



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

*C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23
Web: www.omceo.to.it
email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it*

Torino lì, Giugno 2018

CONSIDERAZIONI DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI (OMCeO) DEL PIEMONTE SULLA DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE 19 NOVEMBRE 2014 N. 1-600 e SULLA DELIBERA DI INTEGRAZIONE del 23 GENNAIO 2015

Gli OMCeO, Enti Ausiliari dello Stato, hanno come funzione principale la tutela della salute della cittadinanza garantendo l'etica e la professionalità dei medici ed odontoiatri, promuovendo la formazione dei professionisti e svolgendo un ruolo proattivo affinché vengano loro offerte le migliori condizioni di lavoro in cui operare a favore del cittadino.

Gli Ordini Provinciali Piemontesi in un incontro del settembre 2014 sono stati invitati dalla Regione Piemonte a collaborare e farsi promotori di un'azione informativa e formativa verso i cittadini e professionisti, che potesse rendere più agile e costruttivo il necessario percorso di riprogrammazione della rete ospedaliera e territoriale, nonché il miglioramento del servizio sanitario regionale.

Va da sé che la condizione necessaria per rendere attiva questa collaborazione è la condivisione del piano di riordino e di adeguamento della rete.

Entrare nel merito del documento della Regione Piemonte "Adeguamento della rete ospedaliera piemontese agli standard della legge 135/2012, del patto per la salute 2014-2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" non è cosa semplice.

Due aspetti sono subito da sottolineare:

- questo piano di riordino si uniforma sostanzialmente agli interventi ricorrenti di controllo della spesa sanitaria in Piemonte di questi ultimi anni, vale a dire il taglio dei posti letto ospedalieri, individuando in questo fattore di produzione il parametro quantitativo principale di valutazione;
- il fatto di non trattare e non analizzare in parallelo, in contemporanea ed esaurientemente, i due aspetti principali dell'assistenza sanitaria, ovvero rete territoriale e rete ospedaliera (non citiamo altri aspetti importanti quali la prevenzione e l'integrazione con i servizi sociali in quanto esplicitamente esclusi dal documento), non permette di capire quanto e come il previsto rilancio della rete territoriale, in termine di quantità e di qualità, potrà integrare la riduzione dell'attività ospedaliera.

In un'ottica di sistema, il ruolo e l'organizzazione delle strutture per post acuzie, vanno ripensati insieme a quelli delle cure primarie, non prima né dopo, sincronizzando la riorganizzazione degli ospedali con lo sviluppo di modelli consolidati territoriali.

In questo senso ci sembra addirittura paradossale che mentre si afferma di voler rafforzare l'assistenza territoriale, si accetti di bloccare il turnover diminuendo così le ore degli specialisti ambulatoriali con un preoccupante aumento delle liste di attesa ed una drastica riduzione delle visite domiciliari.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Prendiamo atto che nella recente integrazione alla delibera si afferma che la completa determinazione delle strutture ospedaliere potrà essere effettuata solo al termine del percorso di “determinazione della rete territoriale”.

In effetti una politica dei due tempi con la capitalizzazione immediata dei risparmi, rimandando ad un lontano ed incerto futuro gli investimenti, inevitabilmente condurrebbe ad una ulteriore limitazione dell’accesso alle cure:

Il documento persegue l’obiettivo di vincolare il numero dei posti letto ospedalieri agli standard previsti con la legge 135/2012 (3.7 posti per 1000 abitanti comprensivi dello 0.7 per riabilitazione/lungodegenza e tasso di ospedalizzazione ottimale inferiore a 160 per mille abitanti), per tentare di garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nel territorio piemontese.

Prima osservazione: questo tasso, non sarebbe comunque sottodimensionato ancorchè inserito in una vera riorganizzazione dell’assistenza territoriale ?

