



(Coordinamento Regionale Ordini Professioni Infermieristiche)
SICILIA

Prot. 06 /2019

Catania 16/03/2019

All'Assessorato alla Salute Regione Sicilia

Assessore Avv. Ruggero Razza

assessore.salute@regione.sicilia.it

All' ARS - Assemblea Regionale Siciliana

VI Commissione - Servizi sociali e sanitari

commissione_vi@ars.sicilia.it

Al Presidente della Commissione

On. La Rocca Ruvolo Margherita

e.p.c.

Al Dipartimento Attiv. Sanit. e Oss. Epidemiologico

Al Dipartimento Pianificazione Strategica

e.p.c.

Al rappresentante Regionale di Cittadinanza Attiva

Dr. Giuseppe Greco

e.p.c.

Ai Rappresentanti delle OO.SS dell'Area del Comparto

CGIL FP

CISL FP

UIL FPL

FIALS

FSI

NURSING UP

UGL

USB

CISAL UNI PA

NURSIND

e.p.c.

Alla FNOPI

PROPOSTA DI EMENDAMENTO ALLE “LINEE D'INDIRIZZO REGIONALI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE”.

IL **COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA SICILIA**, con il presente documento, intende proporre taluni emendamenti al Documento “*Linee d'indirizzo Regionali per la Rideterminazione delle Dotazioni Organiche*” emanate con D.A. n. 1380 del 5 agosto 2015, in considerazione del nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera D.A. 11/01/2019 e in previsione dell’emanazione di nuove linee di indirizzo regionali e dei conseguenziali atti aziendali per l’adozione delle dotazioni organiche nelle singole ASP.

PREMESSO:

- l'indifferibile riferimento all'art. 32 della Costituzione, secondo cui “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”;

- l'inderogabile riferimento alla risoluzione del parlamento europeo del 19/05/2015 “Un’assistenza sanitaria più sicura in Europa” che esorta gli stati membri a non imporre misure che incidono sulla riduzione del personale e a garantire che la sicurezza dei pazienti non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato;

- l'indiscutibile impatto della 161/2014, sull’organizzazione dei turni di lavoro, con il ripristino delle regole comunitarie in tema di orari e riposi del personale sanitario. Come è noto, i vincoli alla durata massima della settimana lavorativa e quelli sul riposo giornaliero hanno creato non poche difficoltà alle aziende sanitarie che non riescono ad ottemperare alla normativa che intende salvaguardare gli operatori sanitari garantendone il recupero psicofisico. **Orari di lavoro eccessivi e il mancato rispetto di periodi minimi di riposo potrebbero configurare per l’azienda sanitaria, in caso di evento avverso, oltre al danno a carico del paziente/utente, una condotta “imprudente” con tutte le conseguenze civili e penali che ne derivano;**

- la necessità di contemperare i principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza, formalizzati nel patto della salute col tema della riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera;

- l'insufficienza delle dotazioni organiche stabilite con il D.A. 1380 del 05/08/2015, come è dimostrato dal superamento del budget per lo straordinario, dall'utilizzo della pronta disponibilità quale strumento sostitutivo e non integrativo di turno, dalla durata di alcune pronte disponibilità e dal cumulo di ferie residue del personale;

- l'estrema difficoltà di evadere la domanda di sanità da parte del personale infermieristico, a causa della sempre più insufficiente dotazione organica conseguenziale alla mancata sostituzione dei decessi, delle gravidanze, delle aspettative ecc.; considerata l’apertura di nuove U.O. e servizi quali: SUAP, RSA, PTA, Hospice e ambulatori infermieristici e il potenziamento dei centri hub rispetto agli spoke. In tutti i casi testé

citati il personale infermieristico che ha permesso l'incremento o l'apertura di dette strutture è stato sottratto dalle corsie ospedaliere determinando ulteriori carenze negli organici;

- l'ulteriore decremento di personale infermieristico che lascerà il servizio a causa del pensionamento legato alla cosiddetta "quota 100": in Sicilia è prevista **la fuoriuscita di oltre 1500 infermieri**, una emorragia di professionisti che determinerà il collasso del sistema proprio in concomitanza delle ferie estive;

- studi internazionali condotti su migliaia di pazienti, Esamed, Nso, Rn4cast, ed ancora OMS, OCSE, hanno spiegato ampiamente che riducendo il numero di pazienti assistiti da un infermiere (il numero ideale per abbattere la mortalità del 20% sarebbe 1:6) migliora la qualità dell'assistenza e si riduce il rischio clinico e la morte. **Gli stessi studi hanno dimostrato che sarebbero evitabili almeno 3.500 morti l'anno.**

