



ALLEGATI

ASSEMBLEA

degli **ISCRITTI**

2019



OPI PESCARA

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PESCARA



NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

Le carenze presenti e future

Negli anni il numero di infermieri alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale è drasticamente e continuamente calato.

Dal 2009 (anno dell'ultimo contratto e anno in cui sono iniziati i piani di rientro per le Regioni fortemente in deficit economico, quasi tutte del Sud) si sono perse 12.031 unità di personale, contro, ad esempio i 7.731 medici.

Le perdite in entrambi le professioni hanno paradossalmente mantenuto costante il rapporto medici/infermieri (1:2,5) che convenzionalmente a livello internazionale è fissato in 1:3.

Questo rapporto tranne in tre Regioni era nel 2016 (anno dell'ultimo Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato) sempre inferiore all'1:3, fino ad arrivare a 1:1,9 della Sicilia.

La carenza complessiva attuale è di oltre 20mila unità per poter fare fronte alle necessità legate al rispetto della normativa europea su turni e orari di lavoro nelle strutture del Ssn e oltre 30mila unità per rendere efficiente l'assistenza sul territorio e il suo aumento costante medio di 1.700-2000 unità di personale l'anno, fa ragionevolmente ritenere, a legislazione costante, una carenza tra cinque anni stimabile in circa 30mila infermieri nelle strutture pubbliche e circa 40mila sul territorio per un totale di quasi 70mila infermieri.

Per di più chi è in servizio è sempre più vecchio: l'età media degli iscritti agli Ordini è 45,6 anni, quella dei dipendenti del Ssn 50,49, con differenze marcantissime nelle Regioni dove il blocco del turn over è totale (in Campania tra iscritti all'albo e dipendenti ci sono 8,9 anni) e minori in quelle a statuto speciale che si comportano in autonomia (in Friuli Venezia Giulia la differenza è 1,38 anni a sfavore dei dipendenti), seguite dalle Regioni Benchmark: in Emilia Romagna, Lombardia e così via.

Che la carenza di infermieri ci sia e che sia negativa per la gestione dell'assistenza lo dice anche un altro dato.

Secondo un recente studio pubblicato sul *British Medical Journal*, condotto presso alcuni ospedali inglesi, il tasso di mortalità risulta del 20% inferiore quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere ha in carico 10 o più pazienti.

Un altro studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* ha sottolineato che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica inferiori di almeno 8 ore rispetto al monte-ore programmato oppure con turni nei quali il turnover dei pazienti è molto elevato. Lo studio dimostra che il rischio di morte aumenta del 2% per ogni turno con presenze al di sotto del monte ore programmato e del 4% per ogni turno con elevato turnover.

Nel nostro Paese ogni infermiere ha in carico in ospedale in media 11 pazienti e si raggiungono i 17 in Campania, mentre la situazione migliore nelle Regioni a statuto ordinario è in Veneto, Toscana, Liguria e Basilicata dove ogni infermiere ha in media in carico 8-9 pazienti.

Sul territorio, per rispondere ai bisogni di salute degli oltre 16 milioni di cittadini con patologie croniche o non autosufficienza, la Federazione nazionale degli infermieri ha calcolato la necessità di almeno un infermiere ogni 500 assistiti (assistenza continua) di questo tipo: oltre 30mila in tutto, quindi, per poter erogare le prestazioni infermieristiche e di aiuto infermieristico previste a carico del Ssn anche nel Dpcm sui nuovi Lea e nel Piano nazionale cronicità.

La competenza sarebbe assunta con un preciso percorso universitario, oggi attivo già in 9 atenei e che ha portato alla formazione di circa 5.400 professionisti "specializzati". Questo tipo di infermiere potrebbe intervenire nell'offerta di assistenza territoriale nelle Case della salute, gli ospedali di comunità, dove può gestire direttamente persone con problemi di fragilità, in collaborazione con i medici di medicina generale.

La carenza di infermieri è considerata un grave rischio per i sistemi sanitari anche a livello internazionale. La campagna Nursing Now, avviata il 27 febbraio scorso dall'Oms e da Icn, l'International Council of Nurses, il

NOI INFERMIERI LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

Consiglio internazionale delle infermiere, sottolinea anzitutto che senza interventi – necessari e urgenti – nel 2030 mancheranno nel mondo 9 milioni di infermieri e aggiunge che è necessario migliorare la percezione degli infermieri, migliorare la loro influenza e massimizzare il loro contributo per garantire che tutti abbiano accesso alla salute e all'assistenza sanitaria.

La campagna Oms-ICN prevede entro la fine del 2020 di raggiungere cinque obiettivi, analoghi in gran parte a quelli già evidenziati nella ricerca Oasi 2017 dalla Sda Cergas Bocconi (si veda scheda):

1. Maggiori investimenti per migliorare l'istruzione, lo sviluppo professionale, gli standard, la regolamentazione e le condizioni di lavoro per gli infermieri.
2. Maggiore e migliore diffusione di pratiche efficaci e innovative nell'infermieristica.
3. Maggiore influenza per infermieri e ostetriche sulla politica sanitaria globale e nazionale, come parte di un più ampio sforzo per garantire che la forza lavoro della salute sia maggiormente coinvolta nel processo decisionale.
4. Più infermieri in posizioni di comando e maggiori opportunità di sviluppo a tutti i livelli.
5. Fornire ai responsabili politici e decisionali riferimenti per comprendere dove l'infermieristica può avere il maggiore impatto, cosa impedisce agli infermieri di raggiungere il loro pieno potenziale e come affrontare questi ostacoli.

| L'età media degli infermieri dipendenti e degli iscritti all'albo | | | |
|---|----------------|--------------------|---------------|
| Regioni | Età media albo | Età media Ssn 2016 | Diff Ssn/albo |
| Campania | 44,56 | 53,35 | 8,79 |
| Lazio | 44,29 | 52,11 | 7,82 |
| Puglia | 44,31 | 51,79 | 7,48 |
| Molise | 44,23 | 51,67 | 7,44 |
| Basilicata | 42,74 | 50,03 | 7,29 |
| Abruzzo | 44,96 | 51,77 | 6,81 |
| Calabria | 45,57 | 51,97 | 6,4 |
| Marche | 44,2 | 50,51 | 6,31 |
| Valle d'Aosta | 44,22 | 50,19 | 5,97 |
| Sicilia | 46,28 | 52,16 | 5,88 |
| Totale complessivo | 45,6 | 50,49 | 4,89 |
| Sardegna | 47,1 | 51,46 | 4,36 |
| Umbria | 45,48 | 49,54 | 4,06 |
| Piemonte | 45,38 | 49,42 | 4,04 |
| Veneto | 45,83 | 49,66 | 3,83 |
| Toscana | 46,68 | 50,21 | 3,53 |
| Liguria | 47,6 | 50,71 | 3,11 |
| Lombardia | 46,09 | 49,06 | 2,97 |
| Emilia Romagna | 46,76 | 49,67 | 2,91 |
| Trentino Alto Adige | 44,98 | 46,92 | 1,94 |
| Friuli Venezia Giulia | 47,68 | 49,06 | 1,38 |

