



**PROPOSTE ANAAO ASSOMED PER UNA NUOVA
ASSISTENZA SANITARIA IN SICILIA**

Documento consegnato il 26/07/2018 alla VI Commissione ARS

INTRODUZIONE

L'ANAAO ASSOMED, il Sindacato che rappresenta i Dirigenti della Sanità Pubblica, Medici e Sanitari, si è sempre caratterizzata per la difesa del SSN pubblico; ed ha sempre perseguito l'obiettivo del suo buon funzionamento e la centralità del paziente utente.

In Sicilia è stata presentata dall'Assessore regionale alla Salute una nuova proposta di rete ospedaliera che condividiamo.

Tuttavia, a nostro avviso, bisognava dedicare più attenzione nell'organizzare l'offerta ospedaliera tenendo conto della complementare programmazione territoriale, del 118, delle reti tempo/dipendenti e della sanità privata.

Siamo convinti che si sia avviato un periodo di cambiamento della Sanità Regionale e che la rete proposta rappresenta solo l'inizio di un percorso la cui durata dipenderà dagli attori e dalla loro capacità di arrivare fino alla conclusione di ciò che hanno intrapreso.

Sarà certamente un percorso pieno di difficoltà che inevitabilmente si presenteranno nella realizzazione di questo progetto che annuncia una radicale modifica della cultura sanitaria attuale, dove l'assistenza sarà regolamentata sotto l'aspetto verticale e attuata per specialità, questo certamente incontrerà ostacoli e resistenze, alla trasformazione, dell'assetto esistente.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

ANALISI

Della nuova rete approviamo l'istituzione dei 4 bacini.

Se dovessimo utilizzare, come fa il DEF 2017 e 2018, gli indicatori di benessere equo e sostenibile nell'attuazione e nel monitoraggio delle politiche pubbliche possiamo dire che la Sicilia si trova in una situazione molto critica perché in tutte le classifiche ha le posizioni peggiori.

Questo è, a nostro avviso, il risultato di tutte le politiche sanitarie a partire dalla legge 5 in poi che hanno portato alla eliminazione dei 4 bacini, all'unione delle Aziende territoriali e ospedaliere, agli Ospedali riuniti, alle reti assistenziali fatte sulla carta, alle specialità e reparti suddivisi senza minimamente considerare la produzione e la utilità a rispondere ai bisogni di salute della popolazione. La conseguenza è lo spopolamento sanitario in tutte le province siciliane, escluse le aree metropolitane, con la sussistenza di reparti che se non confortati da volumi ed esiti sono inutili se non dannosi come dimostrato dalla EBM (Medicina basata sull'evidenza).

La nuova rete Ospedaliera nasce, quindi, per adeguare la Sicilia al D.M.70 del 02/04/2015 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, G.U. 4 giugno 2015 n. 127, recepito dalla regione Sicilia con D.A. 1181 del 02/07/2015), che rappresenta senza dubbio uno dei documenti di programmazione sanitaria, rivolto principalmente al solo ambito ospedaliero, più importante e atteso degli ultimi anni.

Il D.M. 70, spalmando in maniera razionale le specialità, ha l'obiettivo di realizzare le condizioni per rinnovare ad ampio raggio l'impianto del nostro sistema ospedaliero, garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio, dare risposte

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti della transizione epidemiologica, demografica e sociale che negli ultimi decenni hanno modificato profondamente il quadro di riferimento e messo in discussione la sostenibilità del nostro e dei sistemi sanitari più avanzati.

La regione Sicilia ha provveduto a stilare un primo documento dopo circa un anno dal recepimento del D.M. 70: decreto 29/06/2016 pubblicato sulla GURS del 14/07/2016 perfezionato dal documento prot. N.64501 del 29/07/2016: “Documento metodologico per la riorganizzazione del sistema di rete dell’emergenza – urgenza della regione Siciliana.”

Tale documento ha ricevuto l’approvazione sia del M.E.F. che del Ministero della Salute. Inspiegabilmente si è poi provveduto a esitare un nuovo documento: DA n. 629 del 31/03/2017, che la nuova giunta di governo, con delibera n 522 del 28/12/2017, ha provveduto a sospendere perché non sostenibile economicamente, come certificato dalla Corte dei Conti.

