



NurSind

*Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche
Coordinamento Regionale Sardegna*
cagliari@pec.nursind.it tel. 3494319227- fax 0782804069

Osservazioni, considerazioni e proposte sul Programma di riorganizzazione Rete Ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna 2015-2018

Cagliari, li 16 Ottobre 2015

Egregio Assessore alla Salute pubblica Regione Sardegna,

Innanzitutto siamo a porre un ringraziamento per aver concesso l'opportunità di esprimere le considerazioni ai tremila infermieri sardi che afferiscono oggi al sindacato Delle Professioni Infermieristiche NurSind, sulle riforme che, per tramite del Vostro esercizio si configura nel prossimo futuro in ambito Sanitario in tutta la Regione.

Dalla lettura dei tre allegati di cui alla delibera regionale 38/12 del 28.7.2015, possiamo osservare e premettere che nonostante l'analitica e articolata presentazione del piano riorganizzativo della rete ospedaliera della Regione Sardegna, lo stesso, considerando clamorose contestazioni che si apprendono quotidianamente per mezzo della stampa sarda, se fosse stato anticipata e/o contestualizzata con un'esaustiva riforma volta a rafforzare parti del sistema territoriale, probabilmente sarebbe stata recepita con migliori favore dalle parti sociali, politiche e sindacali, o per lo meno, sarebbe stato recepito con più ottimismo e partecipazione.

Allo stesso tempo, comprendiamo che le scadenze e raccomandazioni inerenti le procedure di consultazione della comunità regionale, nonché di presentazione del Piano dei Servizi Socio Sanitari hanno determinato un super lavoro talvolta non pienamente condiviso. Non ultimo, le normative, oramai a tutti gli effetti divenute legge, indicate in premessa al documento Riorganizzazione Ospedaliera, lasciano poco spazio alle eventuali contestazioni e variazioni apportabili nel breve tempo.

Ciò premesso, non sottraendoci dal rivelare le opportune e pertinenti perplessità in merito a giuste descrizioni da voi articolate nel programma di riorganizzazione, con la consapevolezza del ruolo e dovere gravoso a cui ciascuno assolve istituzionalmente, astenendoci dunque dal giudicare politicamente, ma con costruttivo e fermo spirito osservatore di chi vive e raccoglie le criticità vissute nel quotidiano dagli operatori in ambito di sanità pubblica e privata, non possiamo esimerci dal premettere ciò che appunto in questa sede, NurSind, in rappresentanza delle Professioni Infermieristiche intende sottolineare.

In effetti, gli allegati del Piano riformatore, traggono radice da differenti tipi di analisi oggettive sulla popolazione, sulla sua distribuzione nell'ambito geografico regionale, nonché sulle problematiche correlate a deficit sulla viabilità. Comunque, ciò che si rivela di maggior interesse sono i risultati ottenuti tramite dati e indici di comparazione che focalizzano performance e appropriatezza dei posti letto occupati nelle strutture per acuti e lungodegenza, oltretutto la correlata efficienza sanitario-economica (ICM – ICP - report SDO consuntivi etc).

Dall'analisi complessiva dunque, in cui tali rapporti con l'efficienza ed efficacia rilevata in altre regioni e aziende italiane, emerge chiaramente un impianto che se non variato sarebbe capace di inficiare i risultati di eccellenza che comunque sono presenti in diverse realtà ospedaliere. Insomma, convergiamo sul fatto che la necessità di riforme risulta

improcrastinabile. Tuttavia si ritiene anche che, fino a quando non si trovino le adeguate compensazioni che di fatto consentano di assorbire l'impatto con i cambiamenti, il mantenimento di strutture ritenute meno eccellenti e non in linea con parametri nazionali, risultano essere una condizione indispensabile .

Per tale motivo, siamo a rilevare che dal nostro punto di vista, probabilmente, alla luce degli strumenti a disposizione, si tenda a rispondere con premature e discutibili azioni che sembrerebbero rinnegare la più logica soluzione.

Come accennato, riteniamo doveroso osservare che si ignorino più o meno volutamente alcune scelte, strumenti tecnologici e strutturali, nonché risorse professionali su cui si potrebbe far leva per sostenere economicamente e operativamente la razionalizzazione del SSR.

Ebbene, come certamente noto alla S.V., a distanza di due decenni dall'introduzione del D.M. n. 739 del 14 Settembre 1994 nell'ordinamento giuridico Italiano, in cui si definiva il Profilo dell'Infermiere, le principali funzioni e il significato di assistenza Infermieristica, sono susseguite altre numerose normative che in parallelo hanno accresciuto le competenze delle numerose professioni sanitarie non mediche, determinando una nuova considerazione delle professioni "intellettuali", oggi individuate come autonome, competenti e responsabili.

Qualsiasi SSR di un Paese che si ritrova all'interno di un continente in profonda crisi economica e con enormi possibilità concesse dalle tecnologie certamente ancora sottoutilizzate nella nostra regione, abbisogna di comunione, suggerimenti e condivisione dei nuovi modelli operativi per sostenersi.

I modelli sperimentati, discussi e attuati a macchia di leopardo in tutta la penisola italiana, hanno evidenziato che con sostanziali riforme si potrebbe garantire il diritto salute sancito

dall'art. 32 della Carta costituzionale senza stravolgerlo nell'interesse esclusivo del cittadino/utente/cliente.

