



ORDINI DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE

COORDINAMENTO REGIONALE ORDINI MARCHE

Corso Cavour, 96 – 62100 Macerata (MC)

Tel. 0733233051 Fax 0733269863

e-mail: info@opimacerata.it

pec macerata@cert.ordine-opi.it

Data:

Prot.:

Al Direttore ARS MARCHE
Dott. Armando Marco Gozzini
armandomarco.gozzini@regione.marche.it

e, p.c.

Al Presidente Regione Marche
All'Assessore alla Salute Regione Marche
Ai componenti il Consiglio Regionale
Al Direttore ASUR

Alle OO.SS. Area Comp. e Dir. Prof. San. (CGIL – CISL – UIL – Nursind – Nursing-up – FIALS – ANDPROSAN)

Oggetto: Implementazione organizzativa dell'Infermiere di Famiglia e Comunità

Gent.mo Direttore,

Con Riferimento a quanto specificato all'oggetto, a seguito della comunicazione a firma della Direzione Generale ASUR e del Direttore Integrazione Socio – sanitaria, desideriamo esprimere forte apprezzamento per l'iniziativa, con alcune perplessità e proposte che vengono di seguito presentate:

- a. gli Ordini Professioni Infermieristiche, tenuto conto della valenza del progetto, stante il loro ruolo istituzionale di Enti Sussidiari dello Stato, avrebbero ben gradito una convocazione per un sereno confronto sugli aspetti di maggiore rilevanza riguardanti la proposta di strutturazione dell'IFC;
- b. una iniziativa è di così grande rilevanza necessiterebbe di un passaggio sindacale (non ci è noto se già avvenuto o solo ipotizzato, sulla base della decisione del destinatario della missiva – il Dott. A.Gozzini);
- c. a prescindere dal mancato coinvolgimento, inviamo a Lei e a tutte le forze politiche e sindacali della Regione Marche, stante il ruolo istituzionale degli OPI, alcune considerazioni, riflessioni e proposte.

La prima considerazione scaturisce dal fatto che si parla dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC) senza tenere conto delle altre strutture che caratterizzano lo sviluppo complessivo dei servizi assistenziali territoriali previste dal PNRR, in particolare:

1. Il Distretto Sanitario (standard 1:100.000 ab.);
2. La Centrale Operativa Territoriale - COT (standard 1:100.000 abitanti)
3. L'Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere – standard 1:100.000 ab.)
4. La Casa di Comunità (standard 1:50.000 ab.)
5. Gli Infermiere di Famiglia e Comunità (parte integrante della Casa di Comunità):
6. L'Ospedale di Comunità (moduli 20 pl – standard 1:50.000 ab. / 1:100.000 ab.)
7. La governance del sistema

Affrontare uno solo degli argomenti (l'IFC), senza definire le altre strutture, i ruoli, le funzioni e le integrazioni, appare riduttivo e non funzionale allo sviluppo del sistema sanitario nella nostra regione.

1. Il Distretto

La tabella a fianco riporta la popolazione di ogni singola Provincia (AV), il n. dei Distretti previsti da standard e il n. di Distretti realmente presente. A prescindere dal "gioco dei decimali", la distribuzione dei Distretti appare razionale.

PROVINCIA	Totale popolazione	N. Distretti da standard	N. Distretti presenti
PESARO/RUBINO	359.000	4	3
ANCONA	471.000	5	4
MACERATA	314.000	3	3
FERMO	174.000	2	1
ASCOLI/PICENO	207.000	2	2
Marche	1.525.000	15	13

2. La Centrale Operativa Territoriale - COT (standard 1:100.000 abitanti)

La DGR 114/2022 specifica che "la COT è uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e di raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza urgenza".

Di fatto è una vera e propria "cabina di regia"!

Lo standard (di strutture - AGENAS) previsto è pari a 1:100.000 abitanti (sovrapponibile al territorio del distretto).