La politica non è riuscita a cambiare la logica di punire e tagliare con tagli orizzontali e premiare chi fa bene, senza autoreferenzialità, con indicatori oggettivi (volumi ed esiti).

Bisogna tutelare il Diritto alla Salute nelle Aree Disagiate, Insulari e Periferiche, a fronte di una preoccupante deriva economicistica in sanità. Deriva che sta riducendo l’erogazione dei servizi sanitari ad una pura logica di mercato, profitto, business, numeri e equilibri di bilancio, che hanno perso di vista la cura alla persona e ridotto ad una questione puramente economica l’erogazione anche dei servizi essenziali:

emergenza/urgenza, punti nascita, assistenza ospedaliera; a scapito della sicurezza, dell’efficienza, dell’efficacia della cura, del benchmark e delle best practice sanitarie per le persone viventi in queste aree svantaggiate del paese, senza adottare correttivi efficaci nella programmazione sanitaria e perdendo di vista la “mission” essenziale dell’assistenza sanitaria che è assicurare il Diritto alla Salute a questi cittadini.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

Per cui i vari attori (la politica, le forze sociali), debbono farsi promotori di proposte concrete e azioni decise che facciano pienamente prendere in considerazione la realtà delle zone disagiate e periferiche e **producano aggiustamenti e ripensamenti efficaci, efficienti e sostenibili della programmazione sanitaria**, della presenza dei servizi di emergenza/urgenza ospedalieri, relativi ai percorsi nascita, nonché territoriali che diano non solo la garanzia del poter continuare a vivere con sicurezza in queste aree senza sperimentare ulteriori condizioni di disagio, di abbandono ed emarginazione, e abbiano come principio non la sola sostenibilità economica, **ma in primis la piena adeguatezza, sicurezza, correttezza, completezza ed efficacia sanitaria, cioè siano “veri” ed “efficienti” servizi sanitari pubblici e non imitazioni rabberciate e pericolose.**

Affinché la Regione svolga, finalmente, il proprio ruolo di governance dei processi assistenziali coniugato alla realizzazione delle compatibilità economiche e legale è necessario tenere in considerazione:

- **Riconversione dei piccoli ospedali**

1. **Ospedali di comunità** (Previsti dal regolamento sugli standard ospedalieri, dal Patto per la Salute e dal Piano nazionale della cronicità. La loro è una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero ed è dedicato a pazienti che, per un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e hanno bisogno di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

2. **Ospedali ad intensità di cure.** Previsti dal DM 70 come “...modalità di integrazione aziendale ed interaziendale al fine di assicurare la maggiore flessibilità organizzativa nelle gestioni dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza" (art.1 comma 5 lettera d DM 70).

3. **Contestualizzazione e precisazione dei punti oscuri del Decreto n.70/2015 sulle Aree Particolarmente Disagiate** e sui servizi che in esse devono essere garantiti in materia di emergenza/urgenza, pronto soccorso, punti nascita o servizi sostitutivi (chiedendo una vera applicazione a questi casi obbligatoria del Decreto Lorenzin dell'11 novembre 2015),

4. **Ospedalità privata.** Il così detto privato in Sicilia è un privato anomalo in quanto si finanzia, nella maggior parte, con la convenzione con il pubblico. Inoltre:

- nella maggior parte dei casi da prestazioni di bassa e media complessità e comunque non di eccellenza visto che la migrazione sanitaria è sempre in aumento.
- Non garantisce l'urgenza.

L'ospedalità privata è regolamentata dal DM 70/2015 (allegato 1 punto 2.5) dove si stabiliscono in maniera chiara i termini e le condizioni della programmazione annuale con fissazione di volumi di prestazioni e tetti di spesa e con una funzione di integrazione all'interno della rete ospedaliera.

Quanto sopra comporta:

Che non si può stabilire a priori il numero dei posti letto e comunque appare spropositato quello previsto dalla rete presentata: 5.119 (circa il 28% del totale); ciò determina che le UOC UOS ect. e il personale vengono calcolati solo su 12.932 posti letto pubblici, per cui anche se le funzioni vengono mantenute non avendo una dotazione organica adeguata rischieranno la chiusura per inadeguato numero di personale.