Le Professioni Sanitarie e in particolare la figura dell'Infermiere, di cui giustamente, nel rispetto delle altre decine di professioni, ci onoriamo di rappresentare, rappresentano una delle tante leve fondamentali per superare il frangente critico. Per contro, notiamo che, quando non limitate, a queste ultime viene relegato un ruolo marginale, tendendo peraltro ad ignorare la reale condizione lavorativa attualmente presente nelle Strutture ospedaliere.

Detto questo, risulta un obbligo sottolineare quale importanza risiede nella giusta considerazione del ruolo rivestito dalla figura infermieristica, soprattutto in un SSN e SSR volto a garantire Livelli Essenziali di Assistenza e contemporaneamente intento a ridurre diseconomie derivanti da organizzazione e limiti normativi che probabilmente, continuano a perseguire obsoleti, quanto sconvenienti retaggi e prerogative, piuttosto che il sostenibile bene salute.

Certi che La S.V. non ritenga astruso un dato di fatto, pare superfluo rimarcare che in base alla legge 43/06 quella dell'infermiere è oggi una professione sanitaria (vedi legge 251/00) dell'area delle scienze infermieristiche (vedi decreto ministeriale 29-03-01), egli svolge con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletano le funzioni individuate dalle norme istitutive del relativo profilo professionale (vedi Decreto. 739/94) nonché dallo specifico Codice Deontologico (vedi C.D. maggio 1999 rinnovato nel 2009) ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

L'esercizio della professione è subordinata al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di un esame finale con valore abilitante alla professione.

Tale titolo è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto alla normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni.

Il dottore in Infermieristica è il responsabile unico dell'assistenza quindi partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche; agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto.

L'infermiere svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o di libera professione; contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo allo specifico profilo professionale e alla ricerca.

Non a caso si ribadisce quanto sopra, poiché, a giudicare dagli sporadici e quasi insignificanti frangenti, la riforma delineata parrebbe non volerne recepire l'importanza. L'assetto normativo italiano ha riconosciuto alla professione infermieristica la dovuta autonomia e responsabilità all'interno di un ambito di competenze ben definito, nonché un ruolo centrale nel sistema organizzativo e nei percorsi formativi coerenti con l'esercizio della professione.

Tuttavia, non sempre le conquiste ottenute giuridicamente, si sono tradotte nella quotidianità, e non sempre lo spirito del legislatore è stato interpretato in modo corretto, oppure applicato di conseguenza.

Invero, ad esempio, nonostante i riferimenti di accreditamento organico delle strutture e UU.OO. sanitarie, i quali risultano finora basati sul numero di posti letto ospedalieri e/o numero di accessi in Servizi Sanitari e nello stesso tempo gli stessi imponessero un

determinato rapporto Infermiere paziente, nella nostra realtà regionale si sono evidenziate carenze difficilmente colmabili, , la figura medica, al contrario di quella infermieristica, in un rapporto 1/1000 di popolazione, rispetto al resto d'Europa, risulta essere notevolmente superiore, determinando quindi uno squilibrio. Oltretutto tale sbilanciamento, per effetto di recenti Vostre disposizioni inerenti differenti quanto incomprensibili percentuali di supporto al turn over , a quanto pare, mirano ad esacerbare questo stato di cose .

Memori di aver manifestato una serie di criticità che non ci pare abbiano accolto la dovuta attenzione, ribadiamo un concetto sottovalutato per troppo tempo, ossia la carenza del personale necessario per garantire un'assistenza personalizzata e di qualità. A maggior ragione, oggi, alla luce dei dati riguardanti gli utenti che per anagrafica rappresentano predominanza, quindi oggetto di riflessione sul tipo di risposta necessaria, risulta emblematica la contrapposizione tra alcuni riferimenti normativi e la reale possibilità concessa agli Infermieri di avvalersi del personale di supporto istituito tramite l'accordo Stato regioni del 23 Febbraio 2001, a cui, oltre a conseguire la vanificazione di quanto determinato dal citato D.M. 739/94 all'art. 1 comma 3 lettera f., ne consegue appunto una ridotta appropriatezza nell' assistenza agli anziani, siano essi in regime di ricovero ordinario che in regime di assistenza diurna.

Se poi, la stessa correlazione la si analizza con leggi ordinarie, quali la Legge 532 del 26 Novembre 1999, "disposizioni sul lavoro notturno", constatato che raramente nelle UU.OO. ospedaliere in cui si l'assistenza viene erogata in turni sulle 24 ore sono previsti operatori di supporto durante la notte, ci si può fare un'idea della reale svalutazione delle norme che, nonostante abbiano apportato novità positive per lo status degli Infermieri e dell'assistenza di cui sono responsabili, spesso, all'interno di intere strutture sanitarie,

non hanno consentito e purtroppo tuttora non consentono il corretto e puntuale espletamento del mandato professionale.

Rileviamo per l'ennesima volta che, purtroppo, in tantissime aziende sanitarie sarde, la percentuale di operatori di supporto sia molto bassa e questo, implicitamente, determina la dequalificazione della categoria infermieristica che va ad incidere sulla qualità assistenziale.

Evidenziamo inoltre il mancato recepimento o un'inesatta interpretazione di quanto insito all'art. 49 del Codice Deontologico Infermieristico del 2009, in cui si sancisce che solo l'eccezionalità comporta e/o potrebbe indurre all'eventuale compensazione da parte degli infermieri di attività esclusivamente previste per gli operatori di supporto e questa situazione ha condizionato per troppo tempo, direttamente o indirettamente, i risultati sanitari ottenuti e ottenibili in termine di performance comparativa delle varie strutture sanitarie: l'infermiere non può sostituirsi al personale di supporto.

