

Il DEF – il PNE – i Costi Standard – la riduzione dei servizi - la disoccupazione infermieristica è migliorata la condizione di salute della popolazione o sono peggiorate le condizioni economiche del Paese?

di *Marcello Bozzi*




Sicuramente non è migliorata la condizione di salute della popolazione.

Certamente la condizione economica del Paese è abbastanza “delicata”.

Probabilmente il Sistema Sanitario necessita di essere “pesantemente riformato” (*Ivan Cavicchi – il riformista che non c'è – edizioni dedalo – 2013*).

E per “riformare” serve un forte sapere programmatico e il giusto coraggio da parte della politica (nel senso nobile del termine) di fatto serve “quel riformista che non c'è”! (o che non ha reso ancora evidente la sua presenza !!!)

Al momento è possibile prendere atto che le “grandi riorganizzazioni” al momento in essere, forse in maniera leggermente differenziata a livello di ogni singola regione, hanno seguito un identico modello applicativo:

Le Regioni e le Direzioni Aziendali	Gli strumenti di lavoro	Le attività principali	Quali “misure” ??????
			

La realtà dei fatti evidenzia delle pesantissime razionalizzazioni (tagli lineari su tutti i fronti, più facilmente inquadrabili nel termine “razionamenti”), con significative ripercussioni nei servizi e, di conseguenza, nella salute della popolazione.

Viene naturale domandarsi: - Con quali “misure”?

Gli interventi “sartoriali” si sono realizzati ovunque con l'unico riferimento al vincolo normativo (lo stesso impegno di spesa dell'anno 2004, cui deve essere sottratto un ulteriore 1,4%), con un interesse quasi esclusivo al rispetto dei conti, senza particolare attenzione alle nuove esigenze della popolazione e ai processi di riorganizzazione

Di contro, il management moderno raccomanda di anteporre le azioni di programmazione e riorganizzazione (che spesso richiedono investimenti) a quelle di razionalizzazione (che generalmente portano al contenimento della spesa).

A prescindere dagli approfondimenti del Prof. Spandonaro (su cui sarebbe utile attivare un sereno momento di confronto e dibattito) e dalle considerazioni della Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI Dott.ssa Sen. Annalisa Silvestro (la cui auspicata forte posizione risulta essere pervenuta solo in forma “lieve” o comunque in maniera inferiore rispetto alle aspettative), viene naturale il tentativo di un approfondimento “laico” delle diverse situazioni che possono determinare sia una variazione nello stato di salute della popolazione, sia una maggiore/minore necessità di risorse assistenziali, a partire proprio dalle “misure” che, in particolare, riguardano:

- la situazione demografica;
- la situazione epidemiologica e il trend dei prossimi anni;
- le condizioni sociali;
- le riorganizzazioni del sistema;
-

Per fare ciò è necessario raccogliere ed analizzare i dati e pertanto, anche al fine di avere una unica “linea” di riferimento, vengono utilizzate le fonti del Ministero della Salute relative all'anno 2010.

La situazione demografica

La comparazione tra i dati delle regioni del Paese evidenzia delle significative differenze che generano, come conseguenza, dei cambiamenti anche nella domanda da parte delle persone e una diversa necessità di servizi (range significativamente diversi nella fascia di età 65-74 aa, con valori che vanno da 8,3% a 13% e nella fascia di età > di 75 aa, con valori che vanno da 7,7% a 13,9%

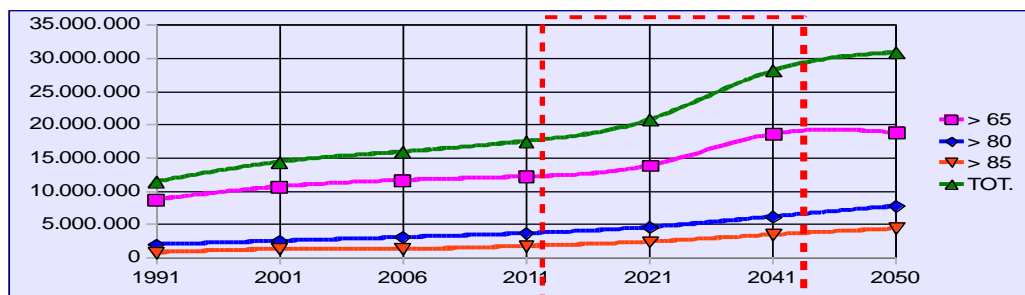
Popolazione per classi di età – distribuzione percentuale - 1/1/2010 (fonte ISTAT)

Regione	0 – 14 (%)	15 – 44 (%)	45 – 64 (%)	65 – 74 (%)	> 75 (%)	Totale
Piemonte	12,8	36,7	27,7	11,6	11,2	4.446.230
Valle D'aosta	13,9	37,6	27,6	10,8	10,1	127.866
Lombardia	14,1	38,9	26,9	10,6	9,5	9.826.141
Provincia Aut. Bolzano	16,6	40,5	25,0	9,5	8,4	503.434
Provincia Aut. Trento	15,4	38,5	26,8	9,7	9,6	524.826
Veneto	14,2	38,9	27,0	10,3	9,6	4.912.438
Friuli Venezia Giulia	12,5	36,1	28,0	12,0	11,4	1.234.079
Liguria	11,4	33,7	28,0	13,0	13,9	1.615.986
Emilia Romagna	13,2	37,5	26,9	10,9	11,5	4.395.569
Toscana	12,6	36,7	27,4	11,4	11,9	3.730.130
Umbria	12,8	37,3	26,7	11,0	12,2	900.790
Marche	13,3	37,8	26,5	10,7	11,7	1.559.542
Lazio	14,0	39,4	26,8	10,3	9,5	5.681.868
Abruzzo	13,0	39,1	26,6	10,2	11,1	1.338.898
Molise	12,6	38,7	26,8	10,0	11,9	320.229
Campania	16,5	42,4	25,1	8,3	7,7	5.834.056
Puglia	14,9	40,9	25,9	9,4	8,9	4.084.035
Basilicata	13,5	40,0	26,4	9,5	10,6	588.879
Calabria	14,4	41,0	25,9	9,2	9,5	2.009.330
Sicilia	15,3	40,8	25,5	9,2	9,2	5.042.992
Sardegna	12,3	40,3	28,2	10,2	9,0	1.672.404
ITALIA	14,1	39,1	26,7	10,3	10	60.349.722