Fonte: elaborazione Centro studi Fnopi su dati Conto annuale 2016 e albo professionale

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

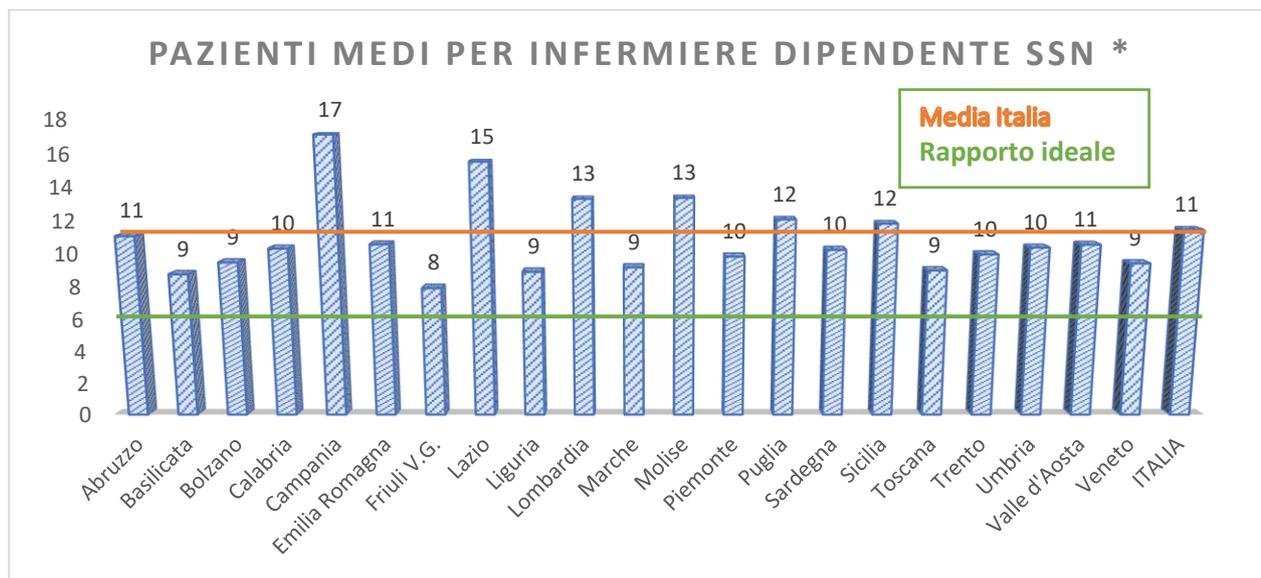
Tutti i numeri degli infermieri dipendenti del Ssn 2016 e differenza con il 2009 e il 2015

| Regioni | 2016 | 2009 | Diff 2015- 2009 | Diff % | Diff. 2016- 2015 | Diff % | Rapporto 2016 infermieri/ medici * |
|-----------------------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|---------------------|--------------|---|
| Abruzzo | 6050 | 6255 | -205 | -3,28 | -144 | -2,32 | 2,2 |
| Basilicata | 2995 | 3051 | -56 | -1,84 | -3 | -0,1 | 2,5 |
| Calabria | 7283 | 8853 | -1570 | -17,73 | -58 | -0,79 | 1,9 |
| Campania | 18531 | 21258 | -2727 | -12,83 | -232 | -1,24 | 2 |
| Emilia Romagna | 24636 | 25221 | -585 | -2,32 | -4 | -0,02 | 3 |
| Friuli Venezia Giulia | 7879 | 8045 | -166 | -2,06 | 213 | 2,78 | 3,1 |
| Lazio | 20102 | 22599 | -2497 | -11,05 | -172 | -0,85 | 2,6 |
| Liguria | 9910 | 10756 | -846 | -7,87 | -178 | -1,76 | 2,7 |
| Lombardia | 38064 | 38830 | -766 | -1,97 | -351 | -0,91 | 2,7 |
| Marche | 8267 | 8015 | 252 | 3,14 | -9 | -0,11 | 2,8 |
| Molise | 1313 | 1557 | -244 | -15,67 | -28 | -2,09 | 3 |
| Piemonte | 21387 | 22111 | -724 | -3,27 | -23 | -0,11 | 2,5 |
| Bolzano | 3178 | 2995 | 183 | 6,11 | 62 | 1,99 | 3,3 |
| Trento | 2855 | 2824 | 31 | 1,1 | -56 | -1,92 | 2,8 |
| Puglia | 15209 | 15875 | -666 | -4,2 | -195 | -1,27 | 2,4 |
| Sardegna | 8462 | 8431 | 31 | 0,37 | -66 | -0,77 | 2 |
| Sicilia | 17464 | 17963 | -499 | -2,78 | -306 | -1,72 | 1,9 |
| Toscana | 21216 | 21727 | -511 | -2,35 | -169 | -0,79 | 2,6 |
| Umbria | 4591 | 4731 | -140 | -2,96 | 11 | 0,24 | 2,3 |
| Valle d'Aosta | 718 | 663 | 55 | 8,3 | 41 | 6,06 | 2,2 |
| Veneto | 24519 | 24852 | -333 | -1,34 | -67 | -0,27 | 3 |
| Totale | 264629 | 276612 | -11983 | -4,33 | -1734 | -0,65 | 2,5 |

Fonte: Elaborazione Centro studi Fnopi su dati Ragioneria generale dello Stato - Conto annuale 2016, 2015 e 2009

* Convenzionalmente e a livello internazionale il rapporto infermieri/medici è considerato 1:3

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE



* Secondo studi internazionali la riduzione da 10 a 6 pazienti medi per infermiere abbatte il rischio di mortalità del 20%

Rapporto infermieri/medici

| Regioni | Tempo pieno uomini | Tempo Pieno Donne | Part Time Inf 50% Uomini | Part Time Inf 50% Donne | Part Time Sup 50% Uomini | Part Time Sup 50% Donne | Totale |
|-----------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------|
| Abruzzo | | 0,9 | 3,7 | 5 | 4,3 | 5,5 | 26,6 |
| Basilicata | | 1 | 5 | - | 1 | - | 2,5 |
| Calabria | | 1,1 | 3,5 | 2,5 | 2,5 | - | 11,5 |
| Campania | | 1,1 | 4,2 | 5,5 | 0 | 1 | 47 |
| Emilia Romagna | | 1,1 | 4,4 | 8,5 | 47,1 | 6,3 | 27,3 |
| Friuli Venezia Giulia | | 0,9 | 4,6 | - | 52,5 | - | 39,8 |
| Lazio | | 1,2 | 4,4 | - | 4,8 | 7 | 20,5 |
| Liguria | | 0,8 | 4,5 | 13 | 98,5 | 4,4 | 28,3 |
| Lombardia | | 0,8 | 3,8 | 16,3 | 90 | 4,8 | 30,3 |
| Marche | | 1 | 4,7 | - | 13,7 | - | 29,3 |
| Molise | | 1,1 | 6,2 | 1 | - | 1 | - |
| Piemonte | | 0,7 | 4 | 31 | 20,6 | 2,9 | 26,8 |
| Bolzano | | 0,5 | 4,1 | 1,5 | 20,3 | 1,4 | 14,6 |
| Trento | | 0,7 | 3,4 | - | 141 | 19 | 23,7 |
| Puglia | | 1,1 | 4,6 | - | 8 | 1,2 | 14,1 |
| Sardegna | | 0,8 | 2,8 | - | 30,5 | 9 | 22,8 |
| Sicilia | | 1,2 | 3,1 | 4 | 4,6 | - | 10,4 |
| Toscana | | 0,9 | 4,3 | 19 | 22,8 | 8,3 | 21,4 |
| Umbria | | 1 | 3,7 | - | 17 | 7 | 23,4 |
| Valle d'Aosta | | 0,4 | 3,6 | - | 22 | - | 44 |
| Veneto | | 0,9 | 4,5 | 13 | 158 | 10 | 51,4 |
| Totale | | 1 | 4 | 10,8 | 37,6 | 5,2 | 28,4 |



NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

| Personale Ssn: differenza tra 2009 e 2016 | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|
| | Uomini | Donne | Totale |
| Medici | -10995 | 3264 | -7731 |
| Veterinari | -589 | 108 | -481 |
| Odontoiatri | -38 | -22 | -60 |
| Dir.. Sanitari non medici | -964 | -491 | -1455 |
| Dir. Ruolo professionale | -228 | 17 | -211 |
| Dir. Ruolo tecnico | -71 | -72 | -143 |
| Dir. Ruolo amministrativo | -526 | -113 | -639 |
| Ruolo sanitario - personale infermieristico | -4273 | -7758 | -12031 |
| Ruolo sanitario - personale tecnico sanitario | -1821 | 114 | -1707 |
| Ruolo sanitario - personale vigilanza e ispezione | -1084 | 43 | -1041 |
| Ruolo sanitario - personale funzioni riabilitative | -250 | -619 | -869 |
| Ruolo professionale | -100 | -13 | -113 |
| Ruolo tecnico | -8421 | -1361 | -9782 |
| Ruolo amministrativo | -3798 | -4602 | -8400 |
| Direttori generali | -137 | 59 | -78 |
| Personale contrattista | -291 | -21 | -312 |
| Totale | -33586 | -11467 | -45053 |

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

Le carenze attuali e quelle future

| Regioni | Popolazione da assistere (pesata secondo cronici e non autosufficienti) | Situazione al 2016 | | | Proiezione al 2021* | | | |
|----------------|---|---|--|------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|-------|
| | | Infermieri necessari sul territorio (1/500) | Infermieri necessari per orario di lavoro Ue | Totale fabbisogno infermieri | Infermieri sul territorio (1/500) | Infermieri necessari per orario di lavoro Ue | Totale fabbisogno infermieri | |
| Abruzzo | 359329 | 719 | 733 | 1452 | 370109 | 740 | 1019 | 1759 |
| Basilicata | 155385 | 311 | 138 | 449 | 160047 | 320 | 192 | 512 |
| Calabria | 514932 | 1030 | 776 | 1806 | 530380 | 1061 | 1079 | 2140 |
| Campania | 1443331 | 2887 | 2392 | 5279 | 1486631 | 2973 | 3326 | 6299 |
| Emilia Romagna | 1238527 | 2477 | 1198 | 3675 | 1275683 | 2551 | 1666 | 4217 |
| Friuli V.G. | 346332 | 693 | 525 | 1218 | 356722 | 713 | 730 | 1443 |
| Lazio | 1499611 | 2999 | 2807 | 5806 | 1544599 | 3089 | 3903 | 6992 |
| Liguria | 471121 | 942 | 769 | 1711 | 485255 | 971 | 1069 | 2040 |
| Lombardia | 2615363 | 5231 | 2863 | 8094 | 2693824 | 5388 | 3981 | 9368 |
| Marche | 396229 | 792 | 324 | 1116 | 408116 | 816 | 450 | 1267 |
| Molise | 86872 | 174 | 215 | 389 | 89478 | 179 | 299 | 478 |
| Piemonte | 1231317 | 2463 | 1108 | 3571 | 1268257 | 2537 | 1541 | 4077 |
| Puglia | 1056983 | 2114 | 1904 | 4018 | 1088692 | 2177 | 2647 | 4825 |
| Sardegna | 446708 | 893 | 615 | 1508 | 460109 | 920 | 855 | 1775 |
| Sicilia | 1299863 | 2600 | 2179 | 4779 | 1338859 | 2678 | 3030 | 5707 |
| Toscana | 1039642 | 2079 | 1133 | 3212 | 1070831 | 2142 | 1575 | 3717 |
| Trentino | 268096 | 536 | 412 | 948 | 276139 | 552 | 573 | 1125 |
| Umbria | 248570 | 497 | 326 | 823 | 256027 | 512 | 453 | 965 |
| Valle d'Aosta | 34679 | 69 | 32 | 101 | 35719 | 71 | 44 | 116 |
| Veneto | 1307574 | 2615 | 1323 | 3938 | 1346801 | 2694 | 1839 | 4533 |
| Italia | 16043285 | 32087 | 21773 | 53860 | 16524584 | 33049 | 30273 | 63322 |

* prevedendo come da proiezioni Oms/Istat/Eurostat l'aumento del 3% di cronici e non autosufficienti

NOI INFERMIERI

LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

Mozione finale primo Congresso nazionale FNOPI

Gli infermieri, riuniti a Roma dal 5 al 7 marzo 2018 per il primo Congresso della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI),

- nella consapevolezza dei progressi fatti dalla professione in questi ultimi anni non solo per il passaggio atteso da Collegi a Ordini, ma anche per il loro contributo ai vari livelli istituzionali
- certi della necessità di rimodulare gli equilibri di potere e di influenza cogliendo le opportunità, evitando infruttuose contrapposizioni
- consapevoli dell'importanza di valorizzare il riconoscimento reciproco e la collaborazione tra professioni per il raggiungimento di obiettivi comuni
- convinti che vada dato ampio spazio a progetti e realtà sviluppate a dimostrazione delle capacità di ripensare e ripensarsi dentro l'organizzazione per orientare l'agire a favore dei bisogni dei cittadini
- convinti che l'organizzazione del lavoro debba trovare soluzioni e proposte che armonizzino il rispetto delle norme con la dignità professionale
- recependo le istanze dei Presidenti degli Ordini provinciali riuniti ai tavoli di lavoro

Approvano la relazione della presidente Barbara Mangiacavalli e si impegnano a:

- ✓ consolidare il loro contributo ai tavoli istituzionali per ottenere sempre maggiori risultati per la professione e fare in modo che questa sia riconosciuta per il suo valore e il suo contributo all'interno del sistema salute
- ✓ sostenere le società scientifiche per lo sviluppo e il consolidamento delle buone pratiche
- ✓ consolidare le alleanze e le sinergie con le associazioni dei cittadini, creando nuove strategie

E danno mandato alla Federazione nazionale e agli Ordini provinciali di:

- far riconoscere e valorizzare le nuove competenze e da queste delineare un percorso di infungibilità del professionista;
- attivare un percorso per la certificazione delle competenze

