



AREA OPI MARCHE (OPI di Ancona, OPI di Ascoli Piceno, OPI di Fermo, OPI di Macerata)

INFERMIERI
INFERMIERI PEDIATRICI

Protocollo 1/2021

Ancona, 19/01/2021

Via Ruggeri, 3/I
60131 ANCONA
Tel. 071/205516
Fax 071/2077491

Pec: ancona@cert.ordine-opi.it
E-mail: info@opiancona.it
www.opiancona.it

All'Assessore alla Salute Regione Marche

e, p.c.

- Al Presidente Giunta Regione Marche
 - Al Direttore del Servizio Salute
 - Ai Gruppi Consiliari:
 - Civitas – Civici
 - Forza Italia
 - Fratelli d'Italia
 - Lega Marche
 - Movimento 5 stelle
 - Partito Democratico
 - Rinasci Marche
 - UDC Popolari Marche
 - Cgil
 - Cisl
 - Uil
 - Fials
 - Nursind
 - Nursing Up
 - Andprosan

Oggetto: Piano regionale di assistenza territoriale di cui all'articolo 1 del D.L. 34/2020 convertito dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77 – DGR n. 1423 del 16 novembre 2020 – Comunicazioni OPI

Gent.mo Assessore,

a seguito delle precedenti comunicazioni, preso atto del “Piano di assistenza territoriale” di cui alla DGR 1423/2020, desidero informarLa che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche – Ente Sussidiario dello Stato, non ha avuto alcun coinvolgimento nella discussione del Piano di cui sopra; nonostante ciò, nel rispetto dei principi statutari propri, ritengo opportuno richiedere alcuni dati ed informazioni necessarie per presentare proposte operative, per quanto di competenza, per un migliore funzionamento del sistema.

1. Nel capitolo “Motivazione ed esito dell'istruttoria” si riscontra “*Al fine di una riorganizzazione efficace dell'assistenza la Regione Marche, con DGR 1266/2020, ha ritenuto indispensabile un coinvolgimento attivo dei professionisti e dei servizi implicati nell'erogazione delle specifiche prestazioni e nella presa in carico*”

del paziente a livello domiciliare e residenziale. Si è resa perciò necessaria la costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalle PF "Territorio e Integrazione ospedale territorio, PF "Mobilità sanitaria ed area extra-ospedaliera", P.F "Risorse Umane e formazione", che ha visto la partecipazione dei professionisti del SSR indicati dall'ASUR, dalle rappresentanze sindacali di categoria e dai Comitati di Partecipazione".

Al fine di poter fornire un valido contributo ad Enti ed Istituzioni, per quanto di competenza, si chiedono cortesemente i seguenti dati:

- a. i nominativi dei professionisti afferenti al profilo infermieristico inseriti nel gruppo di lavoro;
- b. i nominativi e gli altri profili professionali costituenti il gruppo di lavoro.

2. Nell'Allegato "A", al punto 1 - Gli attori del Sistema previsti nel D.L.Rilancio si riscontra "Al fine di una riorganizzazione efficace dell'assistenza territoriale è indispensabile un coinvolgimento attivo dei professionisti e dei servizi implicati nell'erogazione delle specifiche prestazioni e nella presa in carico del paziente a livello domiciliare e residenziale.

... omissis ... Si è provveduto alla costituzione di un gruppo di lavoro, coordinato dalle PF Territorio e Integrazione ospedale territorio, PF Mobilità sanitaria ed area extra- ospedaliera, P.F Risorse Umane e formazione, che ha visto la partecipazione dei professionisti del SSR indicati dall'ASUR, dalle rappresentanze sindacali di categoria e dai Comitati di Partecipazione. Il lavoro del gruppo è esitato nella elaborazione del presente piano."

Per le stesse motivazioni sopra esposte, si chiede di conoscere:

- a. i nominativi dei professionisti infermieri (del livello dirigenziale) individuati dall'ASUR nell'ambito della costituzione del gruppo di lavoro,
- b. i nominativi e le relative rappresentanze professionali dei componenti il gruppo di lavoro nella sua completezza.

4. il punto nominato "Professionisti delle Cure Primarie (MMG, PLS e Medici di Continuità Assistenziale)" evidenzia le necessità di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con lo sviluppo della medicina d'iniziativa, il ruolo centrale dei MMG/PLS e le attività delle USCA. Lo stesso punto riporta anche gli importanti finanziamenti previsti, compresa "la possibilità di potenziare gli ambulatori di MMG in fase di emergenza tramite il riconoscimento temporaneo di ore aggiuntive di infermieri".

