



(Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia)
COORDINAMENTO REGIONALE COLLEGI I.P.A.S.V.I.
SICILIA

Protocollo n° 10 / 2018

Data 06/02/2018



Spett.le Presidente Regione Siciliana
On. Sebastiano Musumeci
segreteria.presidente@regione.sicilia.it
segreteria.gabinetto@regione.sicilia.it

Spett.le Presidente dell'ARS
On. Gianfranco Miccichè
gabinetto.ars@pec.it

Spett.le Assessore regionale della salute
On.le Avv. Ruggero Razza
salute.ufficiodigabinetto@regione.sicilia.it

Spett.le Assessore Regionale della Famiglia,
delle Politiche Sociali e del Lavoro
On. Dr.ssa Mariella Ippolito
assessore.famiglia@regione.sicilia.it

Spett.le VI Commissione Parlamentare ARS
On. Margherita La Rocca Ruvolo
commissione_vi@ars.sicilia.it

Spett.li Organizzazioni Sindacali

e. p.c. **Federazione Nazionale Collegi IPASVI**
Presidente Dott.ssa Barbara Mangiacavalli
federazione@ipasvi.legalmail.it

PATTO PER L'INFERMIERISTICA IN SICILIA

Prefazione di Barbara Mangiacavalli

Gli infermieri hanno fatto in questi ultimi anni un salto di qualità professionale attestato dall'inserimento nei principali contesti che si occupano di assistenza, dalla commissione Lea a quella sul Piano nazionale cronicità.

Lo stesso tipo di avanzamento dovrebbe essere consolidato a livello regionale e il documento-proposta messo a punto dal Coordinamento regionale Sicilia va in questa direzione, meritando il massimo ascolto e la massima attenzione da parte dei programmatori regionali.

E' sotto gli occhi di tutti l'ormai quasi cronica carenza di organici che limita, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, i servizi e la loro qualità e pone rischi sia per gli operatori che per i cittadini.

In tal senso illustri istituti di ricerca hanno da tempo posto l'accento sulla necessità non solo di un adeguamento ai parametri internazionali, ma anche alle mutate esigenze epidemiologico-demografiche e di interazione multiprofessionale per il pieno soddisfacimento dei bisogni di salute delle persone.

Il rapporto Oasi 2017 del Cergas Bocconi ad esempio, ultimo temporalmente a essere stato divulgato e a trattare in pieno l'argomento, ha sottolineato che il rapporto medici-infermieri a livello di paesi Ocse è mediamente di 1 a 2,8 con le punte estreme e i valori maggiori tutti nei paesi dove l'assistenza sanitaria si caratterizza di più per efficienza ed efficacia. Ma in Italia siamo a 1 a 1,5, e i paesi che stanno peggio, tranne la Spagna, non sono davvero quelli che brilla di più per livelli positivi di assistenza.

Per di più gli infermieri sono dichiaratamente (e non solo dalla nostra Federazione) considerati essenziali ormai per l'evoluzione dell'assistenza e per far fronte alle sfide del futuro.

Lo stesso rapporto sottolinea, in sintonia con il documento del Coordinamento regionale, che la 'questione infermieristica' è di fondamentale importanza e da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro. La ricerca ci consegna la fotografia di una situazione positiva rispetto alla professione di qualche decennio fa, ma mostra anche come molti nodi siano ancora da sciogliere, in un complesso intreccio di elementi quantitativi e di problemi legati agli assetti organizzativi e contrattuali nei quali la professione opera.

Oasi dice che per quanto attiene all'approfondimento specialistico nell'area professionale di riferimento, quella infermieristica appunto, l'88% delle aziende del campione individua competenze specialistiche infermieristiche distintive. In particolare, si tratta del 100% delle aziende private, contro l'85% delle aziende pubbliche.

Oasi dice che la ricerca ha messo in evidenza come siano ormai diffuse nelle organizzazioni forme di specializzazione della professione infermieristica (in media l'88% delle aziende riconosce forme di specializzazione). Le aree nelle quali sembra focalizzarsi tale fenomeno sono principalmente l'emergenza – urgenza e l'area chirurgica. Sono già previsti percorsi formativi a supporto di alcune figure specialistiche (es. master universitari di I livello in Wound Care), ma non sono ancora state concordate in via definitiva le aree di specializzazione e gli istituti contrattuali (pubblici e privati) per il riconoscimento delle specializzazioni.

Oasi spiega che dalle rilevazioni effettuate risulta come nelle aziende pubbliche si sia sperimentato un forte numero di forme di assunzione di ruoli gestionali da parte degli infermieri, segno di una disponibilità della professione a farsi carico dei nuovi fronti di responsabilità che si aprono con le riorganizzazioni che stanno caratterizzando il settore pubblico (bed management, operation management, gestione di team multiprofessionali).