- promuovere lo sviluppo di una nuova cultura politica all'interno della professione
- sostenere lo sviluppo dell'esercizio libero professionale anche colmando le attuali carenze normative e rendendo attuativo il neo normato equo compenso
- rinforzare il ruolo professionale agito identificando le "aree di fragilità" e contrastando l'abusivismo
- creare sinergie con le rappresentanze sindacali perché sia mantenuta e difesa la dignità dell'infermieristica e valorizzato il suo riconoscimento a tutti i livelli
- attivare ogni forma di intervento utile a garantire la sicurezza degli operatori e lo sviluppo di programmi di sorveglianza sulla sicurezza
- affrontare e risolvere la questione organizzativa per tutelare i cittadini e allineare le rinnovate responsabilità degli infermieri, ridisegnando anche i modelli organizzativi
- attivare modalità di definizione del fabbisogno di infermieri che superino la logica del minutaggio
- promuovere il confronto e percorsi di studio sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche
- promuovere lo sviluppo di percorsi di presa in carico nell'ambito della cronicità nel contesto territoriale
- consolidare la sinergia tra gli ordini professionali e con le altre professioni per il perseguimento di obiettivi comuni
- attivare tavoli di confronto con l'Università per rendere i percorsi di studio maggiormente aderenti ai bisogni di salute e incrementare il corpo docenti nel nostro settore scientifico disciplinare

L'orizzonte che abbiamo davanti è tecnicamente un cerchio, e quindi infinitamente vasto.

Dobbiamo scegliere ogni passo che facciamo con la massima cautela, perché le impronte che ci lasciamo alle spalle sono importanti quanto il percorso che seguiremo. Fanno parte dello stesso viaggio – la nostra storia.

(Lori R. Lopez)

Posizionamento Federazione Nazionale Ordini Professioni infermieristiche su carenza personale Ssn

Mancano Professionisti, mancano anche gli infermieri, tutti lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. A mancare, però, è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze.

*Basta alle manovre demagogiche che affondano il SSN.
Una scelta che oggi condiziona il futuro per i prossimi 30 anni*

Il Paese ha bisogno di infermieri e di infermieristica. Eppure il SSN vede un costante decremento del numero di professionisti in Sanità e conseguentemente una sempre minore capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Su questa impostazione la comunità degli infermieri chiama a un confronto esplicito la politica Nazionale e Regionale.

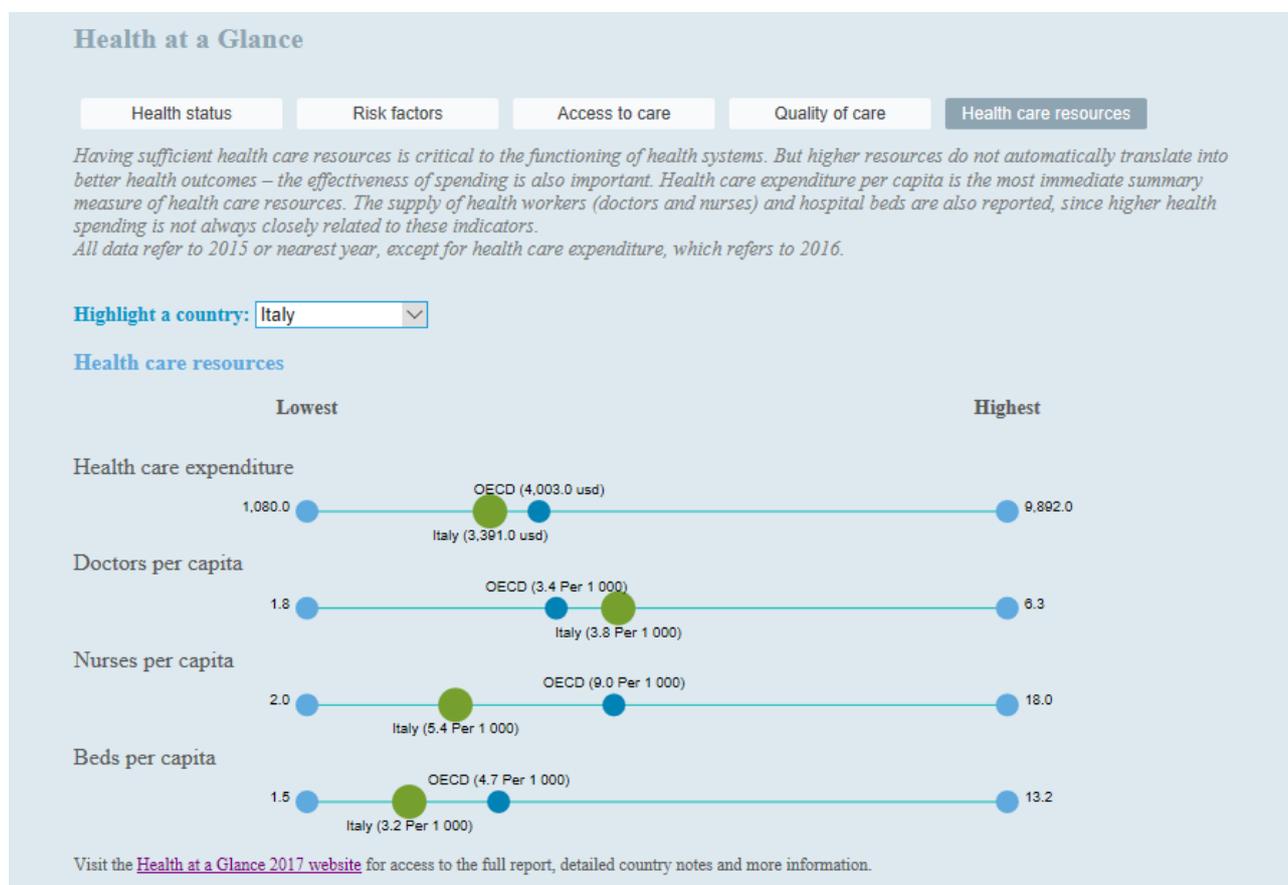
Di seguito il posizionamento della Federazione Nazionale degli Infermieri e infermieri pediatrici, il più numeroso ordine Italiano con oltre 440000 iscritti.

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

*Sempre meno professionisti.
7 anni di decremento per tutti, nessuno escluso.*

In Italia ci sono molto meno infermieri della media Ocse, in particolare se rapportato al numero dei medici.

Lo ha dichiarato l'Ocse nel suo ultimo rapporto sulla salute 2017 (*Health at Glance*) offrendo anche evidenze grafiche della sua affermazione:



Fonte: OECD "Health at a glance" 2017

Il rapporto dell'Ocse si basa sul numero complessivo di medici attivi e di infermieri attivi (che esercitano cioè a qualunque titolo – nel pubblico, nel privato ecc. – la professione), ma in generale le soluzioni proposte per migliorare un servizio sanitario giudicato già, comunque, tra i migliori dei 29 principali paesi dell'Organizzazione, sono tra gli altri, quelle di un maggior coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali, una migliore informazione sulle prescrizioni inadeguate, l'introduzione di più infermieri.

Fin qui i dati e i giudizi internazionali.

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

La situazione analitica nel nostro paese è tuttavia anche più netta: di infermieri dal 2010 al 2016 (secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato) se ne sono persi circa 12mila e di medici circa 7mila.