Al riguardo si chiede di conoscere:

1. il finanziamento regionale complessivo destinato ai MMG/PLS per l'indennità infermieristica;
 2. il numero degli infermieri assunti dagli studi dei MMG/PLS e la loro assegnazione operativa;
 3. l'elenco nominativo degli infermieri assunti con il ricorso alla partecipazione finanziaria regionale;
 4. la numerosità e la tipologia delle attività / prestazioni / interventi erogati dai singoli infermieri.
- In termini propositivi, prima di "potenziare gli ambulatori ... con ore aggiuntive di infermieri" potrebbe essere utile conoscere i carichi di lavoro e le criticità presenti, tenuto conto anche dell'investimento nelle USCA.

5 USCA

Preso atto della mappatura delle USCA al 2/11/2020 e delle diverse caratterizzazioni, tenuto conto dell'importanza di tali strutture (anche in previsione vaccinazioni COVID-19?), per una migliore azione propositiva, vengono richiesti i seguenti chiarimenti:

1. la "ratio" seguita per definire le USCA costituite da solo medici e le USCA che prevedono l'integrazione medico/infermiere;
2. il costo sostenuto dalla Regione Marche per l'attivazione e il mantenimento delle USCA (personale medico - stima di oltre 400.000 € / mese ?);
3. il costo sostenuto dalla Regione Marche per l'attivazione e il mantenimento delle USCA (personale infermieristico – dipendente del SSR?);
4. Il carico di lavoro di ogni USCA e le funzioni dei singoli professionisti coinvolti;

6 ADI -Assistenza Domiciliare Integrata

Il documento regionale prende in considerazione due macro-argomenti:

- a. l'assistenza domiciliare ai pazienti COVID-19 e alle persone in isolamento (domiciliare e/o alberghiero);

- b. il rafforzamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità ... omissis ...

Relativamente al punto “a” ritengo importante richiamare l’attenzione alle seguenti definizioni:

- 1. le modalità di arruolamento delle persone in isolamento e le modalità e gli strumenti di comunicazione con i MMG/PLS e con le sedi distrettuali;*
- 2. le interazioni / integrazioni / collaborazioni con i MMG/PLS e la strutturazione (e condivisione) dei setting assistenziali);*
- 3. le procedure ed i protocolli di intervento (anche da remoto) e la reportistica da utilizzare per il monitoraggio e la tracciabilità degli interventi;*
- 4.*

Relativamente al punto “b”, pur apprezzando i dati riportati nel documento regionale, ritengo opportuno evidenziare che dei dati di letterature individuano la popolazione a rischio fragilità / disabilità / cronicità:

- il 3,7% ricompresa nella fascia di età 66-74 aa;*
- il 7% ricompresa nella fascia di età > di 75 aa*

In totale sono 20.579 persone individuate come “a rischio”, non necessariamente già “in carico”.

Regione Marche - Popolazione 1.531.753				
Popolazione fascia età 65 - 74 anni	Fragilità Disabilità Cronicità (val. %)	Popolazione fascia età > 74 anni	Fragilità Disabilità Cronicità (val. %)	necessità di "presa in carico"
	3,7		7	
172.940	6.399	202.571	14.180	20.579

Non sembrano essere considerate le situazioni afferenti alla Salute Mentale, alle Dipendenze, alle Cure Palliative e terapia del dolore, solitamente “prese in carico” dalle strutture dipartimentali di riferimento, normalmente strutturate con specifiche equipe operanti a livello territoriale, in continuità con le strutture ospedaliere.

Oltre ai dati presentati è necessario considerare le fragilità, disabilità e cronicità afferenti alla popolazione scolastica, quantificate in 6.906 alunni / studenti (A.S. 2018-2019), normalmente seguiti dai PLS/MMG, probabilmente non rientranti nei dati a fianco riportati (vedi approfondimento nel cap. Infermiere di Comunità e Famiglia)

Altre variabili importanti da prendere in considerazione, incidenti pesantemente nella programmazione ed organizzazione dei servizi territoriali:

- Popolazione straniera 137.000*
- n. Famiglie - 647.834 (di cui il 30% costituito da un solo componente)*
- Vedovanze – 122.000 (19.000 uomini e 103.000 donne)*

Risultano assolutamente condivisibili le tre azioni individuate come prioritarie per la presa in carico dei pazienti cronici:

- 1. nuovi modelli organizzativi per garantire la continuità delle cure e dell’assistenza dall’ospedale al domicilio (esperienze già in essere in molte realtà del Paese, con l’attivazione di strutture a direzione infermieristica, attivate precocemente per la definizione del setting clinico-assistenziale da proseguire a domicilio, in accordo con i sanitari della struttura ospedaliera e con il MMG, nell’ambito di procedure e protocolli definiti e condivisi. Nel caso specifico marchigiano un preciso indirizzo ASUR potrebbe essere determinante per la diffusione omogenea in tutto il territorio regionale);*
- 2. l’attivazione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità – di fondamentale importanza per garantire il potenziamento dei servizi territoriali, così come raccomandato dal livello governativo e auspicato da tutti, in primis dai pazienti;*
- 3. il monitoraggio dei pazienti covid-19 a domicilio (almeno fino al superamento dell’epidemia in corso.*

Relativamente ai punti 2 e 3 si pongono tre tipi di problemi:

- a. le necessità di nuove risorse*
- b. come reperirle*
- c. le attività e le funzioni caratterizzanti*

a. le necessità di nuove risorse infermieristiche

La normativa prevede una quantificazione di n. 8 Infermieri ogni 50.000 abitanti; più precisamente:

- provincia di Ancona	471.000 abitanti	75 infermieri
- provincia di Ascoli Piceno	207.000 abitanti	33 infermieri
- provincia di Fermo	174.000 abitanti	28 infermieri
- provincia di Macerata	314.000 abitanti	50 infermieri
- provincia di Pesaro Urbino	359.000 abitanti	58 infermieri
Totale	244 infermieri	

b. come reperirle

- *Concorsi e avvisi pubblici (possibili, ma probabilmente non utili a coprire le necessità, a forte rischio “cannibalismo” regionale e interregionale);*
- *Co Co Co (come sopra);*
- *Recuperare figure professionali “fuori posto” (con esclusione delle figure professionali con prescrizioni o assegnate ad altri servizi sanitari);*
- *Sostituire (ove possibile, per le motivazioni sopra esposte) le figure infermieristiche assegnate in attività ambulatoriali con OSS (e assegnazione delle figure infermieristiche per le attività e funzioni territoriali);*
- *nelle more delle assunzioni, stante la valenza di tali risorse, ricorso all’istituto delle prestazioni aggiuntive, nel rispetto delle indicazioni normative e dei posizionamenti della Conferenza delle Regioni, privilegiando comunque la stabilità dell’assegnazione nella funzione IFC.*

c. le attività e le funzioni caratterizzanti

Relativamente alla figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità è necessario chiarire, anche ad evitare una operatività difforme rispetto agli indirizzi normativi, che:

- *non si tratta dell’Infermiere del Medico di Famiglia (MMG/PLS);*
- *non è una figura professionale assegnata e gestita dalle USCA (con le quali sviluppa le necessarie collaborazioni, eventualmente necessarie, nel rispetto delle autonomie e responsabilità di ognuno);*
- *è una figura professionale dipendente del SSR, assegnata alla Direzione Infermieristica dei Servizi Territoriali, operante sul territorio, in integrazione e collaborazione con il MMG/PLS, attraverso un sistema di relazioni bi-direzionali (MMG-IFC / IFC-MMG), nell’ambito di progetti, percorsi e processi definiti e condivisi, nel rispetto dei ruoli, delle autonomie e delle responsabilità di ognuno.*

L’allegato 1, in calce al presente documento, riporta le indicazioni della Conferenza delle Regioni relativamente alla figura professionale dell’Infermiere di Famiglia e Comunità, con particolare riferimento:

- alla presa in carico dei pazienti COVID-19 in trattamento domiciliare, per le funzioni assistenziali e di monitoraggio;*
- alla implementazione dei servizi di assistenza domiciliare;*
- alla presa in carico delle persone con problemi di fragilità, disabilità, cronicità, anche con coinvolgimenti della famiglia / care-giver per la verifica dell’aderenza alla terapia;*
- alla promozione e all’educazione alla salute (con particolare riferimento alla popolazione di età > 65 anni), al fine mantenere la condizione di salute e di autonomia per più tempo possibile;*
- alla assicurazione di attività e prestazioni assistenziali (in forma diretta o in collaborazione con l’ADI e/o con il supporto di altri professionisti esperti);*
- all’integrazione sanitaria e sociale;*
- al necessario supporto negli istituti scolastici, al fine di assicurare le necessarie informazioni al personale della scuola, relativamente alle problematiche di alunni e studenti con problematiche di fragilità / disabilità / cronicità;*
-*

Di seguito vengono presentate tre ipotesi di intervento riguardanti:

- *la promozione e l’educazione alla salute (target persone di età > di 65 aa);*
- *la promozione e l’educazione alla salute (target persone in età scolastica);*
- *il supporto al personale della scuola (docente e non) relativamente alle situazioni di fragilità, cronicità e disabilità interessanti gli alunni e gli studenti, alle possibili problematiche e agli interventi da porre in essere.*

Gli interventi per la promozione e l'educazione alla salute - possono riguardare, in maniera differenziata, sia le persone già in carico (stima di 20.579 unità), sia le oltre 375.000 persone con una età > di 65 anni, con coinvolgimenti diretti anche dei familiari e/o care-giver.

