

# Come si è giunti al "comma 566" e cosa fare per superarlo

**Carminè Gigli**  
Presidente FESMED

■ I tentativi di promuovere le competenze professionali degli infermieri hanno portato a limitare le competenze dei laureati in medicina e chirurgia ai soli "atti complessi e specialistici" e hanno consentito agli infermieri di accedere alle strutture complesse

**R**ecenti indagini conoscitive indicano che i rapporti fra i medici e gli infermieri sono molto buoni e che la maggioranza dei medici è favorevole all'introduzione della figura dell'infermiere specialista, anche se non sa bene di cosa si tratti. La concordia registrata sul posto di lavoro fra medici e infermieri torna a tutto vantaggio dei cittadini. Infatti, è opinione corrente che il nostro Servizio Sanitario, carente di risorse e spesso mal organizzato, riesca ancora a curare i cittadini e a non collassare solo grazie al fatto che medici e infermieri continuano ad addossarsi quotidianamente gli enormi carichi di lavoro che si riversano su di loro. La storia del comma 566 è quella di coloro che stanno pensando al modo per far "rendere" di più sul piano lavorativo i medici e gli infermieri ed anche di quei pochi che stanno cercando di assicurarsi una comoda poltrona e di migliorare la loro retribuzione.

## Evoluzione della professione infermieristica

La storia comincia molti anni fa, direi nel 1992, quando il D.lgs 502/1992 trasferì la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria, affidando al Ministero della sanità il compito di individuare le figure professionali da formare ed i relativi profili. Tale compito impegnò il Ministero in un percorso non privo di conflitti che approdò nel Decreto 739/1994, che individua la figura professionale dell'infermiere e invece delle mansioni, gli riconosce il seguente profilo: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

I cambiamenti accelerarono con la Legge 42/1999, la quale stabi-

liva che "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali...". Detta legge indicava il limite per il campo di attività degli infermieri e lo stabiliva con l'espressione: "fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". È proprio questo limite che il comma 566 (art.1) della legge di Stabilità 2015 sta cercando di superare ma, procediamo con ordine.

Successivamente, la Legge 251/2000 ha riconosciuto agli infermieri l'autonomia, infatti l'art.1 recita: "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...". Inoltre, la stessa legge ha affidato al Ministero della sanità il compito di emanare linee guida, per l'attribuzione nelle aziende sanitarie "della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni". Dette linee guida non vennero emanate perché non vi erano figure idonee per ricoprire tali funzioni ed oggi vengono rivendicate. La legge 43/2006, art.6, ha colmato il vuoto indicando come si articola il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie. Prevede fra l'altro: "professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche" e "professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica". Quindi, in base a questa legge, si diventa specialisti con un corso della durata di un anno,

massimo due, dopo la laurea triennale.

## La situazione attuale

C'è il sospetto che si equivochi su quella che l'università definisce laurea magistrale e che la legge 43/2006 definisce laurea specialistica. Si potrebbe sostenere che si tratta di una questione terminologica, se non ci trovassimo di fronte al fatto che equivocando sui termini si riesca ad utilizzare la laurea magistrale non tanto ai fini dell'assistenza clinica, quanto per accedere agli incarichi di gestione delle attività di assistenza infermieristica e non solo. Infatti, di recente, dei laureati delle professioni infermieristiche sono riusciti ad ottenere incarichi di direzione di strutture operative complesse (Soc), sino ad ora riservate ai medici. Inoltre, secondo la stessa legge 43/2006, per i profili delle professioni sanitarie può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Per tale motivo, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento, ovvero di incarichi direttivi, comporta per le organizzazioni sanitarie pubbliche l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate (es. ex primari non sostituiti). Quindi, un doppio danno di carriera per i medici a vantaggio delle professioni infermieristiche e delle Regioni, che risparmiano sulle retribuzioni.

In pratica, stiamo assistendo al fatto che un infermiere specialista, con una formazione di tre anni ed un master di uno/due anni, o in possesso della laurea magistrale, può ottenere l'incarico di responsabile di struttura complessa, alla pari di un medico specializzato con un periodo di formazione della durata di almeno 11 anni. Tutto questo con la giu-

## Cosa prevede il comma 566

(art. 1 della Legge di Stabilità 190/2014)

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

stificazione che si tratta di un "incarico gestionale" ed in totale spregio del fatto che le strutture sanitarie complesse quasi mai richiedono soltanto delle competenze gestionali bensì, necessitano anche di competenze cliniche specialistiche. Di sicuro dette competenze cliniche specialistiche le avrebbe reclamate la gestione del servizio di day surgery di un ospedale romano, di recente affidata ad un infermiere specialista.

## Tentativo di promuovere le competenze professionali degli infermieri

All'inizio del 2013 gli infermieri hanno concordato con i rappresentanti delle Regioni e del Ministero della salute una "Bozza di Accordo, tra il Governo e le Re-

gioni", per promuovere lo sviluppo delle competenze professionali degli infermieri, basato sulla formazione regionale e sull'esperienza professionale acquisita in ambito lavorativo ed hanno cercato di ottenere l'assenso dei medici sul documento, già preconfezionato. Nel novembre 2013 i medici hanno risposto invitando il Ministro della Salute a voler riconsiderare l'iter previsto per il provvedimento e di prevedere ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare.

Ulteriori tentativi per convincere i medici ad accettare il provvedimento sono stati compiuti a più riprese, anche sotto l'egida del Sottosegretario alla Salute dell'epoca ma, le Oo.Ss. mediche hanno ribadito compatte che non ritenevano possibile "imple-

**I medici hanno manifestato la loro contrarietà verso il comma 566 reclamandone l'abrogazione e Alleanza per la Professione Medica (Apm) ha chiesto che vengano definite in maniera positiva le competenze del medico, facendo riferimento alla "Definizione europea di Atto Medico" adottata dalla Uems**

mentare le competenze di una categoria senza contemporaneamente tenere conto delle competenze delle altre categorie interessate. Altrimenti, si potrebbe arrivare all'assurdo giuridico che lo stesso atto possa essere di competenza del Medico, al quale viene richiesto un percorso formativo di 11 anni, e nello stesso tempo dell'infermiere il cui percorso formativo è di soli 3 anni".

Questo impasse non era gradito agli infermieri ma, neanche alle Regioni e per motivi mai ben chiariti, neppure al Ministero della salute. Così, "qualcuno" ha ritenuto opportuno forzare la situazione e a sorpresa ha inserito il comma 566 in una legge finanziaria, che nulla aveva a che fare con le competenze delle professioni infermieristiche.

#### Il comma 566

Il comma che potete leggere nel riquadro è un capolavoro di ermetismo nel quale si riesce in poche righe a limitare le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di "atti complessi e specialistici", quindi i medici non sarebbero più idonei per tutti gli "atti". Nello stesso tempo esclude gli stessi medici dalla concertazione, che dovrebbe definire "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche".

Da questo si evince che le Regioni e i rappresentanti delle professioni infermieristiche non vogliono interferenze, da parte dei medici, per andare a definire quali siano gli "atti" non complessi e non specialistici dei quali appropriarsi, per gestirli anche il libera professione autonoma e per creare nuove unità operative da dirigere. Il tutto a danno di una visione unitaria del procedimento diagnostico, del trattamento terapeutico e riabilitativo e nella totale assenza di un qualsiasi piano riforma delle cure.

A tutto questo hanno plaudito ov-

vamente gli infermieri ma, anche le Regioni e qualcuno si è spinto oltre. Infatti, il presidente della Regione Toscana ha già ipotizzato in una dichiarazione di voler sostituire, oltre a molti primari, anche un gran numero di infermieri, che potranno andare in pensione, con giovani Operatori Socio Sanitari preparati, pieni di voglia di fare. Questo ci fa comprendere in quali considerazione siano tenute le competenze dei medici e degli infermieri, a certi livelli del potere politico e quanto si sia spinta in avanti l'ottica economicista nella gestione della sanità.

I medici hanno manifestato la loro contrarietà verso il comma 566 reclamandone l'abrogazione e l'Alleanza per la Professione Medica (Apm) ha chiesto che vengano definite in maniera positiva le competenze del medico, facendo riferimento alla "Definizione europea di Atto Medico", adottata dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (Uems) e nella quale si riconoscono numerose Società scientifiche europee (vedi riquadro in basso).

Il Ministro della salute ha rimandato il primo incontro che aveva fissato con le Oo.Ss. dei medici per discutere su queste problematiche. Siamo in attesa di una nuova convocazione e soprattutto che qualcuno rifletta sul fatto che la salute è un bene costituzionalmente tutelato e non dovrebbe essere utilizzata come materia di propaganda elettorale.