I fattori che hanno determinato l'emorragia di personale sono noti: invarianza delle risorse, sia complessive (le previsioni di finanza pubblica indicano una progressiva riduzione del peso della spesa sanitaria pubblica sul PIL dal 6,7 al 6,3 del 2020) sia settoriali (vincolo del -1,4 delle spese del personale sul 2004 e blocchi per le regioni in piano di rientro). E di conseguenza blocco del turn over che penalizza in modo graduale le Regioni partendo da un minore intensità per quelle benchmark fino a un vero e proprio muro che si è creato per quelle invece in piano di rientro, quasi tutte del Sud e che coinvolgono oltre il 45% della popolazione italiana.

Attualmente il rapporto medici infermieri è costante nel tempo, ma perché segue le carenze progressive delle due professioni. il rapporto infermieri medici in ospedale è passato ad esempio da 2,48 del 2010 a 2,52 del 2016.

Rapporto infermieri/medico 2010-2016

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| SICILIA | 1,80 | 1,84 | 1,84 | 1,83 | 1,86 | 1,89 | 1,92 |
| CALABRIA | 1,89 | 1,91 | 1,92 | 1,94 | 1,97 | 1,99 | 1,94 |
| SARDEGNA | 2,09 | 2,11 | 2,08 | 2,04 | 2,04 | 1,99 | 1,96 |
| CAMPANIA | 1,98 | 2,02 | 2,01 | 2,01 | 2,02 | 2,02 | 2,02 |
| VALLE D'AOSTA | 2,12 | 2,02 | 1,90 | 2,07 | 1,96 | 1,97 | 2,19 |
| ABRUZZO | 2,43 | 2,46 | 2,34 | 2,34 | 2,29 | 2,23 | 2,23 |
| UMBRIA | 2,39 | 2,49 | 2,49 | 2,42 | 2,71 | 2,86 | 2,33 |
| PUGLIA | 2,32 | 2,46 | 2,44 | 2,49 | 2,46 | 2,45 | 2,38 |
| ITALIA | 2,48 | 2,50 | 2,50 | 2,51 | 2,51 | 2,53 | 2,52 |
| BASILICATA | 2,47 | 2,35 | 2,38 | 2,41 | 2,39 | 2,45 | 2,53 |
| PIEMONTE | 2,52 | 2,48 | 2,53 | 2,54 | 2,54 | 2,57 | 2,55 |
| LAZIO | 2,42 | 2,46 | 2,48 | 2,53 | 2,55 | 2,59 | 2,61 |
| TOSCANA | 2,62 | 2,65 | 2,63 | 2,62 | 2,59 | 2,62 | 2,63 |
| LOMBARDIA | 2,71 | 2,72 | 2,72 | 2,73 | 2,74 | 2,73 | 2,67 |
| LIGURIA | 2,78 | 2,85 | 2,86 | 2,87 | 2,85 | 2,73 | 2,71 |
| PROVINCIA TRENTO | 2,97 | 3,08 | 3,03 | 2,90 | 2,92 | 2,95 | 2,76 |
| MARCHE | 2,70 | 2,71 | 2,73 | 2,75 | 2,76 | 2,80 | 2,79 |
| MOLISE | 2,55 | 2,66 | 2,65 | 2,69 | 2,70 | 2,85 | 3,00 |
| EMILIA ROMAGNA | 2,92 | 2,91 | 2,90 | 2,91 | 2,91 | 2,97 | 3,03 |
| VENETO | 3,02 | 3,03 | 3,03 | 3,10 | 3,09 | 3,08 | 3,05 |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | 2,91 | 2,85 | 2,84 | 2,92 | 2,94 | 2,85 | 3,09 |
| PROVINCIA BOLZANO | 3,45 | 3,45 | 3,51 | 3,44 | 3,46 | 3,46 | 3,35 |

Fonte: Centro studi Federazione infermieri su dati Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, vari anni

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

*Il profilo di salute degli italiani ha bisogno di infermieri
e di una politica lungimirante e illuminata*

Intanto sono diventati sempre più chiari almeno due elementi di contesto, la cui significatività è destinata ad aumentare nel futuro:

- a) la cronicità e la demografia in genere aumentano i bisogni di assistenza (area largamente presidiata dagli infermieri) rispetto a quelli strettamente clinici;
- b) la crescita professionale degli infermieri permette di allargare il loro perimetro di azione alleggerendo il lavoro medico e consentendo ai medici stessi di focalizzarsi sulle aree di cura in cui fanno realmente la differenza (i medici sono una risorsa più scarsa e costosa e vanno impiegati dopo avere "saturato" le potenzialità infermieristiche).

Attualmente il dibattito è attraversato da periodici allarmi di taglio "settoriale": mancano medici negli ospedali, mancano infermieri, mancano medici di famiglia. L'assenza di ogni riferimento a orizzonti complessivi, come, ad esempio, i vincoli finanziari e reali che i diversi Ssr sperimentano e la necessità di operare delle scelte sul mix delle assunzioni (ogni assunzione ne preclude un'altra), comporta il prevalere di logiche incrementalistiche basate sugli equilibri consolidati e sui rapporti di forza (capacità di interlocuzione e di interdizione) tra le diverse professioni e discipline.

Si tratta, invece, di **modificare la composizione del personale** nel quadro descritto di invarianza delle risorse. Da questo punto di vista il vincolo reale con cui il sistema deve fare i conti non è – o non solo e comunque non prioritariamente – quello di una carenza di specialistici medici, ma delle risorse a disposizione per assumere il personale nel suo insieme.

Balza subito agli occhi l'assoluta difformità in questo senso di un'assistenza che così strutturata non può tenere conto dei bisogni di continuità dei cittadini, peraltro chiaramente espressi dalla ricerca di un'assistenza sul territorio pressoché, attualmente, assente.

La Federazione degli infermieri ha calcolato che per far fronte nell'immediato al bisogno di salute sul territorio delle persone con patologie croniche e non autosufficienza, oltre ai medici di medicina generale per quel che attiene alla diagnosi e alla terapia, servono per l'assistenza continua di cui questi soggetti hanno bisogno almeno 31mila infermieri (uno ogni 500 persone con queste caratteristiche che in Italia sono oltre 16 milioni).

E in ospedale per far fronte alle carenze create dalle manovre legate a tagli e risparmi e per rispettare i parametri dettati dalle norme europee su turni e orari di lavoro servono almeno altri 21mila infermieri, ricomponendo anche le carenze create dai vari blocchi del turn over.

La proiezione con questo andamento è quella di un fabbisogno al 2021 di ben 63000 infermieri che mancheranno all'appello! (*proiezioni Oms/Istat/Eurostat con l'aumento del 3% di cronici e non autosufficienti*)

Secondo un recente studio pubblicato sul *British Medical Journal* il tasso di mortalità in ospedale risulta del 20% inferiore quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere ha in carico 10 o più pazienti. Nel nostro Paese ogni infermiere ha in carico in ospedale in media 12 pazienti.

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

*Ripensare il SSN partendo dalla rimodulazione
delle competenze e dei modelli organizzativi*

Il sistema sanitario non riesce a modificare i propri assetti di fondo e a ripensare se stesso!