Questi aspetti, anche nelle considerazioni ragionieristiche, laddove consentano la giusta identificazione da parte di un esponente Sanitario quale è la S.V., non potrebbero mai essere sottovalutati, poiché è ovvio che se un paziente accede nelle strutture ospedaliere ottenendo l'assistenza per mezzo di piani assistenziali personalizzati e correttamente elaborati, nel breve periodo sarebbero evidenti le ricadute positive in termini di efficienza ed efficacia sanitaria, ma anche di risparmio nei costi sostenuti e sostenibili.

A nostro avviso quindi, come evidenziato nel Vostro programma di riordino, qualora al paziente gli si consentisse di ottenere adeguate, puntuali e precise risposte al suo bisogno di salute in una organizzazione sanitaria dove le strutture intra ed extraospedaliere sinergicamente collaborano tra di loro il cittadino ricorrerebbe meno alle strutture per acuti. Tuttavia, si ritiene quale punto fermo, che la distribuzione della rete ospedaliera deve garantire adeguati standard assistenziali per tutti.

Come ha dato modo di focalizzare, non è un caso che i dati e grafici illustrati nel Vostro documento rilevino differenze di tassi di ricovero tra la virtuosa regione Veneto (132 ricoveri/1000 ab.) e la nostra regione (165/1000 ab.),

Il recepimento del ruolo e la competenza del professionista Infermiere probabilmente in Sardegna non viene tenuta nella debita considerazione come leva fondamentale per garantire la sostenibilità del sistema a differenza della regione Veneto dove risulta avere una maggiore importanza.

In Sardegna infatti il potenziale delle sue strutture ospedaliere spesso viene ridotto di efficienza ed efficacia organizzativa perché la distribuzione globale delle diverse figure professionali che interessa il territorio viene spesso sottoutilizzata e valorizzata..

Riteniamo che i quattro punti di divario esistenti tra i ricoveri in regione Sardegna con quelli indicati dal parametro Ministeriale del 2 Aprile 2015, con una costante garanzia degli accreditamenti organici previsti per le singole UU.OO. Ospedaliere, nonché con il dovuto rispetto per le attività esercitabili da ciascuna figura professionale, sarebbe ottenibile fisiologicamente in tutte le Aziende Sarde.

Ossia, per un ottimizzazione del sistema, non sarebbero necessarie imprese titaniche, ma semplicemente garantire ciò che già è previsto e/o sperimentato altrove con ottimi risultati!

Sulla stregua della delineazione sommaria del modello indicato nel Piano riformatore di cui al punto 6 dell'allegato 1, domandandoci come mai non siano stati esplicitati modelli operativi che coinvolgano la nostra professione, proveremo a descriverne e contestualizzarne alcuni, ovviamente quelli ritenuti valevoli della Vostra attenzione nei nostri confronti e che ci sembrano essere indispensabili per raggiungere un buon risultato perseguito dalla riforma.

Leggiamo e condividiamo la disamina che identifica il sovraffollamento e i lunghi tempi di attesa tra i problemi che affliggono cronicamente i Dipartimenti di Emergenza e di conseguenza il resto delle UU.OO ospedaliere.

L'accesso di pazienti in Pronto Soccorso per problemi non urgenti rappresenta una costante sempre più marcata, soprattutto in alcune aree geografiche, in cui probabilmente dovrebbe essere necessario un rafforzamento delle strutture territoriali.

Sebbene tra le varie aree geografiche Sarde vi siano delle differenze riguardo ai cosiddetti "accessi impropri", a livello regionale, come peraltro la S.V. evidenzia tra i valori medi di ciascun'azienda, il comune denominatore è l'improprio ricorso al Pronto Soccorso, quindi indirettamente si incrementano le probabilità di ospedalizzazione.

Senza entrare nelle considerazioni sul fenomeno della "medicina difensiva", analizzando da un nostro punto di vista, riteniamo fondamentale rimarcare che a partire dal 2001 su tutto il territorio nazionale è stato necessario discriminare i tempi di accesso ai servizi di Pronto Soccorso per priorità cliniche con modalità standardizzate di "trriage" attuato tramite personale infermieristico che rispettivamente alla gravità e urgenza, progressivamente assegnano un codice colore su una scala di codici che vanno da: 1) bianco- 2) verde- 3) giallo- 4)rosso .

Le persone che accedono ai Servizi di Pronto Soccorso sono logicamente classificate in categorie di priorità assistenziale che vanno dall'immediato (C. Rosso- C. Giallo), ad attese potenzialmente molto lunghe (C. verde- C. bianco), quindi risultanti poco accettabili dall'utenza.

Le esperienze sperimentate in paesi all'avanguardia nel sistema emergenza, con l'obiettivo di migliorare la gestione di casi correlati a lesioni o patologie minori, ha portato nel tempo, studiando e sperimentando nuovi metodi, all'introduzione di figure e

modelli interni ed esterni agli ospedali, quali ad esempio il Nurse practitioner (NP), Accidents Treatment Service (MATS) e Minor Injuries Unit (MIU), in cui gli Infermieri assumono un ruolo non certo secondario.

