

Decreto Balduzzi: poche luci e tante ombre

Noi sottoscritti, Presidenti dei Collegi delle provincie di Milano – Lodi – Monza e Brianza, Bari e Firenze, per la nostra specifica connotazione di rappresentanza giuridica e territoriale riteniamo di essere in una posizione di comodo nella osservazione delle realtà sanitarie regionali e quindi facilitati nelle ipotesi applicative del decreto e al suo impatto nei complessi sistemi sanitari regionali.

Nel merito del Decreto Balduzzi:

La premessa al dettato normativo esprime la volontà del legislatore di garantire e promuovere il più alto livello di tutela della salute della popolazione, sia attraverso la riorganizzazione e il miglioramento dell'efficienza di alcuni importanti servizi (es. quelli distrettuali, territoriali, domiciliari, etc.), sia con una parallela maggiore responsabilizzazione di tutti gli operatori (anche se il riferimento principale riguarda i medici, contrariamente ai principi di multi - professionalità e multidisciplinarietà che, *teoricamente*, caratterizzano il sistema sanitario).

Complessivamente i principi e gli obiettivi sono sicuramente nobili, pur tuttavia non giustificano il ricorso alla decretazione di urgenza. Il problema è nell'applicazione pratica degli stessi principi, nella metodologia, nei coinvolgimenti e nei tempi di applicazione.

Prima ancora probabilmente vale la pena di prendere atto che, a distanza di venti anni dalla riforma (502/92), più che degli adeguamenti e/o aggiustamenti quello che serve veramente è una rivisitazione completa di tutto l'articolato.

Nonostante le buone intenzioni della premessa, l'introduzione all'art. 1 evidenzia delle contraddizioni, in particolare il riferimento "*ai limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale* (che, come è noto, per effetto dei provvedimenti di Spending review, sono al ribasso), fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale", a significare che il principio guida non è tanto la garanzia della risposta assistenziale ai bisogni di salute della gente quanto la compatibilità economica del sistema. Un richiamo alla "ricerca dell'equilibrio" forse sarebbe stato utile, almeno a sviluppare la riflessione, il ragionamento e il cambiamento negli addetti agli interventi di programmazione ai diversi livelli (nazionale - regionale - locale).

Le argomentazioni prese in considerazione dal Decreto sono molte e complesse. Osserviamo in particolare, per quanto di interesse professionale:

1. Il riordino dell'assistenza territoriale con l'allineamento dei livelli dei L. E. A.
2. L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria
3. La responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie
4. La Dirigenza Sanitaria e il Governo Clinico - assistenziali

1. Il riordino dell'assistenza territoriale

Negli ultimi 30-35 anni l'assistenza territoriale è stata oggetto di grande attenzione da parte di politici e amministratori, con risultati non sempre in linea con le aspettative, e comunque in maniera estremamente diversificata sul territorio nazionale.

Nel recente passato si è posta grande enfasi sui "nuovi bisogni" della gente ed in particolare a alle persone affette da malattie croniche

Oggi, tenuto conto della diversa "compatibilità economica", questa potrebbe essere una grande occasione per una rivisitazione completa dell'intero sistema, tenuto conto delle mutate situazioni epidemiologiche, dello sviluppo scientifico e tecnologico, delle diverse necessità di ospedali (per tipologia, strutturazione, attrezzature, risorse, etc.), delle priorità di allineamento ai principi di qualità e appropriatezza, nonché di definizione rigorosa di percorsi, progetti e processi, con particolare attenzione ai collegamenti con le strutture deputate a garantire l'adeguatezza della risposta clinico assistenziale nelle situazioni di riabilitazione e di cronicità.

Il Legislatore prevede "*nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative mono professionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità' assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi professionali, denominate: "unità complesse di cure primarie", che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure*

Il potenziamento delle attività ambulatoriali, con ampliamento degli orari di apertura per l'intera giornata, 7 giorni su 7, è sicuramente un grande miglioramento del servizio all'utenza. Questo però richiede un ampliamento del budget destinato alle risorse e/o delle importanti riorganizzazioni. E' possibile precedere un ampliamento dell'orario dei "sumaisti" (con aumento della spesa del capitolo di riferimento e un maggiore coinvolgimento degli stessi nel progetto, che sarebbe una cosa sicuramente positiva) o una presenza degli specialisti ospedalieri (con una parallela riorganizzazione delle attività ospedaliere e una rivisitazione dei percorsi e dei processi).

Nessun dubbio circa la necessità di "*condivisione di obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione, etc.*)" in quanto fondamentali per la garanzia della continuità del servizio e della sicurezza delle cure e dell'assistenza.

Qualche perplessità (e molti dubbi) in merito alla strutturazione delle "*unità complesse di cure primarie*":

- Formare altre dirigenze è qualcosa che serve alla gente?
- Aumentare gli orari degli ambulatori dei MMG e PLS per consentire un miglioramento dell'appropriatezza dei percorsi e una parallela diminuzione dell'accesso dei codici bianchi al pronto soccorso - siamo certi che funzionerà? Quante risorse sono già state investite nei MMG e nei PLS senza alcun risultato?
- Andiamo a creare anche i "primari dei medici di medicina generale e dei PLS"?
- E come integriamo il personale dipendente con quello convenzionato? (perché i MMG e PLS sono "convenzionati")!
- Chi sarà il "coordinatore"?
- Quale integrazione con le attività distrettuali?
- Il MMG e il PLS sono "fidelizzati" (scelti dal paziente). E il resto dell'èquipe?
- Che sia il primo passo per l'Infermiere di Famiglia"?? (... ma non traspare!!!!....)
- E quella figura di "case manager" di cui si è parlato per decenni?
- Come avverrà l'integrazione con il servizio di guardia medica nell'H 24?

Particolarmente "suggestiva" appare la citazione del legislatore che prevede, per il funzionamento dei servizi, "*la presenza anche di personale esercente le altre professioni sanitarie, distaccato / comandato dalle strutture ospedaliere di cui sopra*".

Alcune importanti considerazioni:

1. probabilmente non c'è consapevolezza delle gravi criticità oggi presenti nelle strutture ospedaliere, tanto da rendere impensabile qualsiasi spostamento di risorse (a meno che non ci sia - a monte - una riorganizzazione complessiva di vaste dimensioni. In tal caso il risultato sarebbe un "aggiustamento" delle carenze esistenti, ma non certamente un possibile recupero di risorse);
2. l'implementazione dei servizi, per le necessità di oggi e soprattutto per quelle di domani, tenuto conto delle situazioni epidemiologiche in essere e dell'andamento demografico, richiederà un investimento pesantissimo in termini di risorse, in particolare quelle infermieristiche e del personale di supporto, molto lontano da qualsiasi immaginazione. E' bene tenere presente alcuni riferimenti demografici che evidenziano che la popolazione collocata nella fascia di età 65-74 aa è pari all'11%, la popolazione con una età pari o maggiore a 75 aa è pari al 10% (dati ISTAT) e le disabilità sono presenti almeno in una famiglia su 10 (dati "codice argento") per un totale di circa 2.600.000 famiglie interessate. L'ampliamento degli orari di apertura degli studi di MMG/PLS e delle strutture distrettuali e poliambulatoriali sarà sicuramente un miglioramento di grande importanza e significatività, ma non servirà sicuramente a garantire la risposta ai reali bisogni assistenziali della gente. In proiezione futura la questione diventa ancora più complessa, tenuto conto del fatto che le proiezioni a simulazione dell'andamento demografico dei prossimi 30 anni, evidenziano pesantemente le necessità e le criticità, con particolare riferimento alle persone con una età >75 aa (circa il doppio dei 20 anni precedenti). E' necessario ripensare il sistema, sicuramente con una parallela riorganizzazione della parte ospedaliere e dei servizi territoriali, ma anche con importanti investimenti sulle risorse assistenziali (in particolare infermieri e operatori di supporto), da subito.
3. qualsiasi riorganizzazione necessità prima di un investimento e poi, a seguire, è forse possibile recuperare delle risorse.

Il legislatore inoltre prevede:

"che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget";

"definiscano i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis del Decreto";

la necessità di *"disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali"*.

Alcune ulteriori riflessioni:

- è indubbio che per garantire più servizi necessitano finanziamenti diversi (a budget) da parte delle Aziende Sanitarie (e delle Regioni);
- altrettanto importante è definire sia gli standard di riferimento delle forme di aggregazione (studi associati), sia i requisiti professionali e curricolari per ricoprire il ruolo di referente/coordinatore della struttura di cui sopra (meglio a cura delle Regioni rispetto alle Aziende Sanitarie, anche per garantire l'uniformità nel territorio regionale);
- la candidatura degli infermiere (con adeguato curriculum formativo e professionale), pur non considerandola come "esclusività" va supportata e spinta come "possibilità", non tanto per una questione di "lobby", quanto per specificità di saperi e per caratterizzazione professionale (oltre al ruolo di "case manager" che non dovrebbe essere nemmeno posto in dubbio).

Considerazioni finali:

1. *L'ampliamento dei servizi ambulatoriali per l'intera giornata è sicuramente qualcosa che va ad assicurare un miglioramento dei servizi all'utenza (con attenta valutazione dell'impegno finanziario necessario e dei relativi provvedimenti di adeguamento dei budget di riferimento);*
2. *Le nuove organizzazioni professionali di MMG e PLS, comprendenti anche gli operatori di "Guardia Medica", con la garanzia del servizio H24, vanno incontro alle esigenze dell'utenza, garantiscono il rispetto della dignità dei professionisti, in particolare quelli impegnati fino ad oggi nel servizio di guardia medica, consentono la crescita dei gruppi professionali, etc. etc., con un significativo miglioramento del servizio, limitatamente all'apertura dell'ambulatorio del MMG/PLS, con l'auspicio (ma nessuna garanzia) di una riduzione degli accessi dei codici bianchi al pronto soccorso delle strutture ospedaliere;*
3. *Il miglioramento dei servizi e una reale "presa in carico" dell'utenza è auspicabile e possibile solo conseguentemente ad un importante incremento di risorse, in particolare infermieri e operatori di supporto, tenuto conto della domanda dell'utenza e delle variabili epidemiologiche e demografiche presenti;*
4. *E' necessario considerare con grande attenzione alcune evidenze che dimostrano inequivocabilmente che un servizio ridotto rispetto alle reali necessità, per le limitate disponibilità finanziarie, ha come probabile conseguenza una necessità prolungata di trattamenti e prestazioni, con risultati finali molto più onerosi rispetto a quelli che si sarebbero potuti ottenere con un progetto clinico assistenziale adeguato, sviluppano correttamente e completamente fin dall'inizio, nel rispetto dei principi fissati a livello scientifico e metodologico.*

2. L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria

Colpisce il fatto che il punto 4 si realizza -"conditio sine qua non" - "in accordo con i dirigenti interessati". Verrebbe naturale prevedere che la modalità operativa in essere nelle attività libero professionali abbia identico riscontro nelle attività istituzionali e divisionali (es. se non necessita la figura infermieristica nelle attività ambulatoriali libero professionali, non necessita nemmeno nelle attività istituzionali divisionali).

Probabilmente i tempi erano maturi per una spinta diversa, con la previsione dell'attività libero-professionale anche per gli Infermieri, anche come attività diretta, con importanti riscontri favorevoli sia nella soddisfazione dell'utenza (la scelta del professionista per alcune attività/prestazioni), sia nella motivazione e gratificazione dei professionisti infermieri.

4. La responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

Il legislatore dà particolare rilevanza alla responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie. Egli afferma che *"fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile,*

nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale".

Il contenuto è molto forte e, a parte i successivi richiami ai coinvolgimenti di Ordini, Collegi, Associazioni, OO. SS., e la possibilità di variazione continua dei premi a carico delle aziende, parallelamente all'andamento degli incidenti/infortuni, si evidenziano le seguenti necessità:

1. l'introduzione di modelli organizzativi e sistemi di cura e assistenza validati da un punto di vista scientifico e metodologico;
2. la definizione e l'utilizzo ordinario degli strumenti di lavoro necessari a garantire la continuità e l'uniformità delle prestazioni e attività (dal progetto di cura e assistenza ai protocolli, procedure, etc.);
3. la previsione di momenti programmati di audit per la verifica e la valutazione dei risultati, per l'individuazione delle eventuali "non conformità" e per la programmazione e realizzazione delle eventuali azioni correttive.

Considerazioni finali

I vantaggi sono di grande rilevanza, sia per i cittadini (garanzia di un progetto validato, di continuità e uniformità delle attività e delle prestazioni assistenziali), sia per i professionisti (la maggiore garanzia e tutela giuridica di cui sopra).

Rendere operativo l'indirizzo del legislatore richiede un grande impegno alle aziende per le seguenti motivazioni:

- *la necessità di spiegare il significato di "revisione dei modelli organizzativi e dei sistemi di cura e assistenza";*
- *la necessità di lavorare (a livello multi-professionale - in termini di definizione e condivisione) sui nuovi modelli;*
- *la necessità di informare e formare tutti gli operatori interessati;*
- *la necessità di sperimentare e valutare i nuovi modelli;*
- *la necessità di incontrarsi (audit) per individuare le eventuali non conformità e correggerle;*

La formazione sarà indispensabile per adeguare i saperi e per guidare i cambiamenti, possibilmente privilegiando i sistemi bottom-up rispetto ai sistemi top-down, con interventi mirati a livello di Unità Operativa / Dipartimento, nel rispetto dei contenuti determinati dal sistema ECM.

Il riferimento al "Dossier Formativo", parte integrante del sistema ECM, può favorire le interazioni e le integrazioni tra i diversi professionisti e consentire un più agevole sviluppo del progetto.

4. La Dirigenza Sanitaria e il Governo Clinico (assistenziale)

Vengono prese in considerazione alcune argomentazioni che rivestono grande importanza per la nostra famiglia professionale, in particolare:

1. la selezione dei Direttori Generali;
2. i criteri per il conferimento degli incarichi di struttura complessa;
3. la chiara definizione e declinazione dei contenuti dell'art. 8 del vigente CCNL dell'Area della Dirigenza SPTA (conseguenza diretta dei due punti precedenti).

E' di fondamentale importanza che venga specificato a livello nazionale il riconoscimento della nostra Laurea Specialistica al pari delle altre lauree, senza possibilità di diverse interpretazioni a livello regionale.

Così come è necessario prevedere i giusti riconoscimenti, in parallelo ai ruoli ricoperti e alle relative responsabilità, per i livelli apicali della filiera professionale, al pari di quanto avviene in altre famiglie professionali.

Al proposito assume grande rilevanza anche la determinazione (meglio se a livello nazionale e regionale) delle collaborazioni, delle integrazioni, delle relazioni, comunicazioni e condivisioni, nonché dei ruoli e delle responsabilità, per ogni livello delle articolazioni organizzative (componente medica e componente delle professioni sanitarie), in linea con i contenuti dell'Art. 8 del vigente CCNL dell'Area della dirigenza SPTA, per le ripercussioni su tutta la filiera professionale. Non è tanto una questione di lobby, quanto di saperi, di specificità e di caratterizzazioni professionali.

Noi riteniamo di aver esemplificato, attraverso l'analisi del Decreto il pensiero reale degli Infermieri italiani che costantemente si interrogano, come in questa circostanza, sulle tante occasioni legislative perse per dare concreta risposta ai desiderata professionali degli Infermieri e per essi ai cittadini. Gli Infermieri italiani attendono dal Ministro Balduzzi risposte in linea con l'impegno che egli ha dichiarato in sede di Congresso Nazionale IPASVI di Bologna 2012 ed auspicano l'apertura urgente di un confronto istituzionale in sede di Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale di Collegi IPASVI.

Muttillo Giovanni (Presidente Collegio IPASVI di Milano-Lodi-Monza e Brianza)

Andreola Saverio (Presidente Collegio IPASVI di Bari)

Massai Danilo (Presidente Collegio IPASVI di Firenze)