

# **I bisogni della gente - le necessità del sistema sanitario - la disoccupazione infermieristica**

- il coraggio di ri-pensare il sistema e il coraggio della verità -

Parole chiave e principi fondamentali:

1. i bisogni della gente
2. le dichiarazioni di intenti (nobili)
3. i cambiamenti del e nel sistema
4. le riorganizzazioni e le necessità di risorse

## **1. i bisogni della gente**

I bisogni della gente sono cambiati perché:

- è cambiata la demografia (*fonte istat* - i dati disponibili evidenziano delle distribuzioni percentuali regionali variabili dall'8,3% al 13% per le persone nella fascia di età ricompresa tra 65-74 aa e dal 7,7% al 13,9% per le persone con una età maggiore di 75 aa.. Inoltre le proiezioni per i prossimi 20 anni evidenziano un aumento rispettivamente di circa 4.000.000 di persone con una età maggiore di 65 aa, di 1.500.000 persone con una età > di 80 aa e di 1.500.000 di persone con una età > di 85 aa.)
- è cambiata l'epidemiologia (*rif. progetto "codice argento e rapporto sulla non autosufficienza"* - sono aumentate le patologie cronic-degenerative, sono diminuiti i livelli di autonomia delle persone e sono aumentate le fragilità e le disabilità con le seguenti rappresentazioni percentuali: il 9,7% interessante la fascia di età 70-74 aa; il 17,8% interessante la fascia di età 75-79 aa; il 44,5% interessante la fascia di età maggiore di 80 aa.; una famiglia su dieci ha in casa un componente con problemi di cronicità e disabilità, per un totale stimato in 2.600.000 persone in tali condizione, pari al 4.8% della popolazione italiana)
- sono cambiate le condizioni socio-economiche e gli stili di vita (sono in aumento le persone sole e risulta in aumento la popolazione al di sotto della soglia di povertà, con ripercussioni negative anche nelle condizioni di salute).

## **2. le dichiarazioni di intenti (nobili)**

*Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2014* evidenzia continui richiami e citazioni (almeno 55) all'impegno infermieristico su argomentazioni "core", con particolare riferimento al rapporto con i cittadini e la partecipazione degli utenti, la presa in carico e la sanità di iniziativa, gli organici infermieristici [tenuto conto sia del turnover, sia degli Infermieri stranieri], le integrazioni ospedale / territorio, l'assistenza territoriale e la continuità delle cure e dell'assistenza, le attività e le prestazioni domiciliari e residenziali, la cronicità e il governo clinico, le dimissioni programmate e l'integrazione con il MMG, le strutture a gestione infermieristica, lo sviluppo della ricerca, il sistema infermieristico nell'urgenza/emergenza e nelle attività preventive, etc. etc.

L'investimento (di progetto, ma non di finanziamento) del Ministro Balduzzi sulle cure primarie è significativamente legato ai principi fissati dal PSN, con forte valorizzazione e coinvolgimento dell'infermiere. Certamente l'applicazione pratica richiede un forte investimento (in termini di risorse umane) per il potenziamento/attivazione dei servizi territoriali e domiciliari, difficilmente realizzabile attraverso i "recuperi" conseguenti alle riorganizzazioni ospedaliere raccomandate dal legislatore, per il semplice fatto che le eventuali razionalizzazioni servirebbero solo a compensare (forse solo parzialmente) le gravi carenze presenti oggi nelle strutture ospedaliere.

## **3. i cambiamenti del e nel sistema**

Cambiamenti che hanno riguardato l'assetto del Sistema Sanitario - in particolare:

- < delle strutture di ricovero pubbliche (da 654 a 634);
- < delle strutture di ricovero private (da 536 a 531);
- < dei p.l. delle strutture pubbliche (6%) e delle strutture private (10%);
- < dei p.l. di Day Hospital nelle strutture pubbliche;
- > dei p.l. di Day Hospital nelle strutture private accreditate;
- > dei p.l. di Day Surgery nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Cambiamenti che hanno riguardato il funzionamento del sistema e delle strutture - in particolare:

- le evoluzioni scientifiche e tecnologiche (con significativi miglioramenti nella progettualità clinico-assistenziale-riabilitativa e nei relativi trattamenti);
- i nuovi approcci diagnostico-terapeutico-assistenziali-riabilitativi e nuove procedure chirurgiche invasive e mininvasive (con forte diminuzione delle giornate di degenza e significativi miglioramenti nella salute)

- degli utenti, anche con accorciamenti dei tempi di recupero delle condizioni fisiche);
- una diversa e maggiore celerità nei percorsi e nei processi (con la possibilità di garantire una migliore risposta all'aumentata domanda dell'utenza, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza);
- .....

Cambiamenti che hanno riguardato la sostenibilità del sistema - in particolare:

***a livello centrale e regionale***

- Continua diminuzione dei finanziamenti;
- Indirizzi pesanti di contenimento dei costi (livelli di spesa del personale dell'anno 2004, con ulteriore diminuzione dell'1,4%. N.B. il riferimento è alla spesa per tutto il personale e non solo per gli Infermieri);
- Indirizzi di razionalizzazione (forse è meglio dire "di razionamenti")

***a livello aziendale***

- tagli lineari (in particolare al personale infermieristico e di supporto);
- interventi di riorganizzazione minimali;
- tagli alle forniture;
- tagli ai servizi;
- tagli .....

**4. le riorganizzazioni e le necessità di risorse**

Gli interventi di riorganizzazione devono riguardare diversi livelli:

***le riorganizzazioni - il livello centrale*** (fonte Ministero della Salute)

- è stato già definito lo standard di riferimento per la dotazione di posti letto (3‰ abitanti per le acuzie e 0,7‰ abitanti per lungodegenza e riabilitazione). I dati a disposizione consentono di affermare che c'è un eccesso di 14.000 posti letto per acuti e una carenza di circa 6.600 posti letto per lungodegenza e riabilitazione;
- sono stati definiti precisi indirizzi per le cure primarie e per la farmaceutica;

***le riorganizzazioni - il livello regionale***

competete alla regione:

- l'analisi della situazione esistente e la chiara "fotografia del sistema";
- la definizione dell'assetto (il progetto) delle strutture e dei servizi del sistema sanitario regionale (ospedale - residenze - territorio - domicilio) e la relativa rete, tenuto conto delle situazioni epidemiologiche, demografiche e sociali, dei contesti di riferimento e della compatibilità economica del sistema;
- lo studio delle possibili riorganizzazioni tenuto conto delle importanti evoluzioni scientifiche e tecnologiche che hanno interessato il sistema (es. la laparoscopia e la robotica, la diagnostica e la endoscopia interventistica, la radiologia interventistica negli apparati cardio-vascolare e neuroscienze, etc.), con la concreta possibilità / necessità di ripensare il sistema in una logica di diversa necessità di presenza, di distribuzione e di dimensionamento delle strutture (forse l'errore è stato quello della continua corsa all'adeguamento dei sistemi e delle tecnologie, senza una contestuale revisione della situazione precedentemente esistente);
- lo studio e la definizione di modelli di integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali (in entrata e in uscita) e la diffusione dei relativi indirizzi;

***le riorganizzazioni - il livello di Area Vasta / Aziendale***

Compete all'Area Vasta / Azienda:

- la definizione / ri-definizione dell'assetto ospedaliero e territoriale (sulla base degli indirizzi regionali e delle razionalizzazioni necessarie) e le eventuali integrazioni / riconversioni / differenziazioni;
- il "ripensamento" e le "destinazioni d'uso" degli ospedali con meno di 120 pl (209 sul territorio nazionale) al fine di assicurare l'efficacia e l'efficienza delle attività e prestazioni e, in particolare, la sicurezza degli utenti (tenuto conto che "le abilità" dei professionisti sono direttamente collegate "alla casistica");
- la riorganizzazione dell'assetto delle strutture e dei servizi, anche con il ricorso a modelli organizzativi avanzati (es. DH, DS, il superamento del "reparto" a favore di una distribuzione dei pl "per aree", lo sviluppo del Sistema Weeck, l'integrazione e l'accorpamento di UU.OO., i percorsi di accesso e

dimissione agevolati, etc. etc.) al fine di garantire comunque la "presa in carico" dell'utenza (e dei relativi problemi di salute), pur in presenza di una situazione di "necessità di contenimento della spesa" e una parallela "esigenza di assicurare la risposta ai bisogni di salute della gente";

- l'implementazione dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi, al fine di assicurare l'adeguatezza e l'appropriatezza delle attività e delle prestazioni;
- lo sviluppo dei progetti, dei percorsi e dei processi al fine di assicurare al meglio sia la continuità e l'uniformità delle cure e dell'assistenza, sia i più alti livelli di garanzia per gli utenti e per gli operatori;

### **la necessità di risorse**

Ad oggi il "faro guida" è stato il conto economico. La necessità di portare i bilanci "a pareggio" (così dicono ... anche se a volte sono comparse delle "sorpresa") ha indotto il comportamento delle direzioni generali, presumibilmente dietro input dei governi regionali, a tagli pesantissimi che hanno riguardato prevalentemente l'area assistenziale e i servizi, senza tenere conto che la riduzione di personale e dei servizi potrebbe portare ad un aumento dei fatti acuti e/o un aggravamento delle cronicità, con un risultato finale esattamente opposto a quello sperato (aumento dei costi).

Certamente non era questo il desiderio dei cittadini quando, nel momento elettorale, hanno espresso delle precise scelte e manifestato fiducia a qualcuno, speranzosi in un "ritorno" in linea con le aspettative proprie.

La realtà è stata diversa. E' mancata l'analisi, non c'è stato un momento di pensiero a un nuovo progetto .... e forse c'è stato anche il timore del confronto con le parti interessate e tanta paura di perdere consensi.

Alcune elaborazioni possono essere di aiuto per una diversa lettura dei fenomeni:

#### a) le strutture ospedaliere e i relativi posti letto (per acuti) - fonte Ministero della Salute

- Gli indirizzi ministeriali evidenziano (in allineamento al 3 pl ‰ abitanti) un esubero di 14.000 posti letto (con diversa distribuzione nel territorio nazionale);
- si tratta (a titolo esemplificativo) della ipotetica necessità di chiusura di 437 unità operative di circa 30 pl ciascuna;
- il recupero di risorse è quantificato in circa 10.000 operatori (usando l'arcaico strumento dei minuti di assistenza), di cui 2/3 Infermieri e 1/3 OSS.

#### b) le strutture residenziali per lungodegenza e riabilitazione - fonte Ministero della Salute

- Gli indirizzi ministeriali evidenziano (in allineamento allo 0,7 pl ‰ abitanti) una necessità di incremento di 6.600 posti letto (con diversa distribuzione nel territorio nazionale);
- si tratta della ipotetica necessità di attivazione / apertura di 330 unità operative di circa 20 pl ciascuna (le strutture di lungodegenza e riabilitazione necessitano di specifiche articolazioni e tipologie strutturali);
- la necessità di risorse è quantificata in circa 6.300 operatori (usando l'arcaico strumento dei minuti di assistenza), di cui 2/3 Infermieri e 1/3 OSS.

La differenza ipotetica (in eccesso) è pari a 3.700 operatori (di cui 2/3 Infermieri e 1/3 OSS)

***N.B.** Prendendo in considerazione solo gli ospedali con più di 120 posti letto (pari a 425 strutture ospedaliere) e ipotizzando una carenza (sicuramente sottostimata) di 10 operatori per ogni struttura, si rende necessaria una necessità di compensazione pari a 4.250 operatori (di cui 2/3 Infermieri e 1/3 OSS) con evidenza di una carenza di 550 operatori.*

Inoltre, relativamente alle strutture esistenti e alle attività e prestazioni erogate a livello di ogni singola regione:

#### c) strutture residenziali e semi-residenziali (posti letto / 100.000 abitanti) - fonte Ministero della Salute

valori da 33 a 865, con le seguenti distribuzioni:

. assistenza psichiatrica	da 4,8% a 72%
. assistenza anziani	da 3% a 94%
. assistenza pazienti terminali	da 0,1% a 9,3%
. assistenza riabilitazione psichica	da 1% a 55%

#### d) assistenza domiciliare - fonte Ministero della Salute

. casi trattati (% popolazione)	da 0,14% a 2,9%	(valore medio nazionale 1,19%)
. ore per caso	da 4 a 60	(valore medio nazionale 14)
. accessi per caso	da 13 a 90	(valore medio nazionale 19)

#### e) personale

(con unico riferimento alle aziende sanitarie e ospedaliere, senza possibilità di comparazione con altri criteri)

- fonte Ministero della Salute -

. rapporto medici ‰ abitanti	da 1,3 a 2,3
. rapporto infermieri ‰ abitanti	da 3,2 a 6,1
. rapporto amministrativi ‰ abitanti	da 0,9 a 2,5

### **Considerazioni finali:**

sulla base di quanto riportato, tenuto conto anche dei principi fissati dall'Art. 32 della Costituzione che recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. ... omissis ..." è ragionevole ipotizzare delle migliori definizioni e ulteriori approfondimenti su specifici ambiti e sui principi generali di riferimento, in particolare:

- più che sviluppare gli approfondimenti per la definizione dei "costi standard" potrebbe risultare di fondamentale importanza definire "la risposta standard" ai bisogni della gente, possibilmente in maniera uniforme sul territorio nazionale (pur nel rispetto delle autonomie regionali .... anche se i dati riportati evidenziano appieno le forti diversità e, di conseguenza, il diverso diritto dei cittadini);
- l'attenzione alla garanzia dei diritti a tutti i cittadini (pari livelli di servizi e pari possibilità di accesso) richiede un'azione programmatica completamente diversa rispetto a quella in essere (con partenza dall'analisi dei bisogni della gente e non dalla compatibilità economica), con forti investimenti di risorse assistenziali (in particolare infermieri e operatori di supporto), con il rischio concreto di trovarsi, entro breve, nelle stesse condizioni di grave criticità di circa un decennio fa;
- le continue evoluzioni scientifiche e tecnologiche, i mutati bisogni degli utenti, le nuove necessità di funzionamento del sistema e la diversa formazione degli operatori obbligano una nuova definizione delle competenze e una chiara definizione delle collaborazioni e delle integrazioni, delle interazioni e dei sistemi di comunicazione, dei ruoli e delle responsabilità (individuali e di gruppo), in linea con le necessità di funzionamento del sistema, con le aspettative dei professionisti e con i principi fissati dall'Art. 8 del vigente CCNL dell'Area della Dirigenza SPTA;
- il sistema, sempre più multi-professionale e multi-disciplinare, necessita di una rivisitazione dei modelli organizzativi e dei sistemi di cura e assistenza, con il superamento dei vecchi modelli arcaici e autoreferenziali, a favore di nuovi sistemi, orientati all'integrazione, al lavoro di gruppo, alla comunicazione continua, agli audit per il confronto tra obiettivi e risultati, per l'individuazione delle non conformità rispetto al progetto di riferimento e per la definizione delle azioni correttive;
- l'assoluta necessità, nell'ambito dei processi di riorganizzazione, di applicare gli indirizzi governativi di riduzione di pl (in termini di riduzione di strutture complesse e non di limitatissime riduzioni per ogni singola u.o.) e di definire standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche (quelli in uso risalgono a 25 anni fa e non hanno alcuna possibilità di applicazione alle condizioni assistenziali di oggi);
- è giunto il momento di dire chiaramente che la "disoccupazione infermieristica" non è conseguente ad un miglioramento delle condizioni di salute della gente, bensì ad un peggioramento delle condizioni economiche del Paese (non vengono assunti infermieri solo perché non ci sono soldi .... anche se poi si prende atto che per altre figure professionali i soldi si trovano!). Il solo ipotetico pensiero di allineamento della programmazione ed erogazione dei servizi ad un valore accettabile, in maniera identica su tutto il territorio nazionale (come identici sono i diritti dei cittadini), richiederebbe un numero certamente significativo di Infermieri e Operatori di Supporto, e probabilmente tutti quelli che oggi risultano "disoccupati" potrebbero non bastare per la garanzia dei servizi necessari a rispondere alla domanda della gente. E' anche importante tenere conto che in troppe situazioni (e i dati riportati confermano ampiamente la tesi) le diversità di offerta non sono conseguenti ad una diversa domanda dell'utenza, ma molto più semplicemente al fatto che certi servizi non vengono offerti, a prescindere dal diritto della gente. Potrebbe risultare interessante interrogarsi in merito all'opportunità della corretta e completa informazione all'utenza, ricordando che lo stesso utente è anche committente e finanziatore del sistema, ..... con il giustificato desiderio di una completa risposta ai bisogni di salute.
- è giunto il momento di richiamare la politica al coraggio delle scelte e al coraggio delle decisioni, possibilmente con onestà intellettuale, nel rispetto dei reali bisogni della gente e non dei poteri costituiti.

