

# Il coordinamento regionale Collegi IPASVI della Lombardia

## UN CONTRIBUTO ED UNA RIFLESSIONE PER UNA NUOVA POLITICA DELLA SALUTE

### Lo stato dell'arte della professione infermieristica nel contesto sanitario.

La vera sfida che la professione infermieristica sta affrontando, riguarda soprattutto il passaggio da una pratica fondata sulla tradizione ad una pratica supportata e sostenuta dalle prove di efficacia. L'infermiere, professionista della salute, è chiamato ad assicurare, in ragione delle competenze acquisite ed ormai unanimemente riconosciute, il controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte nelle strutture, siano pubbliche o private, e nell'esercizio della libera professione, programmando e governando il miglioramento complessivo delle prestazioni con un impegno anche nella ricerca e nella messa a punto di linee-guida. Il nostro mandato è di garantire una risposta adeguata alla domanda d'assistenza infermieristica, in un contesto caratterizzato da una grave carenza di risorse professionali.

Le ragioni della caduta di motivazione dei giovani, nell'intraprendere questa professione, sono state ampiamente confermate dalla ricerca condotta dal Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Milano-Lodi con il supporto di Abacus, che ha raccolto attenzione e consenso anche a livello parlamentare.

La richiesta di un maggior riconoscimento sia del ruolo sia di un adeguato trattamento economico, trova le sue ragioni in relazione alla nuova e maggiore professionalizzazione e responsabilità assegnata agli infermieri.

Molto è cambiato negli ultimi anni, basti pensare all'evoluzione dei processi tesi alla valorizzazione e responsabilizzazione della professione, avviati prima con la formazione in università nel 1991, proseguiti nel 1994 con la definizione del profilo professionale attraverso il D.M. 739

e consolidati, sotto il profilo normativo, con la L. n. 42 del 1999 che nel mettere termine definitivamente al vecchio mansionario, ha riconosciuto l'autonomia e la responsabilità all'infermiere, in coerenza con il processo di aziendalizzazione.

Con l'istituzione della laurea di primo livello, della laurea specialistica (LS), e con la piena applicazione della L. 251/2000, gli infermieri potranno ottenere finalmente il riconoscimento della dirigenza infermieristica. Un percorso che qualifica l'infermiere, a pieno titolo, quale professionista della sanità, secondo quanto indicato dagli standard già da tempo riconosciuti in altri Paesi dell'UE.

È imprescindibile ora il sostegno delle istituzioni e delle forze politiche, affinché gli infermieri siano riconosciuti quali protagonisti dinamici di una "nuova sanità", che faccia proprio il concetto di integrazione tra ospedale e territorio, che coniughi i principi dell'organizzazione con la responsabilità del processo assistenziale, in armonia con i progetti dell'OMS. Da qui l'esigenza – e l'obiettivo che ci si pone – di costruire sinergie collaborative per favorire il raggiungimento di concrete azioni di programmazione, pianificazione e gestione basate sul rispetto delle singole competenze, responsabilità e autonomie.

Questo cambiamento rappresenta un impegno per rispondere con criteri di eccellenza ai bisogni di salute, nel rispetto dell'affermazione del diritto della persona assistita, della propria dignità e centralità.

Tale processo di cambiamento sarebbe incompleto se non si ponesse la necessaria attenzione anche ad una ridefinizione dei ruoli e delle funzioni dei Collegi/Ordini Professionali, che devono assumere prioritariamente la funzione di "Garante" del livello qualitativo degli iscritti anche attraverso un vero e proprio accreditamento dei professionisti.

Collegi e Ordini dovranno accompagnare il professionista nella sua attività, assicurando ogni supporto necessario allo sviluppo del percorso curriculare, per il miglioramento della qualità della professione e dell'assistenza.

### L'emergenza infermieristica. Che fare?

Il panorama dell'assistenza infermieristica ha assunto da tempo connotazioni critiche per la forte carenza di personale dovuta a molteplici fattori. Questo problema è stato fortemente avvertito dai Collegi sin dal primo suo manifestarsi osservando i flussi di mobilità del personale.

