



INFERMIERI
ASSISTENTI SANITARI
INFERMIERE PEDIATRICHE

Collegio Provinciale Carbonia – Iglesias

All'Assessore Regionale alla Sanità RAS

Al Commissario Straordinario ASL Carbonia

Agli iscritti Albo Ipasvi Carbonia Iglesias

Prot. 355 del 20 Settembre 2015

COMMENTO SU PROPOSTA RIORDINO RETE ED INTEGRAZIONE OSPEDALIERA

Premesso che il Collegio IPASVI Carbonia Iglesias considera

- la sanità un costo solo nel “limite” delle “insufficienze”, ve ne siano, dei suoi amministratori: ben coordinata e rivisitata è un grande investimento in termini di salute e di economia;
- la proposta di Riordino della Rete ed Integrazione Ospedaliera di cui alla delibera n. 38/12 2015 è lo strumento con il quale si definiscono la vision, la mission, gli obiettivi e l'organizzazione del servizio sanitario regionale dimensionata al territorio di riferimento, modulata per una risposta al bisogno di salute, sensibile alle interazioni socio sanitarie;
- che per l'attualità e le attese ricadute complessive del Riordino della Rete ed Integrazione Ospedaliera, gli infermieri intendono misurarsi e svolgere un ruolo in tutti i contesti e i dibattiti che coinvolgono direttamente la professione, il territorio della provincia, gli assistiti e gli utenti fruitori dei servizi e delle prestazioni poste in essere in ASL 7 e nella sanità privata del Sulcis Iglesiente;
- che alla domanda di salute ed assistenza la sanità pubblica e privata la Regione Sardegna risponde per tutti i suoi cittadini con la missione universalistica dei professionisti che vi operano e delle organizzazioni in cui sono inseriti, garantendola ogni ora, giorno, anno a tutti i suoi abitanti, non solo sardi ma anche stranieri, integrati o meno, offrendo sostegno e diritti a chi ne ha bisogno;
- la sanità un comparto produttivo di servizi che in questa fase di crisi economica rappresenta anche una opportunità di coesione sociale da difendere con forza;

nell'esercizio delle sue prerogative esprime apprezzamento per la puntuale e significativa trattazione politica del **riordino della rete ed integrazione ospedaliera**.

Il principio del “*prendersi cura*” è introdotto da tempo nella cultura professionale infermieristica, ed è nel “*prendersi cura*” delle sorti della rete ospedaliera in Regione Sardegna e nella ns. provincia che intendiamo leggere l'impegno dell'Assessorato Sanità.

Questo è il motivo principale per il quale riteniamo doveroso recepire e ragionare su tutto ciò che nasce, cresce, si propone e si sviluppa intorno alla *“innovativa”* sfida lanciata, fosse anche solo per dibatterla. Il riordino è attuale e attuabile ma per la sua concreta applicazione deve essere tecnicamente rimandato in attesa delle ulteriori determinazioni della Ras e della rivisitazione complessiva del Piano Sanitario Regionale e dell'adozione dei nuovi atti aziendali.

L'impegno proposto dall'Assessorato parte da un ragionamento che esula, pur tenendone conto, da un calcolo meramente economico ed avvia tutti gli attori della sanità ad un approfondimento su **quale** qualità, **dove** e **che** servizi e prestazioni garantire ed erogare, **come** i cittadini possano fruirne in tutta la regione Sardegna e per quanto ci riguarda nel territorio del Sulcis Iglesiente, che con il riordino ha la definitiva opportunità di cessare di essere considerato segmento geografico limitrofo dell'area vasta cagliaritano, autodeterminandosi nel dare risposte ai bisogni di salute dei suoi 140.000 abitanti.

Sulle responsabilità alla garanzia delle condizioni di sicurezza nella gestione di un ricovero ospedaliero e di una prestazione ambulatoriale o domiciliare, non possiamo che sostenere convintamente tale impostazione, anche perché l'approccio e lo schema mentale, assistenziale ed amministrativo nel considerare la sanità pubblica il terminale di *“pretese geo politiche”* più che di *“reali bisogni di salute”* è superato dai tempi e dai fatti, ed è arrivato il momento che venga archiviato.

Si agisce, si assiste e si gestisce nell'interesse del cittadino. Tutti gli altri *“centri di costo”*, per quanto ci compete, è corretto ed auspicabile che siano definitivamente accantonati.

Se, ad esempio, una u.o ad Iglesias o a Carbonia ha numeri, casistica, capacità ed esiti tali da essere autosufficiente, siamo i primi ad esserne soddisfatti, altrimenti è non solo giusto ma doveroso che venga superata ed alienata.