Regione Marche - Popolazione 1.531.753				
Popolazione fascia età 65 - 74 anni	Fragilità Disabilità Cronicità (val. %)	Popolazione fascia età > 74 anni	Fragilità Disabilità Cronicità (val. %)	necessità di "presa in carico"
172.940	3,7	202.571	7	20.579

Tali interventi, attivabili sia nelle sedi distrettuali, sia a livello territoriali in spazi messi a disposizione dalle municipalità, possono riguardare:

- specifiche argomentazioni interessanti le persone già in carico, con buone condizioni di autonomia;
- tutta la popolazione di età > di 65 anni, su argomentazioni di interesse comune, dall'alimentazione agli stili di vita, etc. etc..

Gli interventi per la promozione e l'educazione alla salute (target persone in età scolastica) e il supporto al personale della scuola (docente e non) relativamente alle situazioni di fragilità, cronicità e disabilità interessanti gli alunni e gli studenti, alle possibili problematiche e agli interventi da porre in essere.

I dati relativi alle sedi scolastiche statali nella Regione Marche (A.S. 2018-2019) evidenziano:

- n. 1.308 sedi scolastiche;
- n. 10.049 classi;
- n. 210.045 alunni / studenti;
- n. 6.906 alunni / studenti con disabilità (definizione generica del documento ufficiale del Ministero, probabilmente comprendente le situazioni di fragilità e cronicità), sicuramente già in carico ai PLS.

Regione Marche - Sedi scolastiche statali - A.S. 2018/2019 - Distribuzione							
Infanzia	Primaria	I grado	II grado	Totale sedi Scolastiche	Alunni Studenti	Classi	Alunni con disabilità
492	438	221	157	1.308	210.045	10.049	6.906

Alcune ipotesi di prevedere "l'infermiere scolastico" sembrano di difficile realizzazione, tenuto conto della numerosità delle sedi scolastiche.

Di contro, sentiti anche i pareri di diversi dirigenti scolastici, potrebbe risultare di grande utilità a programmazione annuale di momenti di incontro e formazione, dedicati al personale della scuola, finalizzati a fornire, sulla base delle criticità presenti in ogni singolo contesto, le informazioni necessarie relativamente ai comportamenti da seguire in caso di necessità.

Parallelamente potrebbe risultare molto interessante la programmazione e la realizzazione di interventi mirati, tarati su ogni specifica area formativa (infanzia - con coinvolgimento dei genitori, primaria, I grado II grado), inerenti l'educazione alla salute e il mantenimento di stili di vita sani.

Progetto sicuramente molto impegnativo (1.300 sedi scolastiche per un totale di circa 210.000 alunni / studenti) richiedente molte risorse, ma con finalità di grande valore per la popolazione adulta di domani.

Le strutture residenziali territoriali

La garanzia della continuità dei servizi e dell'assistenza nelle Residenze Sanitarie e Sociali è stato (e continua ad essere) un grave problema.

Certamente gli organici non sono adeguati (avevamo già avuto modo di evidenziare tali criticità nel corso delle audizioni riguardanti l'approvazione dei manuali di autorizzazione ... purtroppo inascoltati).

La difficoltà di reperire personale infermieristico è ancora più grande rispetto alle strutture ospedaliere!

La soluzione non può essere quella di chiedere supporto alle Aziende Sanitarie per fornire il personale infermieristico necessario, per il semplice fatto che anche le Aziende Sanitarie hanno personale ridotto al minimo, pertanto non "trasferibile" alle strutture residenziali.

Un possibile percorso potrebbe essere quello di applicare l'istituto delle "prestazioni aggiuntive", attraverso specifico bando interno alle aziende sanitarie, su base volontaristica, privilegiando le competenze degli operatori nelle aree internistiche, nel rispetto delle indicazioni ministeriali e della conferenza delle regioni.

Stante l'importanza delle argomentazioni prese in considerazione, Le chiedo un incontro urgente per affrontare le questioni poste.

I più cordiali saluti.

Il Presidente dell'OPI di Ancona- Dott. Conti Giuseppino - Firmato

La Presidente dell'OPI di Ascoli Piceno – Dott.ssa Morganti Laure - Firmato

Il Presidente dell'OPI di Fermo – Dott. Beltrami Giampietro - Firmato

Il Presidente dell'OPI di Macerata – Dott. Di Tuccio Sandro- Firmato

Il Presidente dell'O.P.I. di Ancona
Dott. Giuseppino Conti