Dai dati raccolti emerge una carenza di infermieri di circa 2000 unità solo nelle province di Milano e Lodi, sia nelle strutture pubbliche che private; spesso anche gli studi associati e le cooperative non sono in grado di soddisfare la richiesta per mancanza di personale, e ciò potrebbe favorire il fenomeno del doppio lavoro. I settori caratterizzati da maggiore carenza di personale infermieristico sono quelli in cui prevale un elevato livello di cronicità quali le case di riposo, le strutture protette, gli istituti geriatrici, ecc.... Un ulteriore aggravio è dovuto alla quasi totale impossibilità di sostituzione delle maternità e delle aspettative a vario titolo od alle mancate integrazioni necessarie per far fronte alle scelte del personale che ha optato per un rapporto a tempo parziale.

All'interno delle corsie si vive una situazione di serio disagio per le condizioni ed i carichi di lavoro, l'infermiere si trova sempre più spesso a dover rinunciare ai giorni di riposo ed a modulare la propria vita prevalentemente sulle esigenze organizzative del servizio, mettendo a rischio la sicurezza della persona assistita e degli operatori stessi. Alla luce di una

tale criticità viene disatteso il recente D.Lgs n. 66 dell'8 aprile 2003 che impone in fase di programmazione dei turni la particolare attenzione a rispettare le 11 ore di riposo consecutive ogni 24 ore. Sottovalutare il problema significa favorire la cronicizzazione dei mali, che gravano sull'organizzazione e sull'integrità psicofisica degli infermieri generando un danno da usura.

E che l'emergenza infermieristica sia grave soprattutto nel nostro Paese è evidente; basta esaminare, rispetto al fabbisogno di infermieri, il trend Europeo rilevabile dai dati OCSE in cui si conferma una triade da "allarme rosso" in Italia.

Un riconoscimento economico inadeguato, un percorso formativo faticoso con rilevanti costi universitari, con elevati livelli di responsabilità richiesti in cambio di una professione dura ed impegnativa: sono queste le motivazioni che inducono ad escludere la scelta della professione infermieristica fra le proprie prospettive di vita e di carriera.

### Prestazioni aggiuntive come strumento e libera professione intramurale come obiettivo

I Collegi degli infermieri hanno da tempo segnalato come la garanzia della qualità, della sicurezza e del-

l'accesso alle prestazioni dipenda soprattutto da un uso appropriato delle risorse, a partire da quelle professionali.

Particolarmente critica la situazione in Lombardia per l'incremento delle segnalazioni di strutture inadeguate, lunghe liste di attesa, sprechi e inefficienze gestionali, fino a sostituire personale infermieristico con l'utilizzo improprio di personale di supporto. Certamente, tutte queste criticità concorrono a determinare il clima di "malessere e sfiducia" tra gli utenti e gli stessi operatori. Come è possibile reagire a tale situazione?

Vi è innanzi tutto la necessità di consolidare il sistema professionale e di definire progetti per il sistema salute attraverso la valorizzazione e la motivazione della competenza e della rinnovata responsabilità professionale. In questo scenario permane la condizione di carenza infermieristica, che spesso alimenta il fenomeno del cosiddetto "doppio lavoro", un "buco" tanto grave che ha impegnato i nostri Collegi e il Comitato Centrale della Federazione Nazionale a richiedere la proroga delle prestazioni orarie aggiuntive in scadenza al 31/12/2003.

Il nostro obiettivo è di "riconvertire" le prestazioni orarie aggiuntive in libera professione intramurale.

La scelta di riconoscere/contrattualizzare/regolamentare la libera professione intramurale e di renderla uno strumento strategico per la

realizzazione dell'autonomia professionale, ha lo scopo di valorizzare il ruolo sociale della professione stessa; oggi per far fronte, almeno in parte, alla carenza di personale infermieristico, ma, in prospettiva, oltre che per uscire anche dal tunnel del "doppio lavoro", per acquisire uno status professionale paritario rispetto agli altri professionisti sanitari e coerente con la stessa domanda assistenziale.

La crescita della domanda di prestazioni infermieristiche è un dato incontestabile, tale da alimentare ed aggravare il problema della stessa emergenza infermieristica. Si registrano come elementi salienti di tale situazione:

1. Una cronica carenza di personale infermieristico, a fronte di un'abbondante offerta di lavoro, e della necessità di integrare l'esiguo stipendio fisso da posto sicuro.
2. Un mercato del lavoro senza controlli, in cui le strutture private possono tuttora facilmente trovare, ad un minor costo risorse provenienti dalla sanità pubblica o dalla sanità privata accreditata, da utilizzare in proprio. In questo meccanismo si sono ben inserite soprattutto le società di servizi, abili a reperire personale da "affittare" agli ospedali pubblici.
3. Una visione falsamente "moderna" del mercato del lavoro su cui sono state poste, per l'area infermieristica, molte aspettative, largamente infondate, almeno allo stato attuale.