- la sottostima delle specialità definite di base: chirurgia generale e medicina interna in quanto non è adeguatamente stimato il progressivo aumento dei pazienti cronicamente riacutizzati che necessitano dell'ospedalizzazione per la loro complessità clinico assistenziale. Le criticità quotidianamente affrontate in queste corsie non emergono perché mancano adeguati indicatori di complessità. I pazienti costantemente trattati, sono affetti da patologie acute gravi con alterazioni di uno o più delle funzioni degli organi vitali e necessitano di un monitoraggio frequente dei loro parametri e/o di terapie complesse che richiedono rivalutazioni cliniche, farmacologiche e assistenziali a cadenza giornaliera. Si tratta di pazienti che per patologia, per età, per comorbidità e per problemi logistici (numero esiguo di posti di terapia intensiva e/o medicina d'urgenza) si collocano in una fascia di bisogni assistenziali di gran lunga superiori all'assistenza di base determinando costantemente situazioni di criticità assistenziale per inadeguatezza strutturale e soprattutto per il numero inadeguato di risorse umane.

- la necessità che la definizione di standard assistenziali nelle aree definite a bassa intensità assistenziale riguardano la clinica e non viceversa la complessità assistenziale infermieristica (necessita scindere la clinica dal processo assistenziale puro – vedi es. Unità Operativa di Medicina) e preveda, pertanto, una clausola di salvaguardia per la sicurezza dei pazienti, ovvero, un rapporto infermiere paziente che non superi il rapporto di un infermiere ogni otto pazienti. Nell'eventuale caso di degenze con meno di 16 posti letto assicurare comunque una soglia non inferiore a due infermieri a turno (Mattina, Pomeriggio, Notte).

- l'assoluta necessità di garantire, alla luce del Decreto Gelli, condizioni di sicurezza per gli infermieri, onde evitare situazioni di

soccombenza in caso di ricorsi giudiziari per risarcimento danni dovuti a deficit organizzativi

- il rispetto di quanto previsto dalla L. n. 251/2000, nonché dalla Circolare assessoriale n. 84514 del 21/11/2012 (relativa all'applicazione del D.L. n. 158/2012 convertito nella L. n. 189/2012), circa l'inclusione tra le figure professionali strategiche del Dirigente della U.O. Professionale Infermieristica.

Tutto questo premesso il **COORDINAMENTO REGIONALE OPI SICILIA**, quale rappresentante dei diritti e degli interessi dell'intera classe infermieristica, propone di emendare il suddetto Documento per come segue:

1) sostituire l'allegato 2 – parametri discipline per Infermieri con il presente allegato: di conseguenza a pag. 5 alla voce “Area della degenza (personale infermieristico) cassare il secondo capoverso “Si confermano le indicazioni anche per il personale infermieristico, sull'applicazione dei parametri minimi che potranno tendere al massimo.....”

INFERMIERI**

Codice	Discipline	Cluster per intensità assistenziale		Standard
09	Chirurgia Generale	Specialità di Base		0,90
09.1	Chirurgia Oncologica	Specialità di Base		0,90
09.2	Chirurgia d'urgenza	Specialità di Base		0,90
26	Medicina Generale	Specialità di Base		0,90
36	Ortopedia e Traumatologia	Specialità di Base		0,90
37	Ostetricia e Ginecologia	Specialità di Base	Decreto	
61	Medicina nucleare	Specialità di Base		0,90
97	Detenuti	Specialità di Base		0,90
01	Allergologia	Media specialità		0,90
05	Angiologia	Media specialità		0,90
08	Cardiologia	Media specialità		0,90
10	Cardiologia	Media specialità		0,90
11	Chirurgia pediatrica	Media specialità		0,96
12	Chirurgia plastica	Media specialità		0,90
13	Chirurgia toracica	Media specialità		0,90
14	Chirurgia vascolare	Media specialità		0,90