Un Modello di risposta assistenziale alle urgenze minori che ha avuto ampia diffusione nel sistema sanitario Inglese, il quale è risultato particolarmente efficace anche in alcune regioni italiane come Toscana ed Emilia Romagna nel contenimento delle attese e nel miglioramento della qualità percepita, è rappresentato appunto dal “SEE & Treath”. Infatti con questo modello si garantisce una immediata presa in carico del paziente da parte di un Medico o di un Infermiere con formazione avanzata.

Tale modello, oltre al merito di valorizzare il contributo del Dottore in scienze infermieristiche, dove praticato, è risultato assai utile nel ricondurre i Pronto Soccorso alla funzione propria, ossia quella di garantire l'emergenza-urgenza e il ricovero appropriato, ovviamente, come detto, accelerando la presa in cura e riducendo i tempi d'attesa.

Pensiamo dunque che tale soluzione dovrebbe essere valutata e sperimentata anche nella nostra regione, soprattutto in quei Pronto Soccorso, facilmente individuabili nella tabella 12.8, in cui, nonostante non siano indicati i tempi medi di attesa, mostrano un notevole numero di accessi classificati con codici Verdi e Bianchi, quindi di basso livello critico.

All'interno di una procedura comprendente tali modelli, potrebbero essere affiancati e resi operativi, laddove possibile, utilizzando metodologie che prevedano il fast trak per velocizzare e indirizzare alcuni pazienti/utenti direttamente nelle UU.OO. in cui ottenere appropriate cure.

Ovviamente questo sistema, oltre alla necessaria formazione complementare, necessita di protocolli appositamente studiati e condivisi con tutte le figure sanitarie.

La S.V., nella disamina effettuata nel documento, focalizza il fatto che l'invecchiamento della popolazione media, la crescente esigenza di rispondere a maggiori problemi di salute correlati a patologie croniche, stimola una riformulazione del sistema, operando una devolution assistenziale che, dai nosocomi si sposta nel territorio, sfruttando nuovi modelli operativi.

Anche qui l'alta considerazione dell'evoluzione infermieristica da parte di altri SSR emerge soprattutto quando nella riforma redatta dalla S.V. , ci si dedica con ridotta luce sull'importanza degli Ambulatori Infermieristici, citati esclusivamente all'art. 9.2 dell'allegato 1

Infatti, altrove, ma non in Sardegna, vengono istituite intere strutture operative operanti nel territorio, alle quali si accede per mezzo di prescrizione medica solamente per le prestazioni terapeutiche di natura farmacologica, mentre per prestazioni infermieristiche in tali strutture è consentito il libero accesso dell'utente.

L'esperienza degli ambulatori sperimentati e ormai istituiti in alcune regioni, in cui si rimembra quanto derivante dalla legge 739/94, oggi sono gestiti da soli infermieri con lo scopo di:

- Rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di prestazioni infermieristiche;
- Fornire alla cittadinanza un punto di ascolto sanitario atto a facilitare l'orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari;

- Garantire la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali (Ambulatori, Consultori, Medico di Medicina Generale e Servizi Domiciliari).

Il Cittadino infatti può rivolgersi a detti ambulatori per ottenere alcune delle seguenti prestazioni:

- medicazioni semplici;
- medicazioni complesse;
- rimozione punti;
- sostituzione catetere vescicale;
- istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale
- istruzione ed educazione all'autogestione delle stomie
- istruzione alla prevenzione ed al trattamento delle lesioni cutanee croniche
- istruzione all'autocontrollo della glicemia
- consulenza ed informazione in materia di educazione alimentare
- orientamento all'accesso ed all'utilizzo dei Servizi Sanitari Pubblici
- consulenza e informazione in materia di prevenzione, cura e mantenimento del livello di salute e di autonomia.

Ebbene, la figura 6.1 del suo progetto potrebbe assumere completezza e condivisione assoluta degli Infermieri con una semplice integrazione (Gli Ambulatori Infermieristici), purtroppo, all'interno del documento programmatico, come detto in precedenza, quando non si dedica un ruolo marginale alla categoria infermieristica, talvolta la si esclude nella sostanza, rendendola ai nostri occhi incomprensibile e deficitaria proprio per la posizione medico-centrica che forse involontariamente, si vuole imprimere attraverso figure che altro non rappresentano se non il mantenimento dello status quo.

Senza considerare l'importante funzione che offrirebbe alla rete di terapia del dolore enunciato all'art. 12.1, l'ambulatorio Infermieristico infatti, nella sostanza potrebbe dar lustro allo spirito riformatore che dovrebbe perseguire benefici e favorevole recepimento, sia da un punto di vista di logica, che per il sicuro apprezzamento che riscontrerebbe tra gli utenti.

Al contrario, l'ospedale di comunità, soprattutto laddove venisse istituita in sostituzione di degenze ordinarie, produrrebbe l'effetto negativo e controproducente, peraltro già manifestato in varie località. Infatti, essendo percepito come sostituzione di un tradizionale luogo di cura ospedaliero ordinario che magari finora ha garantito un determinato assetto, paradossalmente, nonostante l'intento positivo e l'accoglienza favorevole degli infermieri, se non introdotto con la giusta gradualità, e in zone servite anche da strutture pubbliche che offrono la possibile degenza per acuti, rischia un effetto repulsivo da parte dell'utenza.