Paesi	Medici Per 1000 abitanti		Infermieri Per 1000 abitanti		Posti letto Per 1000 abitanti	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998
Austria	2.2	3.0	7.2	8.9	10.2	8.9
Belgio	3.2	3.4	/	/	8.0	7.2
Danimarca	2.8	2.9	6.8	7.2	5.7	4.6
Finlandia	2.4	3.0	10.2	14.0	12.5	7.8
Francia	2.6	3.0	5.4	5.9	9.7	8.5
Germania	3.1	3.5	/	9.6	10.4	9.3
Grecia	3.4	4.1	3.4	3.6	5.1	5.0
Irlanda	1.6	2.2	11.3	15.9	3.9	3.7
Italia	4.7	5.9	4.7	5.3	7.2	5.8
Lussemburgo	2.0	3.0	/	7.0	11.7	8.0
Olanda	2.5	/	/	/	11.5	11.3
Portogallo	2.8	3.1	2.8	3.8	4.6	4.0
Spagna	3.8	4.4	4.1	5.0	4.3	3.9
Svezia	2.9	3.1	9.2	10.2	12.4	3.8
Regno Unito	1.4	1.7	5.2	5.0	5.9	4.2
Norvegia	3.1	2.4	13.2	9.5	/	14.7
<b>MEDIA</b>		<b>2.9</b>		<b>7.0</b>		

Dati Ocse 2001							
Medici		Medici di famiglia		Dentisti		Infermieri	
I PRIMI TRE							
		<b>Finlandia</b>	<b>1,6</b>	<b>Islanda</b>	<b>1,0</b>	<b>Irlanda</b>	<b>16,5</b>
Grecia	4,1	Francia	1,5	Svezia	0,9	Finlandia	14,4
Belgio	3,8	Belgio	1,4	Danimarca	0,9	Olanda	12,7
ITALIA	5,9	ITALIA	0,9	ITALIA	0,6	ITALIA	4,6
GLI ULTIMI TRE							
Messico	1,7	Regno Unito	0,6	Polonia	0,3	Belgio	1,8
Corea del Sud	1,3	Olanda	0,5	Turchia	0,2	Messico	1,2
Turchia	1,2	Irlanda	0,4	Messico	0,1	Turchia	1,1
<b>MEDIA OCSE</b>	<b>2,9</b>	<b>MEDIA OCSE</b>	<b>0,8</b>	<b>MEDIA OCSE</b>	<b>0,6</b>	<b>MEDIA OCSE</b>	<b>7,0</b>

4. Un inevitabile decadimento dei livelli qualitativi dell'assistenza, che può concorrere all'incremento dell'assenteismo negli enti di appartenenza e ad un utilizzo improprio dei recuperi e delle ferie.

La risposta a tali condizioni può essere data attraverso la ridefinizione delle regole di svolgimento delle attività libero professionali degli infermieri, superando un divieto generalizzato, ancora presente nella normativa, ma ormai anacronistico. Tale regime ha comunque già trovato una deroga per i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno. Va premesso che il regime delle incompatibilità del dipendente pubblico rappresenta un appesantimento, ormai inutile, della posizione rispetto al regime dell'impiego privato, e ciò a dispetto della tanto sbandierata privatizzazione del rapporto di lavoro nel pubblico impiego. Fermo restando che il dipendente è tenuto ad operare fornendo la prestazione contrattuale, assicurando la necessaria diligenza (art. 2104 e 2105 cod. civ.), ogni altro divieto e limitazione deve trovare rispondenza in un'effettiva e rilevante esigenza dell'ente e del servizio.

Il D.L. n. 402 del 2001, convertito nella Legge n. 1 del 8 gennaio 2002 prevede, all'art. 2, che le Aziende ospedaliere possano remunerare prestazioni, fatte al di fuori del normale orario di servizio, per far fronte ad effettive carenze di organico, come in un regime di libera professione, sulla base di un'autorizzazione della Regione. Si tratta di un primo passo verso il riconoscimento di una maggiore elasticità, ma la sua complessità ne ha frenato fino ad oggi il significativo utilizzo.

