

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVIII * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2017

CIMO

CAMPANIA

IL SINDACATO DEI MEDICI

Atti del Convegno

Patto per la salute, LEA, Standard ospedalieri:
la centralità del Medico a garanzia dei bisogni
di salute dei Cittadini

Salerno, 8 giugno 2017

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVIII * NUMERO 3/4 * MAGGIO/AGOSTO 2017

CIMO

CAMPANIA

IL SINDACATO DEI MEDICI

Atti del Convegno

Patto per la salute, LEA, Standard ospedalieri:
la centralità del Medico a garanzia dei bisogni
di salute dei Cittadini

Salerno, 8 giugno 2017

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**



Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2018.



SOMMARIO

Editoriale		IV
<i>Antonio De Falco</i>		
Introduzione	Pag.	17
<i>Alberto Catalano</i>		
La valorizzazione delle Risorse Umane	Pag.	19
<i>Giulio Antonio Cecchini, Giuseppe Minetti</i>		
La rete ospedaliera alla luce del DM 70	Pag.	22
<i>Guido Quici, Alberto Catalano</i>		
I nuovi LEA	Pag.	26
<i>Ennio Duranti</i>		
Reti cliniche integrate e PDTA nell'orizzonte di megafusioni-territoriali	Pag.	31
Relatori e Moderatori	Pag.	32

Editoriale

Questo numero della nostra Rivista è dedicato agli atti del Convegno “Patto per la salute, LEA, Standard ospedalieri: la centralità del Medico a garanzia dei bisogni di salute dei Cittadini”, organizzato dalla S.P.E.ME. e da CIMO Campania, tenutosi a Salerno lo scorso 8 giugno 2017.

Il Centro Studi Civitas Hippocratica ha firmato recentemente un accordo di collaborazione con l'Associazione Scientifica S.P.E.ME. (Società per la Promozione dell'Educazione MEDica) per cui, oltre ad un servizio di consulenza editoriale e alla pubblicazione sulla nostra Rivista di articoli, atti di convegni e quant'altro per conto della suddetta Associazione, le tariffe delle spese di stampa con i relativi estratti, qualora i soci S.P.E.ME./CIMO Nazionale propongano la pubblicazione di lavori scientifici, saranno calcolate a condizioni di favore rispetto a quelle previste per i non iscritti.

Inoltre, i numeri della “Civitas Hippocratica” sono visionabili sul sito www.speme.com

Mario Colucci

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Introduzione

Antonio De Falco

Ringrazio calorosamente tutti voi per la presenza a questo nostro consueto appuntamento di inizio giugno.

Nel 2015 il tema del nostro convegno verteva sulla professione e sulla professionalità del medico al servizio della salute del cittadino; lo scorso anno sull'appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure.

Non a caso quest'anno abbiamo deciso di chiudere il cerchio ponendo l'accento sulla centralità del medico nel garantire i bisogni di salute dei cittadini alla luce del patto per la salute, dei nuovi LEA e degli standard ospedalieri.

I relatori che intervengono, e che ringrazio per la partecipazione, avranno modo di ben esplicitare, con la loro riconosciuta abilità, l'importanza di avere, in questa fase di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, il professionista medico in un ruolo centrale e di garanzia per la salute dei cittadini.

Io voglio rubarvi invece solo alcuni minuti per alcune brevi considerazioni e riflessioni:

- **patto per la salute**

Si è aperta una nuova fase nella sanità italiana nella quale la centralità della persona e la qualità finale, in termini di risultati dell'azione svolta, si sostituiscono, come elementi costitutivi del paradigma strategico dominante, all'efficienza gestionale ed alla correttezza formale delle procedure che erano centrali in un recente passato. Le parole chiave del patto sono scritte a chiare lettere: sostenibilità, equità, qualità, appropriatezza ed innovazione e sono alla base dei principi inalienabili del sistema sanità.

Ma la positività degli obiettivi indicati non possono, al tempo stesso, prescindere dalla preoccupazione che emerge rispetto alla loro applicazione nei diversi territori.

Si riuscirà a raggiungerli in tempi ragionevoli ed in maniera progressivamente uniforme nel paese o non sussiste il rischio di un'astrattezza che non prenderà corpo nella realtà?

- **standard ospedalieri e D.M. 70**

Il D.M. 70 rappresenta il più recente tentativo di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale con l'individuazione di criteri omogenei in tutto il territorio.

L'intento del legislatore non può che risultare condivisibile imprimendo una spinta uniforme alla qualità e all'efficienza alle articolazioni regionali del sistema sanitario.

In effetti a ben guardare, la formulazione del D.M. 70 è di fatto la riproposizione negli anni 2000 della riforma Mariotti del '68 nella quale già si identificarono le misure di quello che oggi chiamiamo modello "hub & spoke": ospedali di zona provinciali e regionali con diversi gradi di complessità ed una distribuzione programmata dei posti letto e delle specialità.

Ma il D.M. 70 ha introdotto l'analisi dei flussi, la verifica dei processi della domanda di assistenza e parametri che possono essere un riferimento per l'allocazione delle strutture.

Ha contribuito, inoltre, all'incremento della collaborazione tra ospedale e territorio ponendo l'accento anche sulla rilevazione del fabbisogno epidemiologico da sempre semplicemente e superficialmente supposto in alcune regioni.

Di converso, però, troviamo l'imposizione di un numero minimo di posti letto per acuti molto più basso rispetto ad altre realtà europee, senza la certezza, ad oggi, di una reale alternativa di cura territoriale.

Se la media dei paesi OCSE (dato 2014) è di 5,06 pl per acuti/1000 abitanti e la media OCSE europei (dato 2013) era di 4,0; il D.M. 70 ne prevede 2,7 per acuti e post acuzie.

Questa misura che doveva introdurre uno stimolo forte al sistema si è tradotta unicamente in un danno ai pazienti dato l'ovvio conseguente aumento delle liste di attesa.

Inoltre, vi è una profonda inadeguatezza nelle regioni, specie nel mezzogiorno, dove vi è stata, e tuttora vi è, una visione troppo "ospedalocentrica" perché l'ospedale è stato per secoli l'unica realtà visibile cui fare esclusivo riferimento al netto di un'assistenza sanitaria carente mentre nel resto del paese le modifiche e le integrazioni sono più facilmente realizzabili.

- **contesto applicativo**

Ho cercato di considerare la nostra realtà sanitaria regionale, non proprio dissimile da quella nazionale, nella quale vanno calate queste misure.

Ho voluto guardarla con gli occhi di uno psichiatra ed ho visto un mondo della sanità con diversi problemi di salute mentale.

- **su tutte, la patologia prevalente è la depressione**

Pervade i cittadini che a fronte del muro del ticket e delle liste di attesa non riescono più ad accedere ai servizi sanitari e sono costretti a rivolgersi al pronto soccorso, nonostante i gravi disagi, perché non hanno risposte appropriate nel territorio o preferiscono addirittura non curarsi.

