



## **RIFORMA SANITARIA IN FRIULI VENEZIA GIULIA**

**SEI PUNTI CHIAVE “CERTIFICATI” DAGLI INFERMIERI DI IPASVI FVG, PER GARANTIRE LA SALUTE PUBBLICA CON L'OCCHIO AL BUDGET: DAI PUNTI NASCITA AGLI OSPEDALI, DAL PRONTO SOCCORSO ALLE FARMACIE.**

**Intervento dei Collegi Ipasvi di Gorizia, Pordenone, Trieste, Udine**

**di Flavio Paoletti, coordinatore Collegi Ipasvi Fvg e presidente Collegio Ipasvi Ts  
con Luciano Clarizia (Collegio Ipasvi Pn), Orietta Masala (Collegio Ipasvi Go) e Sabrina Spangaro (Collegio Ipasvi Ud)**

### **La proposta di riforma sanitaria IPASVI**

*“L’importante contrazione dei trasferimenti alla sanità regionale, pari a 81 milioni di euro – spiega il coordinatore Ipasvi Fvg Flavio Paoletti - deve far ripensare e riorganizzare complessivamente l’intero sistema. Abbiamo incontrato in questi mesi molti professionisti sanitari e soprattutto abbiamo incontrato i cittadini: per questo vogliamo ribadire con forza che non è più tempo di maquillage, non si tratta più di ‘togliere la polvere di superficie’. E’ arrivato il momento di confrontarsi su una reale riforma della sanità e del sistema integrato di welfare. I tagli dei fondi non permettono più di mantenere lo status quo: bisogna cambiare il paradigma organizzativo e avere il coraggio di dire ai cittadini che il sistema sta implodendo. Bisogna rivedere il sistema, stabilire le priorità e attuare innovazioni che possano mantenere elevati gli standard erogati dal Servizio Sanitario Regionale, coniugando il taglio dei fondi con il diritto di salute dei cittadini. In questa prospettiva, IPASVI ha messo a fuoco sei punti: riorganizzazione degli **ospedali**, sviluppo del **territorio**, revisione dei **punti nascita**, riorganizzazione dei **pronto soccorso**, trasformazione dei **piccoli ospedali** e ruolo delle **farmacie** nel contesto territoriale di prossimità. Le ricette – osserva ancora Paoletti - sono già sperimentate sia in termini organizzativi sia in termini di esiti: serve il coraggio di applicarle riscrivendo la sanità regionale con le risorse e gli attori disponibili a mettersi in gioco per questa sfida, questa Giunta secondo noi ha le persone giuste per farlo”.*

- 1) Ospedali:** l'attuale organizzazione dipartimentale e per reparti tarati sulla malattia d'organo non può reggere né economicamente né clinicamente. Le persone sono sempre più anziane e sempre più spesso soffrono di

pluripatologie concomitanti. Con l'attuale organizzazione un cittadino in fase acuta, affetto sia da scompenso cardiaco sia da broncopneumopatia deve essere ricoverato in medicina, in pneumologia o in cardiologia? I sistemi moderni ed efficienti hanno già risposto a questo quesito **riorganizzando gli ospedali per complessità assistenziale e non in base all'organo malato**. Ciò significa che **il cittadino viene ricoverato in base al bisogno di assistenza e al bisogno clinico là dove ci sono le figure professionali più adatte a rispondere ai suoi bisogni di salute e sono i professionisti che si spostano a letto del paziente e non il paziente che deve essere trasferito prima in un reparto e poi nell'altro**. Tutto ciò implica la valorizzazione e, **utilizzando le competenze avanzate infermieristiche, risolve l'annoso problema dei "fuori reparto" e riduce il costo complessivo del ricovero** perchè permette di avere un rapporto numerico ottimale tra medici, infermieri e operatori di supporto, tarato sulle reali esigenze assistenziali e cliniche del paziente, liberando risorse che possono essere reinvestite nello sviluppo della sanità territoriale (servizi di assistenza domiciliare).

- 2) **Sanità sul territorio:** è la priorità dell'intera riforma. **Una sanità territoriale che funziona e che sia ben integrata con il sociale riduce il numero dei ricoveri e degli accessi in pronto soccorso, con conseguente risparmio**. Si tratta, quindi, di un sistema che si autoalimenta e che non ha bisogno di ulteriori risorse economiche per funzionare. L'acuzia, ma quella vera, deve essere trattata in ospedale mentre **la cronicità deve essere di competenza territoriale attraverso il rafforzamento delle attività distrettuali, lo sviluppo degli ambulatori infermieristici e il coordinamento pubblico delle strutture intermedie** (RSA, case di riposo, ecc) con moduli di diversa complessità e professionalità.
- 3) **Punti nascita:** la normativa sostiene che **un punto nascita per garantire la sicurezza alla donna e al bambino deve avere più di 500 parti all'anno** ma soprattutto che deve essere appropriato e deve differenziare il percorso fisiologico da quello patologico. **E' giunto il momento di riqualificare gli attuali punti nascita perchè possano rispondere ai parametri internazionali di efficacia ed efficienza**. Bisogna implementare l'assistenza ostetrica domiciliare per le gravidanze fisiologiche (che per fortuna sono la maggior parte), sperimentando progetti come la Casa Maternità. **E bisogna ridurre i punti nascita che devono essere centri specializzati appropriati nella gestione delle situazioni di rischio (parti pre termine, gravidanze a rischio)**. Ai cittadini bisogna spiegare che questo non vuol dire chiudere servizi, ma renderli più qualificati per rispondere adeguatamente alle esigenze delle donne.
- 4) **Pronto soccorso:** i cittadini protestano per le lunghe attese nei pronto soccorso in caso di codici bianchi. Ultimamente è stata registrata una riduzione degli accessi impropri, ma **dobbiamo agire non solo sulla domanda, bensì sull'offerta, ovvero il funzionamento del pronto soccorso**. La regione Toscana ha ben dimostrato che una modalità di risposta differenziata del pronto soccorso riduce i tempi di attesa e le proteste dei cittadini. **I codici bianchi** (che spesso sono classificati bianchi solo dopo tutti gli accertamenti diagnostici ospedalieri perchè nessun medico può avere

la sfera di cristallo per capire se si tratta ad esempio solo di un trauma importante o di una frattura), **possono essere trattati in ambito di pronto soccorso attraverso il modello del See and treat a gestione infermieristica su protocolli standard deliberati dalle aziende.** Le **statistiche** dimostrano che questa modalità organizzativa offre risposta immediata al cittadino, permette di diminuire gli spazi di attesa e il ritorno entro le 24 ore successive al pronto soccorso da parte del cittadino è bassissimo, (inferiore all'attuale). **Nel periodo di sperimentazione in Toscana il See & treat ha trattato il 9,02% (989 pazienti) degli accessi al pronto soccorso in orario 8-20. Il 96% di questi è stato preso in carico entro 60 minuti, l'84% di questi entro 30 minuti e il 76% è potuto rientrare al suo domicilio entro 60 minuti. Perché non adottare questa formula, dunque? Viene il sospetto siano le lobby mediche a bloccare questa utile evoluzione.** Anziché parcheggiare gli anziani in sala di attesa per ore e ore, con il medico di pronto soccorso che alla fine invia il paziente a fare i raggi e poi alla visita ortopedica, si potrebbe saltare inviare direttamente i pazienti alla sezione radiologica.

- 5) **Piccoli ospedali:** come i punti nascita sono una spina nel fianco della sanità regionale. Qualcuno ha provato a dire di chiuderli o di trasformarli in qualcosa altro, ma non senza una forte protesta da parte dei sindaci e dei cittadini, che se non correttamente informati ravvisano comprensibilmente un depotenziamento della sanità nel loro territorio. **Il paradigma di riferimento è lo stesso dei punti nascita: poca casistica e pochi servizi di alta specialità in queste strutture significa minor sicurezza per i cittadini. Anche qui bisogna avere il coraggio di trasformare i piccoli ospedali in servizi specialistici ambulatoriali, presidi distrettuali, e posti di ricovero di tipo intermedio e riabilitativo,** rispondendo così anche al parametro nazionale di riduzione dei posti letto per acuti e aumentare quello dei posti letto riabilitativi. Ma tutto ciò va spiegato con chiarezza in primis ai sindaci che per norma sono i responsabili della salute dei propri cittadini.
- 6) **Farmacie:** sono una risorsa dislocata ovunque e di estrema importanza, soprattutto nei territori più periferici: sono da sempre una delle principali porte di accesso al sistema sanitario. Molte si sono riorganizzate garantendo le prenotazioni CUP, erogando alcune prestazioni diagnostiche e cliniche. **Vanno rafforzate e maggiormente integrate con i distretti utilizzando la presenza di infermieri che possano fare attività proattiva, preventiva, di presa in carico, clinica e di raccordo con i distretti. Anche questa modalità mista pubblico-privato, ma con controllo pubblico, può ridurre l'accesso ai pronto soccorsi e ai ricoveri impropri liberando ulteriori risorse da reinvestire nei servizi essenziali, nel rispetto dei LEA e dei tempi di attesa.**