Come focalizzato nel Vostro documento di riordino, molti sono i fattori che negli ultimi anni stanno determinando un rilevante impatto sull'organizzazione delle aree chirurgiche, in particolare delle sale operatorie e attività correlate.

Per quanto attiene la rimodulazione dell'attività chirurgica di alcuni PP.OO., classificati in qualità di Presidi di zona disagiata, i quali dovrebbero garantire solamente una chirurgia elettiva che di conseguenza preclude l'esistenza di Sale operatorie h24, posto che non si prosegua con un costo elevatissimo degli specialisti che dovrebbero garantire e compensare la rimodulazione (ribadiamo che attualmente diversi specialisti, per colmare carenze presenti, vengono retribuiti con cifre che si aggirano intorno ai 700€ ogni turno effettuato in regime di prestazioni Aggiuntive), se inserita in un contesto attuabile, da NurSind non viene rifiutata nel complesso.

Tuttavia, sulla base della rimodulazione descritta, constatare che nei luoghi in cui sarà presente un Pronto Soccorso/Primo Intervento (P.O. di zona disagiata), sia esso inserito nel novero di un DEA e/o annesso alla nuova AREUS, prospettando che per effetto conseguente emergerebbe l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico d'urgenza nelle ore notturne, ci domandiamo quali reali garanzie saranno poste in caso di casi clinici gravi che necessiteranno di intervento chirurgico tempestivo. Se non altro..., comprendiamo le varie insurrezioni e contestazioni riverberate dai cittadini nelle varie comunità in cui detti Presidi trovano ubicazione.

Se la garanzia a questa criticità si riduce nell'oramai anacronistica promessa di implementazione dei servizi di elisoccorso ed elisuperfici, la quale è stata sbandierata per decenni da chi vi ha preceduto nel ruolo, francamente, siamo portati a nutrire notevoli dubbi e perplessità sulla fattibilità e buona riuscita dell'impostazione.

Per contro, non potendo fare altro che limitarci a contribuire dalla nostra posizione, tenteremo di ipotizzare quali potranno essere gli effetti di questa riforma e conseguentemente suggerire modelli operativi che tramite l'infermieristica si potrebbe mettere in atto.

Ebbene, laddove l'incombenza di interventi chirurgici complessi verrebbero accentrati nei presidi Hub e/ o Spoke di riferimento, sarà inevitabilmente conseguente un incremento dell'attività chirurgica in queste ultime UU.OO.

Se a tali conseguenze aggiungiamo considerazioni inerenti l'innalzamento dell'età media della popolazione, l'incremento costante degli interventi chirurgici, la necessaria e progressiva riduzione della durata di degenza pre-post-operatoria dovute al contenimento dei ricoveri, la necessaria riduzione dei tempi di attesa per gli interventi, le eventuali sedute protratte, la condizione per cui a tutt'oggi si riserva nelle strutture pubbliche l'Intra

Moenia etc, ci troveremo nel breve futuro, davanti a un insieme di fenomeni che potranno rappresentare delle criticità attorno alle aree operatorie, che a nostro modo di vedere, sono state circoscritte solo parzialmente nell'art.9 allegato 1.

Per tale motivo, come osservatori impegnati a promuovere la salute in ambito istituzionale, ancora una volta, ci troviamo a proporre soluzioni che nella riforma, a nostro avviso ripetono una scarsa considerazione dell'importanza dell'infermiere.

Sulla stregua di realtà esistenti negli Stati Uniti, ma anche per consentire il più ampio rispetto di raccomandazioni emanate nel 2009 per la sicurezza in Sala Operatoria, in Italia si sperimentano i benefici del Perimed, il quale si basa su modelli che prevedono l'utilizzo della risorsa infermieristica e tecnica in modo avanzato, facendo esercitare competenze che in Sardegna sono svolte ancora esclusivamente da personale medico, e che, nel rigido rispetto di protocolli operativi, potrebbero invece essere attribuite con l'attuale regime ordinistico anche al personale infermieristico.

Il modello "fast track surgery" permette di processare trattamenti chirurgici con la partecipazione attiva dell'infermiere responsabilizzato sull'esecuzione di parte dei processi di cura.

Nella comunità scientifica è frequentemente utilizzato il termine "Nursing perioperatorio" come la dimensione di assistenza che comprende tutte le fasi dell'esperienza chirurgica del paziente dai percorsi pre - intra - post- operatori.

La sperimentazione del Perimed, rappresenterebbe un valido strumento che permetterebbe, a fronte di forti razionalizzazioni economiche e operative del settore chirurgico, un paradossale quanto netto incremento della percezione di risposta sanitaria negli utenti. Naturalmente nella Vostra riforma non esiste alcun cenno di tali sistemi

innovatori che accompagnerebbero e/o rappresenterebbero un piccolo cuscino di sicurezza, nonché il miglioramento di risposta sanitaria da parte del sistema.

Riguardo l'assistenza sul territorio, anche se ci aspettiamo una integrazione apposita, vorremmo comunque accennare e anticipare poiché, come detto in premessa, riteniamo che questa non possa non essere collegata alla riformulazione delle reti ospedaliere.

Innanzitutto, sarebbe opportuno considerare il settore dell'emergenza, il quale, in base al progetto regionale confluirebbe all'interno di una nuova azienda.

A tal proposito, come ribadito da NurSind in altre sedi e documenti presentati in realtà locali, sorge la perplessità inerente la necessità di istituire una nuova azienda autonoma.