Altra conseguenza, della inspiegabile riduzione del numero dei posti letto pubblici, è che difficilmente potremo arrivare ai 160 ricoveri per 1000 abitanti

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

(in atto 120) e che le file al pronto soccorso, con relativo disagio, che a nostro avviso è il maggiore responsabile delle violenze registrate ultimamente, sono destinate ad aumentare (non tutto il privato garantisce l'urgenza).

5. **Presenza di Lungodegenza e Riabilitazione.**

6. **Punti di Primo Intervento.**

8. **Servizi Pediatrici e territoriali.**

Tra il 2014 e il 2016, i viaggi della speranza sono tornati a salire con continuità e senza sosta (fonte i dati SDO del 17/10/2017), oltre duemila unità in più. Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati SDO 2016 e riparto Fsn 2017. C'è da notare che i crediti sono dovuti, anche, a ricoveri di pazienti con cittadinanza estera, per cui sospendendo i ricoveri per i migranti, il saldo economico e la percentuale a saldo su crediti peggioreranno.

Altro dato che ci può spiegare le liste d'attesa particolarmente lunghe è che a fronte di una media di 11,8 unità di personale del SSN per 1.000 residenti (comprese quelle relative alle strutture private equiparate alle pubbliche) a livello nazionale, abbiamo in Sicilia, un numero di dipendenti inferiore (9,7) alla media nazionale. Fonte: elaborazioni C.R.E.A. Sanità 2017 su dati MinSan e Istat.

Come si evince dal "Giudizio di parificazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2017" la riduzione di personale e posti letto pubblici ha dato esiti evidenti:

allungamento delle liste d'attesa; difficoltà di accesso in Ospedale che è ormai, purtroppo, esperienza diffusa, E di conseguenza porta ad un iperafflusso di pazienti direttamente nei pronto soccorso; un tasso di ospedalizzazione che nel 2016, in Sicilia, si attesta a 121,0 per 1.000 abitanti (fonte è il "Rapporto Sdo 2016" del 2017 del

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

Ministero della Salute), quando il tasso ottimale, secondo il DM 70, sarebbe di 160 per 1000 abitanti, di cui 135 ricoveri ordinari e 25 ricoveri in DH.

Le modificazioni demografiche (si stima che nel 2050 nei paesi maggiormente sviluppati la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni aumenterà al 35.9% della popolazione) richiedono il superamento del tradizionale approccio medico/paziente.

I dati ISTAT ci dicono che l'incidenza delle malattie croniche nella popolazione con più di 65 anni è, in media, oltre l'80%. L'European House Ambrosetti stima che nel 2050 la spesa toccherà quota 281 miliardi di €, passando dal 7.1% del Pil del 2011 (112 mld di €) al 9.7% del Pil.

Oggi la spesa sanitaria totale è ampiamente sotto la media europea, sia per la componente pubblica che per quella privata. Spesa pro capite: media europea 3.977; Italia 3.064 Fonte: elaborazioni The European House – Ambrosetti, 2017 La spesa sanitaria nella nota di aggiornamento del Def, ultima varata da Palazzo Chigi, è prevista a quota 115 mld nel 2018, 116 mld nel 2019, e 118 mld nel 2020. La sua incidenza sul Pil si conferma in decrescita: passerà dal 6,6% del 2017 al 6,3% nel 2020. (Dato confermato Forum Meridiano Sanità – 12° edizione 14 novembre 2017).

La sfida, già avviata con la L.189/12 (Balduzzi), è rappresentata dalla creazione di modelli clinico assistenziali centrati sulla persona, che considerino la complessità del paziente e dei suoi bisogni all'interno di percorsi di valutazione multidisciplinare che garantiscano continuità assistenziale e condivisione degli obiettivi nel contesto ospedaliero e sul territorio.