La diagnosi è semplice: con una densità medica (rapporto medici popolazione) medio-alta e una densità infermieristica medio-bassa, il rapporto infermieri-medici nel nostro paese è già oggi troppo basso, ma lo è soprattutto rispetto alle future esigenze. Due dinamiche impongono importanti modificazioni nella composizione della forza lavoro (skill mix) tra infermieri e medici. La prima è

l'emergere della cronicità e della "presa in carico" come questioni fondamentali per il sistema sanitario, con la conseguente necessità di riaggiustare il rapporto tra le diverse professioni. La seconda è la progressiva professionalizzazione degli infermieri che consente in molti ambiti lo sviluppo pieno e a pieno titolo del lavoro infermieristico di cui è propria l'assistenza.

Purtroppo il cambio di passo è ostacolato dalla limitazione del turnover come quello che caratterizza la parte, maggioritaria, del sistema sanitario alimentata da risorse pubbliche.

Una modifica nello skill mix è, infatti, una operazione lunga che implica, in termini molto semplificati, l'assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto. Si tratta di una scelta molto difficile da attuare, sia per una perdurante identificazione presso l'opinione pubblica della sanità più con la componente medica che con quella infermieristica, sia, e soprattutto, per la differente fungibilità che contraddistingue le due professioni (una carenza in una specialità medica non può essere coperta con un differente specialista).

Per raggiungere l'obiettivo Oasi ritiene necessario un intervento molto determinato, sorretto da una esplicita presa di posizione e pronto a scontare grandi problemi e resistenze nel breve periodo. Il taglio netto rispetto alle professioni consolidate prodotta dall'inserimento degli infermieri nel comparto e le limitate tipologie di riconoscimento disponibili sono vincoli che devono essere e molto probabilmente saranno superati dai nuovi contratti.

Il Ssn va rimodellato e la questione del personale affrontata senza placebi o soluzioni di facciata, ma come priorità perché senza personale e senza una nuova politica assistenziale riconosciuta a livello nazionale l'Italia rischia di restare indietro e chi vive nella nostra nazione di perdere pezzi importanti ed essenziali di un'assistenza che così perde la sua qualità.

E la posizione del Coordinamento della Sicilia propone non solo le giuste argomentazioni, ma imbecca la strada più diretta e corretta per un vero cambiamento e per la difesa della qualità del servizio.

Dr. ssa Barbara Mangiacavalli
Presidente FNOPI

PATTO PER L'INFERMIERISTICA IN SICILIA

La recente pubblicazione in G.U.R.S. n. 51 del 24/11/2017 (n. 47) del Decreto 31/10/2017 di modifica del decreto assessoriale n. 1351 del 07/07/2017 ("*Approvazione Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016-2018*"), non può non avere un forte rilievo per le professioni infermieristiche, rappresentate dagli Ordini Professionali degli Infermieri.

Essa si inserisce in un quadro che è segnato dalla **inadeguatezza numerica delle risorse umane dedicate all'assistenza di base e infermieristica** (generalista e pediatrica¹) sia nel pubblico, ma ancora di più nel privato accreditato. Gli emendamenti² proposti dal Coordinamento Regionale IPASVI (a breve Coordinamento Regionale degli Ordini delle professioni infermieristiche) alle linee guida regionali sulle dotazioni organiche, rimangono una pietra miliare su cui continuare a fare riferimento applicativo. Le misure drastiche adottate, tra cui il piano di rientro e il piano di consolidamento e sviluppo dell'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia, hanno sacrificato tutti gli operatori della salute e, in particolare, gli infermieri, che hanno pagato il prezzo più alto: compressione del budget con conseguenti derive demansionanti, blocco del turnover,

¹ Più volte il Coordinamento Regionale IPASVI ha segnalato all'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia la mancata attenzione nei confronti dell'Infermiere Pediatrico che si laurea negli Atenei siciliani e poi viene dimenticato dalle istituzioni regionali anche a livello concorsuale.

² Emendamenti alle linee guida sulle dotazioni organiche presentati dal Coordinamento Regionale IPASVI agli organi di competenza regionali durante l'assessorato della Dr.ssa Lucia Borsellino prima e del Dr. Baldo Gucciardi dopo e sottoposti all'attenzione della VI Commissione Sanità per segnalare le gravi criticità legate agli organici **numericamente inadeguati e insufficienti.**

dequalificazione della categoria professionale infermieristica.

Con l'approvazione del *“Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016 – 2018”* la Regione ha ritenuto di dover conformare la propria pianificazione ai risultati raggiunti nei due trienni precedenti nonché di dover rilanciare ulteriori interventi di sistema derivanti dall'obbligo di attuare le nuove disposizioni normative, eliminando le **criticità in particolare in relazione alla rete dell'emergenza-urgenza, alle reti assistenziali dell'emergenza ad alta complessità, all'assistenza territoriale, all'assistenza residenziale agli anziani ed alla riabilitazione.**

L'IPASVI, a questo riguardo, intende sottoporre all'attenzione dei destinatari di pertinenza le proprie osservazioni critiche, in funzione dell'auspicabile adozione – come previsto dall'art. 3 del citato Decreto – di misure alternative al Programma operativo, con misure equivalenti sul piano economico, previa valutazione degli Assessorati affiancanti.