Ridisegnare la rete di integrazione ospedaliera e del territorio pone quindi gli addetti ai lavori Asl Carbonia e i cittadini nella condizione di dover considerare le altre realtà sanitarie pubbliche come una risorsa e non competitors. Ne consegue l'enorme potenziale che **gli addetti ai lavori** possano dedicarsi a mantenere, nel proprio ambito, il massimo livello di eccellenza possibile sia che si tratti di una **Medicina nel Sulcis Iglesiente** che di una **CardioChirurgia a Cagliari**, mentre **i cittadini** potranno certamente attendersi quanto necessario ai loro bisogni di salute e di assistenza considerando la conformazione geopolitica della provincia dove vivono e sono inseriti, e dove solo le evidenze cliniche e scientifiche, in rapporto al n. di abitanti, suggeriscono se un reparto-servizio abbia senso di esistere o meno, senza per questo assegnare all'assessore di turno e al direttore generale pro tempore la patente di taglia servizi.

I totem e le convenienze di *“terzi”* avulse dal contesto socio sanitario in trattazione, se non del tutto eliminate dovrebbero restare almeno sullo sfondo, perché vengono un gradino dopo il soddisfacimento dei diritti alla salute e alle cure tangibili. Su questo concetto siamo granitici e richiamiamo con forza la vs. attenzione.

Gli investimenti in sanità utilizzano infatti risorse economiche importanti e di tutti i contribuenti, e da ciò ne consegue che la sostenibilità delle spese debba essere documentata, giustificabile e appropriata dal punto di vista organizzativo e clinico. Se una Unità Operativa non si mantiene da se per mancanza di richiesta o per scarsità di statistica

fino al limite o peggio per non sicurezza, è doveroso prenderne atto, convertendo quando possibile attività e servizi dai ricoveri ordinari al regime Day Hospital e dalle prestazioni ambulatoriali in Day Surgery.

Non dobbiamo cadere nell'errore di ambire a fregiarci di un titolo, ad esempio DEA I Livello, perché di bei contenitori vuoti è pieno il territorio, leggasi Crobu, mentre i cittadini più che alle insegne dei presidi ospedalieri guardano e hanno diritto alla sostanza delle cose, come ad esempio di avere assicurati i Lea, di vedere ridotti i costi di gestione del sistema salute, di veder curata una patologia, di non essere dimessi con lesioni da decubito, di non contrarre infezioni ospedaliere, di non subire esiti da cadute dal letto, di non attendere mesi per una consulenza, di ricevere una risposta ad un tentativo di chiamata telefonica, di ricevere un sorriso ed una manovra d'urgenza con lo stesso impegno prescindendo dal titolo assegnabile agli stabilimenti Asl Carbonia.

Gli infermieri di Carbonia Iglesias, 920, sono convinti che possono ancora dare, anche in sinergia con gli altri sanitari, un apporto significativo al dare gambe al riordino della rete ospedaliera in termini professionalità e competenza sia negli stabilimenti del Sirai di Carbonia, del CTO di Iglesias e del Santa Barbara di Iglesias che nel territorio dove siamo impegnati nello svolgimento della professione, sia nelle stanze dei bottoni dove, per il tramite del direttivo del Collegio, sono chiamati ad esprimere punti di vista non pretestuosi e preconetti ma con l'obiettivo di provare a migliorare il sistema e attendere alle aspettative dei cittadini, favorendo la maggiore integrazione possibile tra gli stabilimenti ed il territorio e la rivisitazione dei percorsi assistenziali, nel rispetto di ruoli e abilità. Una particolare attenzione crediamo possa essere richiamata nei confronti della comunità di Carloforte e non solo per il periodo estivo: necessitano di servizi, infrastrutture e pari opportunità. Un particolare rilievo riveste la sanità privata: rappresenta un punto di riferimento da difendere e valorizzare. Non riteniamo ipotizzabile scindere o spalmare il DEA I Livello assegnato alla ASL Carbonia su presidi ospedalieri diversi e distanti tra di loro e con funzioni differenti.