18	Ematologia, immunoematologia	Media specialità		0,90
19	Malattie endocrine e del ricambio	Media specialità		0,90
21	Geriatría	Media specialità		0,90
25	Medicina del lavoro	Media specialità		0,90
29	Nefrologia	Media specialità		0,90
32	Neurologia	Media specialità		0,90
33	Neuropsichiatria infantile	Media specialità		0,90
34	Oculistica	Media specialità		0,90
35	Odontoiatria e stomatologia	Media specialità		0,90
38	Otorinolaringoiatria, audiologia	Media specialità		0,90
39	Pediatria	Media specialità		0,90
40	Psichiatria	Media specialità		1,20
43	Urologia	Media specialità		0,90
51	Astanteria / MCAU	Media specialità		0,90
52	Dermatologia, dermosifilopatia	Media specialità		0,90
58	Gastroenterologia	Media specialità		0,90
64	Oncologia	Media specialità		0,90
65	Oncoematologia pediatrica	Media specialità		0,90
66	Oncoematologia	Media specialità		0,90
68	Pneumologia	Media specialità		0,90
70	Radioterapia	Media specialità		0,90
71	Reumatologia	Media specialità		0,90
77	Nefrologia pediatrica	Media specialità		0,90
78	Urologia pediatrica	Media specialità		0,90
06	Cardiochirurgia pediatrica	Elevata specialità		1,00
07	Cardiochirurgia	Elevata specialità		1,00
24	Malattie infettive tropicali	Elevata specialità		1,00
28	Unità spinale	Elevata specialità		0,90
30	Neurochirurgia	Elevata specialità		1,00
48	Nefrologia abilitata al trapianto di rene	Elevata specialità		1,75
54	Emodialisi	Elevata specialità	-	1,00
62	Neonatologia	Elevata specialità		1,75
76	Neurochirurgia pediatrica	Elevata specialità		1,75
46	Grandi ustioni pediatriche	Terapia intensiva	-	2,75
47	Grandi ustionati	Terapia intensiva		2,75
49	Servizio di rianimazione e terapia int.	Terapia intensiva		2,75

50	Unità terapia intensiva coronarica	Terapia intensiva		2,75
73	Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva		2,75
56	Recupero e riabilitazione funzionale	Riabilitazione		0,75
75	Neuroriabilitazione	Riabilitazione		1,00
60	Lungodegenti	Lungodegenza		0,90

******Per gli infermieri si pone pari a 12 e gli OSS pari a 6 la dotazione minima dei reparti con numero di posti letto pari o inferiori a 10 qualora l'applicazione dei parametri dia un risultato inferiore.

Il parametro per Posto Letto non tiene conto dei Coordinatori infermieristici che dovranno essere aggiunti alla simulazione.

2) a pag. 5 voce **“Area della degenza (personale infermieristico)** al 3° capoverso dopo le parole “è escluso il personale con funzioni di coordinamento” aggiungere “che va determinato nella misura minima di un coordinatore per ogni Unità Operativa, sia Complessa che semplice, e servizio di particolare complessità”

3) Criteri per la Rideterminazione delle Dotazioni Organiche delle strutture ospedaliere – “Pronti Soccorso” (p. 9): “Per quanto riguarda il numero di personale infermieristico da destinare all’osservazione breve intensiva non deve essere al di sotto di due unità infermieristiche e di un OSS per turno (sia che essa sia costituita da 5 o più di 5 posti letto) per un totale complessivo di 12 unità infermieristiche e 6 OSS.

L’attività di triage deve prevedere un numero di sei unità infermieristiche fino a 25.000 accessi annui, otto unità infermieristiche fino a 75.000 accessi annui e 10 unità infermieristiche oltre i 75.000 accessi annui.

Inoltre non si fa menzione, nella bozza, di personale di supporto infermieristico da destinare alle unità di servizio (ambulatori) dei pronto soccorsi. Va invece prevista una dotazione minima di un’unità OSS per ambulatorio.

4) **Servizi (personale infermieristico)** - a pag. 7 voce – Servizi (personale infermieristico) al secondo capoverso, attività di sala operatoria, sostituire le parole “almeno due” con “tre”.

5) **Operatore Socio Sanitario** - a pag. 8 voce – Operatore Socio Sanitario al primo capoverso cassare le parole “variabile da 0,15 a 0,25” e sostituire con “0,50”.

6) **Criteri per la rideterminazione delle Dotazioni organiche delle strutture ospedaliere – “Ausiliari” (p. 10):** sostituire la figura prevista “ausiliari” con personale di supporto (OSS). Questa modifica scaturisce dal fatto che gli ausiliari non hanno, secondo le normative vigenti - profilo – competenze assistenziali e, dunque, non rientrano nel funzionigramma organizzativo gestionale dell’ambito assistenziale. A questo riguardo dovrà considerarsi, in ambito assistenziale di supporto all’infermiere, esclusivamente l’operatore sanitario con il

profilo di O.S.S.. Di fatti questo operatore svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza:

- assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
- intervento igienico – sanitario e di carattere sociale.