È auspicabile che tutto questo porti ad un approccio che sia “sostenibile” dal punto economico, alla luce delle risorse sempre più limitate; infatti l'utilizzo di nuove tecnologie, nuovi farmaci, nuove metodiche molecolari sofisticate, è strettamente

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

legato alla capacità di razionalizzare le risorse, garantendo così la possibilità di potere erogare le migliori terapie disponibili a tutti.

La soluzione che è stata prospettata, per mantenere la sostenibilità del SSN, è quella di fare dell'appropriatezza il faro che illumina tutta la materia, sperimentando dei modelli organizzativi (peraltro già previsti nelle convenzioni, patto per la salute ect., ma che non sono mai stati attuati), in maniera da evitare che il contenimento della spesa comporti un peggioramento della qualità dei servizi.

È nell'ottica dell'appropriatezza che bisogna leggere l'ormai improcrastinabile necessità di revisione dell'organizzazione sanitaria.

Il ruolo dell'ospedale e quindi dell'organizzazione delle sue attività è cambiato, oggi lo stesso si deve occupare quasi essenzialmente delle: patologie acute o delle riacuzie di quelle croniche, qualora queste non possano essere risolte ambulatorialmente e abbiano bisogno di assistenza protetta e/o tecnologia sofisticata (cambiamento voluto ed estremizzato dalla spending review: ospedale a intensità di cure); il rationale del ricovero ospedaliero (appropriatezza dei ricoveri e riduzione dei tempi di degenza dei ricoveri di elezione); l'aumento crescente della coscienza del disagio vissuto dal paziente ricoverato per la lontananza dal proprio ambiente familiare (il ricovero pertanto deve essere sempre più ridotto al tempo strettamente necessario all'allettamento protetto); la crescente necessità di soddisfare contemporaneamente la domanda essenziale di salute, le esigenze di bilancio e di mantenere un elevato livello di qualità (difficile ma non impossibile).

Per le ragioni su esposte, l'ospedale dovrebbe gradatamente acquistare il suo ruolo di erogatore di interventi per acuti ad alto contenuto tecnologico e professionale; un ruolo che si traduce nei fatti in una riduzione della durata delle degenze medie, in un compattamento dei percorsi diagnostici e terapeutici e in una progressiva diminuzione

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

delle prestazioni erogate in regime inappropriato e forse nella ristrutturazione interna all'ospedale di: U.O., dipartimenti e super specializzazioni.

L'ospedale, quindi, non è più la sede dove viene fornita una risposta indistinta e di livello medio basso a tutti i bisogni di una comunità, ma si caratterizza ormai come sede di percorsi assistenziali complessi in cui diventano prioritarie le scelte di integrazione interprofessionale, la rapidità e l'interconnessione delle procedure.

Quello che l'ANAAO ASSOMED contesta è che si è provveduto alla ristrutturazione della rete ospedaliera non toccando la speculare ristrutturazione della rete territoriale.

Il tentativo di ristrutturare la rete territoriale viene fatto con il decreto Balduzzi DI n. 158/2012 nel capitolo in cui si tratta delle cure primarie ed altro non è se non il portare a compimento ciò che era già scritto nella 502/92 e nelle successive convenzioni con i Medici di Medicina Generale.

A tal proposito in data 06 luglio u.s. è stato varato il regolamento per l'istituzione degli ospedali di comunità previsti dal DM 70, dal patto per la salute e dal piano nazionale della cronicità, che possono essere allocati negli ospedali riconvertiti, in strutture ospedaliere etc.

A complicare il quadro, in recenti lavori pubblicati su The Lancet, è emerso che: "se le pressioni della finanza risulteranno nell'abbandono della copertura universale, questo avrà ripercussioni sulla salute dei cittadini, ma anche sul loro benessere più in generale. Un problema che si fa sempre più attuale ad esempio in Spagna e in Grecia, dove la flessione economica ha portato ad un aumento dei costi dei servizi sanitari per i singoli."