Compare tra i medici e gli operatori sanitari sempre più soli, colpiti nella loro dignità professionale e additati quali responsabili delle storture del sistema.

Depressione e disturbi di identità si trovano, inoltre, in chi, dopo anni di precariato, ancora non è riconosciuto come un medico con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Sintomi ansiosi-depressivi si possono riscontrare tra i giovani medici che dopo sei anni di studio e una meritata laurea ed abilitazione non riescono ad accedere alla formazione specialistica o ai corsi di medicina generale.



Disturbi psico-somatici insorgono sempre più frequentemente nei medici e negli operatori sanitari costretti a turni sempre più pesanti e stressanti per il blocco del turn-over.

Assume invece la forma della **rassegnazione per la Regione** che ha accettato nei fatti da diversi anni, quasi supinamente, tagli lineari (e non) e prende la forma dell'**abulia per il governo** che ancora a distanza di più di due mesi non riesce a nominare il nuovo commissario alla sanità dimostrando quanto poco a cuore abbia la, tanto ipocritamente sbandierata, salute dei cittadini (campani) anteponeandola a beghe politiche di bassa lega.

Molto diffusi sono i **disturbi della memoria**. Su tutti campeggia l'**amnesia** che ha colto governo e regioni nonostante le solenni dichiarazioni fatte anche in parlamento: tutte le risorse che verranno risparmiate attraverso misure di spending interna e razionalizzazione saranno reinvestite per politiche sanitarie.

Troviamo **idee di grandezza e deliri di onnipotenza** in alcune direzioni aziendali e non solo.

Non manca neppure la situazione psico-patologica del **doppio legame** per il quale il medico riceve due messaggi incongrui tra loro.

Da un lato i protocolli e le direttive aziendali gli indicano la via del risparmio, dall'altro lato gli arrivano

“dovuti” avvisi di garanzia con la possibile complicità anche dell'insorgenza del disturbo post traumatico da stress.

Dal **doppio legame** non sono immuni neanche i direttori generali: da un lato, pena il licenziamento, dovranno raggiungere obiettivi economico-finanziari e di salute dall'altro lato si continuano a tagliare loro le risorse necessarie.

Problemi di salute mentale, infine, si ritrovano nella stessa salute mentale. Dalla grave depressione per i servizi territoriali sempre più poveri di risorse alla illusione di aver chiusi gli OPG sostituendoli con le REMS, pensando si aver dato le giuste risposte ai bisogni di salute mentale.

Ma dal tunnel si può uscire. Occorre individuare lo psicofarmaco adatto. E lo psicofarmaco più efficace è: l'euro pro-capite. Alle dosi già somministrate per la sanità per ciascun cittadino nei principali paesi europei.

Ed allora ricordando la parola “sostenibilità”, tanto in voga oggi, e pensando che una terapia, un'indagine, un'analisi, una qualunque cosa può essere di **qualità, appropriata, innovativa, ma non sostenibile** voglio concludere con una citazione latina:

non pecuniam, non missis in cantu
parafrasando in italiano:

senza soldi non si cantano messe.

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Antonio De Falco
e-mail: info@cimocampania.it

La valorizzazione delle Risorse Umane

Alberto Catalano

Le risorse umane rappresentano una componente fondamentale ed insostituibile nell'ambito di tutte le attività pubbliche o private e, quindi, anche in misura maggiore, in ambito sanitario.

Per la migliore comprensione dell'intera problematica è lecito innanzitutto chiedersi: qual è il ruolo delle "persone" nel determinare il successo delle organizzazioni e come gestire efficacemente il personale, in particolare in sanità?

Inoltre, è necessario altresì comprendere quali fattori organizzativi caratterizzano la gestione del personale; quali sono le "competenze chiave" ed i profili professionali; come è strutturata la forza lavoro; quali "regole" vengono applicate.

Il sistema sanitario, per giunta, si caratterizza per l'estrema eterogeneità della "forza lavoro" che possiamo classificare in:

- Area amministrativa che comprende profili amministrativi (contabili, GRU, operativi) e profili manageriali (laurea triennale in economia e gestione dei servizi sanitari; master di I e II livello).
- Area tecnica che comprende profili ingegneristici (ingegneria clinica e *technology assessment*), profili informatici (ICT), profili scientifici (fisici nucleari per la gestione dei ciclotroni e della PET; biologi, etc.).
- Area sanitaria che comprende laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria, specialisti, 4 classi di laurea triennale delle professioni sanitarie, 14 diversi Cdl triennale per infermieri, tecnici e altre figure professionali, Master di I livello (dirigenza).

Alla luce di una tale complessità risulta evidente che riaffermare la centralità del capitale umano nei contesti organizzativi è il vero motore dei processi di cambiamento e innovazione, ma, come realmente valorizzare le risorse umane?

Schematicamente possiamo affermare che la valorizzazione delle risorse umane poggia necessariamente su tre pilastri:

- Motivazione,
- Clima organizzativo,
- Soddisfazione nel lavoro.

La *motivazione* è l'insieme degli stimoli, delle energie, delle risorse che le persone si sentono di rendere disponibili nella relazione con l'organizzazione. Una disponibilità, comunque, non assoluta, che, peraltro, assume tonalità e valenze soggettivamente differenti.

Quando si parla di motivazione, la questione centrale non è tanto quella se le persone sono soddisfatte (o meno) del proprio lavoro, quanto piuttosto:

1. di quante risorse le persone possono disporre e qual è la direzione e la qualità di queste energie,

2. del loro senso di appartenenza all'organizzazione,
3. del desiderio di cambiare,
4. della voglia di apprendere.

Il *clima organizzativo* è:

- la qualità della rete di tensione collettiva che lega o non lega gli uomini e le donne dell'organizzazione,
- lo stare insieme, il lavorare insieme,
- il piacere di ritrovarsi oppure no, l'eccessiva freddezza che circola nelle relazioni interpersonali, la distanza, oppure anche l'eccessiva informalità o l'eccessivo calore che forse nasconde il bisogno di compensare una qualche mancanza.

In sostanza, il clima organizzativo è una dimensione di misura della relazione all'interno di un'organizzazione; una dimensione peraltro molto difficile da rinvenire. Il clima organizzativo, infatti, è talvolta così aleatorio, così impalpabile e anche così affidato agli equivoci del linguaggio, da far sì che un giorno sia sufficiente una parola piuttosto di un'altra a modificare radicalmente l'andamento delle attività e delle relazioni.

La *soddisfazione nel lavoro*, infine, è l'indicatore di appagamento e anche di apprezzamento che le persone utilizzano per segnalare la qualità della loro relazione con l'organizzazione. Le ricerche di settore, effettuate dal prof. Gian Piero Quaglino dell'Università di Torino, suggeriscono che gli ambiti su cui la soddisfazione si declina sono piuttosto limitati:

- il contenuto professionale,
- il contesto organizzativo,
- la dimensione della relazione,
- la dimensione della crescita professionale.

"Soddisfazione", comunque, non significa "completo appagamento" o "compiuta realizzazione", ma corrisponde ad "abbastanza".