N.B. - per una migliore e più rapida lettura, i valori percentuali minimi e massimi vengono riportati in colore rosso e azzurro.

La simulazione sotto riportata rende evidenti i cambiamenti demografici nei prossimi 30 anni le relative necessità e criticità (l'aumento delle persone con una età > di 65-80-85 anni e circa il doppio dei 20 anni precedenti)

	1991	2001	2006	2011	2021	2041	2050
> 65	8.700.000	10.646.000	11.616.000	12.162.000	13.824.000	18.563.000	18.788.000
> 80	1.954.000	2.476.000	3.029.000	3.622.000	4.544.000	6.135.000	7.738.000
> 85	728.000	1.240.000	1.250.000	1.706.000	2.359.000	3.415.000	4.347.000
TOT.	11.382.000	14.362.000	15.895.000	17.490.000	20.727.000	28.113.000	30.873.000



La situazione epidemiologica

- La situazione epidemiologica presenta le seguenti caratterizzazioni:
- un aumento della vita media;
- un aumento delle patologie cronico-degenerative;
- una diminuzione dei livelli di autonomia delle persone;
- un aumento delle fragilità e delle disabilità (rif. progetto "codice argento" e "rapporto sulla non autosufficienza"), con significativi valori percentuali soprattutto nella fascia di età >80 aa:
 - ✓ 70-74 aa 9,7% (valori percentuali per la specifica fascia di età)
 - ✓ 75-79 aa 17,8% (valori percentuali per la specifica fascia di età)
 - ✓ > di 80 aa 44,5% (valori percentuali per la specifica fascia di età)
 - ✓ 1 famiglia su 10 ha in casa un componente con problemi di cronicità e disabilità (2.600.000)

persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia, pari al 4.8% della popolazione)

Le condizioni sociali (e socio-economiche – del Paese, delle famiglie e dei singoli)

- Cambiamenti nella e della società (con scomparsa del pilastro fondamentale costituito dalla famiglia patriarcale)
- Aumento delle persone sole
- Diminuzione della capacità economica (spesso con un contestuale obbligo alle scelte da parte delle persone)
- Aumento dell'età pensionabile
- Modifica degli stili di vita
-
- Difficoltà per i giovani
- Multietnia
- Siti di aggregazione

I grandi cambiamenti sopra citati evidenziano chiaramente la necessità di “ripensare” il sistema sanitario in funzione della nuova domanda e dei nuovi bisogni, nel rispetto delle caratterizzazioni di ogni territorio/regione.

La tabella che segue evidenzia le difformità presenti a livello regionale, con riferimento alle strutture residenziali e semi-residenziali, specifiche per garantire la risposta assistenziale nelle diverse situazioni di disabilità e cronicità, relativamente all'anno 2010 (i dati di oggi sono sicuramente peggiorativi rispetto alla tabella sotto riportata)

Strutture Residenziali e Semiresidenziali - anno 2010 - (fonte Ministero della Salute)

Regione	Totale popolazione	N. posti strutture residenziali	posti per 100.000 abitanti	N. posti strutture semi-resid.	posti per 100.000 abitanti	Totale posti 100.000 abitanti	Distribuzioni % per tipo di assistenza				
							% Ass. Psic.	% Ass. Anziani	% Ass. Paz. Term.	% Ass. Dis.Psic.	% Ass. Dis.Fisic.
Piemonte	4.446.230	26.507	596	3.282	74	670	10,0	75,8	0,4	9,4	4,4
Valle D'aosta	127.866	138	108	31	24	132	24,9	3,0		51,5	20,7
Lombardia	9.826.141	67.012	682	14.824	151	833	7,7	77,5	0,3	1,0	13,4
Provincia Aut. Bolzano	503.434	4.169	828	74	15	843	4,8	91,2		1,2	2,8
Provincia Aut. Trento	524.826	4.542	865	109	21	886	5,4	94,3	0,1	0,2	
Veneto	4.912.438	32.407	660	9.506	194	853	8,5	66,5	0,2	20,3	4,4
Friuli Venezia Giulia	1.234.079	8.493	688	572	46	735	8,1	87,8	0,6	2,5	1,0
Liguria	1.615.986	7.293	451	1.126	70	521	15,0	79,9	0,6	2,7	1,7
Emilia Romagna	4.395.569	20.350	463	8.263	188	651	10,8	67,0	0,8	0,1	21,3
Toscana	3.730.130	13.937	374	3.525	95	468	10,8	74,3	0,4	9,7	4,7
Umbria	900.790	2.701	300	900	100	400	16,4	67,0	0,5	8,3	7,9
Marche	1.559.542	2.159	138	385	25	163	26,0	61,0	2,4	8,9	1,6
Lazio	5.681.868	7.075	125	1.582	28	152	32,8	57,5	2,8	4,8	2,1
Abruzzo	1.338.898	2.658	199	252	19	217	34,9	52,4		6,1	6,6
Molise	320.229	90	28	17	5	33	72,0	15,0	9,3	3,7	
Campania	5.834.056	2.289	39	1.315	23	62	52,9	19,8	0,6	14,5	12,3
Puglia	4.084.035	3.889	95	782	19	114	37,5	32,2	1,2	15,4	13,8
Basilicata	588.879	580	98	74	13	111	59,5	29,1	0,9	8,9	1,7
Calabria	2.009.330	2.236	111	181	9	120	15,6	55,7	0,3	22,6	5,8
Sicilia	5.042.992	2.558	51	555	11	62	59,3	23,6	0,6	10,3	6,1
Sardegna	1.672.404	1.792	107	424	25	133	31,4	22,9	8,0	25,6	12,1
ITALIA	60.349.722	212.875	VM 351	47.779	VM 65	VM 415	VM 12,5	VM 70,8	VM 0,6	VM 7,0	VM 9,1