La sanità pubblica arranca, le liste d'attesa si allungano e i cittadini che possono permetterselo si rivolgono sempre più spesso alla sanità privata pagando di tasca propria, a volte «impoverendosi»: la spesa privata è costantemente in crescita da anni ed è passata dai 37,3 miliardi del 2017 ai 40 di quest' anno (10 a causa delle liste

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

d'attesa lunghe). Un esborso medio di 655 euro a cittadino per 44 milioni di persone, di cui 7 milioni si sono indebitati e 2,8 milioni hanno attinto ai risparmi (rapporto Censis giugno 2018). La ragione principale è l'incessante allungamento delle code per visite specialistiche e screening, con le attese per la mammografia addirittura raddoppiate da 62 giorni nel 2014 a ben 122 nel 2016 con punte di 142 giorni nel Sud e nelle isole. Aumenta dell'11% il numero di persone che non riesce a curarsi: sono infatti 12,2 milioni i cittadini che rinviando o rinunciano a prestazioni sanitarie in un anno (+1,2 milioni rispetto all'anno precedente). Fonte: VII Rapporto Censis-RBM Assicurazione Salute sulla Sanità Pubblica, Privata e Integrativa presentati oggi a Roma nel corso del Welfare Day 2017.

Spesa out of pocket in salita dunque, tenendo conto del fatto che il dato del Report RbmCensis non include l'esborso per le assicurazioni sanitarie, mentre include la compartecipazione sanitaria, cioè i ticket sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del +53,7%: con +162,2% per il ticket farmaci e +6,1% per le compartecipazioni per prestazioni sanitarie. Da quanto sopra risulta evidente che, in un momento in cui siamo in presenza di un rallentamento della crescita, è indispensabile capire non se ma come fare a dare e/o a mantenere l'assistenza sanitaria universale.

Non è più procrastinabile, nell'ottica del fare, la necessità di un'alta integrazione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale intesa come soluzione per evitare da un lato il collasso economico del sistema, dall'altro il venire meno della coesione sociale.

I principali ostacoli alla sua realizzazione risiedono in due condizioni:

1) nelle profonde differenze strutturali, organizzative e culturali specifiche presenti fra le due realtà, non giustificabili solamente con le diverse "mission" assegnate, ma conseguenti soprattutto ad abitudini organizzative diverse che hanno reso difficile, fino ad ora, la comunicazione e la comprensione specifica tra i due mondi;

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

2) nella necessità di innovare l'organizzazione di riferimento e pertanto modificare i comportamenti dei singoli attori.

Per il prossimo futuro la strategia è: passare da una medicina d'attesa, reattiva e pensata per i pazienti in fase acuta, ad una sanità che, basandosi sul modello Chronic Care Model, vada incontro al paziente in maniera pro-attiva e programmata per assumere il bisogno di salute prima che la malattia cronica insorga, si manifesti o si aggravi, con notevole riduzione dei costi e degli accessi inappropriati ai servizi (medicina d'iniziativa). Cioè passare da un modello di medicina basata sul numero delle prestazioni effettuate (spesso inappropriate), ad un modello che assuma come riferimento gli outcome di salute raggiunti (tipo minor numero di riacutizzazioni e di accessi alla struttura ospedaliera).

Bisogna che tutti, dal MMG passando dallo specialista Ospedaliero e/o ambulatoriale al Direttore Generale, siano responsabilizzati rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al SSN da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme al generale principio del "rendere conto" da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione e a confronto con il budget agli stessi assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici dei loro assistiti. Premesso che difficilmente, anche se la ricetta è quella giusta, qualcuno conosce il modo per modificare o cambiare le cose, specialmente in Sicilia, l'unica cosa che ci può guidare è l'esperienza fatta, il buon senso, l'applicare e non interpretare le leggi e sperimentare quanto fatto in altre regioni "virtuose".

Bisogna avere ben presente due concetti:

1. non si chiude nulla se non si è attivata la sua alternativa,
2. sistemazione delle risorse umane, economiche e tecnologiche, non in relazione ad autoreferenzialità, ma in relazione ai risultati quali/quantitativi storici ed attuali delle strutture prendendo come

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

indicatori: dati della mappa degli ospedali pubblicata dall'Agenas, dati controllo di gestione.

Non si possono fare le riforme realizzando risparmi (specialmente se lineari) bensì investendo, ottimizzando i costi e producendo meglio, tenendo conto che tagliare è più facile che cambiare.

La medicina difensiva, il contenzioso legale, i comportamenti opportunisti, l'indice di deprivazione, la quota capitaria, una prevenzione marginale, la lottizzazione degli incarichi, i dipartimenti finti, gli ospedali che non mutano, ecc., sono contraddizioni con dei costi vivi dei quali nessuno si preoccupa, ma una volta affrontati e per quanto possibile azzerati, libererebbero risorse per rinnovi contrattuali, assunzione di personale sanitario, aggiornamento tecnologico etc.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

ROPOSTA DI CAMBIAMENTO NELL'ASSISTENZA SANITARIA

I ripetuti episodi di aggressioni a medici pubblici durante l'esercizio delle loro funzioni, anche se non rappresentano un fenomeno nuovo, svelano tuttavia una situazione di crescente astiosità nei confronti delle istituzioni da parte del cittadino, il quale trova naturale scaricare la propria insoddisfazione e rabbia contro ogni struttura che offra servizi per conto dello stato, non più riconosciuto come elargitore di assistenza e sicurezza sociale, ma come un soggetto terzo che esige risorse senza offrire in cambio la tutela dovuta.

Oggi è diffusa, a torto o a ragione, la consapevolezza dell'inadeguatezza delle strutture sanitarie che, proprio nel momento di massimo bisogno del cittadino-utente, mostrano dei vistosi limiti nel dare risposte rapide, efficaci e umane.

Nello specifico, l'affollamento delle strutture di emergenza, la promiscuità da questo derivante, le attese logoranti per ottenere risposte a problemi percepiti come pericolosi, fanno scattare la molla della violenza. Peraltro, gli operatori sanitari che agiscono nell'area dell'urgenza avvertono, a loro volta, un disagio enorme e ingravescente, una sensazione di totale abbandono da parte dello stato che li costringe ad operare in situazioni di rischio, di confusione, di pressione emotiva.

- Il problema del "Pronto Soccorso"

Il cosiddetto "Pronto Soccorso" è stato sempre un punto di debolezza del servizio sanitario pubblico e i medici chiamati ad operare in quell'ambito considerati una forza lavoro non specializzata, spesso giovani al primo impatto lavorativo, senza grossa esperienza, che dovevano accontentarsi di ciò che veniva loro offerto e che attendevano con ansia il momento utile per potere essere trasferiti ad altri reparti.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

Il tentativo nobile di creare una specialità apposita, la MCAU, non ha risolto i problemi in maniera definitiva in quanto la fase di studio e stabilizzazione del malato che giunge all'osservazione, non può prevedere il successivo trasferimento presso altri reparti in cui si ricominci l'iter diagnostico-terapeutico e dove l'approfondimento delle problematiche patologiche porti a conclusioni anche difformi da quelle ritenute valide all'ingresso senza, pertanto, che il medico che ha preso per primo in carico il soggetto possa conoscere l'esito del ricovero e trarre esperienza dall'evoluzione del caso per una crescita professionale progressiva e corale.

L'affollamento delle strutture di emergenza ha numerose cause: certamente la assenza nel territorio di strutture-filtro sociosanitarie che possano offrire controlli, cure e supporti adeguati è la principale motivazione all'affluenza, ma anche la preoccupazione che un ritardo nell'avvio di procedure adeguate di emergenza con un più alto profilo tecnologico ed assistenziale, induce chi si sente minacciato da un pericolo percepito come imminente e grave a ricorrere alle strutture che ritiene maggiormente attrezzate ad affrontare la patologia, reale o presunta, occorsagli.

In effetti, l'utenza è costituita da soggetti sempre più anziani, fragili, affetti da più patologie che complicano il quadro sintomatologico e necessitano invero di un approccio specialistico per cui il malato tende spontaneamente a scavalcare il confronto con il medico fiduciario o con la guardia medica preferendo recarsi dove ritiene possa essergli praticata un'assistenza maggiormente qualificata.

In questo panorama che appare caotico e nel quale l'attuale organizzazione del sistema sanità non sembra potere offrire soluzioni esaustive, si avverte la necessità di operare una profonda revisione dei principi e di realizzare una vera rivoluzione copernicana riconsiderando e ricollocando tutti gli attori che interagiscono a cominciare dal malato che deve riassumere il ruolo protagonista e centrale e conseguentemente ridisegnare ruoli, compiti e funzioni degli operatori.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

L'ospedale per intensità di cura

È il modello organizzativo che si colloca in continuità nel lungo processo di cambiamento, volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie.

La graduazione dell'intensità delle cure permette di rispondere in modo diverso e appropriato con tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura richiede nuovi ruoli professionali, nuovi strumenti e un ripensamento della presa in carico del paziente, perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa a tutti i livelli di cura.

Il modello per intensità di cura è un'opportunità da non perdere per superare le criticità del sistema e per consolidare i miglioramenti del servizio già conseguiti.

Il livello di cure richiesto dal singolo caso consegue a una valutazione di instabilità clinica, associata a determinate alterazioni dei parametri fisiologici e alla complessità assistenziale.

Questo approccio determina la necessità di introdurre modelli di lavoro **multidisciplinari** per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione di *team* multidisciplinari capaci di operare secondo tale impostazione concettuale. Medici e infermieri sono chiamati a una funzione di primissimo piano nello sviluppo di tutte le attività comprese nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente.

L'assegnazione del malato ad un determinato settore avviene in conseguenza della valutazione del grado di **instabilità clinica** derivante dalla alterazione di parametri fisiologici vitali, e della **complessità assistenziale** sia medica che infermieristica.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

A volte, instabilità clinica e complessità assistenziale coincidono perfettamente, in molti casi no. A qualsiasi livello d'intensità di cura ci sono complessità assistenziali diverse.

Possiamo distinguere i *setting* assistenziali prevalentemente su 3 livelli:

- livello di **intensive care** che comprende le terapie intensive e sub intensive; deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza;
- livello di **high care**, costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte della casistica; è caratterizzato da una elevata variabilità della complessità nell'approccio medico ed infermieristico;
- livello di **low care** che è invece dedicato alla cura delle postacuzie; fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza; è da ritenere che la *low care* identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale.

L'organizzazione per intensità di cure richiede una rivalutazione delle prassi consolidate e uno spostamento del baricentro assistenziale dalle esigenze dell'organizzazione e degli operatori a quelle dei pazienti. La programmazione delle attività deve incentrarsi sulle necessità e sulle aspettative dei pazienti, tenuto conto delle esigenze di sicurezza ed efficacia.

Viene modificato profondamente il ruolo dell'infermiere. La pianificazione dell'assistenza infermieristica si realizza attraverso piani di lavoro orientati per obiettivi. L'infermiere assume maggiore responsabilità sui risultati globali dell'assistenza, ha una conoscenza più profonda del singolo caso, è maggiormente responsabile dell'organizzazione delle proprie attività e collabora all'interno

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

dell'equipe multi-professionale integrata con le altre figure professionali in modo più attivo e consapevole.

LA COSTRUZIONE DEL PROGETTO E LE DIFFICOLTÀ A REALIZZARLO

L'introduzione del modello per intensità di cura richiede una differenziazione logistica e fisica delle diverse articolazioni delle degenze.

Bisogna effettuare una distinzione tra: area delle attività ambulatoriali (*outpatient*) e area del ciclo diurno (*day hospital, day surgery, day service*). Particolare attenzione, in fase di strutturazione, dovrà essere rivolta all'inevitabile processo di trasferimento di molte prestazioni dal regime della degenza al regime ambulatoriale o diurno, conseguenza delle continue innovazioni tecnologiche, in particolare nell'area diagnostica.

La strutturazione fisica del modello impone che sia prestata attenzione ai seguenti aspetti:

- Importanza dei momenti di snodo.
- Il *patient flow* e i PDTRA.
- *Week surgery* e *Week hospital*.
- Il *case management* e i nuovi ruoli professionali.
- La terapia intensiva e sub intensiva.
- La scelta dei modelli organizzativo e assistenziale.

Uno dei presupposti per l'efficacia del nuovo modello organizzativo e la creazione di un filtro a livello territoriale che permetta di adottare la soluzione appropriata ai bisogni del paziente, evitando sia i problemi di accessi impropri in ospedale, sia di ricoveri ospedalieri inadeguati.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

È necessaria una formalizzazione dei criteri, clinici e gestionali e la definizione delle metodologie per l'invio del paziente mediante l'ausilio dei professionisti coinvolti nel suo processo di cura.