Conclusioni

Chiudiamo il breve contributo con la riflessione finale che il rischio di inappropriately dei ricoveri stessi e delle conseguenti prestazioni in regime di ricovero ordinario, incidono negativamente sul tempo da dedicare agli utenti da parte dei professionisti sanitari e degli infermieri in particolare, ai quali sono indirettamente assegnati carichi di lavoro demansionanti e dequalificanti che necessitano di essere governati anche con una dotazione organica meglio correlata ed adeguata alla metodologia e agli standard di cui all'allegato n. 2 delibera 38/12 del 28/7/2015. E' necessario che venga rivisto il blocco del turnover, in riferimento alla dotazione organica soprattutto h. 24, che risentendo di tutta una serie di dinamiche (part time, gravidanze, maternità, congedi, limitazioni, malattie professionali, cause di servizio) incide sulla turnistica e conseguentemente sull'esito delle buone intenzioni, del benessere organizzativo, delle gratificazioni professionali.

Abbiamo cercato di essere in sintonia con la necessità di superare definitivamente visioni settoriali e particolaristiche dell'organizzazione sanitaria nel nostro territorio, allargando gli orizzonti per abbracciare una logica basata su prove di efficacia e sostenibilità clinico-organizzativa: l'approccio che segue una logica di Governo Clinico non è mai, infatti, una prerogativa individuale o di alcuni gruppi di interesse, o professionali, o di segmenti del

management ma deve essere una logica sistemica che abbraccia tutti gli attori della domanda e della risposta ai bisogni di salute nonché di tutta l'organizzazione.

Va ancora sottolineata, condividendone la previsione, la necessità di procedere senza indugi e contestualmente alla razionalizzazione sia dei posti letto nelle UU.OO. per acuti che alla effettiva attivazione della lungodegenza e della riabilitazione intensiva, *(evitando il replicarsi del solo taglio del nastro Hospice Santa Barbara Iglesias)* considerata l'esigenza di riportare l'offerta entro gli standard previsti dal Patto per la Salute.

Infatti, tra le prestazioni ad altissimo rischio di inappropriatazza e che generano costi elevatissimi per il SSN (leggasi, ad esempio, Dimissioni Protette Temporanee) ci sono proprio le performance riabilitative dove, di fatto, c'è una completa assenza dei relativi percorsi funzionali e dei sistemi di verifica dell'adeguatezza degli stessi.

La Regione Sardegna è una delle poche che ancora non ha recepito il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione 2/2011 e questo crea non poche difficoltà nell'implementazione dei percorsi all'interno di ogni singola ASL, inclusa la 7 per quanto ci compete. Ciò nonostante non ci si deve esimere dal promuovere e sostenere il modello organizzativo previsto, coinvolgendo il più possibile tutti gli attori del sistema riabilitativo, ognuno per il proprio ruolo e nell'ambito delle competenze previste dai profili professionali.

Il tempo delle "attese" volgerebbe al termine ed una sana riorganizzazione della rete ed integrazione ospedaliera in ASL 7 non può prescindere da una contemporanea ridefinizione dei percorsi ospedale-territorio secondo i criteri di complessità clinica, disabilità e multi morbidità, considerata la conformazione geopolitica della provincia e le evidenze cliniche e scientifiche in rapporto al n. di abitanti.

Per il **brevissimo periodo**, è certamente auspicabile che tutte le ASL AO AOU di cui al riordino contribuiscano declinando anch'esse come dove quando dare movimento all'integrazione ospedaliera e territoriale e condividere eventuali criticità.

Per il **medio termine**, da sostenere senza indugio lo sviluppo degli ospedali di comunità e della casa della salute, l'attivazione dell'Areus e il superamento dell'attuale 118. Inoltre, i D. G. di prossima nomina devono assumersi l'onere di dare continuità all'interpretazione della 38/12 e smi e agli eventuali atti aziendali dei predecessori Commissari Straordinari.

Nel **lungo periodo**, una verifica complessiva con un nuove audizioni delle parti sociali ed istituzionali chiamate oggi a fornire un contributo critico, chiarificatore, migliorativo di tutto l'impianto concettuale e politico, è non solo auspicabile ma doveroso perché la responsabilità della buona riuscita dell'immane lavoro che ci attende è di tutti, dal singolo cittadino al medico di famiglia, dagli apicali della politica ai vertici del management.

Nessuno può chiamarsi fuori.