Al fine di regolamentare con equilibrio il problema dell'esercizio professionale nell'ambito del rapporto di lavoro, salvaguardando sempre i vincoli di compatibilità dell'attività con gli interessi dell'Ente, si potrebbe ipotizzare una nuova disciplina per la quale si suggerisce, quale contributo

alla sua definizione, la previsione di: a) un obbligo per gli infermieri dipendenti pubblici di comunicare previamente all'ente di appartenenza gli incarichi libero professionali; b) il diritto, riconosciuto all'Ente, di richiedere, con provvedimento motivato, anche successivamente al termine fissato per il tacito assenso, che siano rimosse le eventuali incompatibilità, ovvero, ove non risulti possibile, venga a cessare l'attività in corso.

È necessario inoltre che le aziende sanitarie pubbliche, nel caso di ricorso a società di servizi in cui sia compresa la fornitura di personale, fissino clausole contrattuali che prevedano il rispetto della normativa e dei trattamenti economici previsti per il personale dipendente e del nomenclatore tariffario (minimi tariffari), definito dalla F.N.C. IPASVI, per i collaboratori a rapporto professionale.

Si indicano, quale contributo di idee, alcuni possibili interventi nel breve periodo e medio periodo.

#### **Nel breve periodo:**

1. Applicazione concreta in tutte le strutture della L. 251/2000 con conferimento di incarico della Dirigenza per la gestione autonoma del Servizio di Assistenza Infermieristica nelle Aziende Sanitarie e attivazione del corso di laurea specialistica.
2. Adeguamento dei trattamenti economici nel sistema sanitario pubblico agli standard dell'UE, non inibendo agli infermieri la possibilità di poter esercitare la libera professione intra ed extra moenia e di ottenere il riconoscimento dell'indennità di esclusività per coloro che non esercitano la libera professione extra moenia – così come riconosciuto agli altri professionisti sanitari presenti in azienda.
3. Intervento del Governo e della Conferenza Stato-Regioni, di concerto con le O.O.S.S., nella trasformazione delle prestazioni aggiuntive in attività libero professionale.
4. Promozione di campagne informative per migliorare l'immagine sociale della professione.

5. Potenziamento delle borse di studio legate al merito e al reddito sia per la formazione di base che per la formazione post base.
6. Potenziamento dei concorsi per l'attivazione delle cattedre in Scienze Infermieristiche Med 45 in tutti gli atenei sedi di corsi di laurea.
7. Incentivazione e valorizzazione della formazione post base, così da sviluppare percorsi di carriera come previsto dalla L. 1/2002.
8. Riconoscimento di almeno due ore settimanali da dedicare all'aggiornamento (ECM) e alla ricerca..
9. Regolamentazione di un percorso istituzionalizzato di formazione, reclutamento ed inserimento di infermieri non comunitari attraverso la stipulazione di protocolli d'intesa con la Regione.
- 10 Riconoscimento giuridico ed applicazione del nomenclatore tariffario nazionale approvato dalla Federazione dei Collegi IPASVI nel Marzo 2002.
11. Valorizzare l'assistenza domiciliare istituendo l'infermiere di famiglia come previsto dal documento Salute XXI dell'OMS e dalla dichiarazione di Monaco condivisa da tutti i Ministri della Sanità dei paesi europei.
12. Istituire gli ambulatori infermieristici negli ospedali e sul territorio, con convenzioni regionali, sul modello in atto per la medicina generale per migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi di assistenza infermieristica distrettuale previsti dai LEA.

#### **Nel medio periodo**

Occorre un cambiamento che richiede un impegno quotidiano nella nostra organizzazione, un nuovo impianto culturale e metodologico. A tal fine è necessario:

1. Istituire negli ospedali centri di "EBN" evidence based nursing per contribuire alla valorizzazione del corpus scientifico e alla validazione di indicatori e standard professionali.
2. Predisporre modelli organizzativi che trovino nelle competenze professionali del singolo e del gruppo e nella soddisfazione dei bisogni del paziente lo stimolo ad individuare

forme assistenziali di comprovata efficacia.