N.B. - per una migliore e più rapida lettura, i valori percentuali minimi e massimi vengono riportati in colore rosso e azzurro. In colore marrone vengono riportati i valori medi.

Riflessione n. 1

L'analisi delle situazioni presentate (i cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali) e la simulazione relativa alle evoluzioni dei prossimi anni, devono essere la base di riferimento per la riprogettazione dei servizi.

Colpisce il fatto che, a fronte della certezza di un aumento delle cronicità e delle disabilità, oltre alle pesanti difformità già presenti, continui il taglio indiscriminato di risorse e, di conseguenza, di servizi.

Inoltre risultano mancanti:

- **“le misure” delle conseguenze di una riduzione di servizi sulla salute della popolazione** (in altri termini, ... siamo certi che il riacutizzarsi di una forma cronica, necessitante di trattamenti con ricovero ospedaliero, risulti meno onerosa dei servizi garantiti in forme diverse dal ricovero ospedaliero?)
- **“le misure” delle mutate condizioni sociali ed economiche nelle scelte (obbligate) della popolazione**

Le riorganizzazioni del sistema ospedaliero

Le riorganizzazioni del sistema ospedaliero riguardano principalmente:

- il sistema ospedaliero;
- il sistema residenziale (lungodegenza e riabilitazione);
- il sistema delle cure primarie.

Il sistema ospedaliero

Gli ultimi governi sono tutti intervenuti pesantemente sul sistema sanitario, per mezzo di norme e/o atti di indirizzo, per assicurare il funzionamento del sistema e garantire una risposta (LEA) ai bisogni della gente, attraverso forme di riorganizzazione e razionalizzazione.

Particolare attenzione è stata posta alla riduzione dei posti letto, probabilmente perché incidente in maniera significativa sulla riduzione del costo del personale, notoriamente il più alto per il funzionamento del sistema sanitario.

La tabella che segue evidenzia le differenze che si sono riscontrate negli anni dal 2006 al 2010.

Anno	Strutture di ricovero		posti letto degenza ordinaria				posti letto Day Hospital			posti letto Day Surgery		
	Pubbliche	Private	pubblici		privati		pubblici	accredit.	% ab.	pubblici	accredit.	% ab.
			totale	% ab.	totale	% ab.						
2006	654	563	184.263	3,1	48.894	0,8	27.462	3.289	0,5			
2007	655	542	181.447	3,1	46.454	0,8	22.185	2.485	0,4	5.823	1.082	0,1
2008	645	541	177.933	3	45.718	0,8	21.461	2.193	0,4	6.502	1.467	0,1
2009	638	534	175.486	2,9	44.642	0,7	20.761	1.993	0,4	6.598	1.543	0,1
2010	634	531	173.252	2,9	44.156	0,7	19.744	2.017	0,4	6.556	1.674	0,1



Nel 2010 le strutture di ricovero pubbliche sono pari a 634;

Il 33% delle strutture di ricovero (209) ha meno di 120 pl (il 50% delle strutture ha max 4 discipline);

Il 40% delle strutture di ricovero (256) dispone di un numero di posti letto ricompreso tra 121 e 400;

L'11% delle strutture di ricovero (69) dispone di un numero di posti letto ricompreso tra 401 e 600;

Il 6,6% delle strutture di ricovero (42) dispone di un numero di posti letto ricompreso tra 601 e 800;

Il 7,7% delle strutture di ricovero (49) dispone di un numero di posti letto ricompreso tra 801 e 1.500;

L'1,4% delle strutture di ricovero (9) dispone di un numero di posti letto > di 1.500.

L'analisi dei dati evidenzia:

- una diminuzione delle strutture di ricovero pubbliche (da 654 a 634 - con necessità di ulteriori riduzioni e/o riconversioni, per questioni di "sostenibilità" e - soprattutto - per questioni di sicurezza e garanzia nei confronti degli utenti e degli operatori);
- una diminuzione delle strutture di ricovero private (da 536 a 531 - probabilmente a tutela e garanzia degli utenti e degli operatori, forse anche nel rispetto - in alcuni casi - della programmazione regionale);
- una diminuzione dei p.l. delle strutture pubbliche (6%) e delle strutture private (10%) - probabilmente come azione conseguente agli indirizzi governativi, realizzata prevalentemente come minimale riduzione di p.l. nelle singole unità operativa, piuttosto che come "riorganizzazione strutturale" vera e propria, come indicato nella L. 133/2008 e nei successivi e più recenti indirizzi del Ministro Monti ;
- una diminuzione dei p.l. di Day Hospital nelle strutture pubbliche (gli indirizzi erano esattamente l'opposto);
- un aumento dei p.l. di Day Hospital nelle strutture private accreditate;
- un aumento dei p.l. di Day Surgery nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Il sistema ospedaliero e il sistema residenziale (lungodegenza e riabilitazione)