PROVINCIA	Totale popolazione	Centrali Operative Territoriali				
		Distretti (1:100.000 ab.)	Centrali Operative Ter. (COT) (1:100.000)	Coordinatori	Infermieri	Op. Supp. (amm.vi)
ANCONA	471.000	4,7	5	5	19	5
PESARO/RUBINO	359.000	3,6	4	4	14	4
MACERATA	314.000	3,1	3	3	13	3
FERMO	174.000	1,7	2	2	7	2
ASCOLI/PICENO	207.000	2,1	2	2	8	2
Marche	1.525.000	15,3	15	15	61	15

Lo standard di personale (AGENAS) prevede:

- n. 1 Coordinatore (incarico di funzione organizzativa);
- n. 3-5 Infermieri (per il calcolo riportato nella tabella a dx si è tenuto conto del valore medio "4");
- n. 1-2 unità di personale di supporto (amm.vi)

Il documento AGENAS (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN) entra maggiormente nel dettaglio delle funzioni delle COT specificando che le stesse "assolvono al loro ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno".

N.B. L'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità senza la contestuale attivazione delle COT è riduttivo e di bassa significatività!!!

3. Unità di Continuità Assistenziale

standard di Strutture - 1:100.000 ab. standard di personale - 1 medico e 1 infermiere per ogni struttura)	Unità di Continuità Assistenziale					
	PROVINCIA	Totale popolazione	Distretti (1:100.000 ab.)	UCA	Medici	Infermieri
	ANCONA	471.000	4,7	5	5	5
	PESARO URBINO	359.000	3,6	4	4	4
	MACERATA	314.000	3,1	3	3	3
	FERMO	174.000	1,7	2	2	2
	ASCOLI PICENO	207.000	2,1	2	2	2
	Marche	1.525.000	15,3	15	15	15

4. Le Case di Comunità (standard 1:50.000 ab.)

La DGR 114/2022 riporta "La Casa della Comunità (CdC), rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria". ... omissis

Colpisce il fatto che le CdC vengono descritte come "strutture di prossimità" ... quando il 71,4% dei Comuni marchigiani ha < di 5.000 abitanti.

La strutturazione dell'IFC potrebbe consentire la realizzazione di quella "prossimità" ben definita anche nell'all.1 del DM 71/2022, attraverso accessi programmati nelle comunità a minore densità di popolazione, in accordo con la componente sanitaria dei Distretti, dei MMG/PLS e delle municipalità.

La tabella che segue riporta la popolazione per ogni provincia (AV), le Case di Comunità previste dal PNRR e quelle definite dalla Regione Marche, il totale dei Comuni per ogni Provincia e il n. dei Comuni con <di 5.000 abitanti, le necessità di infermieri e di personale di supporto (socio-sanitario e amm.vo) per il funzionamento delle Case di Comunità, le necessità di Assistenti Sociali e di Infermieri di Famiglia e Comunità.

Regione Marche Case di Comunità (Rap. 1:50.000 abitanti)											
PROVINCIA	Totale popolazione	Case Comunità (1:50.000 ab. PNRR)	Case Comunità (DGR 14)	Tot. Comuni	Comuni <5.000 abitanti	%	Coordinatori	Infermieri (9 per CdC)	Personale supporto (OSS) (4 per CdC)	Personale supporto (AMM.vi) (4 per CdC)	Ass. Sociale (1 per CdC)
PESARO URBINO	359.000	7	4	50	34	68	4	65	36	36	4
ANCONA	471.000	9	9	47	30	64	9	85	28	28	9
MACERATA	314.000	6	7	55	37	67	7	57	16	16	7
FERMO	174.000	3	4	40	33	83	4	31	20	20	4
ASCOLI PICENO	207.000	4	5	33	25	76	5	37	116	116	5
Marche	1.525.000	31	29	225	159	media 71,4%	29	275	216	216	29

La necessità di infermieri quantificate per il funzionamento delle CdC (ad esclusione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, trattato nel successivo c. 5) è definita nell'All.1 del DM 71/2022 che prevede:

- n. 7-11 infermieri per il funzionamento della CdC. Per il calcolo riportato in tabella è stata fatta l'ipotesi di n. 9 Infermieri per ogni CdC, **per un totale di 275 Infermieri**;
- n. 3-5 infermieri per il funzionamento delle COT. Per il calcolo riportato nelle tabelle precedenti è stata fatta l'ipotesi di n. 4 Infermieri per ogni COT, **per un totale di 61 Infermieri**;
- n. 1 Infermiere per ogni Distretto per il funzionamento delle UCA, **per un totale di 15 Infermieri**.

E' indubbio che gli standard servono per avere dei precisi riferimenti ... ma è altrettanto indubbio che è necessario valutare al meglio:

- le situazioni in essere (strutturali);
- i servizi al momento garantiti (poliambulatori, attività diagnostiche di I livello, assistenza domiciliare, ambulatori infermieristici, etc. etc.);
- la programmazione regionale di sviluppo del PNRR;
- il personale assegnato (tipologia e numerosità);
- i volumi di attività;
- gli orari di apertura dei servizi;
-

A rafforzare il concetto espresso dalla DGR 114/2022, relativamente alla CdC, riportato in premessa al c. 4, e di ulteriore evidenza della necessità di sviluppare il sistema dei servizi territoriali nella sua interezza, evitando frammentazioni, risulta utile richiamare il contenuto dell'all.1 del DM 71/2022 che specifica *“La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione di équipe tra MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia e Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.*

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- *l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;*
- *la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);*
- *la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'équipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;*
- *la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;*
- *la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;*
- *la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;*
- *la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);*
- *l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;*
- *la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.*

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività)”.

5. Gli Infermiere di Famiglia e Comunità (parte integrante della Casa di Comunità)

La prima strutturazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità trova definizione nel DL 34/2020 che prevede uno standard di 8 infermieri : 50.000 abitanti **(244 Infermieri)**.

Gli standard AGENAS per l'Assistenza Territoriale (all. 1 DM 71/2022) prevedono per l'IFC n. 1 infermiere ogni 3.000 abitanti **(508 infermieri)**. E' importante evidenziare che nel documento richiamato viene riportato che **“... tale standard è da intendersi come numero complessivo di**

Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola". Pertanto è evidente che tale standard definisce le unità infermieristiche necessarie per il funzionamento di COT / UCA / CDC / Infermiere di Famiglia e Comunità e Assistenza Domiciliare. Una rigorosa raccolta dati riguardante le strutture presenti, il personale assegnato (tipologia e numerosità) ed i volumi di attività consentirà una migliore comprensione dei punti di forza e di debolezza e la determinazione degli eventuali adeguamenti.

La proposta ASUR di n. 1 Infermiere:10.000 abitanti (**153 Infermieri**) va presa in considerazione, al pari delle altre definizioni già normate ... ma rimane con il valore della "proposta" tenuto conto del fatto che è un progetto "monco" di altre parti fondamentali dell'assistenza territoriale.

La tabella che segue esemplifica quanto riportato nel punto 5 riguardante l'IFC.

Regione Marche Infermieri Famiglia e Comunità						
PROVINCIA	Totale popolazione	Caselle Comunità (1:50.000ab PNRR)	Caselle Comunità (DGR14)	Infermiere Fam/com. (n.8:50.000ab -DL34/2020)	Infermiere Fam/com. (DM71 1:3.000ab)	Infermiere Fam/com. (ASUR 1:10.000ab)
PESARO URBINO	359.000	7	4	57	120	36
ANCONA	471.000	9	9	75	157	47
MACERATA	314.000	6	7	50	105	31
FERMO	174.000	3	4	28	58	17
ASCOLI PICENO	207.000	4	5	33	69	21
Marche	1.525.000	31	29	244	508	153

E' indubbio che il riferimento principale è lo standard definito nel DM 71/2022 (1 infermiere:3.000 ab., per un totale di **n. 508 infermieri**), per garantire la continuità dei servizi e l'adeguatezza dell'assistenza in tutti i setting assistenziali. Al riguardo è importante evidenziare che gli standard AGENAS nel documento allegato al DM 71/2022 prevedono **n. 351 infermieri** per il funzionamento di COT, UCA, CdC, con esclusione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Se viene integrata la quota di infermieri necessaria per il funzionamento dell'IFC si arriva ad una determinazione di poco superiore alla proposta ASUR (157). A questi numeri vanno aggiunti gli incarichi di funzione organizzativa (circa 50), comunque afferenti al profilo infermieristico, pertanto da implementare alle quantificazioni già presentate.