3. Riorganizzare l'assistenza infermieristica ridefinendo gli ambiti di competenza specifica e attivando modelli di assistenza personalizzata come previsto anche dalla Legge del 10 agosto 2000 n. 251.
4. Individuare e riconoscere al personale impegnato nelle turnazioni indennità di disagio, economicamente significative, e che l'attività svolta rientri nelle attività usuranti previste dalla legge.
5. Istituzionalizzare il ruolo dell'infermiere nella ricerca.
6. Istituire i Dipartimenti di Scienze infermieristiche in tutte le Università, sedi dei corsi di Laurea in Infermieristica.

### Formazione e prospettive della professione infermieristica

Il percorso formativo, dopo la laurea di I e II livello, potrà proseguire con un dottorato di ricerca in scienze infermieristiche, nella consapevolezza che è indispensabile valorizzare il ruolo di tale dottorato, il quale non solo rappresenta la struttura formativa più avanzata dell'Università, ma anche e soprattutto costituisce uno degli strumenti strategici per favorire i livelli di internazionalizzazione ed il

progresso scientifico ed economico del Paese.

In questo contesto di evoluzioni legislative, il professionista deve orientarsi con autorevolezza, agire con specifica competenza professionale, avere padronanza dell'azione, definire gli indicatori assistenziali, assicurare l'appropriatezza delle prestazioni, farsi garante dei risultati.

Siamo di fronte a nuove sfide di crescita professionale anche in campo gestionale, pertanto è necessario:

- Sviluppare, adottare standard - indicatori di riferimento e linee guida, componenti essenziali per la verifica dell'efficacia clinica nella pratica assistenziale.
- Ridefinire gli ambiti di competenza all'interno dei servizi individuando, con gli altri professionisti sanitari, i reciproci confini e le procedure necessarie per una corretta integrazione che non vada mai a detrimento delle aspettative dei pazienti.
- Ridefinire i processi lavorativi con un rapporto collaborativo con gli altri professionisti ed i collaboratori di supporto.
- Ridefinire l'attività sulla base del metodo, sempre più condiviso, delle prove di efficacia.
- Assicurare il miglioramento della

qualità delle prestazioni attraverso percorsi di accreditamento dei professionisti.

Gli infermieri, infatti, sono ormai da tempo consapevoli del ruolo-chiave svolto nell'assistenza alla persona ed alla sua famiglia e delle responsabilità e competenze necessarie per garantire livelli assistenziali di eccellenza.

Il ruolo professionale trova inoltre un ulteriore riconoscimento del proprio status nell'acquisizione dei crediti ECM e, a breve, con l'avvio della laurea specialistica.

In tal senso, anche la ricerca si pone quale strumento di coinvolgimento diretto dei professionisti, per cui divengono imprescindibili l'esigenza e la richiesta di istituire un Dipartimento Accademico di Scienze Infermieristiche ed Unità di Ricerca nelle Aziende Sanitarie, oltre che nuovi accordi di partnership per avviare autentici programmi a garanzia della qualità e del progressivo miglioramento della complessiva ricerca in sanità.

Purtroppo spesso è ben altra la direttrice lungo la quale si muove la politica sanitaria nel nostro Paese. Indubbiamente molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare: gli infermieri debbono essere messi in condizione, con il riconoscimento del loro status professionale, di esercitare autonomamente l'intero processo di assistenza infermieristica.

Per farlo è necessario il coinvolgimento ed il sostegno convinto di tutti i soggetti sociali ed istituzionali: associazioni di volontariato, forze sindacali, politiche e di governo nazionali e regionali, il mondo accademico, mass media.

La recente legislazione affronta i problemi della professione con misure esclusivamente contingenti, non strutturali come sarebbe necessario, e per farlo risulta cruciale un pronunciamento chiaro, inequivocabile e propositivo sia da parte delle istituzioni che delle forze politiche, nel rispetto e nella salvaguardia dei principi del nostro tanto caro Servizio Sanitario Nazionale.