Si tratta, innanzitutto, di comprendere che la domanda di salute è cambiata e che bisogna puntare alla presa in carico delle cronicità: quindi occorre promuovere modelli di erogazione dei servizi di assistenza nel territorio, concretizzando sistemi di governo clinico a gestione integrata per i quali servirà l'apporto e la condivisione di tutti i professionisti coinvolti e il superamento dell'autoreferenzialità di chi esercita più potere. **Una innovazione organizzativa indispensabile, centrata su ambulatori infermieristici per garantire la continuità assistenziale, degenze infermieristiche per semplificare le dimissioni difficili e presa in carico dei pazienti in ADI.**

Le osservazioni critiche saranno svolte comprendendo i molteplici punti di intervento analizzati dal *“Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016 – 2018”* in 3 grandi macro-aree tematiche:

RUOLO DELL'INFERMIERE

DIRITTO ALLA SALUTE

ISTITUZIONI SANITARIE

RUOLO DELL'INFERMIERE.

La prima area critica riguarda la “**questione infermieristica**”, da ultimo rilanciata dall'approvazione del Ddl Lorenzin che ha trasformato i Collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in Ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali.

Dunque, agli ordini già esistenti, si aggiungono quelli delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Un passo in avanti decisivo per la crescita del ruolo dell'infermiere, anche perché è stata contestualmente ridisegnata la disciplina relativa al funzionamento interno degli Ordini, risalente al 1946, e sono state inserite disposizioni finalizzate a migliorare la funzionalità degli organi, a chiarire i compiti svolti, valorizzandone il rilievo pubblico e la funzione deontologica, oltre che a favorire la partecipazione interna da parte degli iscritti.

Tale area tematica percorre tutto il “*Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016 – 2018*”, ma è esplicitamente analizzata al Cap. 3, nei paragrafi 3.1d (Prevenzione – Sanità Pubblica) e 3.13 (Qualità e governo clinico).

Questa analisi esige che si prenda definitivamente atto che la “questione infermieristica” rappresenta una priorità per il Servizio Sanitario Nazionale e ancora di più per quello regionale³, come ha da ultimo affermato il Rapporto Oasi 2017 (*Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*), curato dal CER GAS e dalla SDA Bocconi: “da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro”.

Ad ulteriore conferma di quanto detto in premessa e di quanto affermato nelle pagine successive, interviene lo studio internazionale RN4 Cast Italia i cui risultati sono stati diffusi nel 2017; lo Studio italiano ha visto la partecipazione di 13 Regioni (tra cui la Sicilia), 30 Aziende Sanitarie e 40 Ospedali per un totale di 292 Unità Operative e 3667 Infermieri rilevando che negli ospedali in cui il 60% degli Infermieri è laureato ed il rapporto Infermiere/Paziente è di 1:6 nei Reparti di Medicina e Chirurgia (o assimilati), la probabilità di decesso a trenta giorni dalla dimissione è del 30% inferiore rispetto alle strutture in cui gli Infermieri laureati sono il 30% ed il rapporto Infermieri/paziente è di 1/8. L'Italia si attesta intorno ad un dato medio di 9,54 Assistiti per Infermiere, in Sicilia il rapporto si mantiene stabilmente superiore a 11 Assistiti per Infermiere; l'organizzazione del lavoro distribuito su tre turni deve essere pensato in rapporto ai bisogni assistenziali ed in virtù dei rapporti indicati dalla Letteratura al di sotto dei quali si può tranquillamente parlare di carenza infermieristica, le conseguenze di tali carenze sono: le cure mancate o incomplete tra le quali sono da annoverare la valutazione ed il monitoraggio del paziente, la prevenzione del rischio cadute, delle ulcere da pressione, delle complicanze, la pianificazione degli interventi, l'educazione ed il supporto psicologico al paziente e alla famiglia, collaborazione e il rinforzo al lavoro degli altri professionisti. Strettamente correlato al problema delle cure mancate

³ Il Sistema Sanitario Regionale negli ultimi anni ha penalizzato la professione infermieristica collocandola al disotto della media nazionale anche per quanto riguarda il rapporto infermieri per mille abitanti. (Rapporto OCSE: media nazionale 5,4 per 1000 abitanti, l'Italia risulta al quarantesimo posto dietro al Kazakistan; in Sicilia il rapporto scende a 3,9 al disotto della media nazionale contro gli 8 per 1000 del Veneto).

è il demansionamento degli Infermieri poiché un alto numero di Infermieri esegue quotidianamente prestazioni sottodimensionate al loro percorso formativo e alle loro competenze impiegando molto tempo in attività a basso impatto terapeutico-assistenziale. **In definitiva RN4 Casting Italia dimostra quanto “risparmiare sugli Infermieri” sia un risparmio illusorio perché genera costi elevatissimi a carico del sistema Sanitario, allungando i tempi di degenza, infezione, cadute, lesioni e morte.**

Come? Innanzitutto, agendo sul piano quantitativo, sovvertendo il rapporto infermieri-medici, che oggi registra una densità medica medio-alta ed una densità infermieristica medio-bassa: per questo bisogna “riaggiustare il rapporto tra le diverse professioni” tramite una scelta flessibile dei profili professionali

. Inoltre insistendo sempre più sulla professionalizzazione degli infermieri, “che consente in molti ambiti la sostituzione del lavoro medico con il lavoro infermieristico”, appare oggi evidente la necessità di una maggiore consapevolezza e visione strategica a livello di management e di policy su questo tema chiave di gestione delle risorse umane che tenga conto della crescita della professione infermieristica e delle competenze acquisite.