Se si considerano i posti letto per acuti, l’Italia è infatti ben al di sotto della media OCSE (4,8‰) ed in 20ª posizione tra i 34 paesi analizzati: la Germania è all’8,3‰, l’Austria al 7,7‰, la Svizzera al 4,8‰, la Francia al 6,3‰.

Dati riportati in letteratura dimostrano che lavorare con indici di occupazione dei posti letto ospedalieri superiori all’80-85%, comporta un incremento della mortalità e morbilità dei pazienti ricoverati sia per il rischio accresciuto di infezioni ospedaliere sia per la minore attenzione con cui vengono seguiti dalle équipes i casi complessi in condizioni di stress lavorativo importante.

Il recente rapporto OCSE sulla qualità dell’assistenza sanitaria in Italia presentato il 15 gennaio 2015 ci dice che **gli indicatori di esito, qualità ed efficienza sono notevoli** : l’aspettativa di vita è la quinta più alta tra i Paesi dell’OCSE; i tassi di ricovero per asma, malattie polmonari croniche e diabete (indicatori di qualità delle cure primarie) sono tra i migliori nell’OCSE e quelli di mortalità a seguito di ictus e infarto (indicatori di qualità dell’assistenza ospedaliera) sono molto al di sotto della media OCSE.

Inoltre la buona assistenza italiana è fornita ad un prezzo contenuto: 3027 dollari pro capite: molto meno dei paesi limitrofi quali Austria (4.593) Francia (4121) e Germania (4.650).

Il rapporto OCSE afferma che il Sistema di cure primarie ha tradizionalmente fornito un’assistenza primaria di alta qualità, come dimostrato da indicatori quali il ricovero ospedaliero evitabile, e i livelli di soddisfazione del paziente sono anch’essi alti.

Secondo l’OCSE l’Italia si trova ad affrontare una sfida principale : **garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano ad intaccare la qualità quale principio fondamentale di “governance”**.

La criticità sottolineata dall’OCSE è che il miglioramento della qualità e la riorganizzazione del Sistema hanno assunto un ruolo secondario quando la crisi economica ha iniziato a colpire.

“Il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni in fatto di salute evolvano rapidamente (gli indicatori relativi a demenza, numero di anni di vita in buona salute e limitazioni nelle attività quotidiane dopo i 65 anni sono peggiori rispetto alle medie OCSE e il tasso di bambini in sovrappeso è tra i più alti dell’area OCSE).

L’Italia deve confrontarsi con un crescente invecchiamento della popolazione ed un aumentato carico delle patologie croniche che si tradurranno in aumentati costi dell’assistenza ed in ulteriore pressione sul settore delle cure primarie; attualmente il progresso verso un modello di sistema



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano in primo piano è piuttosto lento: i servizi per l'assistenza di comunità a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi OCSE.”

Pertanto una programmazione che si pone come primo obiettivo quello meramente numerico di allineare i posti letto ad un parametro standard (3,7 per 1000), come si afferma nel primo degli obiettivi elencati in delibera, può indurre ad un approccio non idoneo ad impattare i reali bisogni di salute.

E' realistico constatare che esistono delle aree dove i posti letto sono sottoutilizzati e le strutture ospedaliere poco valorizzate, inducendo ad attuare un ridimensionamento degli stessi senza timore di dover procedere al fermo ovvero alla rimodulazione di alcuni ospedali.

Esistono per contro numerose aree in cui i posti letto sono palesemente inferiori alle necessità di cure, per lo più in prossimità dei grandi centri urbani, in particolare del capoluogo; in tali aree, causa processi di accorpamento e riduzione di strutture verificatesi nel corso degli anni si assiste sovente a sovraffollamento dei reparti e ingolfamento dei DEA, legati alla carenza di posti letto per acuti e alla ridotta disponibilità di allocare i post-acuti in strutture dedicate: è pertanto opportuno attuare una puntuale verifica del fabbisogno reale di posti letto per acuti e per cronici, in relazione alle aree geografiche, piuttosto che procedere a una mera riduzione degli stessi allo scopo di inseguire un valore numerico puro e duro, che rischia di essere penalizzante per le situazioni sopra descritte. A parità di risorse assegnate, in questi ospedali si assiste da tempo a fenomeni di “super lavoro” anche nei Dipartimenti dei così detti servizi, come la Diagnostica per Immagini e la Medicina di Laboratorio, in netto contrasto con il vigente Contratto di Lavoro ed i dettami del Codice Deontologico.