All'interno della struttura ospedaliera, il **DEU** rappresenta in quest'ottica un fondamentale momento di snodo, dato che la maggior parte degli ingressi avviene tramite il Pronto Soccorso.

L'integrazione tra le professioni mediche e più in generale tra quelle sanitarie nell'Ospedale gestito per intensità di cura consente il passaggio dalla cura della singola fase a una vera e propria presa in carico del paziente.

Due gli elementi chiave: la gestione del *patient-flow* e i PDTRA.

La gestione del *patient-flow* implica che in ciascun ospedale siano identificati, discussi e formalizzati tra i professionisti un insieme di criteri clinici di passaggio, accesso e di esclusione per i diversi livelli di cura. Nella definizione di questi criteri bisogna tener conto sia delle evidenze disponibili in letteratura sia delle specificità locali.

I **PDTRA** (Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale), all'interno del modello dell'intensità di cura, assicurano la standardizzazione dei processi e un orientamento al miglioramento continuo. Essi, infatti garantendo un percorso stabilito, l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, permettono ai differenti attori del processo di avere sempre un forte coordinamento tra loro, ma soprattutto forniscono al paziente una garanzia di un *outcome* clinico adeguato e omogeneo, non operatore-dipendente.

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

CONCLUSIONI

Non v'è dubbio che l'assistenza ospedaliera organizzata per intensità di cure debba rappresentare il modello al quale guardare se si vuole restituire sicurezza al malato, dignità professionale alle figure che lo prendono in cura e realizzare un percorso assistenziale che veda allocate le risorse equamente e con razionalità.

Tuttavia, non possiamo sottacere le difficoltà che si incontrano nella realizzazione di un tale progetto che prevede una radicale modifica della cultura attuale medica e infermieristica, ma anche e soprattutto burocratica e normativa, visto che ad oggi è ancora vigente l'aspetto verticale della modalità di assistenza, attuata per specialità, e sussistono forti ostacoli e resistenze alla trasformazione dell'assetto esistente in modo rapido ed efficace.

È condivisibile quindi il pregiudizio che l'adozione, sia a livello nazionale, sia regionale, di un sistema ospedaliero e territoriale organizzato secondo nuove modalità tecnico-gestionali e con alla base una reale riforma culturale incentrata sull'integrazione progressiva delle strutture e sulla centralità del malato, sia estremamente complessa e di difficile attuazione, anche per il necessario coinvolgimento degli operatori e delle strutture del territorio, fondamentali per potere realizzare un sistema adeguato di filtro e per garantire la continuità assistenziale al paziente fragile.

In pratica, si propone di procedere alla modifica dell'organizzazione seguendo una strategia che privilegi l'aspetto di collaborazione e di condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici invece dell'imposizione dall'alto di scelte che esasperano i

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it

conflitti interni e incrementano la diaspora tra le unità operative e tra queste e il Pronto Soccorso.

Si tratta, come più volte ripetuto e sottolineato, di avviare un lento ma efficace progetto finalizzato a modificare l'atteggiamento personalistico, spesso dominante nella medicina pubblica, puntando invece sull'integrazione delle competenze - la responsabilità della salute del malato non è mia o tua, ma nostra! -, sull'offerta di assistenza differenziata in rapporto alle esigenze del caso e, pertanto, sulla capacità di intervento efficace ed esaustivo nei confronti dell'unico vero protagonista della sanità: **il malato.**

Ringraziamo per la collaborazione i Dott.i:

S. Barbera, A. Geraci, F. Matisi, E. Reggio, M. Zammataro.

A. Palermo
Segretario Regionale
Anaa Assomed Sicilia

Sede Regionale

Via: Salvatore Paola, 8 – 95125 Catania

Tel.: 095441085 – Fax 095438692

Mail: segr.sicilia@anaao.it

PEC: segr.sicilia@anaao.postecert.it

Web: www.anaaosicilia.it / www.anaao.it