



(Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia)

COORDINAMENTO REGIONALE COLLEGI I.P.A.S.V.I.

S I C I L I A

Prot. 25/2015

Siracusa 23/05/2015

All'Assessore alla Salute

Dr. Lucia Borsellino

Al Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Al Dipartimento Pianificazione Strategica

All' ARS - Assemblea Regionale Siciliana

VI Commissione - Servizi sociali e sanitari

Al Presidente della Commissione

On. Giuseppe Digiacomo

Ai V. Presidenti della Commissione

On. Vincenzo Fontana

On. Stefano Zito

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 Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Dr. Barbara Mangiacavalli

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

II COORDINAMENTO REGIONALE COLLEGI I.P.A.S.V.I. SICILIA, con il presente documento, intende proporre taluni emendamenti al Documento “*Linee d'Indirizzo Regionali per la Rideterminazione delle Dotazioni Organiche*”,

PREMESSO:

- l'inderogabile 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;

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

- l'insufficienza delle dotazioni organiche stabilite con il D.A. 1868 del 22/7/2010, 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;

- 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 o degli organi vitali, necessitano di un monitoraggio frequente di tali parametri e/o di terapie complesse che richiedono rivalutazioni cliniche, farmacologiche e assistenziali durante il giorno. 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 situano 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 preveda una clausola di salvaguardia per la sicurezza dei pazienti, ovverosia, tale da non prevedere una soglia superiore ad un infermiere ogni otto pazienti.

- 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 COLLEGI I.P.A.S.V.I. 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		0,75
09.1	Chirurgia Oncologica	Specialità di Base		0,75
09.2	Chirurgia d'urgenza	Specialità di Base		0,75
26	Medicina Generale	Specialità di Base		0,75
36	Ortopedia e Traumatologia	Specialità di Base		0,75
37	Ostetricia e Ginecologia	Specialità di Base	Decreto	
61	Medicina nucleare	Specialità di Base		0,75
97	Detenuti	Specialità di Base		0,75
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	Geriatrics	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		0,75

**Per gli infermieri si pone pari a 12 la dotazione minima dei reparti con numero di posti letto pari o superiore 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 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 10 unità infermieristiche e 5 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) a pag. 7 voce – Servizi (personale infermieristico) al secondo capoverso sostituire le parole “almeno due” con “tre”

5) 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”.

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.

In alternativa, 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”** nelle more, della 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. (Medico in convenzione ed infermieri di ruolo), si propone sempre il modello in Partnership pubblico – privato. Il personale selezionato collabora in partnership e viene pagato tramite fatturazione in quanto libero professionista che lavora con partita iva; anche in questo caso il risparmio economico è rilevante e facilmente quantizzabile.

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

DISTINTI SALUTI

COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI AGRIGENTO	DR. SALVATORE OCCHIPINTI
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI CALTANISSETTA	DR. ROBERTO CAMMARATA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI CATANIA	DR. CARMELO SPICA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ENNA	DR. GIOVANNI DI VENTI
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI MESSINA	DR. SALVATORE FELICOTTTO
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI PALERMO	DR. FRANCO GARGANO
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI RAGUSA	DR. GAETANO MONSU'
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI SIRACUSA	DR. SEBASTIANO ZAPPULLA
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI TRAPANI	DR. FILIPPO IMPELLIZZERI

Il Presidente del Coordinamento Regionale



The image shows a handwritten signature in black ink that reads "Zappulla Sebastiano". To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text "IPASVI" at the top, "IL PRESIDENTE" in the center, and "Zappulla Sebastiano" below it. The outer ring of the stamp contains the text "COORDINAMENTO REGIONALE" and "125" at the bottom.