La tabella che segue riporta il programma di riorganizzazione ministeriale che prevede una ri-distribuzione di posti letto sulla base dei seguenti criteri:

- 3 pl ‰ abitanti (posti letto ospedalieri “per acuti”)
- 0,7 pl ‰ abitanti (posti letto residenziali per lungodegenza e riabilitazione)

PROPOSTA STANDARD OSPEDALI (fonte Ministero della Salute) - Il Sole 24 ore – Sanità – n. 3 2013					
Regioni	p.l. Strutture Pubbliche			p.l. Strutture Private	
	pl acuti	pl lungod./riab.	Totale	n. strutture < 60 pl	totale p.l.
Piemonte	449	-1.292	-843	11	274
Valle d'Aosta	-87	77	-10	0	0
Lombardia	-1.426	-911	-2.337	18	431
P.A. Bolzano	-359	30	-329	3	62
P.A. Trento	-218	-152	-371	1	45
Veneto	-1.225	693	-532	7	237
Friuli V.Giulia	-690	542	-149	1	20
Liguria	-235	528	293	1	16
Emilia Romagna	-2.007	-536	-2.543	15	399
Toscana	-106	1.573	1.467	13	426
Umbria	94	359	453	4	168
Marche	-426	326	-100	5	192
Lazio	-1.644	-319	-1.963	19	561
Abruzzo	-208	240	32	3	95
Molise	-99	-86	-185	3	104
Campania	-1.710	1.875	165	23	918
Puglia	-890	1.179	289	16	508
Basilicata	-107	39	-68	1	56
Calabria	-940	355	-585	12	407
Sicilia	-918	1.415	497	33	1.023
Sardegna	-1.291	720	-572	3	97
TOTALE	-14.043	6.655	-7.391	192	6.039

Relativamente ai p.l. per acuti, l'analisi dei dati, rapportati agli indirizzi ministeriali, evidenziano:

- un esubero di 14.000 posti letto (rif. 3 pl ‰ abitanti - con diversa distribuzione nel territorio nazionale);
- in termini ipotetici e a titolo esemplificativo, si rappresenta la 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.

Relativamente alle strutture per lungodegenza e riabilitazione, l'analisi dei dati, rapportati agli indirizzi ministeriali, evidenziano:

- una necessità di incremento di 6.600 posti letto (rif. 0,7 pl ‰ abitanti - con diversa distribuzione nel territorio nazionale);
- in termini ipotetici si rappresenta la necessità di attivazione / apertura / implementazione di 330 unità operative di circa 20 pl ciascuna (le strutture di lungodegenza e riabilitazione si caratterizzano per specifiche articolazioni e tipologie strutturali, con risorse adeguate alla alta complessità assistenziale);
- 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.

A prescindere dalle considerazioni scaturite dalle analisi conseguenti alla ipotetica redistribuzione dei posti letto (per acuti, per lungodegenza e riabilitazione), risulta molto interessante l'analisi della distribuzione di risorse dipendenti del SSN (mediche e infermieristiche – nell'anno 2010), parametrata sulla numerosità della popolazione per ogni singola regione (senza possibilità di confronto con i dati OCSE in quanto si fa riferimento a dati parziali).

Personale del SSN
Az. Sanitarie - Az. Ospedaliere – Az. Ospedaliere Universitarie
Anno 2010 - (fonte Ministero della Salute)

Regione	Totale popolazione	Medici SSN	Rapporto Medici %o abitanti	Infermieri SSN	Rapporto Infermieri %o Abitanti	Amministrativi	Rapporto Amministrativi %o Abitanti
Piemonte	4.446.230	8.872	2,0	22.111	5,0	7.907	1,8
Valle D'aosta	127.866	299	2,3	663	5,2	316	2,5
Lombardia	9.826.141	12.838	1,3	35.395	3,6	11.492	1,2
Provincia Aut. Bolzano	503.434	882	1,8	2.995	5,9	1.156	2,3
Provincia Aut. Trento	524.826	936	1,8	2.824	5,4	908	1,7
Veneto	4.912.438	7.856	1,6	24.847	5,1	6.627	1,3
Friuli Venezia Giulia	1.234.079	2.410	2,0	7.497	6,1	1.765	1,4
Liguria	1.615.986	3.377	2,1	9.110	5,6	2.344	1,5
Emilia Romagna	4.395.569	8.446	1,9	24.821	5,6	5.870	1,3
Toscana	3.730.130	8.131	2,2	21.681	5,8	4.829	1,3
Umbria	900.790	1.913	2,1	4.731	5,3	938	1,0
Marche	1.559.542	2.915	1,9	8.015	5,1	1.903	1,2
Lazio	5.681.868	8.883	1,6	19.947	3,5	5.879	1,0
Abruzzo	1.338.898	2.621	2,0	6.253	4,7	1.556	1,2
Molise	320.229	668	2,1	1.557	4,9	308	1,0
Campania	5.834.056	10.794	1,9	20.937	3,6	5.772	1,0
Puglia	4.084.035	6.909	1,7	15.635	3,8	3.840	0,9
Basilicata	588.879	1.160	2,0	2.924	5,0	601	1,0
Calabria	2.009.330	4.501	2,2	8.371	4,2	3.137	1,6
Sicilia	5.042.992	9.361	1,9	16.074	3,2	5.015	1,0
Sardegna	1.672.404	3.676	2,2	7.415	4,4	2.043	1,2
ITALIA	60.349.722	107.448	VM	263.803	VM	74.206	VM

N.B. - per una migliore e più rapida lettura, i valori percentuali minimi e massimi vengono riportati in colore rosso e azzurro.

Riflessione n. 2

Sono sufficienti queste prime analisi e considerazioni per rendere evidente che le recenti pubblicazioni inneggianti ad un esubero di circa 18-20-30.000 infermieri (a seconda delle fonti) fanno riferimento solo ad alcune variabili (es. la riduzione di pl per acuti), senza l'approfondimento su altre situazioni e/o cambiamenti che hanno interessato (o che dovranno interessare) il SSN.

Le riflessioni che seguono, relative alle possibili modalità per la riduzione dei posti letto, i necessari approfondimenti ed i relativi coinvolgimenti, evidenziano in maniera ancora più forte le necessità degli interventi e la complessità dei cambiamenti, tenuto conto anche dei conservatorismi che caratterizzano fortemente il sistema in cui operiamo.

Considerazioni, riflessioni ed approfondimenti relativamente alla riduzione di posti letto

a) La riduzione dei posti letto

- deve essere parte integrante dello sviluppo di un progetto e deve coinvolgere i livelli Istituzionali (Regione, Aree Vaste, Aziende), i cittadini e le rappresentanze sociali e gli operatori del sistema, nel rispetto delle indicazioni normative (pl 3% abitanti per pazienti acuti più pl 0,7% abitanti per lungodegenza e riabilitazione);
- deve essere funzionale al progetto della Regione cui compete la definizione dell'assetto del sistema e la distribuzione delle strutture deputate a garantire i servizi. Compete alle Aziende (singole e di Area Vasta) definire l'assetto delle strutture e le relative caratterizzazioni, l'organizzazione dei servizi, i percorsi di accesso, il sistema di follow-up, etc. etc.;
- deve tenere conto dello sviluppo scientifico, tecnologico e metodologico che ha interessato il sistema sanitario (lo sviluppo della robotica, della laparoscopia, della artroscopia, della radiologia interventistica, etc. etc. obbliga un completo ripensamento del sistema, sia in termini di "dimensionamento", sia in termini di "distribuzioni disciplinari". E' indubbio che se il sistema di "ieri" richiedeva 14 gg di ricovero per affrontare una data situazione clinica e il sistema di "oggi" consente di realizzare una completezza di percorso in periodi molto brevi [1-2 giorni], necessitano molti meno letti [e reparti] e anche un minore numero e tipologia di "primari" e, soprattutto, una diversa organizzazione);
- deve comunque essere in grado di assicurare l'efficacia, l'appropriatezza, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni sanitarie;
- deve garantire la presa in carico dell'utente, anche con l'attivazione di percorsi agevolati di accesso e di dimissioni protette e "guidate" in maniera integrata con le strutture e i servizi territoriali;
- la chiusura dei pl per acuti non può avvenire senza la preventiva attivazione di pl per lungodegenza e riabilitazione, di servizi e di percorsi privilegiati, anche alternativi al ricovero, al fine di assicurare comunque una risposta clinico-assistenziale-riabilitativa alla popolazione;
- deve favorire il ripensamento del sistema clinico assistenziale, su distribuzioni spaziali diverse, che privilegiano l'intensità di cura e la complessità assistenziale, rispetto alle vecchie logiche del "reparto";
- deve favorire la definizione/sviluppo/ implementazione di nuovi modelli assistenziali (DH - DS - Sistema Weeck - etc.) in grado di garantire comunque l'utente, con un minore impiego di risorse e, di conseguenza, minori costi (a parità di livello di risposta ai bisogni dell'utenza);

b) Gli standard di riferimento e la rete del sistema

- gli standard hanno una loro importanza perchè definiscono a monte dei precisi riferimenti e le regole di funzionamento (anche se ripropositivi di concetti passati e "storici" - rif. I.Cavicchi - QS - difficilmente ripresentabili e applicabili nelle realtà di oggi);
- ancora più importante risulta essere la definizione della "rete" del sistema, sia a livello ospedaliero, sia in integrazione con le strutture e i servizi territoriali e domiciliari. Tale definizione dovrebbe definire in modo chiaro e inequivocabile i servizi erogabili in ogni singolo contesto, la tipologia e il livello delle attrezzature e delle tecnologie da rendere disponibili in ogni struttura della rete (tenuto conto sia della tipologia della struttura, sia del rapido livello di obsolescenza delle tecnologie e attrezzature sanitarie), le risorse necessarie (per tipologia e numerosità) e i percorsi. Tutto ciò a garanzia del cittadino (certezza dell'adeguatezza di strutture, tecnologie, attrezzature, prestazioni, etc. etc.) e degli operatori (adeguatezza dei saperi, abilità personali e di gruppo, appropriatezza e sicurezza delle attività e delle prestazioni);
- se le azioni "di guida e di indirizzo" assumono la caratteristica di "rigidità e di forte vincolo", indubbiamente lo strumento "incarta" e "non favorisce" e, di conseguenza, non serve!

c) L'etica e la responsabilità nelle decisioni e l'analisi delle conseguenze (sulla gente e sugli operatori)

- pur nella consapevolezza della necessità di un ripensamento del sistema (di cui al precedente punto 1), la presa di decisioni di così grande rilevanza dovrebbe stimolare nella politica non poche riflessioni relativamente alle possibili criticità per la popolazione, e potrebbe anche risultare utile il tentativo di risposta ad alcune domande:
- la diminuzione di posti letto dovrà riguardare in maniera percentualmente identica tutto il territorio regionale?
- è possibile ipotizzare soluzioni diverse, tenuto conto dei contesti urbani, della popolazione presente (e non residente) e delle caratterizzazioni territoriali?
- aumenterà l'accesso delle persone ai Pronto Soccorso (con riferimento ai codici minori)?
- quanto dovrà essere forte il potenziamento dei servizi territoriali, tenuto conto delle pesanti problematiche dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative?
- quale margine di praticabilità relativamente all'attivazione di un servizio H24 dei servizi di MMG/PLS?
- c'è stato un coinvolgimento proattivo di tutti gli stake-holder?

- non sarebbe stato più opportuno rispettare i principi del management moderno? (prima si riorganizza e poi si razionalizza !!!!)

d) La necessità di risorse (e di investimenti)

Da un punto di vista teorico la diminuzione di posti letto e la riduzione di "strutture complesse" (di cui al Decreto Monti) consente un recupero di risorse assistenziali.

La realtà porta inevitabilmente a un risultato diverso per le seguenti motivazioni:

- gli standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche sono datati (25 anni) e certamente non rispondenti alle necessità di oggi;
- la diminuzione di posti letto porta ad una "accelerazione" dei percorsi e dei processi, con una necessità di maggiori risorse, specializzate e di competenze avanzate;
- lo sviluppo scientifico e tecnologico richiede un aumento di risorse (contrariamente ad altri settori dove l'informatizzazione consente un aumento di attività e favorisce una diminuzione di personale);
- l'aumento della cronicità richiede una implementazione di risorse e una differenziazione e specializzazione (o specificità) di saperi;
- l'unico risultato fattibile è un ipotetico recupero di risorse per il miglioramento/adequamento delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere;
- il tentativo di sostituzione degli Infermieri con gli Operatori Socio Sanitari va bloccato e va sviluppato un nuovo progetto (di integrazione e non di sostituzione, nel pieno rispetto delle persone e riconoscimento del ruolo e della professione di Operatore Socio Sanitario). L'azione deve essere preceduta dal ragionamento e dall'analisi. E' indubbio che "a fronte dell'avanzamento di una professione, c'è un'altra professione che nasce o che cresce" (è un principio della Sociologia moderna); il cambiamento va guidato, tenuto conto dei bisogni da assicurare, delle caratterizzazioni assistenziali, dei saperi degli operatori e delle necessità del sistema.
- il mancato recupero di risorse assistenziali dalle strutture ospedaliere, da dirottare nei servizi territoriali (come auspicato dal legislatore) non consentirà certamente le possibilità di "presa in carico" e di continuità di servizi, come raccomandato dai dettati normativi in essere, se non a fronte di importanti investimenti (assunzione di Infermieri e Operatori di Supporto) e/o di riorganizzazioni complete del sistema assistenziale e una nuova e più moderna rideterminazione delle dotazioni organiche (tipologia e numerosità di operatori).

L'azione programmatoria aziendale deve tenere conto anche di altre importanti variabili, in particolare:

I coinvolgimenti e le responsabilità del livello regionale:

- La definizione dei servizi da garantire, tenuto conto della situazione epidemiologica, dello stato demografico e sociale, della domanda presente e degli stili di vita della popolazione, delle caratteristiche territoriali, delle vie di comunicazione e della logistica in generale, etc. etc.;
- La definizione delle strutture sanitarie necessarie (ospedaliere, residenziali, territoriali, servizi domiciliari, etc.) per garantire l'adeguatezza della risposta ai bisogni di salute delle persone (tenendo conto che i contesti e le motivazioni che nel passato hanno portato alla costruzione e allo sviluppo degli ospedali sono profondamente diverse rispetto alle motivazioni, alle necessità e alla storia di oggi);
- La definizione delle tipologie di strutture e le relative distribuzioni territoriali (quanti e quali ospedali, strutture residenziali e territoriali, servizi domiciliari, etc. etc., tenendo conto delle reali necessità per l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte ai bisogni della gente, con una necessità di grande attenzione e onestà intellettuale da parte delle forze politiche, a tutela dei servizi e non a salvaguardia di strutture prestigiose di un tempo ma indifendibili oggi e rischiose per la popolazione, ... o in funzione di altri interessi "meno nobili");
- La definizione e la distribuzione delle discipline di base, specialistiche, riabilitative, etc. etc., e le relative strutturazioni e caratterizzazioni, nel rispetto delle indicazioni e raccomandazioni ministeriali (il dimensionamento di posti letto / aree, l'assetto delle strutture di I-II-III livello, il dimensionamento e le tipologie delle attrezzature e tecnologie da rendere disponibili in ogni struttura, tenuto conto sia della tipologia degli interventi in rapporto alla struttura di riferimento, sia dello sviluppo scientifico e tecnologico e dei necessari adeguamenti, anche in funzione dei diversi livelli di obsolescenza. Inoltre è importante tenere conto che le evoluzioni scientifiche e tecnologiche sopra citate, dalla laparoscopia e artroscopia alla robotica, dall'emodinamica alla radiologia interventistica, etc. etc., hanno avuto come diretta conseguenza un grande abbattimento delle giornate di degenza, con una parallela minore necessità di dimensionamento di strutture e posti letto [e anche di meno direttori, meno personale, minori attrezzature e tecnologie, meno farmaci, meno presidi, minori indagini diagnostiche, etc. etc.], con una

forte probabilità di realizzare quelle razionalizzazioni tanto raccomandate e poco riscontrate. A titolo esemplificativo l'industria automobilistica ha pesantemente investito nella automazione delle catene di montaggio e, parallelamente, ha allineato le vecchie strutture. Anche il sistema sanitario si è mosso in maniera significativa verso una modernizzazione non più rinviabile lasciando invariato il vecchio o, nelle situazioni più avanzate, con alcune modifiche, comunque non sostanziali).