Ma non vi è dubbio che, in un contesto di limitazione del turnover, la modificazione nello skill mix (richiede l’assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto) si pone come un obiettivo che già altre regioni virtuose stanno mirando. Sul piano qualitativo, relativo al ruolo che le professioni, e quella infermieristica in particolare, svolgono nel funzionamento del sistema, occorre, come testé detto, costruire e rafforzare le condizioni affinché la professione possa pienamente esprimere nella pratica tutte le potenzialità di cui è portatrice. Per questa ragione è sempre necessario verificare come il lavoro infermieristico viene organizzato, riconosciuto e valorizzato nelle aziende sanitarie: i dati in nostro possesso ci consentono di affermare che lo sviluppo e la crescita nel ruolo degli infermieri (mediante idonei meccanismi di progressione di carriera) hanno prodotto risultati tangibili in termini di qualità erogata agli assistiti. Questi risultati, documentati a livello internazionale, non possono essere sottovalutati non solo in termini di autonomia, assunzione di responsabilità e ruolo riconosciuto alla professione, ma anche di sviluppo sul terreno di un «quadro dirigente» indispensabile per lo sviluppo di qualunque professione. In merito a quest’ultimo punto il Coordinamento Regionale delle Professioni Infermieristiche, nell’ultimo triennio, si è battuto perché venissero applicate la legge dello stato 251 del 2000 e la **legge 1 del 2010 della Regione Sicilia** inerenti le UU.OO. Servizi infermieristici⁴ e la relativa dirigenza.

A tutt’oggi nonostante detti Servizi siano stati previsti negli atti aziendali stentano ad avere la conseguente e naturale attuazione; lo stesso dicasi per l’espletamento dei relativi concorsi.

In questo senso il tema critico da rilanciare è il seguente: la **legittimazione gestionale del ruolo degli infermieri** va sedimentata e riconosciuta sulla base dei contenuti specificamente professionali. Questo tema, dunque, rimanda alla necessità di offrire una adeguata formalizzazione organizzativa e contrattuale dei percorsi di crescita professionale attraverso le sei aree di specializzazione (per la risposta ai bisogni del paziente).

La realizzazione di tali condizioni deve essere vista come un processo nel quale alcuni elementi di fatto, su cui spesso si concentra l’attenzione dei diversi attori (le norme di principio e di attuazione) deve essere accompagnata da una progressiva messa a fuoco di un disegno che orienti e dia significato agli specifici contenuti ovverosia il concreto riconoscimento della carriera orizzontale e l’allargamento degli orizzonti di carriera (laureati magistrali⁵) con l’ingresso in aree di

⁴ Ad oggi (gennaio 2018) sporadici concorsi per dirigente le professioni sanitarie sono stati banditi dalla Regione Sicilia.

⁵ In Sicilia dal 2008 (avvio dei corsi di laurea magistrale negli Atenei di Catania e Palermo e a Messina dal 2017) ad oggi 3000 infermieri hanno proseguito gli studi conseguendo la laurea magistrale.

responsabilità organizzativo – gestionali contendibili con altre professioni: gestione del rischio clinico, governo della formazione, governo della qualità.

Questi temi rivestono una importanza sempre crescente, anche alla luce del percorso che sta caratterizzando la discussione in ordine all'approvazione del **nuovo contratto**, un percorso nel quale si sono riposte molte aspettative, sia normative (ospedali a intensità di cura, ospedali di comunità e reparti a gestione infermieristica, implementazione delle competenze infermieristiche, infermiere di famiglia, cure primarie territoriali, integrazione sociosanitaria reale) che economiche adeguate alla professionalità acquisita. In primo luogo, l'attuazione di un sistema degli incarichi sia organizzativi, formativi e professionali, nel solco del precedente CCNL e di quanto sancito dall'articolo 6 della Legge n. 43/2006 e nei decreti istitutivi dei profili professionali ex comma 3 dell'art.6 del D.lgs n. 502/92; la questione di rilievo riguarda la implementazione delle competenze professionali ed il loro riconoscimento in tutte le Aziende Sanitarie della Sicilia. Vi è, in sostanza, la necessità strategica di rielaborare e garantire il sistema degli incarichi gestionali: **posizioni organizzative e coordinamenti infermieristici** ed ancora la collocazione della dirigenza infermieristica nel medesimo CCNL della dirigenza medica e veterinaria.

