso normativo. Tale documento rimanda ad atti regionali che non sappiamo se e quando verranno adottati, tali atti rimandano in definitiva all’organizzazione che può utilizzare o meno l’infermiere con competenze avanzate.*

5. **Le risorse:** sono i fattori principali che mancano al progetto. Molte realtà del paese erogano assistenza infermieristica in carenza di risorse e senza adeguate figure di supporto. Com’è pensabile che gli infermieri abbiano anche il tempo per svolgere altre funzioni? Com’è pensabile che le svolgano dopo un investimento personale nel percorso formativo (di tempo e denaro) senza adeguata retribuzione? Per far funzionare il progetto delineato occorrono diversi infermieri con competenze avanzate perché spesso si debbono



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

esercitare in equipe. In questo caso si seleziona, il personale, lo si sposta, lo si obbliga alla formazione?

*Occorre stabilire le risorse umane ed economiche a disposizione per poter chiarire quale inquadramento economico si avrà per lo svolgimento di ulteriori competenze e di quali dotazioni il sistema si dovrà fornire per erogare i servizi. Di questi aspetti nei documenti non v'è traccia.*

6. **Le questioni aperte:** si parla di competenze avanzate ma non si sono ancora chiariti altri aspetti dell'esercizio professionale che nell'attuale organizzazione del lavoro coinvolgono le professioni sanitarie non mediche. In particolare molti infermieri si trovano a svolgere attività di competenza del tecnico di radiologia o del tecnico di laboratorio. Si pensi all'utilizzo degli apparecchi radiologici in sala operatoria o nelle sale di emodinamica che, il più delle volte nelle piccole strutture, è a completo carico dell'infermiere. Si pensi all'utilizzo dei POCT che è richiesto agli infermieri a seguito della chiusura dei laboratori analisi nei piccoli centri. Queste problematiche sono il segno evidente della semplificazione offerta dalla tecnologia ma lasciano aperte delle naturali conseguenze sul piano organizzativo, professionale ed economico (individuale e di sistema, di fungibilità di funzioni e di risparmi). A questi problemi il documento non dà risposta. In ambito organizzativo la categoria attende pari trattamento con la professione medica attraverso un atto normativo di istituzione della libera professione che tarda a venire.

*Occorre risolvere prima i problemi interprofessionali già presenti (POCT, utilizzo apparecchi radiologici, prescrizioni farmacologiche, utilizzo PICC, intubazione, TENS, laserterapia, macchine per la circolazione extracorporea...) per non lasciare il professionista nell'incertezza del giudizio della magistratura. Altri problemi sono pressanti per la valorizzazione della categoria come l'istituzione della libera professione e l'attività usurante.*

7. **Partire dal presente:** forse ciò che manca per una riflessione seria sulla professione infermieristica a partire da quelli che sono gli attuali problemi e le potenzialità che già la categoria possiede. Creare ambiti di esercizio per le competenze già in essere, questo manca. Finché i servizi sanitari saranno medico-centrici e saranno funzionali ai loro interessi difficilmente si potrà intraprendere la strada della evoluzione professionale. Il freno ai cambiamenti non è mai venuto dalla nostra categoria bensì dalla categoria medica (le



# CONFEDERAZIONE GENERALE UNITARIA CGU - CISAL

## NurSind

### SEGRETERIA NAZIONALE

denunce alla procura della repubblica per il See&Treat e il Perimed non sono venute dai cittadini ma dall'ordine dei medici e non sulla base di episodi nefasti bensì per principio) che mira a mantenere lo status quo. La sfida della valorizzazione della professione non passa attraverso l'adozione di nuove competenze ma dai cambiamenti che l'organizzazione dei servizi saprà darsi. L'infermiere di famiglia o di comunità è già realtà ma non è adottato dalle regioni nei loro piani sanitari come fulcro del sistema dell'assistenza nel territorio. Il case manager è già realtà ma stenta ad essere presente nell'organizzazione dei servizi. Gli ambulatori infermieristici e la gestione dei codici bianchi nei pronto soccorso e la velocizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici possono essere già realtà basta volerli e adottare i necessari provvedimenti.

*Occorre in definitiva mettere mano al sistema dalla realtà più prossima all'utente e non partire da ulteriori competenze e ulteriori percorsi formativi più utili alle università che agli utenti. Le poche competenze che sono "innovative" possono essere già ora attribuite all'infermiere con un semplice provvedimento amministrativo a normativa invariata.*

Quindi si proceda se l'interesse è reale e concreto, se così non è allora l'interesse è altro e questo è un dubbio che ci turba. Forse questa è la contropartita per mitigare la reazione degli infermieri a un'evoluzione delle figure di supporto (verso il CoSS, Cooperatore Socio Sanitario) e il loro passaggio al ruolo sanitario?