Infatti, posto che l'ispirazione della riforma viene ispirata alla razionalizzazione dell'efficienza e sostenibilità economica ottenibile con la riduzione delle aziende, non abbiamo possibilità di riscontrare i punti negativi e positivi che necessitano una tale incoerenza.

Tuttavia, considerato che gran parte del sistema 118 si regge per mezzo di associazioni di un volontariato, che per quanto attiene al servizio 118 ormai non dovrebbe essere più appellato come tale visto che i servizi sono comunque finanziati dalla regione, in questo nostro documento vorremo sottolineare che le stesse, dovrebbero perlomeno, prevedere sempre la presenza di un Infermiere debitamente preparato per il sistema emergenza.

Questa presenza infatti, potrebbe rappresentare un efficace strumento di controllo e filtro per tutte quelle emergenze che talvolta non sono, avendo caratteristiche di trattabilità domiciliare piuttosto che nelle strutture sanitario-ospedaliere.

Allo stesso modo, proseguendo verso l'obiettivo della devolution assistenziale da Ospedale - territorio - riduzione dei ricoveri, considerando in un filo diretto e correlato ai sistemi di assistenza presenti e senz'altro volti alla riduzione dell'ospedalizzazione di pazienti anziani, disabili e/o affetti da patologie cronico degenerative come l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e le Unità di Valutazione Territoriali/Mutidisciplinari (UVT-UVM), non rimane che definire un punto essenziale.

Senza dubbio, dal nostro punto di osservazione, la perla per la realizzazione definitiva di un nuovo percorso , non solo percepibile da un punto di vista identificativo della professione infermieristica iniziato 20 anni orsono, ma poiché risulta funzionale per quanto attiene la formazione di un nuovo sistema sanitario regionale sardo, si concretizzerebbe con l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia, che di fatto è già operante in alcune regioni come la Lombardia e Veneto e che fungendo da apripista al nuovo ruolo dell'Infermiere, come gli Ambulatori Infermieristici, consentirebbero un miglioramento e arricchimento della qualità del servizio oggi svolto dai MMG e medici di continuità assistenziale, ma soprattutto un notevole supporto alla riforma dalla S.V. delineata .

Non a caso il tema sulle competenze Specialistiche in Sanità, l'infermiere di famiglia e di comunità, nonché la comparazione con realtà estere, hanno rappresentato l'anticipo sulle scelte di Governo e di molte Regioni , le quali, per effetto dell'**art. 5 punto 15 del Patto per la Salute 2014/2016**, in cui, all'insegna di un'efficientamento del settore "cure primarie", basato sulla ridefinizione dei ruoli e delle competenze, si intende variare .."la logica gerarchica per perseguire logiche di governance responsabile dei professionisti coinvolti".

Infatti, per effetto della Legge 190/14, nelle bozze di accordo Stato Regioni si stanno ridisegnando le sei aree di competenza necessarie a cambiare il volto dell'assistenza, una

delle quali è appunto rappresentata dall'area "Cure Primarie e Servizi Territoriali/Distrettuali (L'Infermiere di Famiglia).

Diversi sono i soggetti , fra intellettuali, politici e parti sociali, che si interrogano costantemente sulla via percorribile per la sostenibilità del SSN.

Ebbene, poiché di un certo effetto, per noi infermieri risulta arduo non sottolineare l'esternazione fatta dal Dott. Saverio Proia in qualità di componente Dirigente in seno al Ministero sanità: *"...Abbiamo intrapreso un percorso del non ritorno, necessario per cambiare e ridisegnare realmente il sistema sanitario nazionale"*, nel quale, appunto l'Infermiere e le professioni sanitarie e la valorizzazione delle competenze avanzate non possono far altro che rivestire un ruolo fondamentale.

Gli esempi di realtà operative descritte sopra , nonostante non ancora diffuse sull'interno territorio regionale, assieme alla promozione di modelli multi-professionali ed interdisciplinari includenti organizzazioni di medicina convenzionata che attraverso le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di cui alla **Legge 189 del 2012**, come in parte delineate nella Vostro progetto, rappresentano oggi, alcune delle possibilità per migliorare il Servizio Sanitario Regionale,.

Come più volte ripetuto, nonostante queste forme di riorganizzazione siano istituite e praticate nel rispetto delle competenze mediche e delle altre professioni, il riconoscimento del progressivo percorso evolutivo delle professioni susseguente, pare allertare i rappresentanti della categoria medica di cui la S.V. ne rappresenterebbe l'effettivo caso emblematico laddove non ne consenta lo sviluppo.

Qualunque professionista sanitario attento ha letto articoli e pubblicazioni sui Quotidiani della Salute, in cui, con nostro profondo rammarico, componenti della categoria medica

non disdegnavano di rimarcare che le novelle normative avrebbero rappresentato probabili *“colpi di mano volti all’erosione di competenze mediche insite nella diagnosi e cura”*.

In realtà, come la S.V. conosce, questo processo di riorganizzazione trae origine da una serie di riunioni.

Infatti, le stesse erano volte a ridefinire le competenze professionali, e a tal proposito rammentiamo i percorsi e riunioni decisionali dei sanitari tenutasi il 15 Dicembre 2011, a cui ne è conseguita un’altra nel mese di Aprile 2012.

In quest’ultima sono scaturite proposte di riassetto professionale e delle competenze dell’Infermiere in particolare.