Lo scenario da ricercare è quello di una **“trasformazione strutturale”** nella organizzazione del lavoro che deve riuscire a produrre un sistema, come indicano anche i parametri e le organizzazioni internazionali, a minore densità medica (maggiore focalizzazione e specializzazione) per lasciare spazio ad altre figure.

Dobbiamo riuscire ad aumentare rapidamente il rapporto infermieri medici per accompagnare l'evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto nelle regioni in cui demografia ed epidemiologia rendono il gap bisogni offerta più ampio.

Per realizzare l'obiettivo è necessario:

- a) definire target espliciti di rapporto infermieri medici da raggiungere entro periodi determinati;
- b) accompagnare i cambiamenti con azioni (sperimentazioni, formazione, trasferimento di esperienze, ...) che aiutino l'evoluzione del sistema verso una minore densità medica (vedi distribuzione dei compiti tra medici e infermieri in UK).

*Perché l'infermiere e l'infermieristica è luna delle risposte sensate
che servono al Paese*

L'infermiere è un professionista con competenze elevate ed elevabili che potrebbe dare, con il giusto supporto politico, risposte immediate, appropriate e di qualità .

Poiché l'offerta condiziona la domanda, ma soprattutto poiché la formazione dei professionisti è lunga e costosa, in quasi tutti i Paesi esistono forme più o meno stringenti di programmazione del personale sanitario che tengono conto sia della evoluzione nei bisogni che di quella prevedibile nei sistemi di offerta. Investire quindi sull'autonomia infermieristica che possa agire su competenze oggi contendibili, può da subito dare risposte concrete, di qualità e di sicurezza alla popolazione.

Ed è importante distinguere gli orizzonti temporali rilevanti per le decisioni, in particolare è pericoloso, oltretutto inutile, immaginare risposte ai problemi di oggi con azioni che producono i loro effetti solo sul medio-lungo periodo.

L'infermiere è la risposta a questo pericolo che risponde secondo logiche di appropriatezza clinica organizzativa: ovvero individuare il giusto bisogno, il giusto contesto, il giusto rapporto costo/beneficio, il giusto intervento ma soprattutto il giusto professionista. Ad oggi quest'ultima variabile continua ad essere una variabile inascoltata nonostante le evidenze scientifiche disponibili.

NOI INFERMIERI
LA NOSTRA IMPRONTA SUL SISTEMA SALUTE

CONCLUSIONI

Il sistema è complesso e non vogliamo banalizzarlo attraverso slogan o renderlo malleabile alle nostre istanze. La sanità ha bisogno non solo di professionisti, ma di appropriatezza: garantire ovvero il giusto professionista che possa essere messo in grado di rispondere al giusto bisogno, nel giusto contesto, con il giusto utilizzo di risorse nella maggiore autonomia possibile. Serve una visione più ampia e coraggiosa. Gli infermieri sono qui ad illustrarvi cosa serve al Paese, non cosa serve alle professioni.

E lo ripetiamo: Mancano Professionisti, mancano anche gli infermieri, tutti lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. A mancare, però, **è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze.**

Basta alle manovre demagogiche che affondano il SSN. Una scelta oggi condiziona il futuro per i prossimi 30 anni

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pescara

Protocollo 604/2018

Pescara, 17.07.2018

Oggetto: “*Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*”.

Alla Presidente FNOPI
Dott.ssa Barbara Mangiacavalli

Ai Componenti CC FNOPI

e p.c. Ai Presidenti
OPI d'Italia

Loro sedi

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pescara, ha preso atto del documento “*Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*”, del 2.03.2018 del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

A tale proposito ritiene doveroso evidenziare le divergenze e le contraddizioni del documento rispetto alle previsioni di indirizzo contenute nel D.M. 70 del 2 aprile 2015 e le penalizzanti indicazioni ivi contenute per quanto attiene le risorse professionali e di coadiuvo all'assistenza infermieristica.

Il documento in oggetto, palesemente in contrasto con i requisiti previsti dal DM 70 del 2 aprile 2015, produce, a parere di questo Ordine, una lesione dell'autonomia gestionale infermieristica, del decoro dell'esercizio professionale e un contenimento della qualità assistenziale.

Quattro i principali punti critici rilevabili nel documento:

1. “... **la responsabilità igienico – organizzativa e gestionale complessiva dell'O.D.C. pubblico è in capo ad un medico designato dalla direzione aziendale, ...**”. L'indicazione è contraria a quanto esplicitato nel DM 70, al punto 10.1 che recita “la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche”. Nel documento si effettuano due violazioni: la prima è l'indicazione di un responsabile medico designato dalla direzione aziendale per una responsabilità che il DM 70 attribuisce al distretto; la seconda è la dichiarata negazione per gli infermieri con qualifica di Dirigente, di poter accedere a tale funzione.
2. **La presenza di un responsabile medico all'interno della struttura.** Il DM 70 prevede che l'Ospedale di Comunità sia una “*struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o da pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN*”. Il documento nega la competenza gestionale infermieristica affermata inequivocabilmente da diverse Leggi dello Stato (L.42/1999, L. 251/2000, L. 43/2006).

3. **La dotazione organica è indicata nel documento in termini minimali e aprioristici.** L'Ospedale di comunità dovrà garantire l'assistenza infermieristica a pazienti cronici, probabilmente parzialmente autosufficienti, affetti da più comorbidità, possibili portatori di specifici device (Sng, Cvc, Peg, Tracheostomie, etc), che richiedono un'assistenza infermieristica impegnativa, peculiare e competente. Il numero di infermieri indicato è decisamente sottodimensionato.
4. **La indicata turnazione h.24 degli infermieri prevede che nella fascia oraria notturna sia presente unicamente 1 infermiere affiancato da 1 Oss.** L'assistenza alla tipologia prevista di pazienti non si modifica significativamente nella fascia oraria notturna rispetto quella diurna (non siamo in ospedale per acuti ma in una nursing home). È inevitabile il verificarsi sistematico di situazioni in cui l'infermiere dovrà effettuare attività attribuite all'oss e viceversa.

Nel documento si tratteggia una figura antica di infermiere e si evidenzia il mantenimento di una altrettanto antica concezione ausiliaria dell'assistenza infermieristica.

È grave che con il tratto di una penna impugnata da funzionari ministeriali, si neghi l'assunzione della responsabilità gestionale diretta della struttura Ospedale di comunità (Nursing home) ad un infermiere con qualifica dirigenziale ed esperienza gestionale.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pescara auspica, pertanto, l'intervento della FNOPI e un confronto tra i Presidenti OPI al fine di chiedere al Ministero della Salute e alle Regioni la modifica del provvedimento, tenendo conto delle osservazioni evidenziate e/o delle integrazioni che si riterranno opportune.

Per un ulteriore approfondimento di quanto suesposto si invia in allegato parere dell'avv. Giannantonio Barbieri, consulente legale di questo Ordine.

Cordiali saluti

La Presidente
Dott.ssa Irene Rosini





INCONTRO CON IL MINISTRO DELLA SALUTE ON. GIULIA GRILLO (Roma, 21 marzo 2019)

Le Federazioni nazionali e degli Ordini delle Professioni sanitarie e sociali ringraziano il Ministro della Salute Grillo per l'attenzione e disponibilità manifestata con la convocazione del Tavolo di confronto permanente con le professioni sanitarie e sociali e nello specifico con i rappresentanti esponenti delle stesse.