Possiamo quindi affermare che il capitale umano costituisce il vero e proprio motore dell'innovazione ed inoltre che:

- Le persone, e non la tecnologia, fanno la differenza. Un capitale intangibile, costituito da professionalità, conoscenze e capacità organizzative, cultura imprenditoriale che si sedimenta e si rinnova.
- Il trend deve naturalmente riconnettersi alla necessità di operare con modelli organizzativi flessibili, in continuo ascolto esterno/interno, di elaborare ed implementare continuamente conoscenze spendibili immediatamente o nel medio termine.
- Al fine di raggiungere la soddisfazione dell'utenza e per rispondere alla domanda di salute del cittadino, crescente nell'ultimo decennio, risulta evidente come sia importante l'investimento sulle risorse umane e sulla loro professionalità; è fondamentale



pertanto, tra le diverse attività che possono essere messe in pratica, promuovere e mantenere un adeguato livello di benessere fisico e psicologico in coloro che sono i veri attori protagonisti della crescita e dell'evoluzione dell'organizzazione stessa: le persone.

La complessità della materia spiega anche perché sia molto difficile valutare le risorse umane.

A tale proposito appare interessante un tentativo di valutazione della gestione delle risorse umane seguendo un sistema scientifico e valutabile statisticamente come risulta da una ricerca compiuta presso due diverse Aziende Sanitarie (Viterbo e Arezzo).

denti ed è un punto di forza dell'organizzazione.

Caratteristiche del campione:

- 17 soggetti
- Tutti TSRM del reparto di Radiologia Diagnostica d'Urgenza dell'Ospedale San Donato di Arezzo
- 10 Maschi (59 %) e 7 Femmine (41%)
- età media 35 anni.
- il 65% ha conseguito la laurea ed il 35% il diploma di scuola media superiore
- Il 53% è coniugato e il 47% è celibe o nubile; non ci sono né separati né divorziati.
- Per recarsi al lavoro il personale impiega in media 25 minuti

PROFILO GENERALE

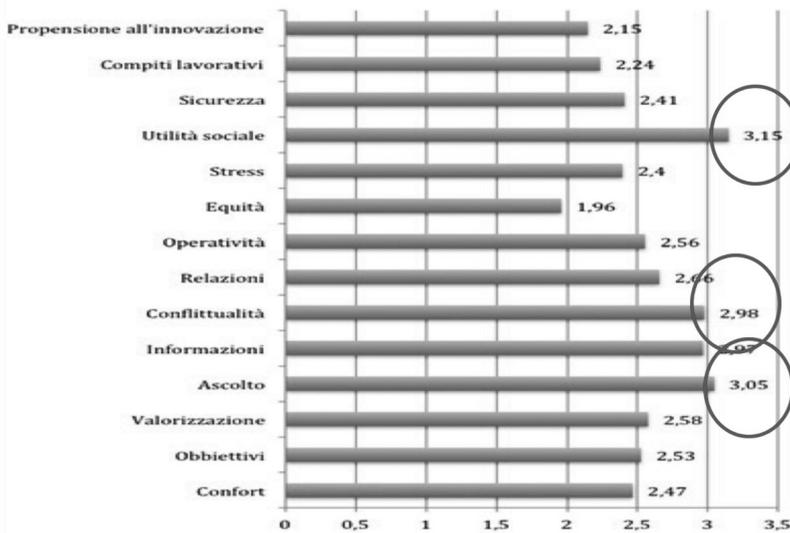


Tabella 1

In questo articolo (1) gli Autori hanno scelto di utilizzare il questionario sul benessere organizzativo, frutto di una ricerca tutta italiana, l'“Organizational Health Questionnaire” (O.H.Q), che, dopo un attenta analisi, tra tutti i questionari visionati è risultato il più corrispondente alla realtà che veniva analizzata.

Gli AA. considerano il “benessere organizzativo” come un costrutto articolato in quattordici diversi concetti o dimensioni, ciascuno dei quali opera in un sistema di indicatori, a loro volta tradotti in domande del questionario.

Oltre agli indicatori concernenti ciascuna delle quattordici dimensioni del “benessere organizzativo”, il questionario rileva altri tre gruppi di indicatori, funzionali alla comprensione ed alla spiegazione del fenomeno. Si tratta degli “indicatori positivi”, degli “indicatori negativi” e degli “indicatori di malessere psicofisico”.

Il punteggio alle singole dimensioni del clima valutate varia in un range compreso tra 1 e 4; più alto è il punteggio più la dimensione è percepita in modo positivo dai dipen-

I risultati sono riportati nelle Tabelle 1, 2, 3 e 4

Gli AA. concludono:

- del contesto esaminato sono stati sottolineati alcuni aspetti critici ed alcuni punti di forza che consentono alle persone di lavorare in modo migliore, sentendosi integrati nell'ambiente lavorativo;
- un'azienda moderna, sempre più, deve rispondere ai bisogni dei dipendenti e dell'utenza, a partire dal miglioramento dei servizi e quindi delle prestazioni fornite. Questo percorso non deve trascurare quelli che sono i principali protagonisti di questa politica, orientata al cliente/utente e agli operatori del settore;
- il raggiungimento degli obiettivi richiede la presenza di persone che, oltre alle capacità e

Indicatori positivi del benessere organizzativo

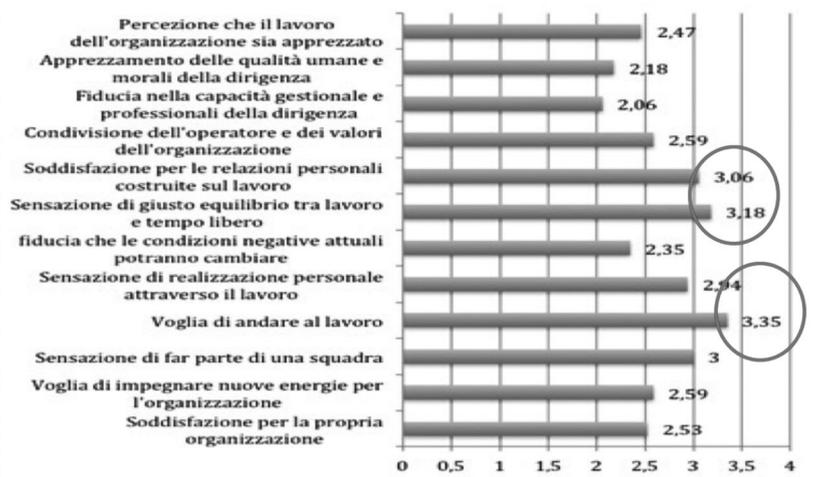


Tabella 2

alle conoscenze professionali, posseggano alcune qualità fondamentali: facciano propri i valori del servizio pubblico, si riconoscano nei principi dell'interesse generale ed abbiano un comportamento consapevole;

indicatori negativi del benessere organizzativo



Tabella 3

- l'azienda chiamata a migliorare la qualità del lavoro perché, così facendo, si rafforza la motivazione e si determina il senso di appartenenza all'istituzione e la condivisione dei valori e degli obiettivi.

La lettura del lavoro riportato porta a fare le seguenti considerazioni:

Indicatori di malessere psicofisico

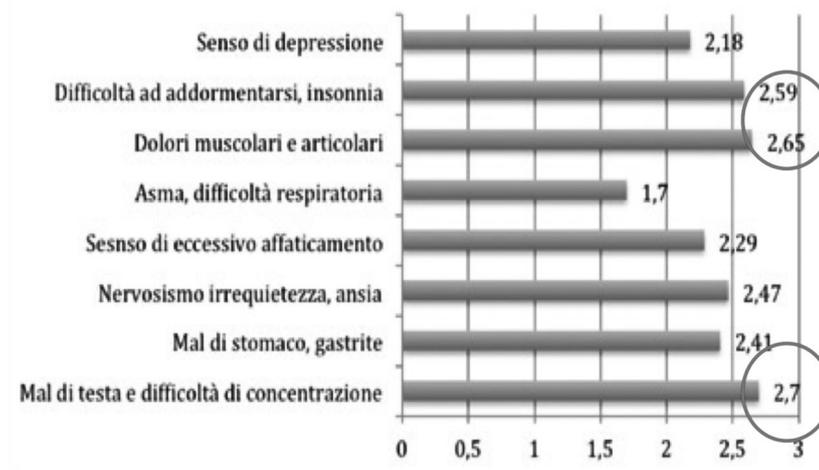


Tabella 4

- la gestione del personale è una disciplina molto difficile;
- i Direttori di Unità Operativa Complessa devono possedere sensibilità e capacità relazionali, devono approfondire le conoscenze in questa «disciplina», dovrebbero poter gestire il Personale dell'Unità Operativa in stretta collaborazione con le Direzioni Professioni Sanitarie. A tale proposito è bene sottolineare come spesso i rapporti con tali strutture non siano idilliaci, ma è necessario trovare un'intesa a condizioni che ci sia rispetto dei rispettivi ruoli, trasparenza, competenza in campo organizzativo e soprattutto una visione rispettosa delle regole e soprattutto che abbia come primo obiettivo la garanzia del servizio intesa come garanzia per i pazienti;
- L'attuale confronto «a muso duro» difficilmente consentirà di ottenere risultati funzionali alla realizzazione di una Sanità di eccellenza;
- Le risorse in costante diminuzione renderanno molto difficile sostenere il modello italiano di SSN così come lo abbiamo conosciuto;
- Il numero chiuso «italiano» alla Facoltà di Medicina, con l'imbuto delle specializzazioni, ha già creato danni irreversibili che si concretizzeranno brutalmente nei prossimi 3 – 4 anni.

Bibliografia

- DE SIMONI S., DARI S., MENICACCI R.: *La gestione delle risorse umane in una Azienda Sanitaria*. - TEME - Tecnica e Metodologia Economale, bimestrale di Tecnica ed Economia Sanitaria 2015; 5/6: 19-26
- PRANDI F., CECI A.: *La valorizzazione delle Risorse Umane*. Processi Decisionali e Qualità del Welfare. Seminario di lavoro, Reggio Emilia, 2-4 dicembre 1999
- CROCI G.: *La valorizzazione delle risorse umane tra clima organizzativo e motivazione*. Giornate didattico-formative per responsabili della gestione delle strutture universitarie. Venezia, 19 settembre 2005

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Alberto Catalano
 e-mail: a.cat@speme.com

La rete ospedaliera alla luce del DM 70

Giulio Antonio Cecchini, Giuseppe Antonio Minetti

Il Decreto Ministeriale 70 del 02/04/2015 nasce con l'obiettivo di definire gli "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e rappresenta senza dubbio una rivoluzione necessaria oggi nel panorama della Sanità.

Lo scopo del nuovo Regolamento è quello di:

- imporre un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza sanitaria,
- riclassificare la tipologia dei presidi ospedalieri,
- calcolare la dotazione dei posti letto,
- impostare nuovi percorsi per i pazienti tra l'ospedale ed il territorio.

Seguendo queste indicazioni le Regioni devono provvedere, secondo l'articolo 1, comma 2, alla riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri ad un livello non superiore a 3,7 posto letto per mille abitanti comprensivi dei 0,7 posti letto per mille abitanti riservati alla riabilitazione e alla lungodegenza post acuzie. Tale valore può essere comunque incrementato o decrementato, con le modalità definite dal comma 3 del predetto articolo, in considerazione della mobilità tra le regioni.

All'interno di questo calcolo vengono considerati, oltre ai posti letto ospedalieri, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, di qualunque tipo, privato e convenzionato, se le regioni coprono il costo giornaliero a carico del SSR.

Su questa base le regioni devono provvedere alla riclassificazione delle strutture ospedaliere prevedendo tre livelli a complessità crescente:

- *presidi ospedalieri di base* con bacino di utenza tra 80.000 e 150.000 abitanti;
- *presidi ospedalieri di I livello* con bacino di utenza tra 150.000 e i 300.000 abitanti;
- *presidi ospedalieri di II livello* con bacino di utenza tra i 600.000 e i 1.200.000 abitanti.

Per ogni struttura ospedaliera sopradescritta deve essere identificata la dotazione standard, tenendo anche conto delle specificità territoriali.

Stabilisce, inoltre, l'efficiamento della rete ospedaliera per le strutture accreditate: in particolare istituisce una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi annuali con il limite dal 1 gennaio 2015, di 60 posti letto per acuti, portato poi a 80 posti letti per acuti al 1 gennaio 2017.

Provvede anche ad attribuire con programmazione regionale, 0,7 posti letto ogni 1000 abitanti da destinare a funzioni di lungodegenza e riabilitazione e tra questi almeno lo 0,2 per la lungodegenza.

Per ottenere tutto questo vengono definiti il tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), l'indice di occupazione del posto/letto (deve attenersi sul 90%), la durata media di degenza per i ricoveri ordinari (inferiore mediamente ai 7

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
<i>Bypass</i> aorto-coronarico	200 interventi/anno di <i>By-pass</i> aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

Tabella 1

giorni) e criteri di appropriatezza del percorso (conversione dei ricoveri ordinari in day-hospital e la riduzione dei ricoveri in day-hospital in prestazioni territoriali).

Uno dei principi cardine è l'associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure con revisione sistematica secondo l'evoluzione della letteratura scientifica, identificando le soglie minime di volume di attività integrate dalle soglie di rischio.

Per tale motivo, il DM 70 deve essere integrato in concerto con il PNE (Piano Nazionale Esiti), con i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e con una revisione sistematica del governo clinico.

Viene identificata inoltre l'articolazione delle reti ospedaliere per patologia, sia per quanto concerne la patologia acuta, acuta tempo dipendente (es. ictus, infarto, emergenza-urgenza, ecc.), il trauma e le patologie oncologiche (es. breast unit, ecc.).

terapeutici (PDTA) al fine di una standardizzazione ed omogeneizzazione delle cure su tutto il territorio.

Un intero capitolo viene poi riservato alla continuità ospedale-territorio, identificando l'importanza della costituzione e l'efficientamento della rete territoriale per il corretto e appropriato utilizzo dell'ospedale; tale interazione è infatti essenziale per la corretta regolamentazione dei flussi in entrata ed uscita dagli ospedali.

Vengono, inoltre, definite le caratteristiche dell' "ospedale di comunità", una nuova struttura con un numero limitato di posti letto (15-20 posti letto), gestita da personale infermieristico, dove l'assistenza medica è garantita dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

Il Decreto fornisce ulteriori indicazioni relativamente ad alcuni processi come le dimissioni protette e/o assistite (per le continuità di cura post-acute), i programmi di ospe-

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70 %
Proporzione di interventi chirurgici entro 48 ore su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	minimo 60 %
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15 %
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti	massimo 25 %
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60 %
Intervento di <i>By pass</i> aorto coronarico isolato, mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4 %
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4 %

Tabella 2

E' recente la dichiarata soddisfazione del presidente di Agenas (Luca Coletto) per l'accordo sulle "linee guida per la revisione delle reti clinico assistenziali – reti tempo dipendenti" che stabilisce come previsto dall'articolo 70, la road-map con le relative connessioni delle reti tempo-dipendenti specie per quanto concerne il trauma, l'ictus, la cardiologia d'emergenza, la neonatologia e i punti nascita. Il punto centrale di questo accordo è la presa in carico del Paziente nei tempi giusti e nei luoghi più appropriati, identificati sia come risorse disponibili (umane e tecnologiche) sia per volumi di attività. Tutto questo determina inoltre la reale interconnessione delle strutture ospedaliere, organizzate secondo il modello Hub and Spoke e tra le strutture ospedaliere e il territorio, utilizzando specifici percorsi diagnostici

dalizzazione domiciliare, le strutture intermedie con varie funzioni ecc.

Nonostante tutto questo rappresenti un'importante innovazione in sanità, uno dei punti deboli del D.M.70 è rappresentato dalla lentezza e dalla sporadicità nella sua applicazione e diffusione, soprattutto in considerazione del fatto che il D.M.70 deriva in realtà dalla Legge 135 del 2012, che si basa su studi e dati relativi al precedente decennio.

Per analogia, pensiamo alle autovetture: in quegli anni, si producevano diesel Euro 4, mentre contemporaneamente venivano ancora venduti gli ultimi modelli Euro 3, che oggi in molte città sono ormai banditi dalla libera circolazione. L'evoluzione tecnologica è veloce ma non nella legislazione sanitaria.

Infatti, un'altra delle pecche di questo decreto riguarda la mancanza di riferimenti a più precisi standard strutturali degli ospedali, specialmente se si considera che il 60% delle strutture ospedaliere italiane ha ormai più di 40 anni, come evidenziato dai dati rilasciati dal CNETO (Centro Nazionale per l'Edilizia e per la Tecnica Ospedaliera).

Su questa scia, porposa è la bibliografia su quelli che dovrebbero essere gli standard per gli ospedali del futuro e le loro caratteristiche. Secondo un recente articolo apparso sul quotidiano *Il Secolo XIX*, innumerevoli sarebbero i vantaggi di una costruzione ospedaliera di tipo orizzontale rispetto ad una verticale, nella quale la struttura non dovrebbe essere più alto di 3 piani, oltre alla tendenza a prediligere camere singole portando il Paziente al centro dell'organizzazione e non più il medico. Dietro a questa filosofia sono già stati aperti alcuni ospedali del futuro, dove al centro del percorso diagnostico torna ad essere il paziente, rilevato subito al Check-in (come in aeroporto), ed avviato quindi al suo percorso terapeutico, seguito da un team multidisciplinare in un unico ambulatorio, senza essere costretto a muoversi per i diversi reparti. Quindi non si parlerà più di un ospedale costruito solo sulle esigenze del medico, bensì su quelle del malato.

Un esempio di questo tipo in Italia è il nuovo Ospedale di Mare, recentemente inaugurato nel quartiere Ponticelli di Napoli: una cittadella sanitaria di 500 posti letto.

Ovviamente dall'altro lato della bilancia si pone il problema della sostenibilità economica di queste nuove strutture il cui costo medio stimato si aggira intorno ai 300-350 milioni di euro.

Costi che per altro verrebbero tranquillamente ammortizzati nell'arco di non più di 3-4 anni grazie alle prestazioni erogate e al risparmio generato dalla maggiore efficienza del sistema.

In un recente articolo del maggio scorso su *Sole24Ore Sanità*, il Presidente Nazionale di AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), Lorenzo Miraglia, ha sollevato alcuni dubbi sul D.M.70. Tra questi, il numero di posti letto per acuti rapportato alla popolazione, secondo Miraglia, in maniera inferiore rispetto ad altre realtà europee, oltre alla poca rilevanza data al problema della riduzione dei tempi di ospedalizzazione (essenziali per la riduzione delle infezioni ospedaliere e per il miglioramento dell'outcome dei pazienti).

Bisogna quindi tener presente, anche dal punto di vista normativo, della rapida evoluzione della medicina, soprattutto rispetto alle nuove tecnologie, al cui sviluppo è fortemente legata in un connubio denominato "Human Information Technology. Tutto questo ci porterà alla cosiddetta Sanità 4.0, come già sta avvenendo nella avveniristica Cleveland Clinic, in Usa, dove l'informatizzazione è ormai estesa a tutti i campi. Un sistema, quello della "Remote Intensive-Care Unit" che consente ad un solo un medico, in una stanza altamente informatizzata e interconnessa con le varie unità operative, di poter monitorare contemporaneamente le condizioni cliniche di 150 pazienti.

Questo sistema di cura integrata si sta già ampiamente diffondendo negli Stati Uniti d'America, dove il sistema di

assistenza sanitaria senza scopo di lucro gestisce attualmente circa 28 ospedali e diverse strutture specializzate in 6 Stati. Uno degli esempi più eclatanti è rappresentato dal programma di assistenza ambulatoriale intensiva "Banner Health", dove i pazienti vengono aiutati a lasciare l'ospedale prima di quanto sia normalmente previsto per le loro condizioni cliniche. Il paziente è costantemente monitorizzato da remoto e curato nelle proprie abitazioni, e in qualsiasi momento della giornata può mettersi in contatto con il medico di guardia o l'infermiera di turno, attraverso un sistema di video chiamata. Uno studio pilota ha dimostrato che questo sistema di telemedicina potrebbe comportare una riduzione pari ad un terzo dell'attuale costo sostenuto per una degenza tradizionale.