Collegio IPASVI di Bergamo <b>N. 5.741 iscritti</b>	I.P. Beatrice Mazzoleni Presidente
Collegio IPASVI di Brescia <b>N. 8.701 iscritti</b>	A.S.A.F.D. Renica Federica Presidente
Collegio IPASVI di Como <b>N. 2.954 iscritti</b>	I.I.D. Stefano Citterio Presidente
Collegio IPASVI di Cremona <b>N. 2.455 iscritti</b>	I.P. Roberto Vecchia Presidente
Collegio IPASVI di Lecco <b>N. 1.812 iscritti</b>	I.I.D. Katia Rusconi Presidente
Collegio IPASVI di Mantova <b>N. 2.350 iscritti</b>	D.A.I. Santina Sansoni Presidente
Collegio IPASVI di Milano-Lodi <b>N. 18.535 iscritti</b>	D.D.S.I. Giovanni Muttillo Presidente
Collegio IPASVI di Pavia <b>N. 3.373 iscritti</b>	I.I.D. Enrico Frisone Presidente
Collegio IPASVI di Sondrio <b>N. 1.907 iscritti</b>	IP-A.F.D. Ercole Piani Presidente
Collegio IPASVI di Varese <b>N. 4.358 iscritti</b>	I.I.D. Enrico Malinverno Presidente
per un totale di N. 52.186 iscritti ai Collegi IPASVI della Regione Lombardia	



**PROTOCOLLO DI INTESA**

**PER L'ESERCIZIO PROFESSIONALE  
DEL PERSONALE INFERMIERISTICO PROVENIENTE DA PAESI NON  
COMUNITARI**

**LA DIREZIONE GENERALE DELL'ASSESSORATO ALLA SANITA' DELLA  
REGIONE LOMBARDA** con sede in via Pola 11 - 20124 Milano, rappresentata dal Dott. Carlo Lucchini, Direttore Generale

**E**

**L'AGENZIA REGIONALE PER IL LAVORO DELLA REGIONE LOMBARDA** - con sede in via Cardano 10 - Milano, rappresentata dal Dott. Massimo Giapponi, Direttore

**E**

**I COLLEGI PROVINCIALI IPASVI DELLA REGIONE LOMBARDA** - rappresentati dai rispettivi presidenti  
I.P. Beatrice Mazzoleni **Bergamo** - A.S.A.F.D. Renica Federico **Brescia** - I.I.D. Barbara Mangiacavalli **Como** - I.P. Roberto Vecchia **Cremona** - I.I.D. Katia Rasconi **Lecco** - D.A.I. Santina Sansoni **Mantova** - D.D.S.I. Giovanni Mutillo **Milano/Lodi** - I.I.D. Enrico Frisone **Pavia** - IP-A.F.D. Ercole Piani **Sondrio** - I.I.D. Enrico Maliverno **Varese**

**PREMESSO**

che il mercato del lavoro lombardo esprime, nel fabbisogno di figure professionali, una carenza di personale infermieristico;

che la Regione Lombardia nel garantire il mantenimento dei requisiti minimi di accreditamento, intende affrontare anche la criticità della tutela dell'esercizio professionale degli infermieri, in particolare di quelli non appartenenti alla comunità europea, e fronteggiare le contingenti situazioni di carenza nel sistema lombardo dei servizi sanitario e socio-sanitari, sperimentando percorsi per sostenere la ricerca di risorse umane professionali, selezionando e formando personale infermieristico anche di provenienza extra comunitaria;

che la Regione Lombardia, con la DGR n. VII/7276 del 3.12.01, ha affidato all'Agenda Regionale per il Lavoro il Progetto "ANALISI COMPARATIVA PERCORSI FORMATIVI RIGUARDANTE FIGURE PROFESSIONALI CRITICHE IN LOMBARDA", che prevede di effettuare ricerche paese finalizzate all'analisi di figure professionali critiche per il mercato del lavoro lombardo, con particolare interesse a determinate figure professionali, quali gli infermieri;



che le valutazioni dei percorsi formativi realizzati da tali figure, effettuate sulle domande ammesse al riconoscimento del titolo di "Infermiere" da parte del Ministero della Salute, ha consentito di individuare i Paesi presso i quali sussistono condizioni congruenti all'acquisizione di unità di personale infermieristico;

che, con l'accordo sottoscritto in data 31.07.03, concordato con il Collegio IPASVI di Milano/Lodi, la Direzione Generale Sanità e l'Agenda Regionale per il Lavoro, condividono l'obiettivo di individuare una procedura chiara e controllata nei tempi che, attraverso una sperimentazione, consenta la preselezione, selezione e formazione del personale infermieristico proveniente da Paesi extracomunitari e l'attivazione di un rapporto di lavoro, una volta ottenuto il riconoscimento del titolo professionale;