In un frangente abbastanza tortuoso e carico di contrapposizioni, volto ad evitare l’applicazione di tagli lineari (spending review) che rischiavano di compromettere la corretta erogazione dei servizi, si è giunti all’intesa di accordo sulle competenze infermieristiche, nonché all’istituzione della cosiddetta **Cabina di Regia** che a novembre 2014 venne appunto condivisa dalla conferenza Stato Regioni. Dal documento della Cabina di Regia, si poteva evincere la salvaguardia per le responsabilità diagnostiche e terapeutiche, le quali restano in capo ai medici, mentre per quanto riguarda le professioni, quindi anche l’infermieristica, si rilanciava l’evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico sfociate in seguito nella **legge del 23 Dicembre 2014 n. 190** (patto di stabilità 2015) a cui la Vostra riforma, in parte si riconduce. Quanto insito nell’ormai famoso comma 566, ai giorni nostri sta scatenando una vera e propria contrapposizione tra le figure mediche e le altre professioni sanitarie, e se ricorda nel nostro ultimo incontro di Maggio, pur di evidenziare e risolvere problematiche segnalate in numero considerevole da ogni collega operante in ogni azienda di ogni parte della regione, si è ritenuto opportuno evitare di discuterlo, poiché,

probabilmente ci avrebbe allontanato dai temi a cui NurSind in quel frangente, intendeva riservare l'apice della scala di priorità ad altri temi che emergevano con veemenza (la carenza personale nelle strutture sanitarie, l'impossibilità di far fronte alle esigenze che si sarebbero presentate durante il periodo estivo etc.).

A nostro avviso, in quest'ultimo e famoso comma 566, non solo per le esigenze del frangente politico-economico, si ratifica un qualcosa che in realtà non ha niente di scandaloso, soprattutto se analizzato alla luce dei precedenti riferimenti normativi inerenti la Professione Infermieristica e ancor più in considerazione dei processi riformatori del SSR. Pertanto, riteniamo che la S.V. dovrebbe strumentalizzarlo per raggiungere l'obiettivo voluto.

Perdonando le giuste parentesi ricordiamo e lamentiamo il fatto che comunque il Vostro interesse verso quelle problematiche al paragrafo precedente, se è stato presente, noi non abbiamo potuto apprezzarlo con segni tangibili. Di fatto, i colleghi hanno passato una stagione estiva drammatica per le innumerevoli lacune organizzative. Tali carenze sono state appunto accentuate dalle ferie e rinnovi contrattuali sospesi all'insegna di un Decreto Legge sulla stabilizzazione dei precari, per cui tuttora ci domandiamo quale sia l'epilogo .

Duele constatare che nel documento di riorganizzazione non si preveda alcunché sull'assistenza nei penitenziari. Da quanto possiamo appurare, questo determinato settore, in cui la competenza sanitaria è transitata per competenza alle ASL, ci risulta trovarsi in condizioni drammatiche, soprattutto per quanto concerne le dotazioni organiche infermieristiche . Se poi consideriamo che la copertura delle lacune organizzative vengono colmate con ricorso al lavoro interinale, o ancor peggio con risorse finanziarie incidenti sui fondi dello straordinario delle ASL, il blocco del Turn-Over attuato dalla S.V. con recenti deliberazioni, di fatto risulta inaccettabile.

Tra le riforme attuabili a iso-risorse , non possiamo esimerci di ribadire le richieste invano rivolte a chi vi ha preceduto nell'attuale ruolo di Assessore alla salute della Regione Sardegna.

Ritenendo utile per i cittadini sardi la condizione per cui sia facile identificare il professionista Infermiere operante nel SSR, sia nel pubblico che nel privato, chiediamo venga utilizzata un uniforme di lavoro unica per tutto il territorio regionale. Ciò comporterebbe di ridurre la confusione nell'identificazione delle professioni infermieristiche. Pensiamo che con una semplice disposizione da parte della S.V., la soddisfazione della richiesta non rappresenti un obiettivo irraggiungibile.

Accade infatti che tra aziende, anche all'interno dello settore pubblico siano presenti analoghe divise di lavoro che per colore risultano esattamente opposte all'inquadramento funzionale dei diversi operatori, inducendo gli utenti e i media, a confondere le figure professionali, con conseguente e possibile danno per l'immagine.

- Diversamente dal paragrafo precedente, considerato che da diversi organi istituzionali viene rimarcata la spesa fuori controllo inerente il farmaco in senso largo del termine, notiamo che nonostante la presenza di sistemi informatici non ancora conformi in tutte le aziende, nel documento di riorganizzazione non è presente nessun provvedimento teso a migliorare questo aspetto fondamentale .
- Nonostante internet costituisca la più grande rete telematica mondiale, e per suo mezzo, centinaia di milioni di elaboratori possono essere interconnessi, evidentemente ad ottenere semplificazione, tracciabilità e riduzione delle diseconomie per tale problema evidentemente non ci riusciamo.

- Infatti l'unico intervento attuato per il controllo della spesa farmacologica ospedaliera, che non possiamo assolutamente non ricollegare a quanto asserito sopra riguardo le attività svolte dagli infermieri che vengono chiamati a compensare carenze, ci risulta essere quello di aver demandato ai coordinatori infermieristici, la rendicontazione del carico dei farmaci, loro utilizzo e scarico.
- Notiamo che attraverso la disponibilità di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero nell'esercizio delle proprie funzioni, in particolare per quest'ultimo, nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale.
- Abbiamo potuto apprezzare Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario che consente di identificare le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Regionale, nonché consentire il paragone con altri SSR della penisola, su cui, come osservato sopra, si basa una intera riorganizzazione all'insegna dell'efficienza.