Il Direttivo Collegio Ipasvi Carbonia Iglesias



Via ENRICO FERMI 17- 09010 MUSEI
CELL. 3421598305 – CARBONIA.IGLESIAS@IPASVI.LEGALMAIL.IT

Brevissime sull'analisi tecnica delle tabelle sinottiche riferite alla Asl Carbonia

- la previsione dei 33 posti tra i 12 posti letto dei lungodegenti e i 21 posti letto della Riabilitazione funzionale, porta al raggiungimento di una percentuale di posti letto, in rapporto al totale, nettamente superiore al complessivo regionale. Da notare che l'implementazione dei 33 posti letto in Asl Carbonia potrebbe limitare la risposta della sanità privata del Sulcis Iglesiente, che negli stessi ambiti è ben strutturata e garantisce livelli occupazionali che devono essere preservati.
- Gli obiettivi del presidio di I Livello assegnati a Carbonia e le funzioni di base e di Dea I Livello al CTO di Iglesias sono dissonanti rispetto all'indeterminatezza del ruolo del Santa Barbara di Iglesias, che meriterebbe continuità politica e sociale per quanto da sempre rappresentato nella comunità iglesiente e professionale. Riteniamo inapplicabile una previsione di Dea I Livello al 50% tra il Cto e il Sirai.
- La distribuzione complessiva per posti letto e disciplina, necessita di essere meglio esplicitata quanto a dislocazione tra gli stabilimenti ospedalieri, per evitare duplicazioni di servizi prestazioni e unità operative. Ortopedia, Chirurgia, Medicina, altri servizi: persisteranno così come esistenti o saranno accorpate, e se accorpate dove sarà assegnata la definitiva unità operativa?
- Notiamo una discrepanza tra i posti letto assegnati nella tabella distribuzione posti letto per territorio e Asl di riferimento, n. 323, rispetto a quanto riportato nella tabella posti letto per disciplina, n. 297.
- **La previsione di una contrazione di meno n. 34 posti letto complessivi non deve intendersi in senso negativo, in quanto l'indice che deve orientare la bussola del riordino è quella del tasso di occupazione del posto letto. In nessun contesto, in ASL 7, raggiunge il 100%. Impegnare compiutamente i posti letto effettivi piuttosto che reclamarne altri che resteranno vuoti ma intatti i loro costi di gestione, ha ricadute sull'organizzazione e sulle prestazioni rese ed in termini economici da non sottovalutare.**
- E' da ipotizzare una modificazione del modello organizzativo assistenziale con incremento di personale di supporto laddove le necessità assistenziali sono orientate prevalentemente verso l'assistenza di base. Questo potrebbe consentire la costituzione dei team a prevalenza di personale di supporto dedicando prevalentemente il personale infermieristico alla responsabilità della predisposizione e governo dei processi assistenziali degli utenti ad esso affidati.
- Richiamiamo il corretto e preminente utilizzo del personale infermieristico, di cui al DM 70/1997, nei servizi del Polo Pediatrico

Presidio Ospedaliero Sirai

Il piano prevederebbe lo scorporo di alcune UU.OO. ad alta intensità di cura e la loro collocazione su piani diversi rispetto alla situazione attuale in cui in Asl Carbonia si mantiene una sezione ad alta intensità di cura ed annessa una a media intensità di cura. Ciò determina la necessità di costituire organici separati e l'incremento più o meno rilevante degli stessi?

Anche in previsione di un risparmio di risorse assistenziali con l'allocazione su medesima piastra di tutte le UU.OO. ad elevata intensità, risulterà inevitabile adeguare lo standard assistenziale di cui alla succitata Delibera Regionale.

1. **Cardiologia:** è previsto l'accorpamento con Emodinamica e Pneumologia con un decremento di tre infermieri, e con l'integrazione di quelli già previsti per l'Emodinamica e la Pneumologia. Di fatto, con l'attivazione della piastra High Care al piano Primo, gli attuali infermieri esperti potranno costituire il team dell'alta intensità?
2. **Specialità mediche:** previsto l'accorpamento delle UU.OO. di Medicina, Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia e Oncologia.

Relativamente alla U.O. di Neurologia, l'accorpamento richiederà un incremento organico di 10 infermieri e 7 OSS, oltre a quello previsto per l'alta intensità;

3. **Pronto Soccorso:** anche per questo Servizio il Piano prevede la separazione dall'O.B.I.

Rispetto agli standard Regionali utilizzati, che prevedono n° 12 infermieri, in relazione al numero degli accessi, si deve considerare la necessità di garantire tutti i trasporti inter-ospedalieri, che attualmente gravano sulle singole UU.OO., con il conseguente l'incremento di 6 unità infermieristiche e 2 operatori di supporto;

4. **Blocco Operatorio:** è considerata l'integrazione di tutti i team delle varie specialità chirurgiche, con l'assorbimento delle funzioni del nurse di anestesia, opzione non è prevista dalla delibera in trattazione.

L'organico prevederebbe l'integrazione con il personale del servizio di Sterilizzazione;

5. **Radiologia:** Si dovrà ipotizzare una diversa organizzazione con la centralizzazione in Radiologia del servizio di trasporti interni dei pazienti che devono essere sottoposti ad esami radiologici, con incremento del numero degli OSS, considerando l'attuale situazione organizzativa con la presenza di personale infermieristico e di supporto con limitazioni funzionali.

Presidio Ospedaliero CTO

1. **Ostetricia e Ginecologia:** nel pieno rispetto del profilo DM 740/74 si prevederebbe una U.O. a totale conduzione del personale collaboratore professionale sanitario ostetrico, da cui può conseguire il recupero di n° 11 infermieri attualmente riallocati in altre strutture ospedaliere;
2. **Polo Chirurgico:** dalla costituzione del Polo Chirurgico con accorpamento di 4 UU.OO. Chirurgiche singole, si recuperano risorse infermieristiche e di supporto;
3. **Pronto Soccorso:** in relazione al numero degli accessi, e considerata la necessità di continui trasporti inter-ospedalieri, documentati, in particolare verso il P.O. Sirai, sede di Dea di primo livello, si ipotizza un incremento organico rispetto agli standard previsti dalla succitata Deliberazione Regionale. Tale incremento consente anche l'assicurazione dei trasporti esterni al momento attuale in carico ai reparti di degenza;
4. **Radiologia:** come per l'omologo Servizio del P.O. Sirai, si ipotizza la centralizzazione del servizio trasporti interni con il rafforzamento del numero di personale di supporto, tenuto conto anche dell'accentramento nel presidio di tutte le UU.OO. di degenza;
5. **Polo pediatrico:** è prevista una U.O. a totale conduzione di personale collaboratori professionali sanitari infermieri pediatrici, con recupero di personale infermieristico?
6. **Specialità mediche:** l'allocazione della nuova struttura attualmente distribuita su due distinti livelli permette una più efficace organizzazione e gestione delle attività. E' previsto un incremento di personale di supporto, che dovrà garantire tutta l'assistenza diretta ai pazienti totalmente o parzialmente dipendenti?
7. **Chirurgia Pediatrica:** non prevista dal Piano di riorganizzazione, si può ipotizzare il mantenimento delle attività attuali all'interno del Polo Pediatrico, eventualmente con rafforzamento dell'organico previsto con ulteriori 6 (sei) unità infermieristiche;
8. **Riabilitazione:** servizio di nuova istituzione: va considerata l'assegnazione del team completo, sia per le attività intensive che di eventuale lungodegenza riabilitativa.

Presidio Ospedaliero S.Barbara:

1. **Blocco Operatorio:** con l'attivazione del Polo Chirurgico del P.O. CTO, il personale attualmente afferente al Blocco Operatorio sarebbe destinato al potenziamento del team previsto per il P.O. CTO, considerata anche l'ulteriore assegnazione di funzioni ora assegnate al nurse di Anestesia.
2. **Rianimazione:** essendo previsto un punto di osservazione presso il Pronto Soccorso del CTO il personale attualmente assegnato potrà essere assegnato al medesimo Pronto Soccorso e a Servizi di nuova eventuale istituzione (Cure Palliative? Hospice? Case della Salute?...)?
3. **Dialisi:** è previsto il trasferimento presso il P.O. CTO;
4. **Endoscopia digestiva:** il personale viene integrato al team del Polo Chirurgico CTO;
5. **Centro Prelievi:** è previsto il trasferimento presso il P.O. CTO.
6. **Ambulatori di Reumatologia, Cardiologia, Medicina interna, Pediatria, Oncologia:** dovrebbero essere trasferiti presso il CTO tra le specialità mediche e Polo Pediatrico. Il personale attualmente in dotazione è confermato?
7. **Radiologia:** Non avendo precise indicazioni sulla permanenza o meno di un Servizio di Radiodiagnostica presso il P.O. S. Barbara, è confermata almeno la dotazione di personale attuale?

Altri servizi Asl Carbonia

L'integrazione ospedale territorio non può prescindere dalla valorizzazione dell'esistente sia a livello di cure domiciliari che di prestazioni ambulatoriali, sia nei rapporti e il coinvolgimento dei professionisti tutti (es. medici di famiglia ed informatori scientifici, direttori medici e coordinatori infermieristici) che tra entità diverse (farmacie, guardie mediche, studi polispecialisti). Su questo contesto e le ricadute sui LEA, ci riserviamo di dedicare una analisi più ragionata nelle prossime settimane.

Il Direttivo Collegio Ipasvi Carbonia Iglesias