Le tematiche che sembra necessario porre all'attenzione anche nel rispetto del ruolo di Enti sussidiari dello Stato, con finalità di tutela degli interessi pubblici garantiti dall'ordinamento connessi all'esercizio professionale, hanno come presupposto i principi contenuti nell'articolo 1 della Legge n.833/78 di istituzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale inteso come equo, universale e solidaristico.

Il *Manifesto dell'Alleanza tra Professionisti della Salute per un nuovo SSN* (allegato n.1) che le professioni sanitarie e sociali hanno approvato lo scorso 23 febbraio, presso il Teatro Argentina in Roma e che è stato posto alla attenzione del Ministro Grillo, esplicita gli impegni che le professioni stesse si assumono per garantire nell'ambito delle proprie competenze la migliore assistenza sanitaria ai cittadini e nel contempo pongono richieste precise al Governo e alle Istituzioni sempre nell'ottica di un miglioramento del sistema salute.

Si tratta di una istanza rivolta al Ministro che comprende una forte assunzione di responsabilità nell'ambito delle competenze riconosciute quali professionisti sanitari e sociali.

REGIONALISMO DIFFERENZIATO

I professionisti sanitari e sociali concordano sulla opportunità di individuare strumenti che determinino il miglioramento delle performance del SSN peraltro già riconosciuto a livello internazionale come eccellenza.

Riguardo alle ipotesi allo studio di attivare ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in campo sanitario auspicano che i modelli autonomistici, in fase di definizione, tengano conto non solo di utilità economiche e dinamiche di mercato ma piuttosto si fondino su principi che garantiscano il diritto costituzionale alla salute nel rispetto della dignità e libertà dell'individuo.

Chiedono di essere coinvolti mediante l'attivazione di un **Tavolo tecnico**, quali attori del sistema salute in modo da **condividere documentazioni e approfondimenti** attualmente in corso, a diversi livelli, anche in quanto portatori non solo di competenze specifiche ma anche di conoscenze delle criticità gestionali dell'attuale impianto ordinamentale che richiederebbe correttivi e revisioni.

La richiesta di condivisione, attraverso un confronto tecnico, dei percorsi ordinamentali, in corso, per definire nuovi modelli di governance risponde all'intento di evidenziare il prioritario criterio della **sostenibilità economica** di tali nuovi sistemi, risponde alla esigenza di disporre di un coerente **finanziamento del fondo sanitario nazionale**, risponde alla necessità di **garantire i Livelli Essenziali di Assistenza**.

PATTO DELLA SALUTE

La richiesta di un Tavolo tecnico risponde alla istanza congiunta delle Professioni di essere parte del percorso di predisposizione del **Patto della Salute** che va a incidere su temi fondanti quali le risorse, la revisione dei ticket, la riorganizzazione della assistenza territoriale, i fabbisogni di personale, la interconnessione informatica, l'edilizia sanitaria, il ruolo delle professioni sanitarie.

Tutti obiettivi strategici che richiedono, ad avviso della Professioni sanitarie e sociali intese ragionate sui temi di interesse e piena collaborazione tra Istituzioni e operatori della salute.

LEGGE N.3/18 C.D LORENZIN

La **Legge n.3/18 c.d Lorenzin** dovrà con urgenza riprendere il percorso di attuazione attraverso l'emanazione dei decreti attuativi previsti che costituiscono atti imprescindibili per il corretto espletamento delle attività istituzionali degli Ordini.

Gli adempimenti di legge ancora da attuare e le criticità da risolvere sono esigenze indifferibili che vanno direttamente a impattare con l'attività quotidiana degli Enti e possono pregiudicare il corretto svolgimento delle funzioni istituzionali indicate nella vigente normativa.

Per realizzare quanto sopra esposto si rende necessaria **l'attivazione di sedi di confronto** sulle questioni specifiche quali per esempio: **la sussidiarietà** che necessita di uno specifico approfondimento, **l'avvalimento** di interesse generale "per l'esercizio di funzioni di particolare rilevanza", **il nuovo procedimento disciplinare, la CCEPS, le problematiche relative ai professionisti che operano in ambito non sanitario.**

Si attende in tal senso una apposita iniziativa del Ministro.

VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

Le Professioni sanitarie e sociali esprimono apprezzamento per l'impegno specifico del Ministro Grillo attraverso atti concreti, quali la proposta di legge presentata a suo nome e auspicano che l'impegno continui attraverso la definizione di **un percorso di approfondimento sulla violenza che possa coinvolgere le professioni sanitarie e sociali** che tutte si trovano, senza distinzioni, ad affrontare una realtà di violenza in ambito lavorativo e non, che continua a registrare episodi drammatici spesso con esiti mortali.

È certamente un segnale di disagio della intera società che investe drammaticamente le Professioni sanitarie e sociali, tradizionalmente vicine ai più deboli e fragili tra i cittadini. Questo rende ancora più importante concretizzare una **sede di condivisione** dove definire ipotesi di soluzione e individuare strumenti di tutela.

Allegato n.1

Fnopi – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

Fnomceo -Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

FnoTsmr-Pstrp - Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Cnop - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Fofi - Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Onb - Ordine Nazionale dei Biologi

Fnovi - Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani

Fnopo - Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

Fncf - Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici

Cnoas – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali



****MANIFESTO DELL'ALLEANZA TRA PROFESSIONISTI DELLA SALUTE PER UN NUOVO SSN****

I Rappresentanti delle Federazioni nazionali e degli Ordini delle professioni sanitarie e sociali, Fnopi, Fnomceo, FnoTsrmpstrp, Cnop, Fofi, Onb, Fnovi, Fnopo, Fncf e il Cnoas condividono e si riconoscono in un insieme di valori comuni presenti in questo documento.

Premesso che:

Gli Ordini delle professioni sanitarie e sociali, le Federazioni delle Professioni sanitarie che sono Enti sussidiari, agiscono tutti al fine di tutelare gli interessi pubblici e sono chiamati dallo Stato a garantire la tutela della salute individuale e collettiva.

Le professioni sanitarie e sociali sono garanti della dignità della persona e del diritto alla salute al di là di ogni logica di profitto e di interessi corporativistici; rappresentano, inoltre, un contributo decisivo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società.

Per i professionisti della salute, l'efficacia cioè il raggiungimento di obiettivi di salute, l'universalità, l'equità e la solidarietà dell'assistenza, devono restare le finalità prioritarie del servizio sanitario come recita, infatti, l'art 1 della Legge 833: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete alla Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini”*.

Quindi occorre mettere in primo piano gli obiettivi di salute tra i quali la prevenzione, favorire concretamente la partecipazione dei cittadini e mettere i professionisti nelle migliori condizioni di perseguire tali obiettivi.

La legge n. 833 del 1978 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale concepito come unitario, organico, flessibile e solidaristico.

Dopo quarant'anni esso rappresenta uno strumento, tra i pochi nel suo genere, in grado di garantire a tutti i cittadini elevati livelli di tutela della salute individuale e pubblica, con indicatori di salute tra i migliori al mondo.