Nelle medesime aree territoriali risulta inferiore al fabbisogno anche il numero di posti letto per cure post-acuzie; basti pensare che per il post acuto della Città della Salute, che conta 1748 PL per acuti, sono disponibili un numero di PL post acuzie (73) quasi uguale a quelli della azienda di Alessandria (71), che ne conta 579 per acuti.

Il ragionamento sul fabbisogno di posti letto va anche ricordato con gli aspetti qualitativi della riorganizzazione ospedaliera.

In questo senso si rileva l'assenza di riferimento all'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza, così come peraltro previsto dal PSSR 2013-2015 (Parte III, punto 5.3.2). L'organizzazione dei ricoveri secondo patologie di complessità assistenziali diverse, ove già attuata (es. day surgery, week surgery, ricovero ordinario), ha portato al miglioramento della qualità dell'assistenza e delle liste di attesa.

Nel caso dell'acuzie, tale sistema, basato su di un approccio pluridisciplinare, modulando le risorse necessarie, porta a cambiare i criteri di assegnazione di posti letto e di risorse in generale basandoli su criteri di trattamento, intensivo/sub intensivo, che attualmente trovano poco spazio sia nella rete ospedaliera regionale, sia nella rappresentazione statistica dei ricoveri.

Altri due aspetti influenti sui risultati della riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera non tenuti in conto sono l'attivazione della figura del bed manager negli ospedali e la precoce valutazione multidimensionale intraospedaliera del paziente ricoverato, che ne definisca un percorso riabilitativo, clinico e assistenziale e che permetta di agevolare, senza lungaggini burocratiche,



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

l'accesso ai servizi territoriali. Va infine, specie in considerazione del loro costo differente, attentamente controllato il corretto utilizzo delle strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungodegenza, consentendo così con risparmio conseguente, il potenziamento del numero di letti in strutture di continuità assistenziale.

Indispensabile inoltre l'implementazione delle cure domiciliari, nonché il potenziamento dell'assistenza socio-assistenziale domiciliare, quale auspicata alternativa al ricovero in R.S.A.

Nel documento non troviamo inoltre riferimenti ai livelli minimi organizzativi, in termini di quantità e competenze delle risorse umane necessarie per la attività delle strutture sanitarie, sulla base anche della missione attribuita.

Inoltre il riferimento spurio al parametro nazionale, attuando il correttivo dei posti letto normalizzati in relazione alla saldo di mobilità attiva e passiva, tiene conto solo in parte del fatto che la nostra regione è tra quelle caratterizzate da fenomeni di immigrazione sanitaria nel campo delle patologie acute, oltre che da altre regioni del paese anche da paesi extracomunitari.

Non è facile disporre dei numeri dei non residenti che afferiscono alle nostre strutture, ma tra questi sicuramente vanno computati:

pazienti con tessera ENI (cittadini della Comunità Europea non residenti, che non risultano assistiti negli Stati di provenienza, in condizioni di fragilità sociale e, in caso di indigenza, privi dei requisiti per l'iscrizione al SSN);

pazienti con tessera STP (stranieri senza permesso di soggiorno - stranieri temporaneamente presenti);

cittadini stranieri con permesso di soggiorno superiore ai 3 mesi, che non rientrano nell'obbligo di iscrizione al SSN e tenuti a stipulare una polizza assicurativa.