Purtroppo constatiamo troppo spesso di essere dimenticati considerato l'esito dell'ultima legge di Bilancio, la quale ha dimenticato sia la categoria infermieristica che le altre categorie dei professionisti del comparto in genere per quanto riguarda la RIA (Retribuzione Individuale di Anzianità), limitandosi ad implementare le risorse per la dirigenza medica e sanitaria. Lo stesso dicasi per le posizioni assunte dall'ARAN nell'ambito della discussione sul contratto: in primo luogo, **la proposta sull'orario di lavoro, che non tiene conto del rispetto della salute del professionista**; in secondo luogo, la proposta sulla funzione organizzativa-gestionale, che non coglie l'importanza strategica per il funzionamento delle Aziende sanitarie della **funzione del coordinatore infermieristico**, sempre più rilevante sia nella nuova organizzazione del lavoro negli ospedali per complessità di cure, negli ospedali di comunità a gestione infermieristica e nelle strutture distrettuali e nelle cure primarie.

Riassumendo, le direttrici su cui puntare sono:

Centralità della questione infermieristica

Saperi e competenze infermieristiche

Formazione

Standard professionali

Nuove competenze
(prevenzione; qualità; governo e rischio clinico)

Motivazione delle risorse umane

Umanizzazione nei setting assistenziali

DIRITTO ALLA SALUTE.

La seconda area critica riguarda l'analisi e la comprensione della **nuova domanda di salute** e la corrispettiva necessità di elaborare **nuovi sistemi di offerta di salute**, mediante modelli di governo clinico a gestione integrata fondati sulla continuità assistenziale, sulla de-ospedalizzazione e sulla gestione delle cronicità nel territorio.

Dunque la parola d'ordine è integrazione delle funzioni assistenziali (**Ospedale-Territorio**) nell'unicità del Servizio Sanitario Regionale; ogni struttura deve essere parte integrante di un sistema unico, e sapersi relazionare con questo, prendendo in carico ed accompagnando il bisogno di cura in tutte le sue fasi. Rete ospedaliera perciò, ma anche integrazione socio-sanitaria, in un connubio indissolubile, che si giovi di tutte le professionalità, in particolare quella dell'infermiere, necessarie al buon funzionamento del sistema.

Tale area tematica è al centro del “*Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2016 – 2018*”, che vi dedica gran parte del Cap. 3: segnatamente, i paragrafi 3.2 (Rete Ospedaliera), 3.4 (Rete Emergenza-Urgenza), 3.6 (Programmazione Territoriale ed integrazione socio-sanitaria), 3.8 (Tutela delle fragilità) e 3.18 (Promozione dell'integrazione socio-sanitaria). Ma forse più significativa è – per quanto ci riguarda – la promozione, contenuta nel paragrafo 3.6b (**Degenze a gestione infermieristica; Assistenza Domiciliare – Infermieri di famiglia**) di un nuovo sistema di offerta di salute centrato sull'infermiere quale professionista sempre più deputato all'implementazione dei percorsi assistenziali. È l'infermiere che, in questo quadro, garantisce la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco, diabete, bronco pneumopatie, risolvendo il gravosissimo problema delle dimissioni difficili mediante le UU.OO. a gestione infermieristica.

Il tema, data la sua importanza cruciale, è stato posto al centro del XX Rapporto PIT Salute, che ha inserito tra le proprie proposte conclusive quella della **ri-organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali**, ritenendola necessaria al fine della riduzione delle diseguaglianze.

La categoria che rappresentiamo condivide e fa propria questa proposta, ritenendo necessario che:

- la Regione Sicilia preveda ed approvi al più presto un «**Piano dell'assistenza sanitaria territoriale**» che, analogamente a quanto si è fatto per gli ospedali, definisca gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici da garantire a tutti i cittadini in tutte le aree della Regione: da ovest a est, nelle grandi città come nei piccoli centri e nelle aree interne più disagiate; non è possibile porre mano alla riorganizzazione della rete ospedaliera senza prevedere quella contestuale dell'assistenza territoriale, dialogando con le comunità locali e ridisegnando l'offerta sanitaria in funzione dei bisogni e delle specificità del territorio⁶;
- il sistema sia in grado di rispondere h24 nei casi di emergenze-urgenza sul territorio, in tutti i territori della Regione e in tutte le condizioni qualificando le postazioni del 118 con **la presenza dell'infermiere in tutte le ambulanze e con personale dedicato**⁷;

⁶ Alcune regioni del nord come ad es. il Piemonte (progetto “Consenso”) hanno già implementato progetti che puntano alla valorizzazione del professionista Infermiere per contribuire a risolvere le criticità delle cure primarie.

⁷ Abbiamo già in passato segnalato la necessità di incrementare il numero dei mezzi di soccorso intermedi (MSI con Infermiere a bordo) attualmente 21 rispetto a 133 MSB (mezzo di soccorso di base) e 89 (MSA mezzo di soccorso avanzato); abbiamo altresì denunciato l'esistenza di MSA senza l'infermiere a bordo. Riguardo al reclutamento di detto personale infermieristico dedicato al SUES riproponiamo la possibilità (già messa in atto dal Civico di Palermo e dall'ASP di Siracusa) di bandire concorsi per

- venga garantita maggiore tempestività, personalizzazione e integrazione dei percorsi assistenziali per superare l'attuale parcellizzazione degli interventi e delle prestazioni, a vantaggio della creazione di una **rete di protezione sociale** in grado di prendere realmente in carico le persone;
- siano definiti, implementati e diffusi Percorsi diagnostico-terapeutici nel solco della continuità assistenziale ospedale-territorio;
- siano integrati gli interventi sanitari con quelli sociali;
- siano diffusi i Piani di assistenza individuali, rivolgendo un'attenzione specifica alle fasce di popolazione più fragili;
- sia implementato un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio siciliano;
 - si attui nella Regione Sicilia il Piano nazionale cronicità e si favorisca la piena implementazione della legge 5/2009 in merito alla riqualificazione della funzione infermieristica nei pazienti cronici;
 - si tenga conto nella riorganizzazione dei servizi territoriali secondo la legge 189/2012 secondo modalità operative che prevedono forme organizzative denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le unità complesse di cure primarie (UCCP) delle prestazioni assistenziali che può garantire il professionista infermiere. All'uopo **si ritiene necessario uno stanziamento economico che includa nella convenzione del MMG con il Sistema Sanitario Nazionale un infermiere di famiglia ogni tre medici di Medicina Generale.**
- Ognuna di queste priorità non potrà essere raggiunta senza riconoscere definitivamente il ruolo decisivo **dell'infermiere nel nuovo sistema integrato Ospedale-Territorio**, in quanto unico professionista in grado di consentire alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali di reggere l'urto del fenomeno sempre più diffuso delle dimissioni ospedaliere anticipate e complesse; oggi quella rete non è in grado di rispondere al bisogno assistenziale delle persone in condizioni di fragilità.

Insomma, il quadro è a tinte fosche sia dentro gli Ospedali che nel Territorio, se rimangono entità scisse: per questo – diciamo noi – è essenziale integrarli, trovando nel secondo le risposte che non possono darci i primi.

Dell'**assistenza ospedaliera** pubblica cittadini si fidano, e a questo in assoluta prevalenza ricorrono, incontrando tuttavia serie difficoltà di accesso, ritardi (liste di attesa), eccesso di burocrazia e costi. Difficoltà presente, ed in aumento, anche nell'**assistenza territoriale**, nella quale ricorrono problemi con l'assistenza primaria di base (inadeguatezza degli orari dello studio del medico di medicina generale). Crescenti criticità si riscontrano nell'**assistenza domiciliare**, spesso difficilmente attivabile se non assolutamente assente; ed ancora criticità per quanto riguarda le **prescrizioni dei dispositivi medico chirurgici la cui competenza e conoscenza dettagliata è peculiarmente dell'infermiere**, ma a tutt'oggi la prescrizione, anche quando viene compilata dall'infermiere, deve essere avallata dal medico anche quando quest'ultimo non ha contezza delle caratteristiche specifiche del dispositivo in quanto non lo utilizza personalmente.

Ognuna di queste criticità esige precise risposte, che riguardano la categoria infermieristica.

Infatti le problematiche nell'assistenza ospedaliera in particolar modo nell'area della **emergenza urgenza**, dove le procedure di triage non sono più in grado di smaltire le lunghe attese al PS, a causa sia della carenza degli organici, che della carenza dei posti letto disponibili, con conseguenti utilizzi impropri delle barelle o delle comode per allocare i degenti. **Questa situazione, negli ultimi**

manifestazione di interesse con partita iva nelle more che i limiti normativi attuali consentano di bandire concorsi per assunzione a tempo indeterminato.

tempi, ha esecrato un problema di intolleranza dei cittadini, legato alle attese o alla negazione del ricovero, che è sfociato, conseguentemente, in un problema di ordine pubblico.⁸

Tali carenze, che assumono dimensioni spaventose su scala nazionale⁹ (almeno 60.000 infermieri di cui circa 20.000 in ospedale e gli altri sul territorio), sono destinate – se non verranno arginate – a far deflagrare, poiché da un lato comportano l'impossibilità di rispondere a precisi bisogni assistenziali e, dall'altro, l'inadeguatezza della risposta a tali bisogni, visto che determinano ritmi di lavoro insopportabili per gli infermieri strutturati, spesso destinati a lavorare almeno per due e ad espletare, in modo ordinario, attività demansionanti.

Tutto ciò con due effetti devastanti:

il primo è che si rompe il **patto di fiducia** che da sempre connota il patto che lega il cittadino-paziente all'infermiere, un tempo privilegiato e strettamente fiduciario ed ora rarefatto e poco più che formale;

il secondo, invece, legato alle conseguenze di questo stato di cose nella vita quotidiana delle persone e nel tessuto sociale, lacerato da situazioni allarmanti legate a dimissioni ospedaliere improprie, perché sempre più anticipate, e complesse, per le quali le fragilità vengono dirottate su una rete, quella dei servizi socio-sanitari territoriali, ancora da costruire.

Al contrario, proprio l'evidente crescita delle situazioni legate alla **cronicità delle patologie** dovrebbe convincere – se ce ne fosse ancora bisogno – tutti della radicalità del tema di cui stiamo parlando: il sistema si dirige verso l'esplosione della domanda di prestazioni infermieristiche a pagamento perché non contemplate nei LEA o perché l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è deficitaria¹⁰.

E gli infermieri sono consci di tale prospettiva e, in questo senso, promuovono da tempo la figura dell'**infermiere di famiglia** di cui si auspicano la più ampia diffusione sul territorio nazionale e gestiscono **ambulatori infermieristici territoriali** che operano tra mille difficoltà per la presa in carico dei pazienti fragili dimessi e per l'orientamento dei familiari e dei *caregiver* nella gestione dell'assistenza. Questa è un'altra nota dolente in quanto, nonostante il Coordinamento Regionale IPASVI più volte lo abbia segnalato, a tutt'oggi la Regione Sicilia non ha regolamentato questa attività ambulatoriale (espletamento attività infermieristiche in autonomia secondo lo specifico profilo professionale) e addirittura non esiste in Assessorato il destinatario a cui sottoporre detta istanza.

Proprio a questo riguardo, da ultimo, il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI ha posto all'attenzione degli organi legislativi regionali un progetto di legge per la "*Rifunzionalizzazione dell'attività infermieristica territoriale: Ambulatori Infermieristici convenzionati - Assistenza Domiciliare*", cui rinviamo, avente il fine di tracciare la linea strategica del nuovo patto per l'assistenza.

Non può certo, tuttavia, pensarsi che questi processi possano definirsi senza adeguati investimenti sul piano delle risorse economiche, degli interventi infrastrutturali e, soprattutto, di adeguamento del fabbisogno di personale sanitario.

Riassumendo, le direttrici su cui puntare sono:

Rete Ospedale-Territorio

Integrazione funzioni assistenziali

Integrazione socio-sanitaria

⁸ Il numero di aggressioni nei confronti del personale sanitario è stato posto all'attenzione del parlamento.

⁹ In Sicilia la carenza si attesta sui 3500 infermieri secondo uno studio della Federazione Nazionale IPASVI.

¹⁰ La Fondazione GIMBE ha pubblicato le cifre esorbitanti che la collettività eroga out of pocket inerenti l'assistenza infermieristica.

Degenze a gestione infermieristica

Assistenza Domiciliare – Infermieri di famiglia **ISTITUZIONI SANITARIE.**

La terza area critica riguarda le **risorse umane**, ovvero l'elemento su cui, prima di ogni altro, va costruita, riorganizzata e rifunzionalizzata la risposta alla sempre crescente domanda assistenziale.

Si tratta dell'aspetto nevralgico della questione infermieristica, come ha da ultimo segnalato la 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato nel documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario nazionale, con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità.

Nel complesso, tale aspetto si segnala come critico per via del **progressivo contenimento del personale dipendente** a partire dal 2009, anno con il massimo numero di occupati nella sanità pubblica; ciò è stato dovuto alle numerose norme sul contenimento del personale, che peraltro hanno determinato effetti diversi nelle diverse regioni per via della loro applicazione differenziata nelle regioni in piano di rientro. Il tutto in un quadro segnato, oltretutto, dalla **crescita dell'età media del personale**: e, infatti, alla fine del 2015 l'età media ha raggiunto la soglia dei 50,1 anni.

Non è certo possibile prescindere dalle norme che presidiano la sostenibilità economica del sistema sanitario (innanzitutto l'art. 2, commi 71, 72 e 73 della legge 191/2009, le cui misure sono state, da ultimo con la legge 190/2014, prorogate sino al 2020, e le rispettive conseguenze legate al loro adempimento od inadempimento da parte delle singole regioni; e poi l'art. 1, comma 541, della legge 208/2015 che ha obbligato tutte le Regioni a predisporre dei **piani di fabbisogno di personale** degli enti del Servizio Sanitario nazionale in attuazione dei nuovi standard ospedalieri di cui al DM 70/2015 e finalizzati a risolvere eventuali criticità derivanti dall'entrata in vigore delle nuove disposizioni in materia di orario di lavoro recate dall'art. 14 della legge 161/2014); ma sarebbe altrettanto grave – come ha segnalato la citata Commissione – non comprendere che in un settore ad alta intensità di lavoro, l'impoverimento delle dotazioni organiche costituisce un **enorme rischio per l'offerta di cure**.

Lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro Servizio Sanitario nazionale nonché la qualità dei servizi.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (come già detto carente di 60.000 infermieri su scala nazionale), si stima che solo per **il pieno rispetto delle direttive europee sui turni di lavoro imporrebbero l'assunzione di circa 15 mila infermieri**.

La situazione reale è invece deprimente:

molta attività svolta da personale acquisito attraverso forme varie di intermediazione (in particolare cooperative), che sottopagano i professionisti e non garantiscono i diritti contrattuali; oltre 2.000 professionisti del settore sanitario ogni anno in fuga dal nostro sistema verso l'estero; mancanza totale di figure di supporto, con conseguente crescita dei fenomeni di demansionamento e dequalificazione professionale.