Tuttavia, nonostante le buone performance del nostro SSN, vi sono, certamente, ambiti di miglioramento evidenti e rispetto ai quali occorrono interventi efficaci, di natura economica e strutturale, per scongiurare la sua compromissione.

È necessaria una riforma che possa restituire fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e maggiore autonomia nei processi di cura, attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso

tempo di farsi carico della sostenibilità del sistema. Serve anche un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle disuguaglianze nell'accesso al diritto alla salute, tenuto conto dello sviluppo tecnologico, dell'intelligenza artificiale, dei cambiamenti ambientali e della consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini, dell'evoluzione delle competenze dei professionisti e dei nuovi ruoli attribuiti a tutti gli Ordini professionali.

Nella riunione del Consiglio dei Ministri n. 33 del 21 dicembre 2018 si è proceduto alla illustrazione delle intese concernenti l'autonomia differenziata ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione.

Tra le materie su cui sono attivabili ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia rientrano tutte le materie di legislazione concorrente tra le quali la tutela della salute e all'interno di questa le professioni sanitarie e sociali e tutto il personale.

È in corso un'intesa fra Governo e Regioni in merito alla maggiore autonomia da concedere alle stesse sulla base di un modello di regionalismo differenziato.

Ancora non vi è stata condivisione con le Federazioni nazionali delle professioni sanitarie e sociali e nessuna valutazione di rischi/benefici è stata predisposta e valutata in modo uniforme per tutte le Regioni.

Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un ostacolo per l'universalità e l'equità del SSN; a tutti i cittadini va garantito il diritto alla salute, nello stesso modo e negli stessi termini, in ossequio agli articoli 3 e 32 della nostra Costituzione.

Le differenze regionali sono uno dei problemi maggiori del sistema sanitario nazionale e, secondo l'Ocse (rapporto divisione salute 2015 pubblicato a gennaio 2015), il sistema sanitario italiano è caratterizzato da un alto livello di frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti e da una bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale; sempre secondo l'Ocse ci sono in Italia 21 sistemi sanitari regionali con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti, con un elevato numero di pazienti che si spostano da regione a regione.

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella il 12.12.2018 al termine del convegno "40 anni di Servizio Sanitario Nazionale 1978-2018" nel ringraziare gli operatori sanitari ha celebrato il SSN come esempio di eccellenza che ci pone all'avanguardia nella comunità internazionale e che è materia da mantenere e migliorare.

Il Ministro della salute Giulia Grillo ha ugualmente celebrato i principi fondanti del SSN esortando il Paese a lavorare per " sanare le intollerabili disparità tra le diverse aree" nell'accesso alle cure, precisando che la richiesta di maggiore autonomia deve necessariamente tener conto dell'assetto costituzionale esistente, i cui capisaldi sono rappresentati proprio dalla necessità di una tutela uniforme del diritto alla salute, dalla certezza che ogni cittadino" possa venire curato e assistito allo stesso modo indipendentemente da dove egli vive".

Il Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, Sen. Pierpaolo Sileri ha affermato che il SSN è stata un'enorme conquista e che l'impegno dovrà essere quello di eliminare storture per garantire l'accesso al pubblico in modo omogeneo in tutta Italia.

Dovrebbe essere promosso un regionalismo solidale per dare piena attuazione all'articolo 3 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini e la solidarietà tra le Regioni così come previsto dall'art. 119 della Costituzione.

Si dovrebbe procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.

La garanzia del diritto alla salute non può essere affidata solo a criteri di utilità economica e dinamiche di mercato, perché deve invece fondarsi su "dignità e libertà", i due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie.

Nella stessa direzione si sono espresse nel tempo sia la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati che la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica : la prima affermando che per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale, la seconda sottolineando la necessità di uno sforzo per promuovere un sistema organico di strumenti di *governance* per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese.

LE FEDERAZIONI NAZIONALI DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI

SI IMPEGNANO A

attivarsi, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire una sempre maggiore equità nell'accesso alle cure e l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio del diritto alla salute;

sostenere politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute;

mettere a disposizione le loro competenze in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, al fine della promozione, organizzazione e valutazione di percorsi formativi che sono alla base della rispettiva attività professionale per fornire il giusto contributo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società;

proporre soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio sanitario nazionale sempre più equo, solidale, sostenibile e universale per superare le diseguaglianze presenti nel Paese;

CHIEDONO

allo Stato, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, di intensificare la collaborazione con le professioni sanitarie e sociali e i loro enti esponenti, in quanto enti sussidiari dello Stato, al fine di assicurare un Servizio Sanitario Nazionale che garantisca effettivamente e uniformemente i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, quale segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale;

al Governo che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità che sono alla base del nostro Servizio Sanitario e ne confermano il carattere nazionale, garantendo la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza attraverso un coerente finanziamento del fondo sanitario nazionale;

al Governo di elaborare un'analisi rischi/benefici delle proposte di autonomia differenziata presentate dalle Regioni, al fine di misurare l'impatto di tali riforme sulla finanza pubblica, sulla tenuta di tutti i servizi sanitari regionali, sulla mobilità interregionale, sul ruolo di garante dei Livelli Essenziali di Assistenza del livello centrale, sui diritti dei pazienti e sull'equità dell'assistenza;

al Governo e al Parlamento di adottare iniziative per parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni;

al Governo e al Parlamento di agire in modo da garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali anche mediante la definizione e implementazione di un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle diseguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza;

al Parlamento di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Servizio sanitario e di addivenire quindi alle decisioni migliori per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini, come presidio di democrazia e di civiltà.

Sulla base di quanto esposto

ESPRIMONO PREOCCUPAZIONE E SOLLECITANO

l'attivazione di un tavolo di confronto permanente tra le Professioni Sanitarie e Sociali, il Governo e le Regioni, in seno alla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto delle prerogative del Parlamento, esteso alla partecipazione delle organizzazioni dei cittadini;

la sottoscrizione con tutte le professioni sanitarie e sociali e l'attivazione in tutte le Regioni e secondo schemi omogenei condivisi dei recenti protocolli voluti dalle Regioni e le Province autonome che rappresentano un segnale positivo da parte dei responsabili regionali della volontà di mantenere universale e unico il Servizio sanitario e di instaurare un rapporto diretto con i professionisti che di questo fanno parte secondo le loro peculiarità professionali;

i cittadini di farsi parte attiva ponendo in essere iniziative per garantire il perseguimento degli obiettivi indicati nel presente documento e

INVITANO

Il Governo a porre al centro dell'agenda politica il tema della tutela e unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale e a sollecitare le Regioni al rispetto dell'art. 2 della Costituzione che ricorda alle Istituzioni i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale su cui deve fondarsi la vita del Paese, dell'art. 3 (eguaglianza dei cittadini) e dell'art. 32 della Costituzione (tutela della salute).

Roma, 23 febbraio 2019

Fnopi – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

Fnomceo -Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

FnoTsmr-Pstrp - Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Cnop - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Fofi - Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Onb - Ordine Nazionale dei Biologi

Fnovi - Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani

Fnopo - Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

Fncf - Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici

Cnoas – Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali