

Legge di stabilità e spending review.

Tagliare i costi della sanità (1,2 mld) senza conseguenze per i cittadini

Marcello Bozzi

Infermiere – Azienda Ospedaliera Universitaria - Siena

Il rischio che il nostro sistema sanitario pubblico, già in grave difficoltà, possa trovarsi definitivamente “affossato” è molto alto. Inoltre è difficile capire come possano conciliarsi ulteriori tagli con i principi universalistici stabiliti dall'Art. 32 della Costituzione (con grosse difficoltà a recepire il concetto di “universalismo selettivo”).

Una lettura sociologica dei dati (l'altro pezzo del sapere individuale) inerenti le situazioni demografiche, epidemiologiche e sociali (e socio-economiche) della popolazione, non fa altro che aumentare il livello di preoccupazione, tenuto conto del fatto che l'equazione più domanda e più servizi con minori risorse – *ictu oculi* - è difficilmente sostenibile.

Ulteriori approfondimenti di tipo sociologico possono essere di aiuto per capire se i “*tagli lineari*” possono essere sostituiti dai “*tagli programmati*”, tenendo conto delle evoluzioni scientifiche e tecnologiche, della nuova domanda di salute della popolazione, della mutata formazione dei professionisti, delle nuove esigenze di funzionamento del sistema e della assoluta necessità di rivedere i modelli organizzativi e i sistemi di cura, assistenza e riabilitazione.

E' indubbio che il “taglio lineare” è molto rapido e molto facile da realizzare (e forse anche facile da giustificare da parte delle regioni dietro un generico “*è un indirizzo governativo e noi non possiamo farci nulla ...*”)

Il “*taglio programmato*” è più complesso da realizzare; richiede uno studio “a monte”, un progetto di fattibilità, una condivisione con tutti gli stake-holder interessati, un investimento di risorse che spesso è necessario per anticipare i momenti di riorganizzazione e razionalizzazione, etc. etc..

La storia ci dice che gli atti di indirizzo del governo centrale troppo spesso hanno avuto delle gravi difficoltà applicative a livello regionale (o hanno trovato un'applicazione “placebo”), forse per una bassa “forza politica” o, più probabilmente, per il timore di “resistenze popolari” (spesso indotte) o di possibili posizioni di resistenza da parte di chi potrebbe aver tratto dei benefici (il cui numero forse è più alto di quanto si possa pensare).

Sulla base di tali esigenze di riorganizzazione, prendo atto che il livello ministeriale sta lavorando su un documento (ancora non approvato in Stato Regioni) per la definizione di precisi standard di strutture di ricovero ospedaliero – specialistiche e non – con chiara definizione di distribuzioni territoriali rapportate alla popolazione e precisi indicatori di attività da prendere a riferimento (anche a tutela e garanzia della popolazione).

Si tratta di un documento fondamentale che consentirà, attraverso ulteriori studi, analisi ed approfondimenti, di equilibrare la risposta clinico-assistenziale ai mutamenti della domanda (e dell'evoluzione scientifica e tecnologica) e consentirà anche di determinare le risorse necessarie per il funzionamento del sistema (per tipologia e numerosità), con la concreta possibilità di rilevare le eventuali situazioni con “qualcosa di troppo” e quelle con “qualcosa di troppo poco” .

Gli stessi studi potrebbero essere utilizzati anche dall'Università per meglio orientare il sistema formativo alle esigenze del sistema, con conseguenti ottimizzazioni anche da un punto di vista occupazionale.

Relativamente a tale condizione, il metodo di studio sociologico generalmente prevede una esaustiva raccolta di dati e l'analisi degli stessi, l'approfondimento della situazione “in essere” e,

successivamente,

la formulazione di proposte che, nel caso in questione, potrebbero garantire l'equilibrio tra la domanda di salute della popolazione e la sostenibilità economica del Paese, diminuendo quello che è in eccesso e aumentando quello che è in difetto (che, a parole, è quello che tutti vorrebbero!).

Un interessante riferimento arriva dal “Rapporto sanità 2013 – OCSE” (QS 21 nov 2013 - con tutti “i distinguo” del caso, legati al fatto che l'OCSE porta a comparazione situazioni di Paesi diversi, con contesti e parametrizzazioni diverse); il documento in questione evidenzia che, rispetto alla media OCSE, l'Italia ha un eccesso di 1 medico ‰ abitanti (in pratica circa +60.000 medici) e una carenza di 1,5 infermieri ‰ abitanti (in pratica -90.000 infermieri).

L'analisi dei dati citati stimola la riflessione su due tipi di problemi:

- uno matematico-statistico;
- uno politico.

Problema 1 – l'analisi dei dati e il punto di vista matematico-statistico

Nel nostro Paese risultano censiti 209 ospedali con < di 120 pl, 256 ospedali dimensionati da 121 a 400 pl, 69 ospedali dimensionati da 401 a 600 pl, 42 ospedali dimensionati da 601 a 800 pl, 49 ospedali dimensionati da 801 a 1.500 pl, 9 ospedali dimensionati > di 1.500 pl (*dati Ministero della Salute*).

A titolo esemplificativo, con la gradualità del caso e con un sistema di “pesature” differenziato sul dimensionamento di p.l. di ogni struttura ospedaliera, si potrebbe ipotizzare una “razionalizzazione lineare”, limitata a $\frac{1}{3}$ del valore stimato come eccedenza (20.000 su 60.000 medici), nel rispetto della programmazione di ogni singola regione e dei principi caratterizzanti la l. 135/2012 (Monti) e il d.l. 158/2012 (Balduzzi), con eventuali sviluppi nei tempi e nei modi che saranno conseguenti ad indispensabili momenti di verifica e valutazione.

Da un punto di vista economico l'intervento di razionalizzazione avrebbe come conseguenza una diminuzione di costi quantificata in circa -1.400.000.000 €/anno.

Le stesse logiche potrebbero trovare applicazione anche nei servizi territoriali, in applicazione del D.L. 158/2012, relativamente alla riorganizzazione dei servizi territoriali, dove l'integrazione di MMG e PLS in Studi Associati potrebbe coniugare le necessità riorganizzative con lo “shortage” della specifica categoria dei medici citati (MMG/PLS), attraverso un ripensamento dei massimali degli assistiti (da 1.500 a 2.000 – tenuto conto del fatto che uno “studio associato” ha una capacità operativa, una continuità e una flessibilità di gran lunga superiore allo “studio singolo”).

Da un punto di vista economico l'intervento di razionalizzazione (circa -10.000 tra MMG/PLS) avrebbe come conseguenza una diminuzione di costi quantificata in circa -700.000.000 €/anno.

Problema 2 – l'analisi dei dati e il punto di vista politico

Il punto di vista politico, a sua volta, merita di essere “spacchettato” in due sotto-sistemi:

- uno riguardante il “pianeta professionale” (e dintorni) del medico;
- uno riguardante la risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute delle persone.

Relativamente alla questione riguardante il “pianeta professionale” del medico è opportuno evidenziare che il dato OCSE è di una assoluta genericità, con forti possibilità di distorsioni dalla realtà del nostro Paese. Comunque è un importante spunto per la riflessione e l'approfondimento della problematica.

Non si può non considerare che la eventuale diminuzione delle necessità di figure mediche, oltre alla ipotetica mutata condizione occupazionale, potrebbe generare, attraverso un meccanismo “a cascata”, alcune serie problematiche, con ripercussioni trasversali “allargate” al sistema formativo (n. docenti, specializzazioni, n. cattedre, entità di finanziamenti, etc.), alla “cassa” di riferimento, al

sistema previdenziale, ed altro ancora.

Relativamente agli aspetti inerenti la risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute delle persone, è indubbio (e naturale) che, se si devono garantire dei servizi, e si prende atto che ci sono troppi medici e troppo pochi infermieri, è evidente che la riorganizzazione va fatta sulla componente medica, magari privilegiando il “taglio programmato” al “taglio lineare”, tenendo conto anche delle “uscite” per pensionamento dalla vita professionale (e forse la “gobba pensionistica” interessante la componente medica, spesso citata come “*grave problema per gli anni a venire*”, potrebbe avere una chiave di lettura diversa).

Forse l'eccessiva parcellizzazione disciplinare degli anni passati si è sviluppata un po' troppo a dismisura (forse con fini meno nobili di quelli dichiarati inizialmente), con le conseguenze che gli altri ci evidenziano (OCSE), che ricadono sulla testa (e sulle tasche) dei cittadini del nostro paese.

Oltre a quanto evidenziato, tenuto conto delle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche (pesante aumento delle cronicità), sempre nel rispetto dei principi caratterizzanti la l. 135/2012 (Monti) e il d.l. 158/2012 (Balduzzi), che prevedono il potenziamento dei servizi territoriali e lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali, è necessario implementare la dotazione organica degli infermieri.

I dati tratti dalla letteratura più recente (ma con modelli da perfezionare) prevedono, per i servizi domiciliari, rapporti di 1 Infermiere ogni 3.000 abitanti, con la necessità di definire chiaramente le aree e gli ambiti di intervento e le competenze necessarie, con l'auspicio del superamento degli aspetti “prestazionali” a favore della completa “presa in carico”.

Da un punto di vista economico l'intervento di implementazione avrebbe come conseguenza un aumento di costi quantificato in circa +700.000.000 €/anno. Tale ipotetico impegno di spesa farebbe “differenza zero” con il recupero di risorse finanziarie conseguenti alle modifiche dei massimali di MMG/PLS, con in aggiunta un servizio aggiuntivo di grande valore (infermiere di comunità / di famiglia), in linea con le raccomandazioni dell'OMS e con i principi fissati dal PSN.

A margine, e con risultati certamente di minore entità, è possibile e auspicabile che lo stesso percorso possa trovare una pratica applicazione in tutte quelle situazioni che, conseguenza diretto dello sviluppo scientifico e tecnologico, richiedono un numero maggiore o minore di risorse umane (es. l'area tecnica) o l'applicazione di precisi standard di riferimento (es. l'area amministrativa).

Questa occasione potrebbe essere una strada da percorrere, nell'ambito di una progettualità a medio-lungo-termine, con la concreta possibilità di contemperare sia alla razionalizzazione delle risorse (e al conseguente contenimento dei costi), sia alla garanzia dei servizi alla popolazione attraverso una implementazione di risorse assistenziali sul territorio (in particolare infermieri e operatori di supporto).

Per la traduzione pratica delle enunciazioni teoriche (... forse descritte come “un gioco” ... ma non si tratta di una cosa ludica ...) serve una politica forte per le decisioni necessarie (assolutamente vincolanti) e servono dei governi regionali capaci di “ordinare” e riorganizzare l'intero sistema, con rigore scientifico e metodologico, nel rispetto degli indirizzi del livello governativo centrale.

La conclusione viene lasciata agli autori del testo “ripensare l'azienda” che iniziano e concludono il loro elaborato con la frase “*ciò che ci vuole è la volontà di riuscire e il coraggio di cominciare*”. ... è proprio quello di cui abbiamo bisogno ...!!!!