In ogni caso è importante considerare la possibilità che le proteste delle OO.SS. e delle associazioni mediche, da sole, non siano sufficienti a far tornare indietro il Governo e le Regioni dalla strada che hanno imboccato. In questo caso dobbiamo essere coscienti che sarà nostro preciso dovere alzare la voce in difesa della nostra professione e del diritto dei cittadini ad essere curati da un medico. Nei giorni scorsi i nostri colleghi francesi sono scesi in piazza massicciamente per difendere dei diritti meno nobili di questi. **Y**

### Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) Definizione europea di Atto Medico

"The medical act encompasses all the professional actions, e.g. scientific, teaching, training and educational, organisational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health and functioning, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic and rehabilitative care to patients, individuals, groups or communities in the framework of the respect of ethical and deontological values. It is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription."

"L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

## Nascite: 10° rapporto Cedap (dati 2011)

# Le mamme scelgono l'ospedale pubblico: lo preferiscono quasi 9 su 10

**C**ompie dieci anni il rapporto Cedap (ovvero "Certificato di assistenza al parto") che, anche se con un ritardo temporale di qualche anno rispetto alla data di uscita (l'edizione 2015 riporta i dati del 2011), offre un quadro completo dell'evento nascita in tutte le strutture del Paese. Lo scarto temporale nelle analisi ha comunque il suo "peso", se si considera il fenomeno progressivo della riduzione dei nati in Italia. Basti considerare che i nati nel 2014, secondo l'ultimo censimento Istat, sono stati solo 509.000, quindi quasi 40.000 in meno di quelli registrati nel nuovo rapporto Cedap che, riferendosi al 2011, basa le sue analisi su oltre 540 mila eventi nascita.

Sotto la lente degli esperti del ministero della Salute è finito infatti il 99% delle nascite registrate nelle anagrafi comunali, avvenute in 567 punti nascita pubblici e privati, per un totale di 541.206 eventi. In ogni caso la rilevazione, istituita con decreto ministeriale nel 2001, costituisce, come si legge nella prefazione al volume curato dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del ministero della Salute - "la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale".

#### Ecco i principali risultati:

**1. La rilevazione 2011, con un totale di 567 punti nascita,** presenta un elevato livello di completezza. Si registra un numero di parti pari al 98,8% di quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera (Sdo) ed un numero di nati vivi pari al 99% di quelli registrati presso le anagrafi comunali nello stesso anno. La qualità dei dati risulta buona per gran parte delle variabili, in termini sia di correttezza sia di completezza.

**2. L'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici**



**ed equiparati, l'11,9% nelle case di cura private (accreditate o non accreditate) e solo lo 0,1% altrove.** Naturalmente nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 61,8% dei parti si svolge in strutture dove avvengono al-

**Ancora troppi cesarei: sono il 36,7% del totale. E l'1,4% delle donne ricorre alla Pma**

meno 1.000 parti annui. Tali strutture, in numero di 191, rappresentano il 33,7% dei punti nascita totali. Il 9,5% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

**3. Nel 2011, il 19% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana.** Tale fenomeno è più diffuso al Centro-Nord dove oltre il 25% dei parti avviene da madri non italiane; in particolare, in Emilia Romagna e Lombardia, il 28% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Africa (26,1%) e dell'Unione Europea (26%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 18,2% e l'8,3% di quelle non italiane.

**4. L'età media della madre è di 32,6 anni per le italiane men-**

tre scende a 29,4 anni per le cittadine straniere. I valori mediani sono invece di 33 anni per le italiane e 29 anni per 5 le straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane quasi in tutte le Regioni superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud. Le donne straniere partoriscono il primo figlio in media a 27,7 anni.

**5. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2011 il 44,2% ha una scolarità medio alta, il 31,8% medio bassa ed il 23,9% ha conseguito la laurea.** Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (50,4%).

**6. L'analisi della condizione professionale** evidenzia che il 59,3% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 30% sono casalinghe e l'8,8% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2011 è per il 54% quella di casalinga a fronte del 65,9% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

**7. Nell'85% delle gravidanze il numero di visite ostetriche** effettuate è superiore a 4 mentre nel 73,1% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita a partire dalla 12° settimana è pari

► Segue a pagina 26