che ai Collegi provinciali IPASVI, nell'iter procedurale previsto per l'autorizzazione all'esercizio professionale da parte di cittadini stranieri non comunitari, secondo le indicazioni di cui al punto E) della Circolare Ministero della Sanità 12.04.03, DPS/III 1.40/001259, sono demandate le azioni di verifica della conoscenza della lingua italiana e delle specifiche disposizioni che regolano l'attività professionale in Italia e che agli stessi compete l'effettuazione delle necessarie verifiche propedeutiche all'iscrizione all'Albo professionale;

che le Parti condividono la necessità di individuare un percorso istituzionale, anche in vista delle criticità legate all'entrata in vigore del regolamento attuativo della Legge 189/2002 in materia di immigrazione;

**TUTTO CIO' PREMESSO  
LE PARTI DICHIARANO LA VOLONTA' DI COLLABORARE PER:**

individuare gli idonei canali e interlocutori attraverso i quali favorire l'incrocio tra l'offerta di lavoro professionalmente qualificato di cittadini stranieri extracomunitari e la domanda delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate lombarde;

individuare il percorso istituzionale e proporre soluzioni alle problematiche che attualmente rendono difficile l'inserimento di dette figure professionali nelle Aziende Sanitarie e Socio Sanitarie, pubbliche e private accreditate, con particolare riferimento alla difformità temporale tra l'attivazione del rapporto di lavoro ed il completo possesso dei requisiti per l'esercizio professionale, che presuppone l'ottenimento iscrizione all'Albo professionale e con riferimento al vincolo del contratto a tempo determinato biennale, incentivando l'assunzione di personale infermieristico non comunitario anche nelle strutture sanitarie pubbliche;

attivare una sperimentazione, connessa al progetto di cui in premessa e alle risorse finanziarie ad esso assegnate, che preveda il reclutamento di personale infermieristico extracomunitario ed il suo inserimento nel sistema sanitario e socio-sanitario lombardo attraverso percorsi di formazione professionale affidata ai Collegi IPASVI della Lombardia;

effettuare il monitoraggio per la valutazione dei risultati a medio e lungo termine;



finalizzare la sperimentazione di cui sopra alla messa a sistema di un percorso replicabile; con la definizione degli ambiti di competenza istituzionali per il governo del processo, che sia usufruibile dalle strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, pubbliche e private accreditate.

Ciascuna Parte collaborerà al buon esito della sperimentazione, nell'ambito delle proprie competenze, coordinandosi e garantendo il costante scambio di informazioni, anche coinvolgendo le Direzioni Generali competenti (Formazione, Istruzione e Lavoro, Famiglia e Solidarietà Sociale), e gli altri eventuali soggetti interessati.

Tale protocollo verrà integrato, di volta in volta, con gli allegati tecnici relativi alle fasi che le Parti considereranno.

Al presente protocollo vengono allegati:

- Allegato 1: Percorso formativo "Essere infermieri in Italia"
- Allegato 2: Modalità operative della sperimentazione

Il Protocollo entra in vigore dalla data di sottoscrizione ed è valido sino al 31 dicembre 2005. Alla scadenza, si ritiene opportuno riconoscere le parti firmatarie per il riesame della situazione.

Milano, 23 aprile 2004

Direzione Generale Assessorato alla Sanità Regione Lombardia

Dott. Carlo Lucchini  
Direttore Generale

Agenzia Regionale per il Lavoro Regione Lombardia

Dott. Massimo Giapponi  
Direttore

Collegio IPASVI di Bergamo

I.P. Beatrice Mazzoleni  
Presidente

Collegio IPASVI di Brescia

A.S.A.F.D. Renica Federico  
Presidente

Collegio IPASVI di Como

I.I.D. Barbara Mangiacavalli  
Presidente



Collegio IPASVI di Cremona

I.P. Roberto Vecchia  
Presidente

Collegio IPASVI di Lecco

I.I.D. Katia Rasconi  
Presidente

Collegio IPASVI di Mantova

D.A.I. Santina Sansoni  
Presidente

Collegio IPASVI di Milano-Lodi

D.D.S.I. Giovanni Mutillo  
Presidente

Collegio IPASVI di Pavia

I.I.D. Enrico Frisone  
Presidente

Collegio IPASVI di Sondrio

IP-A.F.D. Ercole Piani  
Presidente

Collegio IPASVI di Varese

I.I.D. Enrico Maliverno  
Presidente