Importante anche lo sviluppo della telemedicina per la formazione medica e sanitaria, come indicato in una pubblicazione dello scorso giugno sul "The Journal of Urology". Secondo quanto riportato da questa analisi, grazie a programmi quali il Telementoring e il Telesurgery nel campo della chirurgia mini invasiva, si è visto come sia possibile estendere l'insegnamento di abilità chirurgiche avanzate in tutto il mondo, permettendo cure chirurgiche anche in aree precedentemente non raggiungibili, grazie allo sviluppo informatico. Ovviamente tutto questo ha diversi limiti, quali la copertura finanziaria, l'iter normativo di applicazione e di riferimento, e la cosiddetta cybersecurity.

Ritornando quindi all'analisi del DM 70/2015, il legislatore ha preso in considerazione anche il problema delle piccole regioni, con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina, evidenziando l'importanza di accordi di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti, in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza (secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016).

Un paragrafo fondamentale è rappresentato dall'art.10 allegato 1 dove vengono istituite le iniziative di continuità ospedale-territorio tramite programmi di dimissione protetta e/o assistita per Pazienti che richiedono continuità di cura in fase postacuta, attraverso programmi di ospedalizzazione domiciliare e attraverso centri di comunità e/o poliambulatori oppure attraverso strutture di ricovero del territorio gestite dai medici di medicina generale (MMG).

Vengono stabiliti anche i requisiti delle Strutture Intermedie, caratterizzate da una struttura sanitaria a valenza territoriale basata su moduli diversificati di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche, continuare il recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase post ricovero. Possono essere utilizzate inoltre per pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare-proseguire le proprie terapie al fine di evitare un ulteriore ricovero in struttura ospedaliera.

Questa situazione però può generare problematiche medico-legali in quanto il dirigente medico potrebbe risultare corresponsabile di manovre e/o cure da lui non effettuate, eseguite da personale non medico, senza una adeguata supervisione, con una conseguente ed ovvia problematica per



la salute e sicurezza del Paziente.

Pertanto, in conclusione, si può dire che l'emanazione del DM 70/2015 impone un nuovo metodo di programmazione dell'assistenza ospedaliera, una riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e un calcolo delle dotazioni dei posti letto, oltre ad affrontare il problema dell'emergenza, attraverso l'adeguamento della rete, in grado di assicurare

la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e nei picchi di accesso. Ovviamente tutto questo passando attraverso una idonea e corretta gestione dei posti letto che deve avvenire con la massima flessibilità al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla appropriata domanda di ricovero, dando la priorità alle necessità del pronto soccorso.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Giulio Antonio Cecchini
e-mail: cecchinigiulio@libero.it

I nuovi LEA

Guido Quici, Alberto Catalano

Prima di affrontare la problematica dei LEA è necessario tenere presente alcune norme che comunque sono alla base dell'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e, più in generale, della programmazione sanitaria.

Bisogna innanzitutto considerare quanto previsto dal PATTO per la SALUTE 2014-16 e in particolare:

- **L'art. 3: Assistenza Ospedaliera:**
Adozione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi.
- **L'art. 5: Assistenza Territoriale Specialistica Ambulatoriale:**
dovrà raccogliere quanti più DRG possibili tra quelli a rischio di inappropriatazza.
- **Distretto:**
costituzione delle UCCP e AFT per la medicina convenzionata e nuovi standard organizzativi del Distretto
- **Piano Nazionale Cronicità:**
offre la possibilità di ottenere cure personalizzate.

Altro riferimento importante è rappresentato dal DM 70/2015 che definisce gli **Standard Ospedalieri** e che prevede la *definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera.*

Gli Standard Ospedalieri possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

1. Nuova classificazione degli ospedali (bacino di utenza)
2. Nuovi standard strutture per disciplina (gestione flessibile posti letto):
 - identificare il fabbisogno di prestazioni ospedaliere
 - calcolo del numero corrispondente di posti letto (IOM 80-90%)
 - disegno rete ospedaliera
3. Rapporto tra volumi ed esiti
4. Individuazione n. 10 reti per patologia – Modello HUB/SPOKE
5. Adeguamento Rete Emergenza – Urgenza
6. Protocollo di integrazione Ospedale – Territorio
7. Standard di qualità, organizzativi, strutturali e tecnologici.

Ciò premesso possiamo passare ad esaminare i **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**.

Essi definiscono l'insieme di attività, servizi e prestazioni che il SSN eroga a tutti i cittadini gratuitamente o pagamento del ticket indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. L'individuazione dei LEA è effettuata per il periodo di validità del PSN contestualmente alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN.

Vediamo cosa hanno previsto i PSN negli anni:

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro
- Profilassi delle malattie infettive e diffusive
- Tutela dei rischi connessi all'inquinamento ambientale
- Tutela dei rischi connessi ad ambienti di vita e lavoro
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- Sanità pubblica e veterinaria
- Assistenza distrettuale
- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza territoriale e semiresidenziale
- Assistenza residenziale sanitaria
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza per acuti (emergenza, ordinari e DH)
- Assistenza post-acuzie (riabilitazione e post-acuzie).

Per una migliore comprensione è anche necessario comprendere l'evoluzione del Fondo Sanitario Nazionale dal 1985 al 2001.

Nel Fondo Sanitario 1985 le risorse venivano così distribuite:

- 59,8% Assistenza Ospedaliera
- 34,4% Assistenza di base
- 4,7% Spese generali di gestione
- 1,1% Guardia Medica e Veterinaria.

Mentre il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nel 2001 vedeva ridotta la percentuale attribuita all'assistenza ospedaliera a favore di quella territoriale:

- 5,0% Prevenzione Collettività
- 44,0% Assistenza Ospedaliera
- 51,0% Assistenza Territoriale.

Il 97,95% delle risorse stanziato è destinato ai LEA.

Su queste basi nascono con il DPCM 12.01.17 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*) i nuovi LEA.

Sono suddivisi in capitoli:

Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica

Assistenza Distrettuale

- Assistenza sanitaria di base
- Assistenza sanitaria territoriale
- Assistenza sanitaria integrativa
- Assistenza specialistica ambulatoriale
- Assistenza protesica
- Assistenza termale
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
- Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Assistenza Ospedaliera

- Pronto Soccorso
- Ricoveri (ordinari, DS, DH, riabilitazione, lungodegenze post acuzie)
- Attività trasfusionale
- Attività trasporto di cellule, organi, tessuti
- Centri antiveleni (CAV).

I finanziamenti, inoltre, prevedono questo trend:

Dove si gioca la "partita"



Tabella 1

Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica (+ 220,2 mln)

- Piano Nazionale Vaccini
- Nuovi Vaccini

Assistenza Distrettuale (+ 571,4 mln)

- Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza Integrativa e Protesica
- Revisione della classificazione malattie rare e malattie croniche

Assistenza Ospedaliera (- 19,8 mln)

- Riduzione Parti Cesarei
- Da 43 DRG a 108 DRG inappropriati con 24 nuovi DRG da DS ad ambulatoriali (-15% ricoveri medici -10% chirurgici)
- Riduzione ricoveri DH/DS (stima del -25% da DH/DS ad ambulatoriali)
- Pacchetto unico di prestazioni.