Alcune rilevazioni statistiche da noi condotte ci inducono a credere che i numeri in tal senso possano risultare, una volta correttamente computati, decisamente superiori all'atteso.

La delibera regionale e i suoi allegati presentano pertanto molti punti da approfondire:

- Mancata comunicazione della valutazione economica pre e post e di obiettivi attesi e valutazione economica ospedali di cui si prospetta la chiusura/conversione.
- Affidabilità dei dati di partenza, in particolare relativi a DEA/PS e ricoveri, e dati di appropriatezza delle attività svolte.
- Riferimenti ad un eventuale adeguamento dei posti letto ai tassi di occupazione a seguito di ricoveri fuori reparto, se previsto.
- Motivazioni per cui la riorganizzazione si basa sulla popolazione incidente sul territorio di una ASL senza tener conto di quanti di quei cittadini di fatto si rivolgano ad ASL adiacenti, logisticamente più comode.
- Motivazioni per cui si è ritenuto di considerare i posti letto per acuti (e la loro riduzione) fattore determinante della riforma, in questo modo avulsa dal quadro generale di gestione dei bisogni di salute e del post acuzie.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO

C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo.to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

- Nello spostamento o accorpamento di attività da un ASL o ASO o ospedale ad un altro, sono stati presi in considerazione e come :
- modalità e tempi di trasporto dei malati bisognosi di interventi da attuare in tempi brevi e noti (emodinamiche) ;
- caratteristiche strutturali delle Aziende che dovranno assorbire nuove attività o destinatarie di significativo incremento di attività già esistenti. Se la maggior parte degli ospedali ha notevoli carenze strutturali, come si potranno trovare ulteriori spazi per es. per specialità quali Oculistica e Malattie Infettive da ricollocare, mantenendo loro gli attuali carichi di lavoro (attività chirurgica, ambulatoriale, di pronto soccorso)
- Si è considerato che ogni attività specialistica esercitata in poche strutture (vedi TIN) si avvale di una rete di professionisti che ad esempio, pur occupandosi di adulti, ha maturato nel tempo competenze specifiche orientate al neonato/immaturo, frutto di tempo formativo, scelte mirate. Tali competenze sviluppate e consolidate nel tempo non sono trasferibili "tout court".
- Nella riorganizzazione dei PL e nella riduzione di strutture complesse cliniche, quale razionale è stato seguito, pur alla luce del DL 6 luglio 2012
- Nella delibera non vi è alcuna proposta di accorpamento, riorganizzazione o riduzione delle strutture amministrative.
- Nessun accenno a piani d'investimento dei capitali stanziati e già esistenti nonché di rifinanziamento, eventualmente con la conversione di fondi attualmente attribuiti ad opere o progetti non cogenti e derogabili, al fine di attuare una ristrutturazione, ammodernamento, completamento, delle strutture sanitarie pubbliche carenti.
- Valutazione dei progetti di riconversione o chiusura delle strutture sanitarie ove siano state svolte recenti costose opere di ammodernamento ed adeguamento.

Come OMCeO rappresentiamo un elemento di sintesi fra le diverse realtà professionali operanti nei vari settori della rete.

Riteniamo che una efficace riprogrammazione della rete ospedaliera e territoriale debba avvalersi anche delle indicazioni di professionisti diversi da quelli che occupano posizioni apicali di "governance" dipartimentale, aziendale, amministrativa in modo da ampliare la condivisione delle scelte anche a chi, pur operando quotidianamente in tali contesti, non è stato finora coinvolto in responsabilità gestionali.

Ci rendiamo pertanto disponibili ad una funzione di coordinatori/proponenti di un gruppo di lavoro a tempo determinato, i cui componenti sono da individuare sulla base delle competenze specifiche all'interno di ciascun dipartimento ospedaliero o territorio, in modo da ottenere una valutazione della reale situazione, non legata esclusivamente all'occupazione PL o all'attività storica di ciascun ospedale.