Distinti saluti

Il Segretario Nazionale NurSind

**Dr. Andrea Bottega**



## *Tavolo tecnico riordino cure primarie e integrazione ospedale territorio*

### *Obiettivi da perseguire:*

- *Presenza in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali*
- *Appropriatezza delle cure*
- *Riorganizzazione dell'assistenza territoriale incentivando le forme evolute di aggregazione dei professionisti*
- *Promozione della sanità di iniziativa*

### *Proposte:*

1. *Ruolo unico ed accesso unico* per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche richieste.
2. *Integrazione mono-professionale e multi-professionale* per favorire l'integrazione ed il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, anche attraverso la costituzione di aggregazioni monoprofessionali AFT e multiprofessionali UCCP, nonché valorizzare l'integrazione tra i medici convenzionati ed i medici dipendenti attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli aziendali e regionali, facilitando l'intero percorso di cura del paziente.
3. *Ristrutturazione del compenso* prevedendo una distinzione delle fonti e dei meccanismi di finanziamento destinati alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale, spese di gestione, spese automezzo, ecc.).
4. *Sviluppo dell'ICT (Information and Communication Technology)* che rappresenta uno strumento irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere ai fini di servizio, gestionali e di governo clinico, fermo restando quanto previsto al punto 3.
5. *Individuazione nel distretto della sede territoriale di riferimento*, strettamente legata al territorio di competenza, dove attuare il coordinamento della gestione dell'assistenza.
6. *Riorganizzazione del sistema di Emergenza ed Urgenza* al fine di garantire una continuità tra ospedale e territorio evidenziando la necessità del passaggio alla dipendenza dei medici di emergenza sanitaria o comunque di una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza.
7. *Formazione dei professionisti:* definire i percorsi formativi in maniera funzionale ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie. Rimodulare il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici completando lo stesso nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali,

comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario. Favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio per garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedono la partecipazione di medici dipendenti e dei medici convenzionati.

CIMO ASMD

Antonio

UGL MEDICI

Eugenio de Vito

FIMP

Giuseppe

FIMMG

Antonio

UIL FPL

Anna Maria

SMI

Ugo

INTESA - FPCGIL MEDICI

Nicola (2)

INTESA CISL MEDICI

Anna Maria (1)

SUMAI

Luigi

CISL FP

La firma è in un documento Tecnico che deve essere riportato al tavolo politico CISL FP Antonio

(1) Nota -

La firma è in un documento di un tavolo tecnico che deve essere riportato ad un tavolo politico

Anna Maria

(2) Con riserve per il mercato inoppo al superamento delle figure del medico di Guardia medica per la piena integrazione con gli altri professionisti.

# Cure primarie: ruolo unico ma niente h24

Alla fine la montagna ha partorito il topolino. Dal tavolo tecnico ministeriale sulle cure primarie è uscito un documento di sintesi delle proposte sindacali che ha messo improvvisamente tutti d'accordo. Sette i cardini, quanto mai generici (si veda la tabella). E nessun cenno a quella che pure era stata sventolata come la madre di ogni riordino: l'assistenza h24, 7 giorni su 7.

Le novità più rilevanti, che potrebbero concretizzarsi in un accordo Stato-Regioni, sono l'introduzione del ruolo unico e dell'accesso unico per tutti i professionisti nella propria area convenzionale e la ristrutturazione del compenso per separare la remunerazione dell'attività da quella dei fattori di produzione. Il resto è più una dichiarazione d'intenti: integrazione mono e multiprofessionale attraverso aggregazioni funzionali (Aft) e Uccp, sviluppo dell'Ict, formazione, riaffermazione del distretto come «sede territoriale di riferimento». E

## I punti dell'accordo

1	Ruolo unico e accesso unico
2	Integrazione mono-professionale e multi-professionale
3	Ristrutturazione del compenso
4	Sviluppo dell'Ict (Information and Communication Technology)
5	Individuazione nel distretto della sede territoriale di riferimento
6	Riorganizzazione del sistema di Emergenza ed urgenza
7	Formazione dei professionisti

la partita cruciale del dialogo ospedale-territorio affidata all'«istituzionalizzazione di tavoli aziendali e regionali». Un cenno è riservato al capitolo emergenza-urgenza, per il quale si raccomanda o il passaggio alla dipendenza dei medici del 118 «o comunque una univocità di ruolo giuridico e contrattuale di tutti i professionisti» del settore.

Una strategia al ribasso per centrare quattro obiettivi: presa in carico del paziente «modulata su

livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali», appropriatezza delle cure, riorganizzazione dell'assistenza territoriale «incentivando le forme evolute di aggregazione dei professionisti» (come avviene da almeno due convenzioni) e promozione della Sanità d'iniziativa.

Il documento (disponibile sul sito [www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)) dovrà servire a dar voce ai medici nel confronto con le Regioni al

tavolo sulle cure primarie previsto nell'ambito del Patto per la salute. Ma le posizioni sono distanti. Mentre gli assessori lavorano per una riforma radicale della Sanità territoriale, i sindacati sin dall'inizio hanno puntato soprattutto a portare a casa la riforma dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992. Ovvero un rafforzamento del proprio ruolo giuridico.

Scontata la soddisfazione delle sigle. Per **Silvestro Scotti**, vicesegretario Fimmg, «sono stati recepiti alcuni capisaldi che abbiamo sempre sostenuto, come il ruolo unico e la ristrutturazione del compenso». «Un passo avanti» per la Fp Cgil, «una proposta di mediazione che rappresenta una buona base di partenza» per lo Smi. «Si riconosce il valore della Sanità territoriale», aggiunge il Sumai. Ora la palla passa alle Regioni.

**Barbara Gobbi  
Manuela Perrone**