I coinvolgimenti e le responsabilità del livello Aree Vaste / Aziende

Sulla base della programmazione regionale e dei relativi indirizzi è possibile ipotizzare i seguenti interventi di razionalizzazione:

- Organizzazione dei servizi su "Area Vasta" e relativa distribuzione delle attività per specifici livelli di percorsi, di processi e di interventi, in linea con le caratterizzazioni strutturali (non tutti possono fare tutto, sia per una questione di adeguatezza di strutture, attrezzature e tecnologie, sia per una questione di casistica, di competenze e di abilità da parte dei professionisti), anche con accorpamenti e/o integrazioni disciplinari, con assetti trasversali più funzionali alle necessità del sistema, pur in presenza di possibili contrarietà da parte dei professionisti coinvolti e/o interessati);
- Definizione della rete tra le strutture dell'Area Vasta e gli eventuali coinvolgimenti delle Strutture Regionali per particolari tipi di intervento (chiara definizione di chi fa che cosa, definizione e condivisione dei progetti, dei percorsi e dei processi, sistema di comunicazione e consulenza veloce, con relativa trasmissione di dati, etc.);
- Nuovi approcci di presa in carico / cura / assistenza (es. case della salute, cronic care model, ospedale per intensità di cure / complessità assistenziale, etc., in una logica di adeguamenti continui alla nuova domanda della popolazione e ai nuovi bisogni del sistema);
- La riduzione di posti letto (sulla base dei dati riguardanti i reali tassi di utilizzo e le analisi inerenti l'appropriatezza dei ricoveri);
- Accorpamenti di unità operative e sviluppo del "sistema week", al fine di utilizzare al meglio le risorse assistenziali e realizzare i più alti livelli di razionalizzazione possibili;

I coinvolgimenti e le responsabilità dei professionisti

Oltre a fare riferimento ai punti precedentemente sviluppate, è necessario evidenziare ulteriormente il fatto che cambiamenti così significativi nei livelli di conoscenza dei professionisti e le nuove necessità di funzionamento del sistema, tenuto conto anche delle pesanti razionalizzazioni richieste, obbligano una completa revisione dei modelli organizzativi e dei sistemi di cura e, prima ancora, un grande cambiamento culturale, sia nei professionisti interessati direttamente (relativamente alla piena consapevolezza del proprio ruolo), sia nelle altre professioni sanitarie storiche, con particolare riferimento alla dirigenza medica (relativamente alla necessità di valutare e considerare diversamente le professioni ed i professionisti che nel frattempo hanno sviluppato saperi diversi, con la possibilità di rivedere i progetti, i processi, i ruoli e la distribuzione delle responsabilità).

Il sistema delle cure primarie

L'argomento merita di essere affrontato con espliciti riferimenti:

- alle specifiche dell'OMS;
- ai principi del Piano Sanitario Nazionale
- agli indirizzi del Decreto Balduzzi

le specifiche dell'OMS

<p>Dagli anni '80 in poi i sistemi sanitari sono andati incontro ad importanti trasformazioni;</p> <p>Sono aumentati in maniera esponenziale i costi (> consumi, diritti di accesso ai servizi, sviluppo scientifico e tecnologico, invecchiamento della popolazione, etc.)</p> <p>Si è sviluppata la privatizzazione e il “mercato” Si Sviluppo asimmetrico del sistema (diseguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alle situazioni di minore ricchezza)</p> <p>Negli anni '90 aumenta la “pressione” sui MMG e sul sistema delle Cure Primarie (il “filtro” o “la diga” verso l'accesso alle cure secondarie) Inserimento (forte) di indicatori di spesa</p> <p>Nel 2008 un gruppo di lavoro, nell'ambito di un convegno internazionale, ha affermato che “bisogna avere il coraggio di reinventare le cure primarie che dovranno essere connotate da due principali caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • essere centrate sul paziente • basate su team multidisciplinari 	Modello <i>La Primary care della Primary health care</i>	
	<i>La MMG</i>	<i>vs Health</i>
	Focus	
	Medicina Glia	Site Rivenditore; assistenza
	Contesti	
	Territorio Ritorno ai servizi Ritorno ai servizi	Rivenditore di salute Comunità di cure Assistenza globale
	Organizzazione	
	Specialisti Medici del lavoro dardi	Medici di famiglia Con il supporto del personale Comunità intertem
	Responsabilità	
	Sito sanitario autonomo Dominio delle professioni Rivenditore di pazienti	Colaborazione inter-settoriale Partecipazione comunitaria Autoreponsabilità

i principi del Piano Sanitario Nazionale

Il Piano Sanitario Nazionale, relativamente alle cure primarie, specifica che:

- costituiscono un “hub” attraverso il quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità delle cure (Punti Unici d'Accesso – PUA - e nell'ambito dei processi di valutazione multidimensionali);
- si fondano su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza;
- sono un luogo di relazioni fiduciarie tra pazienti e professionisti ai fini di rendere partecipe l'assistito nelle decisioni riguardanti la propria salute e benessere;
- promuovono la salute ed il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute;
- sono formate da team di lavoro multi professionali che trattano i problemi di salute secondo un approccio olistico.