Ed ecco le principali novità che riscontriamo nei nuovi LEA:

1. NUOVI VACCINI: anti-Papilloma, anti-Pneumococco, anti-Meningococco, ecc.
2. NUOVO NOMENCLATORE SPECIALISTICA AMBULATORIALE
 - Revisione elenco prestazioni ambulatoriali
 - Revisione elenco malattie rare (110 nuove malattie genetiche)
 - Revisione elenco nomenclatore assistenza protesica
 - Revisione elenco malattie croniche (+ *celiachia*, *S.Down*, *S.Klinefelter*, *connettivite indifferenziata*)
 - Inserimento PMA (*Procreazione Medicalmente Assistita*)
 - Screening neonatale (*sordità congenita*, *cataratta*

congenita)

- Endometriosi
- Autismo
- HTA (Health Technology Assesment) – adroterapia, radioterapia stereotassica, enteroscopia/microcamera ingeribile
- DRG – da 43 a 108 DRG ad elevato tasso di in appropriatezza.

L'Art. 15, relativo all'Assistenza specialistica ambulatoriale, all'allegato 4 recita: *Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, l'eventuale modalità di erogazione ai fini della sicurezza del paziente, eventuali note riferite alle condizioni di erogabilità o appropriatezza prescrittiva.*

Vediamo ora (Tabelle 1 e 2) quali sono sedi e momenti finalizzati alla definizione dei LEA:

Commissione Nazionale Lea

Legge 208/15 art.1 comma 557

Attività della Commissione

- a. valutazione sistemica attività - servizi - prestazioni assistenza sanitaria e socio-sanitaria inclusi nei LEA per valutare il mantenimento ovvero definire le condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza

Quali sono gli "Stakeholders"

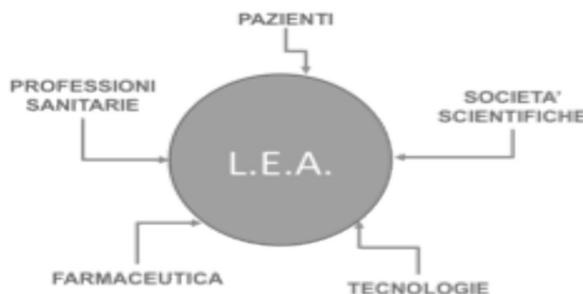


Tabella 2

- b. acquisizione e valutazione proposte inserimento nei LEA di nuovi servizi - attività e prestazioni
- c. aggiornamento dei LEA e individuazione condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza attraverso valutazione di HTA su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi
- d. valutazione impatto economico delle modifiche ai LEA
- e. valutazione richieste di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative in programmi di sperimentazione (art. 1 comma 8 DL 502/92)
- f. valutazione applicazione LEA in tutte le regioni con gli stessi standard di qualità
- g. individuazione soglie massime di appropriatezza dei ricoveri (DPCM art 39, 41 e 43) ed eventuale aggiornamento dell'elenco dei DRG in regime di DS da trasferire
- h. proposta annuale di aggiornamento dei LEA
- i. relazione annuale aggiornamento LEA

L’elaborazione dei LEA deve necessariamente basarsi su criteri oggettivi. Nella Tabella 3 viene riportato schematicamente il percorso metodologico applicato.

PERCORSO METODOLOGICO INCLUSIONE NEI LEA

PERTINENZA	è una prestazione pertinente ai fini del SSN e volta ad influire sulle condizioni di salute del cittadino?	RILEVANZA	la prestazione arreca un significativo beneficio in termini di miglioramento della salute?
ETICITA'	è una prestazione che si pone in contrasto con i fondamentali principi etici della nostra società?	EQUITA'	la prestazione è essenziale per garantire l'equità o per ridurre importanti disegugnanze tra i cittadini?
EFFICACIA	esistono prove di documentata efficacia della prestazione?	INEFFICACIA	esistono prove di inefficacia della prestazione?
IMPATTO ECONOMICO	i benefici arrecati dalla prestazione compensano i costi che il sistema deve sostenere?	SOSTENIBILITÀ A	il costo della prestazione è modesto per cui è sostenibile? Il costo è rilevante rispetto alle attuali disponibilità finanziarie?
DOMANDA	vi è una forte domanda per l'inserimento del LEA? vi è domanda professionalmente qualificata/motivata da operatori per inserimento nei LEA?	UTILITÀ	l'utilità complessiva della prestazione è superiore all'utilità di tutte le prestazioni inserite attualmente nei LEA?

Tabella 3

La fondazione GIMBE, a sua volta, propone di basare l’istituzione di LEA sulla medicina basata sull’evidenza (EBM). La proposta di fatto semplifica e schematizza la procedure legandola all’effettivo bisogno di salute (Tabella 4).

PERCORSO GIMBE INCLUSIONE/ESCLUSIONE LEA

EVIDENCE & VALUE - BASED

ALTO	Efficacia, appropriatezza, costo adeguato	FINANZIAMENTO PUBBLICO
BASSO	Prestazioni inefficaci o efficaci ma inappropriate o con costi eccessivi	SPESA PRIVATA - COMPARTICIPAZIONE
INCERTO	Evidenza assenti e/o scarsa qualità e/o discordanti	NON LEA
NEGATIVO	Rischi maggiori dei benefici. Escludere dai LEA	EVITARE L'EROGAZIONE

Tabella 4

L’attuazione pratica dei LEA a livello regionale è oggetto di attento monitoraggio che porta alla classificazione delle regioni sulla base di punteggi elaborati e rappresentati nella Tabella 5.

VALUTAZIONE	INTERVALLO DEL PUNTEGGIO
ADEMPIENTE	> 160
ADEMPIENTE con impegno in alcuni indicatori	130-160
CRITICA	< 130

Tabella 5

Nelle rappresentazioni grafiche che seguono (Figure 1, 2 e 3) viene rappresentato il quadro nazionale in cui si osserva un’estrema frammentazione e differenziazione dei livelli raggiunti.

VERIFICA LEA 2011 e 2012



Figura 1

VERIFICA LEA 2013



Fonte: sito Ministero della Salute

Figura 2

CONCLUSIONI:

Allo stato, come tutti sanno, il finanziamento della sanità, per un totale di circa 150 miliardi di euro è coperto dal Fondo Sanitario Nazionale per 113 miliardi mentre la restante quota è autofinanziata dai cittadini (out of pocket). Si prevede nei prossimi anni un incremento della spesa sanitaria fino a 210 miliardi di euro. E’ facile immaginare che il FSN resterà sostanzialmente immutato mentre la percentuale di “out of pocket” aumenterà progressivamente.

VERIFICA LEA 2014 – soglia 160 alcune proiezioni 2015



Figura 3

Alla luce di queste previsioni l'interrogativo che ne consegue riguarda proprio il finanziamento dei LEA. Trattandosi di livelli essenziali, dovranno essere necessariamente finanziati dallo Stato, ma nel contempo si riscontra un sostanziale staticità nella dinamica del finanziamento. E' ragionevole temere che con le risorse limitate ci sarà una progressiva riduzione del numero dei LEA.

Speriamo di sbagliarci pensando a noi stessi ed alle future generazioni.

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Guido Quici

e-mail: guidoqui@libero.it

Dott. Alberto Catalano

e-mail: a.cat@speme.com

Reti cliniche integrate e PDTA nell'orizzonte di megafusioni-territoriali

Ennio Duranti

Il modello organizzativo delle alte specialità fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate (modello "HUB & SPOKE": letteralmente: mozzo e raggi) che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

TRA CRONICITÀ E SOSTENIBILITÀ

La crescita (inesorabile) della cronicità che stiamo osservando nella popolazione, con il suo carico di crescenti bisogni assistenziali e di comorbidità, è il frutto dell'invecchiamento della popolazione, ma si correla in maniera positiva e statisticamente significativa, agli indici di vulnerabilità sociale e materiale - le condizioni socio-economiche, l'incidenza di anziani che vivono soli, le persone che vivono lontano dai centri urbani - e con l'indice di disoccupazione.

D'altra parte le persone affette da patologie croniche, grazie all'introduzione di nuovi modelli di sanità proattiva, a stili di vita più corretti, alla possibilità di controlli anche in remoto, vivono di più e possono continuare a condurre una buona qualità della vita.

Le malattie croniche, e soprattutto le loro complicanze, nei Paesi Occidentali, assorbono l'80-85% dei costi sanitari e quindi appare evidente come il Sistema Sanitario Nazionale, quello Regionale e le Direzioni delle Aziende Sanitarie, siano chiamate ad un nuovo ed impegnativo compito, capace di assicurare il miglioramento degli esiti delle cure (ad es. minor incidenza delle complicanze e, quindi, minor necessità di ospedalizzazione), il miglioramento della qualità percepita da parte dei nostri cittadini, oltre che il contenimento dei costi.

Il tema della sostenibilità economica, infatti, non può essere eluso e, tanto meno, può essere risolto con pericolosi tagli all'innovazione tecnologica che, se da un lato ha certamente determinato una crescita dei consumi intermedi, ha contemporaneamente ridotto le giornate di degenza (es. la mini invasività chirurgica) o ha rivoluzionato - in meglio - i percorsi assistenziali in ambito oncologico, reumatologico, neurologico, infettivologico (si veda ad es. la concreta possibilità di guarigione in poche settimane da infezioni HCV e la cronicizzazione della malattia da HIV).

Se da un lato, quindi, dobbiamo eliminare ogni fonte di sprechi e inappropriata, dobbiamo anche affrontare le carenze di un'organizzazione pensata quando il quadro epidemiologico e le possibilità di cura erano assai differenti. Occorre andare oltre l'ordinario, rimanendo ancorati

all'etica che ci impone di pensare a servizi basati sull'equità delle cure e sulla condivisione partecipativa sia per i nostri professionisti che per i cittadini, quella società civile che, se organizzata, può costituire uno straordinario punto di forza per la promozione della salute, per il self - empowerment e per l'imparare a convivere con la patologia.

Se, infatti, visto "da fuori" dalle Agenzie Internazionali, il Sistema Sanitario Nazionale italiano appare un modello invidiabile, sotto la lente di occhi attenti, il Sistema evidenzia contraddizioni e disomogeneità geografiche tali da rendere non più rinviabili una "rifondazione organizzativa" tale da assicurare un diverso raccordo tra Ospedale e Territorio e tra Ospedali e una revisione dei sistemi informativi tale da "abilitare" il trasferimento dei dati e delle immagini e da favorire un adeguato monitoraggio degli esiti e dei costi delle cure (sistema di reporting e telemedicina).

I PILASTRI DEL CAMBIAMENTO

Numerosi sono i contributi disponibili in letteratura, a livello nazionale ed internazionale, tesi a favorire il superamento della frammentazione della risposta sanitaria e socio-sanitaria, a garantire piani di cura personalizzati e integrati dalla concentrazione dei saperi specialistici negli ospedali e dei team multidisciplinari per la presa in carico e la continuità delle cure sul territorio.

Da potenziare e chiarire il ruolo delle cure primarie (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) oggi reso maggiormente operativo ed efficace attraverso i nuovi modelli organizzativi previsti (e resi obbligatori) dalla L. 189/2012 (AFT - UCCP/Case della Salute) e da un approccio multiprofessionale, cardine della risposta alla complessità, che assicura il supporto essenziale dell'infermiere di comunità e dei servizi sociali integrati ASL-Comuni resi sempre più essenziali dalla prevalenza anche richiamata dal recente rapporto CENSIS sulle disabilità e non autosufficienze.

Per la continuità delle cure e, in particolare, per favorire l'aderenza terapeutica e il corretto uso dei Devices rilevante è il ruolo delle farmacie territoriali pubbliche e private veri e propri presidi attivamente e capillarmente presenti anche nelle aree più disagiate. Questa nuova visione implica una forte correlazione tra apprendimento e identità: infatti, apprendere all'interno di una comunità, significa imparare ad essere e ad agire come membro della comunità, nel nostro caso intra ed inter-professionale. In tal modo, si costruiscono nuove identità collettive e competenze professionali, che trasformano la capacità del professionista di operare da solo o per ruolo funzionale, ad un'identità versatile capace di visioni olistiche



ed in grado di confrontarsi, prendere in carico i problemi, nel rispetto delle singole specializzazioni, in modo sinergico.

In conclusione, occorre creare un raccordo di reti integrate e ben strutturate fra i medici di ogni AFT (Associazione Funzionale Territoriale delle cure primarie) e gli specialisti ospedalieri, per i percorsi assistenziali delle principali malattie croniche: malattie neurologiche (Parkinson, Alzheimer,

Sclerosi Multipla), malattie osteo-articolari e reumatologiche (artrite reumatoide, psoriasi in primis), diabete, malattie cardiologiche (soprattutto scompenso cardiaco), malattie respiratorie (asma grave e BPCO), malattie oncologiche (follow – up), malattie renali (insufficienza renale cronica), malattie infettive (HIV in primis).

Indirizzo per corrispondenza:

Dott. Ennio Duranti

e-mail: enniodil@libero.it



Relatori e Moderatori

Gerardo Ausiello

Giornalista de "Il Mattino"

Alberto Catalano

Presidente SPEME

Giulio Cecchini

Direttore U.O.C. Radiologia Ospedale Evangelico Internazionale Genova

Antonio D'Alessandro

Segretario Aziendale CIMO ASL Salerno

Antonio De Falco

Segretario Regionale CIMO Campania

Ennio Duranti

Componente Direzione Nazionale CIMO

Raffaele Guglielmi

Componente Direzione Nazionale CIMO

Luigi Iapicco

Segretario Aziendale CIMO AOU "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona" Salerno

Ettore Mautone

Giornalista del "Quotidiano Sanità"

Guido Quici

Presidente Nazionale CIMO

Matteo Tortora Della Corte

Responsabile Pensionati CIMO Campania