In tutte le analisi viene presa in considerazione solo la figura dell'infermiere, ma non bisogna dimenticare le altre figure professionali definite negli standard AGENAS, parte integrante del DM 71/2022, di pari valore e dignità.

A monte però non tanto importante definire "il contenitore" e le risorse necessarie per il funzionamento del sistema, quanto "il contenuto".

Al riguardo riteniamo opportuno segnalare quanto riportato nell'All. 1 del DM 71/2022 che specifica "L'IFC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L'IFC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a costruire la rete del welfare di comunità/generativo.

È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali, a seconda del setting in cui opera.

L'IFC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In sintesi, l'IFC:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute

rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;

- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza".

Quanto riportato evidenzia la necessità di un progetto complessivo, definito e condiviso con tutti gli stake-holder interessati, evitando la parcellizzazioni in "sottoprogetti", generalmente non produttivi a di maggiore onerosità.

8. L'Ospedale di Comunità (moduli 20 pl – standard 1:50.000 ab. / 1:100.000 ab.)

L'ospedale di comunità rientra a pieno titolo nello sviluppo del sistema dei servizi territoriali.

Vengono stabiliti due standard diversi (giustamente, perché diverse possono essere le esigenze delle comunità) ed i tempi di realizzazione del progetto sono diluiti in n. 6 anni.

La tabella che segue riporta le risultanze dei due standard per ogni provincia e la situazione in essere (la DGR 1554/2018 e la DGR 114/2022 (in colore rosso le nuove realizzazioni previste)

Regione Marche Ospedali di Comunità (Rap. 1:50.000 ab. / 1:100.000 abitanti) DGR 14/2022 DGR 1554/2018						
PROVINCIA	Totale popolazione	Ospedali di Comunità (1:50.000)	Ospedali di Comunità (1:100.000)	Ospedali di Comunità (DGR 14)	DGR 1554/19 nov. 2018	TOTALE
		da documento PNRR				
PESARO URBINO	359.000	7,2	3,6	2	3	4
				Galantara Cagli	Fossombrone (50 pl) Sassocorvaro (30 pl) Cagli (35 pl)	
ANCONA	471.000	9,4	4,7	3	4	5
				Jesi Chiaravalle Loreto	Sassoferrato (20 pl) Cingoli (10 pl) Chiaravalle (24 pl) Loreto (40 pl)	
MACERATA	314.000	6,3	3,1	2	4	5
				Corridonia Treia	Recanati (40 pl) Tolentino (50 pl) Matelica (8 pl) Treia (24 pl)	
FERMO	174.000	3,5	1,7		2	2
					Montegiorgio (20 pl) Sant'Elpidio Mare (20 pl)	
ASCOLI PICENO	207.000	4,1	2,1	2		2
				Santi Benedetto Ascoli P.		
Marche	1.525.000	30,5	15,3	9	13	18

Al riguardo riteniamo opportuno richiamare l'attenzione sui seguenti aspetti:

- le indicazioni riportate nell'All.1 del DM 71/2022 specificano che l'Ospedale di Comunità deve essere strutturato con un modulo di 20 pl (con la possibilità di n. 2 moduli nella stessa struttura);
- sono strutture a gestione infermieristica (è necessario definire bene le responsabilità organizzative, cliniche e assistenziali);
- è necessario tenere conto della prossimità degli Ospedali di Comunità agli agglomerati urbani ad alta concentrazione di popolazione (anche integrati nell'ambito di strutture di I e II livello);
- è necessario rivedere le situazioni già esistenti e le nuove determinazioni, anche con una rideterminazione dei pl;
- per una sostenibilità più favorevole potrebbe essere opportuno favorire il più possibile la presenza di due moduli di 20 pl per ogni struttura.