Cioè quell'efficienza che, al di là delle modalità di attuazione, di certo aumenterà i costi sociali di diversi abitanti dei territori che per ragioni geografiche distano dai centri HUB e SPOKE, riducendo di fatto un diritto inalienabile e costituzionalmente garantito.

Ebbene, la domanda sorge d'obbligo: "Possiamo stravolgere un SSR all'insegna di una razionalizzazione soprattutto economica, ma non riusciamo ad implementare applicativi all'esistente SISAR che consentano la rendicontazione immediata e contestuale alla somministrazione e utilizzo di ogni farmaco o presidio sanitario di uso comune in tutti i reparti e servizi delle aziende?!"

Concludendo.....il percorso normativo inerente la professione Infermieristica risulta incontrovertibile, oggi le professioni sanitarie, e soprattutto quella infermieristica, si impongono nella nostra società come una chiave disciplinare e scientifica adatta a rispondere all'esigenza sanitaria correlata ai bisogni di cronicità, fragilità fisica e psichica dell'utenza, nonché alle necessarie cure di lungo termine atte a garantire una continuità assistenziale, olistico assistenziale e gestione professionale dei casi di vario genere in ogni ambito, sia ospedaliero che extraospedaliero.

- L'istituzione di Presidi Sanitari/Ospedali di comunità, denotano una volontà di profondo cambiamento già enunciato in precedenti normative di indole riformatrice, che dalla **Legge n. 311 del 30 Dicembre 2004, attraverso il D. Legge 95 del 2012** convertito con modificazioni dalla **Legge del 7 agosto 2012 n. 135**, approdano alle leggi di stabilità dei giorni nostri, imponendo la promozione di percorsi di deospedalizzazione, riduzione dei costi e utilizzo appropriato delle risorse presenti, tanto più, una ridefinizione di Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- In una regione che vanta le aspettative di vita media della popolazione in 82.4 anni, le contestazioni di parti ideologiche, talvolta opposte, le quali sottolineano la propria considerazione e il proprio punto di vista sul sistema sanitario sostenibile, fanno riflettere sulla volontà effettiva di cambiare. Infatti emergono condizioni, studi, sperimentazioni e dati che esprimono un panorama in cui, a fronte di una media europea raffigurante un rapporto tra professioni mediche e abitanti paria a 3,1/1000, si contrappone in una media pari a 3,7/1000 abitanti.

Questa media, sommata all'indiscussa carenza di professioni sanitarie e personale di supporto, determina una prima analisi connessa agli effetti negativi, intesa come implicita dequalificazione professionale e baluardo di prerogative di determinate professioni, le

quali riducono la soddisfacente misura delle prestazioni erogabili a iso-risorse, ma anche a un evidente potenziale di miglioramento possibile nel sistema, soprattutto economico funzionale e sanitario.

Come sopra esposto, alcuni modelli innovativi del sistema, nonostante rappresentino un efficiente mezzo per migliorare condizioni di risposta sanitaria operabile attraverso una riduzione di diseconomie, nonché miglioramento della percezione di qualità da parte dell'utenza, vengono costantemente messe in discussione da altre professioni sanitarie.

In un frangente in cui si evidenzia un'alterata proporzione tra le professioni sanitarie, le quali peraltro pongono in evidenza l'inosservanza verso normative ordinarie e/o regionali oramai esistenti da lungo tempo, ma anche una superabile deficienza del sistema, ricorre l'obbligo di confrontare aspetti che, in virtù dell'accrescimento culturale e professionale, debbono consentire, sia la meritata riconoscenza per i percorsi formativo-professionali acquisiti dalle diverse professioni sanitarie, che l'intera sostenibilità dello stesso SSR.

Infine, considerato che dal Documento programmatico non si riesce a valutare quali siano i benefici economici ottenibili con la riforma delineata dalla S.V.

Posto che sicuramente ogni singolo intervento prospettato nella rimodulazione del SSR consenta una rendicontazione ipotizzabile a priori, non nascondiamo l'interesse a perderne visione per meglio comprenderne l'efficacia economica, quindi eventuali possibili variazioni nell'attuazione.

Nel frattempo, per quanto sopra osservato e proposto, chiediamo che la riforma preveda quanto di seguito appuntato:

- Istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di comunità;

- Istituzione degli Ambulatori Infermieristici e guardia infermieristica;
- Istituzione del See & Treat - Fast Trak -Perimed
- Integrazione dei Servizi Socio Sanitari e loro afferenza ai Servizi Infermieristici Territoriali;
- Istituzione AutoInfermieristica;
- Riordino Assistenza nei Penitenziari;
- Rispetto della norma sulla stabilizzazione dei precari e blocco sospensione turn over.

Certi che le osservazioni dal tono polemico trovino la giusta interpretazione, rimaniamo fiduciosi che quanto sopra delineato consenta una costruttiva condivisione e accoglimento delle proposte di NurSind all'interno del progetto di riforma del SSR.

Distinti Saluti,

per il Coordinamento Regionale NurSind Sardegna

Coordinatore Regionale NurSind Sardegna

Fabrizio Anedda