7) **A pag. 8 voce “Dirigenza sanitaria non medica”** al primo capoverso dopo la parola “chimici” cassare la vocale “e”, e dopo la parola “psicologi” aggiungere e “Dirigenti delle Professioni Sanitarie”.

Di prevedere una dotazione organica di Dirigenti delle Professioni Infermieristiche non inferiore a tre per ogni Azienda Sanitaria Provinciale o Azienda Ospedaliera e che tale previsione rientri tra i parametri di valutazione per il raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale.

La richiesta di applicazione della legge 1 / 2010 della Regione Sicilia è esplicitata nell'**allegato A**.

8) **A pag. 9 Nella rideterminazione delle dotazioni organiche delle strutture territoriali** prevedere l'inserimento di risorse umane atte alla riorganizzazione dell'assistenza domiciliare attraverso l'Istituzione dell'Infermiere di Famiglia/Comunità in regime di convenzione come i Medici di Medicina Generale.

Nelle more della piena attuazione del regime di convenzione, considerato l'attuale sistema organizzativo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) si propone di modificarlo con un modello di gestione in Partnership pubblico – privato con il quale le ASP si rivolgeranno, tramite i Distretti Sanitari, ai soggetti aderenti posti in elenco. L' avviso pubblico, già adottato in altre Regioni, è denominato: “avviso di manifestazione di interesse per l'affidamento Assistenza Cure Domiciliari Integrate a soggetti in condizioni di fragilità residenti nel territorio provinciale dell'ASP di.....”

Questo modello organizzativo pur non vincolando le ASP (il personale selezionato collabora in partnership e viene pagato tramite fatturazione in quanto libero professionista che lavora con partita iva) consente il mantenimento della prevalenza nell'esercizio delle prerogative di governo rispetto al servizio: costruzione, selezione, direzione, controllo e valutazione; elimina ogni altra forma di intermediazione di altri soggetti e cosa non di poco conto consente un risparmio economico facilmente quantizzabile.

9) **A pag. 12 “Personale Servizio Urgenza Emergenza Sanitaria 118”** si sollecita la realizzazione di quanto esplicitato a pag. 17 terzo rigo: “si porrà in essere una graduale neutralizzazione del sistema attuale che prevede il ricorso prevalente al personale “in incentivazione” a fronte di una azione di graduale integrazione di personale esclusivamente dedicato.

10) **Inserire integralmente nella rideterminazione delle dotazioni organiche per le Aziende Ospedaliere Universitarie con sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie il predisposto allegato B** che prevede l'inserimento del coordinamento delle attività di tirocinio.

11) **Mancata previsione e inserimento dell'infermiere pediatrico.** Questa figura professionale non viene considerata e valorizzata dall'assessorato alla Salute che non ha previsto sbocchi professionali adeguati ad una Professione la cui formazione universitaria prevede tre anni di studio e tirocinio sia in ambito ospedaliero che territoriale. Infatti, nella regione Sicilia, pur esistendo il corso di laurea abilitante alla professione di infermiere pediatrico presso l'Università di Messina, e nonostante il decreto assessoriale n. 2536 del 2 dicembre 2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana nel gennaio del 2012 sul riordino e sulla razionalizzazione della rete dei punti nascita, (dotazione organica) non è stato e non viene ad oggi dato spazio a questa importante figura, poiché tali normative non vengono rispettate né dalle strutture pubbliche né da quelle private. Sottolineando che, a tutt'oggi, la Regione Sicilia autorizza la formazione Universitaria dell'importante figura dell'infermiere pediatrico dimenticandosi di programmarne gli sbocchi occupazionali.

Pertanto si propone sia di inserire la figura dell'infermiere pediatrico nelle dotazioni organiche delle U.O. di pediatria e di affiancare in regime convenzionale, data la competenza specifica nell'assistenza al bambino sia sano che malato, la figura professionale dell'infermiere pediatrico.

12) **Revisione della L. R N. 39 del 8-11-1988 - Determinazione dei requisiti tecnici delle case di cura private per l'autorizzazione alla gestione - ALLEGATO 1 - Schema dei requisiti delle case di cura private di cui al quarto comma dell'articolo 6; (6. Dotazione di personale). Rideterminare quanto riportato alle lettere l, m, n, o, p, q, u, che si riporta di seguito:**

..... l) Un infermiere caposala per ogni raggruppamento di unità di degenza nei giorni feriali. m) Nelle case di cura dotate di unità funzionale di ostetricia e ginecologia deve prevedersi la presenza in ciascun turno di una ostetrica in luogo di quella di un infermiere e quella di una vigilatrice d'infanzia o puericultrice in ciascun turno ogni otto culle neonatali. n) Il personale infermieristico addetto alle unità funzionali di degenza deve assicurare un tempo di assistenza pro die e per degente di 76 primi; il personale addetto alla terapia intensiva deve assicurare un tempo di assistenza tra i 500 primi e i 600 primi in relazione al tipo di cura intensiva; il personale addetto alla terapia sub - intensiva deve assicurare un tempo di assistenza compreso tra i 200 primi e 240 primi. o) Un ausiliario socio - sanitario per ogni 20 posti letto per ciascuno dei due turni. o) In mancanza di **professionisti** infermieri **professionali** la casa di cura potrà avvalersi nel proprio organico di infermieri generici purché sia garantita la presenza di almeno un **professionista** infermiere **professionale** in ogni turno e per ogni 30 posti letto; lo stesso rapporto può essere previsto in riferimento agli infermieri generici in organico alla data di entrata in vigore della presente legge. q) Nelle ore notturne deve essere garantita la presenza di personale infermieristico nella proporzione di almeno un terzo del personale previsto alla lettera n) per un turno diurno, e di personale ausiliario nella misura necessaria per svolgere le relative mansioni, che in nessun caso possono ritenersi sostitutive rispetto a quelle infermieristiche. u) In relazione alla peculiarità delle funzioni è consentito prevedere negli organici personale infermieristico e tecnico a prestazione professionale, nella misura massima del 20% della relativa dotazione organica.

Standard di accreditamento di 30 anni fa, che riprendevano quelli di 50 anni fa, sono fuori dal tempo e sono pericolosi per i malati. Oggi 76 minuti di assistenza die sono eticamente incompatibili con i LEA!

Il minutaggio per l'assistenza andava forse bene nel 1988, quando la degenza media era di venti giorni e i pazienti totalmente dipendenti non più di tre per reparto, quando la terapia infusione riguardava il 20% dei pazienti degenti e i grandi anziani avevano ottanta anni.

Detta legge regionale va totalmente revisionata e adeguata agli stessi parametri utilizzati per l'assistenza nelle strutture pubbliche, (linee guida emanate con il D.A n. 1380 del 5 agosto 2015) con l'applicazione dei medesimi coefficienti a parità di unità funzionali, nelle more che le stesse linee guida vengano aggiornate e in virtù del presente emendamento. In particolare la lettera "u" andrebbe immediatamente cassata per evitare l'uso improprio che si sta facendo del rapporto di lavoro a partita iva, rispetto al lavoro subordinato, nei confronti di personale infermieristico che di fatto svolge orario di lavoro a tempo pieno organizzato in turni.

Conclusioni

Preg.mo Assessore Avv. Ruggero Razza,

Preg.mo Presidente On. La Rocca Ruvolo Margherita,

On.li Componenti VI Commissione ARS,

in definitiva il presente emendamento si propone di dare una risposta alla annosa questione della determinazione degli organici infermieristici nelle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri del Sistema Sanitario Regionale e delle strutture private accreditate inserendosi nel più ampio contesto della problematica relativa alla sostenibilità finanziaria dell'intero SSR.

Nel ribadire che, la regione Siciliana risulta tra le regioni più povere quanto a risorse infermieristiche, avendo la stessa investito in modo irrisorio su tale risorsa nella gestione economica organizzativa del suo SSR. Il dato troverebbe riscontro anche nella circostanza che l'intera Nazione, con una media di 6 infermieri per ogni 1000 abitanti, risulta essere quella con minore presenza infermieristica, così ponendosi al di sotto della media dei Paesi OCSE.

È di fondamentale importanza che chi ha la responsabilità di dirigere e amministrare gli ospedali valuti periodicamente i carichi lavorativi, individuando gli standard di sicurezza. La riduzione dei costi della sanità “i tetti di spesa” superati una certa soglia non solo non producono benefici ma generano un aumento paradossale dei costi sanitari, legato agli outcome negativi e alle cure mancate, rappresentati dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni sui pazienti, oltre che dai risarcimenti danni conseguenti (spesa ospedaliera usata per correggere complicazioni prevenibili delle cure ed eventi avversi per i pazienti).

I vertici regionali e i manager delle ASP Siciliane devono assumersi la responsabilità di assicurare il giusto rapporto operatori-pazienti perché quando gli impegni che gli infermieri sono chiamati a onorare sono soverchianti rispetto alle loro effettive possibilità, le responsabilità ribadite dalla legge Gelli non possono ricadere su chi denuncia e grida aiuto per una carenza non più sostenibile.

La soluzione proposta dal Coordinamento è quella di estrapolare il fondo economico per l'assistenza infermieristica dal tetto di spesa generale del personale sanitario in considerazione delle mutate necessità assistenziali che richiedono un numero maggiore di infermieri rispetto ai medici. (vedi tabella sotto).

La carenza di infermieri per Regioni in base al rapporto con il numero di medici (standard 1:3)				
Regioni/Aziende	Medici	Infermieri	Rapporto medici / infermieri	Infermieri mancanti rispetto al rapporto 1:3 con i medici
ABRUZZO	2.706	6.049	2,2	2.069
CALABRIA	3.762	7.262	1,9	4.024
CAMPANIA	9.156	18.551	2,0	8.937
EMILIA ROMAGNA	7.987	24.228	3,0	
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.545	7.878	3,1	
LAZIO	7.704	20.099	2,6	3.013
LIGURIA	3.652	9.910	2,7	1.046
LOMBARDIA	14.263	38.065	2,7	4.724
MARCHE	2.961	8.267	2,8	616
PIEMONTE	8.394	21.387	2,5	3.795
PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	949	3.178	3,3	
PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	1.036	2.855	2,8	253
PUGLIA	6.380	15.209	2,4	3.931
SARDEGNA	4.470	8.870	2,0	4.540
SICILIA	9.073	17.464	1,9	9.755
TOSCANA	8.057	21.216	2,6	2.955
UMBRIA	1.968	4.591	2,3	1.313
VALLE D'AOSTA	328	718	2,2	266
VENETO	8.044	24.519	3,0	
Media nazionale	105.056	264.604	2,5	51.237

Fonte: elaborazione Centro studi FNOPI su dati Conto annuale - Ragioneria generale dello Stato - Ministero dell'Economia

Skill mix medici/infermieri
Fabbisogno di personale infermieristico

Carenza Infermieri

In Sicilia - 10.000

La risoluzione del fenomeno, di certo, potrebbe avere delle conseguenze importanti per mantenere un rapporto soddisfacente tra qualità e costo del servizio, garantire l'efficacia delle cure sanitarie, migliorare l'efficienza del sistema delle cure, ottimizzare le condizioni di lavoro degli operatori.

La professione infermieristica diventa così un punto di riferimento per qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio ed ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione, della gestione e dell'organizzazione dei servizi.

Alle finalità imprescindibili del presente emendamento va aggiunta la richiesta di istituzione di un Servizio Infermieristico Regionale quale ufficio di staff dell'Assessorato alla Salute con funzioni ed attività di direzione del personale infermieristico dipendente, pubblico o privato, e di indirizzo per gli Infermieri che operano in regime libero professionale con l'ADI (Assistenza domiciliare integrata), per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Considerate tutte le problematiche sviscerate in questo documento si ritiene oltremodo necessaria la presenza nello staff dell'assessorato di un professionista dell'area infermieristica nominato dall'Assessore alla Sanità che opera con personale proprio alle sue dirette dipendenze e si avvale dei dirigenti infermieristici aziendali.

Concludiamo con l'auspicio di un immediato riscontro al presente emendamento che sarà supportato e presenziato qualora la necessità lo richiedesse.

OPI AGRIGENTO	Presidente	Dott. SALVATORE OCCHIPINTI
OPI CALTANISSETTA	Presidente	Dott. IVANO FERRARA
OPI CATANIA	Presidente	Dott. CARMELO SPICA
OPI ENNA	Presidente	Dott. GIOVANNI DI VENZI
OPI MESSINA	Presidente	Dott. ANTONINO TRINO
OPI PALERMO	Presidente	Dott. FRANCO GARGANO
OPI RAGUSA	Presidente	Dott. GAETANO MONSU'
OPI SIRACUSA	Presidente	Dott. SEBASTIANO ZAPPULLA
OPI TRAPANI	Presidente	Dott. FILIPPO IMPELLIZZERI

Il Presidente del Coordinamento OPI Sicilia



Sebastiano Zappulla

Allegato A

APPLICAZIONE DELLA LEGGE 1/2010

Riapertura dei concorsi e incarichi per la Dirigenza

Oggetto: integrazione al D.L.158/2012, convertito dalla L.189/2012 - Direttiva di reclutamento a tempo indeterminato di dirigenti medici, varie discipline, nonché di figure professionali del comparto, con riferimento ai contenuti della Legge Regionale 1/2010, in materia di istituzione delle Unità Operative delle Professioni Sanitarie e del Servizio Sociale afferenti al settore SNT/1.

Il D.L. n.95/12, convertito nel testo dalla L. 135/12, ha sancito, a seguito della riduzione dei posti letto ospedalieri, il riassetto organizzativo delle aziende afferenti al S.S.R., per adeguare coerentemente gli organici dei P.O. pubblici, provvedendo, altresì, alla riduzione delle unità operative complesse e semplici, in base ai parametri stabiliti all'interno del documento L.E.A. del 26/03/2012 e delle posizioni organizzative e di coordinamento relative all'area della dirigenza e del personale del comparto del S.S.N.

Peraltro i contenuti del comma 8 dell'art. 1 della L. 08/11/2012 n.189, introdotto in sede di conversione del D.L. 13/09/2012 n.158 (c.d. decreto Balduzzi), prevedono l'impossibilità da parte delle aziende sanitarie di procedere alla copertura di posti vacanti o carenze in organico, prima del completamento della ricollocazione del personale risultante in esubero successivamente al procedimento di riorganizzazione della rete assistenziale.

I sopra citati interventi legislativi ed il suddetto documento del Comitato LEA, hanno dato adito alla diramazione di alcune direttive assessoriali che invitano le aziende a non avviare e/o sospendere le procedure di reclutamento del personale in corso e a non procedere al conferimento e/o al rinnovo degli incarichi ex art.15 septies del D.Lgs. 502/92 s.m.i., nonché degli incarichi di direzione di strutture semplici e complesse nelle Unità Ospedaliere con posti letto, uniformando i comportamenti aziendali, improntandoli a criteri di maggiore economicità e trasparenza.

I contenuti della Legge Regionale 15 Febbraio 2010, relativa all'istituzione delle Unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale afferenti al settore SNT/1, che al comma 1 – art.1, sanciscono all'interno delle aziende del Servizio sanitario Generale, con atto aziendale di cui all'articolo 9 della L.R. 14/04/2009, n.5, l'istituzione in seno alla direzione aziendale, quali strutture di Staff, delle unità operative.

In base ai contenuti del comma 2 dell'articolo sopracitato, i direttori generali delle aziende del S.S.R. con apposito atto assicurano la funzionalità delle unità operative nel rispetto delle competenze e delle responsabilità previste dalle vigenti disposizioni normative e contrattuali delle sopradette aree.

Il comma 3 del medesimo articolo, precisa come in seguito a specifiche esigenze organizzative, ravvisate dalle aziende afferenti al S.S.R., a fronte di una maggiore complessità, è possibile trasformare una o più unità operative sopra citate in altrettante strutture complesse, nel rispetto dei criteri stabiliti dall'atto aziendale, mantenendo la suddivisione delle 6 aree professionali.

Pertanto, le Unità Operative di cui all'art.1 s'impegnano nella cura dell'espletamento delle funzioni previste dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e l'ottemperanza agli specifici deontologici ed agli ordinamenti didattici attraverso metodologie di pianificazione mirate al raggiungimento di obiettivi di assistenza e prevenzione, come previsto dalla legge 10/08/2000, n.251 e successive modifiche ed integrazioni.

Considerando che la Dirigenza delle professioni sanitarie è di prima applicazione nel SSR e che sono state previste in pianta organica di tutte le Aziende Sanitarie, le dotazioni organiche minime e visto la rilevanza organizzativa che produrrà nell'assetto aziendale, si evidenzia come per il profilo della Dirigenza appartenente alla classe SNT/1, non sia applicabile quanto stabilito dalla circolare assessoriale 53928/2013.

Pertanto, allo scopo di far fronte alle criticità evidenziate, è necessario quale prima misura correttiva, in relazione alle aree disciplinari, alle unità operative interessate ed ai rispettivi profili delle figure professionali, consentire alle Aziende Sanitarie di dare seguito alle procedure concorsuali già pubblicate per il reclutamento del personale, procedendo al conferimento e/o al rinnovo degli incarichi ex art.15 septies del D.Lgs. 502/92 s.m.i., nonché degli incarichi di direzione di strutture semplici e complesse nelle Unità Ospedaliere nelle Aziende che non hanno emanato bandi concorsuali.

Il Presidente del Coordinamento OPI Sicilia



Allegato B

RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE

Per le Aziende Ospedaliere Universitarie con sede dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Visto - La normativa che regola i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie prevede un coordinamento delle attività di tirocinio. Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009 – Applicazione della L.270/04 ai Corsi di laurea delle professioni sanitarie

Art. 4 comma 5 recita ...” L’attività formativa e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente formati e assegnati ed è coordinata, con incarico triennale, da un docente appartenente allo specifico profilo professionale, in possesso della Laurea Specialistica o Magistrale della rispettiva classe. E’ compito del coordinatore garantire che gli insegnamenti tecnico-pratici siano conformi allo specifico profilo professionale, in adeguamento alle normative europee previste per gli

Specifici profili professionali, di concerto con il Consiglio di corso di laurea. Negli allegati precisa ancora ...” Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l’acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico di ogni profilo, così da garantire, al termine del per corso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell’ambiente di lavoro.

Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l’attività formativa pratica e di tirocini o clinico, svolta con almeno 60 CFU con la supervisione e la guida di tutori professionali appositamente assegnati, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per ciascun specifico profilo professionale e corrispondente alle norme definite a livello europeo ove esistenti”

1. Requisito indispensabile per l’attivazione del Corso di Laurea è quindi l’individuazione di un “Direttore della Didattica Professionale” (ex Coordinatore delle attività pratiche di tirocinio) individuato secondo la normativa sopra riportata per assicurare l’integrazione tra gli insegnamenti teorici e il tirocinio,

favorire la conformità degli insegnamenti professionali agli standard di competenza definiti e dirigere i tutor professionali

Visto - DECRETO 29 gennaio 2015. Approvazione del protocollo d'intesa tra la Regione siciliana e l'Università degli Studi di CT PA. ME. Art. 16. Formalizzazione degli specializzandi e del personale infermieristico, tecnico, e della riabilitazione e della prevenzione. Ai sensi dell'art. 16 sexies, comma 2, del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni, la Regione indica l'A.O.U. quale struttura di coordinamento delle attività svolte nella formazione degli specializzandi e degli studenti dei corsi di studio e di specializzazione dell'area medica e delle professioni sanitarie.

Comma 3 ... In attuazione dei rapporti di collaborazione di cui ai precedenti commi, l'Azienda O.U. mette a disposizione dell'Università strutture, personale ed attrezzature al fine di potere consentire l'espletamento delle attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, ivi compresi i correlativi servizi generali per gli studenti ed i docenti.

Si Chiede di inserire nella programmazione della Dotazione Organica delle Aziende Ospedaliere Universitarie (Policlinico) con sede di Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie:

N. 1 - Direttore della Didattica Professionale (ex Coordinatore Didattico) del CdL di riferimento per i corsi che siano ≥ 140 studenti.

Tutor per lo svolgimento delle loro attività didattico – organizzative in base ai seguenti criteri variabili in relazione al numero di studenti esistenti all'interno dei rispettivi CdL:

Tutor per anno accademico

- 15 – 30 studenti - N. 1 Tutor
- 31 – 60 studenti - N. 2 Tutor
- 61- 140 studenti - N. 3 Tutor
- 140 > 150 studenti - N 4 Tutor

All'interno dell'Area Funzionale della “Docenza”, i Direttori e i Tutor dei Corsi di Laurea Professionalizzanti, rappresentano certamente figure di fondamentale importanza in grado di fungere da collante indispensabile nel rapporto tra corpo docente e discente, nonché capaci di catalizzare l'interesse dei docenti verso la relazione tra insegnamento ed impegno continuo nell'attività di ricerca, che all'interno dei CdL deve caratterizzare lo sviluppo didattico di ogni singolo corso integrato, per garantire agli studenti la divulgazione di conoscenze.

Il Presidente del Coordinamento OPI Sicilia



Sebastiano Zuffi