L'obiettivo dovrebbe essere la definizione di un **piano di rafforzamento strutturale del personale dipendente**, soprattutto nei settori più critici, attraverso la previsione di adeguate risorse aggiuntive

finalizzate all'implementazione delle risorse umane¹¹.

Nel breve termine dunque occorre:

- 1) costituire un adeguato rapporto infermiere-paziente;
- 2) sbloccare i concorsi prima della stagione estiva.

Vi è poi il delicatissimo tema delle deprecabili condizioni di lavoro nelle strutture della sanità: non è certo un mistero che il personale sanitario debba svolgere la propria attività professionale in luoghi privi di ogni profilo di sicurezza ed in un contesto organizzativo stressante e precario che non riguarda solo i PS che avevamo già citati (quando non foriero di atti di violenza ed aggressione). La soluzione dovrà essere ricercata nella **prevenzione dei rischi** attraverso misure organizzative che pongano al centro la sicurezza fisica degli operatori ed attraverso il pedissequo rispetto dei Piani di Attuazione che ogni Azienda redige quale piano generale di valutazione dei rischi.

Certamente questi obiettivi esigono un cambio di rotta rispetto al *trend* che caratterizza la spesa per il personale dipendente, ridottasi, dal 2000 al 2016 di circa 2,3 miliardi (con il tasso di variazione medio annuo della spesa per i redditi da lavoro dipendente passato dal +4,7% del periodo 2001-2005, al -1,3% del periodo 2011-2016), per effetto delle politiche di **blocco del turnover** attuate dalle Regioni sotto piano di rientro e delle **misure di contenimento della spesa** per il personale portate avanti autonomamente dalle altre Regioni e, negli anni più recenti, del **blocco delle procedure contrattuali** e della previsione di un limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente.

Se tale cambio di rotta non ci sarà – come ha segnalato la citata Commissione – nel giro di pochi anni avremo un servizio sanitario che spende più per l'acquisto di beni e servizi (voce il cui tasso di crescita è esponenziale essendosi incrementato di circa 10 punti percentuali, dal 18,7% al 28,1%, tra il 2000 ed il 2016) che per il proprio personale.

Allora occorre una **nuova politica del personale**, partendo dall'insufficienza del personale sanitario rispetto alle complessive esigenze e tenuto conto delle criticità del sistema sanitario, ovvero: vincoli alla dotazione di personale, in particolare nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro (blocco totale o parziale del *turnover*; blocco delle procedure contrattuali; blocco della indennità di vacanza contrattuale; blocco dei trattamenti accessori della retribuzione; contenimento della spesa per il lavoro flessibile; riduzione delle risorse per la formazione specialistica); prenda seriamente atto della riduzione della capacità di risposta ai bisogni della popolazione, dell'aumento dell'età media dei dipendenti, dell'incremento dei carichi di lavoro e dei turni straordinari di lavoro del personale, delle problematiche connesse a situazione precarie e demansionanti, e dunque non ricorra, per il futuro, all'*outsourcing*¹² ed a lavoro flessibile, prassi che aumentano il precariato all'interno del sistema, anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale e indeboliscono progressivamente la sanità pubblica, in ragione del crescente impiego di personale non strutturato, non appartenente al servizio, non destinatario di specifiche attività formative e non titolare di alcune importanti tutele.

Tale politica dovrà invece puntare:

- alla **revisione complessiva dei vincoli imposti al personale**;
- al **ricambio generazionale**;
- alla **conservazione della dotazione di personale** nei servizi strategici;

¹¹ Superare l'art. 1 comma 584 della legge 23 dicembre 2014 n. 190, che ha prorogato fino al 2020 la norma che impone il mantenimento della spesa del personale pari a quello del 2004 decurtato di un ulteriore 1,4%.

¹² Appalto a una società esterna di determinate funzioni o servizi.

a **limitare il blocco del *turnover***;

ad eliminare i vincoli che determinano la riduzione del personale dipendente e l'aumento del precariato;

a favorire l'aggiornamento e la **formazione** ECM oggi limitata dalle carenze degli organici.

La sostenibilità del sistema sanitario nazionale e in particolare di quello regionale passa soprattutto attraverso la riqualificazione della dotazione della principale risorsa grazie alla quale i sistemi possono funzionare: il personale.

Riassumendo, le direttrici su cui puntare sono:

Riduzione dei vincoli alla spesa

Rivisitazione dei vincoli alla dotazione del personale

Eliminazione del personale precario

Qualificazione professionale della categoria

Piano di programmazione per le risorse umane

Sblocco *turnover*

Sblocco dei contratti

Formazione

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI AGRIGENTO	Dott. SALVATORE OCCHIPINTI
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI CALTANISSETTA	Dott. ROCCO STUPPIA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI CATANIA	Dott. CARMELO SPICA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ENNA	Dott. GIOVANNI DI VENTI
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI MESSINA	Dott. ANTONINO TRINO
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI PALERMO	Dott. FRANCO GARGANO
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI RAGUSA	Dott. GAETANO MONSU'
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI SIRACUSA	Dott. SEBASTIANO ZAPPULLA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI TRAPANI	Dott. FILIPPO IMPELLIZZERI