Obiettivi:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute nella comunità;
- Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo;
- Favorire la continuità assistenziale;
- Concorrere ai processi di governo della domanda (azione di gate-keeping dei MMG)
- Valutare gli esiti di salute

- Favorire l'empowerment del paziente nei processi di cura

gli indirizzi del Decreto Balduzzi

Il Decreto Balduzzi specifica che le prestazioni assistenziali vengono erogate dalle Unità Complesse di Cure Primarie attraverso personale convenzionato (ad oggi MMG / PLS / Sumaisti).

Considerazioni – riflessioni - quesiti:

- é intuibile, ma non è ben definita, l'organizzazione H24 degli studi di MMG e PLS;
- l'implementazione delle ore di servizio delle strutture associate di MMG/PLS (studi associati) diminuisce (forse) l'accesso dei codici bianchi al pronto soccorso, ma sicuramente non aumenta l'attività assistenziale a livello domiciliare, se non a seguito di importanti investimenti per il potenziamento delle risorse infermieristiche e di supporto. Parallelamente è opportuno, ragionevole e logico ripensare al coinvolgimento di MMG/PLS nel sistema delle PPIP, non tanto per una questione economica, quanto per una questione di saperi e di specificità e caratterizzazioni professionali);
- è necessario un importante investimento in risorse assistenziali per garantire l'adeguatezza e la completezza della risposta ai bisogni della gente, possibilmente con risorse proprie del SSN e non in outsourcing, per una migliore garanzia di adeguatezza, appropriatezza e continuità delle prestazioni assistenziali e dei servizi.

- Vengono creati i "primariati" dei MMG e PLS;
- Non sono ben chiari i ruoli e i rapporti con i distretti e con le case della salute (ove esistenti), con il serio rischio di "doppioni" e/o sovrapposizioni;
- Le nuove aggregazioni hanno anche spazi per l'attività specialistica (poliambulatori), con una maggiore e migliore possibilità di relazione e integrazione tra MMG/PLS e medici specialisti, con sicuri vantaggi per gli utenti;
- Le strutture distrettuali e le case della salute che fine faranno?
- C'è il rischio di fare un "dirigentificio"?

Potrebbe essere l'occasione per rivedere l'intera organizzazione, in particolare:

1. Definire il nuovo disegno delle strutture territoriali (a livello di area vasta);
2. Formulare ipotesi di nuovi modelli organizzativi e funzionali
3. ri-definire i ruoli e le responsabilità degli operatori

Riflessione n. 3

E' impensabile ipotizzare lo sviluppo del sistema delle cure primarie senza gli investimenti in risorse assistenziali;

Va garantita la continuità e favorita la crescita professionale (in troppi casi si riscontrano contratti anomali, con ovvii alti turnover del personale, con ripercussioni sulla qualità del servizio);

Gli ipotizzati "recuperi" conseguenti alla diminuzione dei pl per acuti sono solo virtuali;

E' necessario definire al meglio i ruoli e le responsabilità, tenuto conto delle nuove necessità di funzionamento del sistema e della diversa formazione degli operatori;

E' necessario rivedere i modelli organizzativi e i sistemi di cura / assistenza / riabilitazione

Va rivisto il sistema "di rete"

CONCLUSIONI

DEF – PNE – COSTI STANDARD

- i dati presentati, relativamente alla distribuzione regionale delle strutture sanitarie, delle risorse assistenziali, dei servizi erogati, etc. etc. evidenziano delle significative difformità, tali da rendere difficile la determinazione e/o la “costruzione” dei costi standard;
- è condivisibile il pensiero espresso da Ivan Cavicchi (QS 7/10) circa il ruolo delle Regioni, meglio se strutturato, in termini di indirizzi generali di riferimento, nell'ambito della Conferenza Stato / Regioni, al fine di definire (e rendere operative) comuni linee di indirizzo;
- è condivisibile anche il pensiero del Ministro Lorenzin (QS 7/10) circa la possibilità di realizzare ancora dei “risparmi”, senza penalizzazioni per i cittadini (purché le razionalizzazioni si sviluppino nel rispetto dello studio, dell'approfondimento, dell'analisi critica, delle evidenze scientifiche e metodologiche, senza “arroccamenti” sugli aspetti storici, abitudinari e classisti che appartengono – o dovrebbero appartenere - ormai al passato)

GLI ESUBERI / CARENZE INFERMIERISTICHE

- E' giunto il momento di una attenta analisi e di uno studio approfondito (oltre alla contestuale riorganizzazione del sistema) al fine di assicurare l'adeguatezza delle risorse (tipologia e numerosità) ed evitare la stessa situazione già vissuta circa 15-20 anni fa (quando la stalla venne chiusa dopo l'uscita dei buoi), anche con una forte azione politica
- E' necessario rivedere il ruolo e le funzioni dell'infermiere, non tanto relativamente alle “prestazioni eseguibili”, quanto alla presa in carico delle persone con problemi di salute, alla progettualità assistenziale, all'integrazione con le altre famiglie professionali, ai sistemi di comunicazione, all'utilizzo ordinario dei necessari strumenti di lavoro, etc.
- Quanto sopra tenuto conto sia delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche, sia delle diverse necessità di funzionamento del sistema, sia dei mutati saperi dei professionisti (nel caso specifico degli infermieri)
- Probabilmente le ulteriori necessità di risorse per consentire il corretto funzionamento del sistema e l'adeguatezza della risposta ai bisogni di salute delle persone vanno ben oltre a quelle erroneamente indicate come “esuberanti”.
- Nell'eventualità che la politica dovesse privilegiare altre strade (continuare con i tagli) ... che ci sia almeno l'onestà intellettuale della completa informazione ai cittadini (una parte è “servizio pubblico” e una parte (molto rilevante) viene resa libera e privata, a scelta dei cittadini (benestanti). Che si abbia il coraggio di dirlo!!!