7. La governance del sistema

Un sistema complicato e complesso come quello dei servizi territoriali richiede un livello di governance molto elevato, con chiara definizione:

- a. delle strutture e dei servizi presenti e quelli in via di attivazione (con i relativi tempi);
- b. i ruoli e le responsabilità dei livelli apicali, dei "quadri" e dei singoli professionisti;
- c. la previsione e l'assegnazione delle risorse necessarie al funzionamento delle strutture;
- d. l'individuazione degli incarichi organizzativi, adeguatamente "pesati" (coordinamenti) per ogni COT, per ogni CdC, per ogni Ospedale di Comunità e per ogni "contenitore" di IFC;
- e. n. 1 Dirigente Infermieristico per ogni Distretto (anche con contestuale "congelamento" di in pari numero di incarichi organizzativi al momento presenti.

In conclusione riteniamo opportuno portare all'attenzione di tutti i destinatari della presente nota che gli OPI della Regione Marche non intendono interferire nelle decisioni politiche del Governo Regionale, ma ritengono importante far sentire la propria voce, quali Enti Sussidiari dello Stato, a tutela e garanzia degli utenti, dei professionisti e delle stesse Aziende)

Al riguardo proponiamo:

- una rigorosa raccolta dati inerente le strutture attualmente presenti (come peraltro auspicato anche dalla DGR 114/2022)
- una rigorosa raccolta dati riguardante le risorse attualmente impegnate nei servizi territoriali (CdC, COT, UCA, Assistenza Domiciliare, poliambulatori) ed i relativi profili professionali;
- uno studio di fattibilità riguardante la possibilità di sostituire la figura infermieristica con la figura dell'OSS e gli ambiti lavorativi / contesti di riferimento (attività ambulatoriali?) e la rivisitazione di staffing e skill-mix;
- il pieno coinvolgimento della Dirigenza delle Professioni Sanitarie (non è una dirigenza di "serie B" e non è un "ufficio di collocamento"), con pari diritti e pari dignità rispetto alle altre Dirigenze Sanitarie (al momento sono presenti criticità importanti, segnalate e non considerate da tanti livelli apicali e dalle forze politiche di governo, con il forte rischio di ripercussioni negative nel funzionamento delle strutture sanitarie);
- l'attivazione dei dipartimenti delle professioni sanitarie, nel rispetto delle normative regionali, ancora inapplicate a distanza di oltre 20 anni (e se oggi abbiamo una criticità nella strutturazione delle articolazioni organizzative apicali della filiera infermieristica è una chiara responsabilità delle Direzioni Aziendali che hanno disatteso norme e sottovalutato la questione ... per volontà o mancata conoscenza);
- di essere parte attiva nello sviluppo del progetto.

Parallelamente chiediamo:

- di conoscere le modalità ed i tempi per il reclutamento delle 150-200 unità infermieristiche necessarie per lo sviluppo del progetto;
- di conoscere gli standard assistenziali definiti per le strutture ospedaliere (perché se la "coperta" è corta non si possono penalizzare ulteriormente le strutture ospedaliere, già ad organici ridotti);

- di conoscere le Discipline eccedenti nella Regione Marche (rif. Assessore Saltamartini), rispetto ai principi fissati dal DM 70/2015.

Ringraziamo anticipatamente per l'attenzione e, in attesa di un gentile cenno, inviamo cordiali saluti

Il Coordinamento OPI Marche

- Firmato dott. Giuseppino Conti Presidente OPI Ancona
- Firmato dott.sa Laure Morganti Presidente OPI Ascoli Piceno
- Firmato dott.sa Laura Biagiotti Presidente OPI Pesaro-Urbino
- Firmato dott. Giampiero Beltrami Presidente OPI Fermo
- Firmato dott. Sandro Di Tuccio Presidente OPI Macerata