

Nuovi standard ospedalieri e qualità di cura

STEFANIA SOMARÉ

Negli ultimi anni il numero di posti letto per ospedale è calato progressivamente in Italia. Ora siamo di fronte a un tentativo di ristrutturare il nostro sistema di cura... vediamo come.

Lo scorso febbraio è stato inviato alla Gazzetta Ufficiale il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri, riguardante il triennio 2014/2017, testo già pronto nel novembre 2014 ma poi rispedito al mittente dal Consiglio di Stato che aveva chiesto di specificare meglio il ruolo delle Regioni e di modificare il periodo di interesse del Regolamento stesso al 2015/2018. Il nuovo testo accoglie le richieste di specifiche, ma lascia invariato il triennio di riferimento.

Scopo principale di questo Regolamento è garantire, come si legge nel testo stesso, un «ammodernamento del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione della Clinical Governance e la sicurezza delle cure, la

ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenere alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino d'utenza, complessità delle prestazioni erogate». All'interno di questa riorganizzazione è importante «il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate», tutti «obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni». Quindi, la finalità ultima del Regolamento è migliorare la qualità del servizio sanitario, modificandone in parte la struttura, così da liberare risorse che possano essere utilizzate in nuove modalità di cura. Vediamo quindi quali sono le principali richieste che il Regolamento fa agli standard ospedalieri.

Ulteriore sforbiciata ai posti letto

Una delle prime cose che balzano all'occhio in questo Regolamento è l'ulteriore riduzione dei posti letto di tremila unità, taglio necessario per raggiungere il nuovo standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e la riabilitazione. E non finisce qui: le Regioni dovranno portare l'indice di occupazione dei posti letto al 90%, con durate dei ricoveri ordinari inferiori ai 7 giorni. Una decisione che, nella convinzione del legislatore, si dovrebbe tradurre in un netto miglioramento del Ssn nel suo complesso: «la conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media e del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del Ssn nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate». Meno convinti della bontà della scelta di effettuare un ulteriore taglio alcuni addetti ai

lavori, tra cui i Medici Dirigenti di Ospedale. Afferma infatti Carlo Palermo, vice segretario nazionale vicario di Anaa Assomed, l'Associazione Medici Dirigenti: «I criteri-paletti del tasso di occupazione dei posti letto al 90% e della degenza media a 7 giorni lasciano il tempo che trovano. Prevedere tassi di occupazione dei posti letto almeno al 90% significa ignorare lavori scientifici, in particolare di autori anglosassoni, che dimostrano come il superamento del tasso medio di occupazione dell'80% comporti un aumento significativo della mortalità e morbidità dei pazienti, sia per la diffusione delle malattie infettive ospedaliere sia per il sovraccarico di lavoro cui è sottoposta l'équipe medica e infermieristica che si traduce in un minor tempo a disposizione per affrontare al meglio i casi più complessi». E per quanto riguarda i posti letto, prosegue: «negli ultimi 15 anni in Italia negli ospedali sono stati tagliati circa 70.000 posti letto. L'Italia ha attualmente una media di posti letto per acuti intorno al 3,4 per mille abitanti, ben al di sotto della media europea che è al 5,5 per mille abitanti e lontana da quella della Germania, Francia, Svizzera e Austria che viaggiano tra 6 e 8 posti letto per mille abitanti. Tagliare ulteriormente i posti letto è un atto irresponsabile. La recente epidemia influenzale che ha messo in ginocchio i Pronto Soccorso di tutta Italia ha dimostrato che l'affollamento era principalmente dovuto alla mancanza di posti letto per il ricovero e non all'afflusso di codici a bassa priorità che al massimo incidono sul tempo d'attesa prima di essere in ogni caso dimessi. I pazienti sono rimasti in attesa anche tre, quattro o cinque giorni in barella, in condizioni indegne e a elevato rischio clinico prima di trovare l'agognato posto in reparto». Ma come fare ad arrivare al numero di posti letto consentiti? Il Regolamento è abbastanza chiaro e indica alle Regioni la strada da seguire: «la riduzione del fabbisogno di posti letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letto normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letto». Ma il Regolamento va ben oltre alle questioni dei posti letto e pone l'accento, come già si deduce dal testo sopra riportato, al territorio. Vediamo come.

Una sanità più diffusa sul territorio

Il Regolamento è molto chiaro e dà grande importanza al riequilibrio dei ruoli tra ospedali e territorio, obiettivo che viene raggiunto anche dall'introduzione di ospedali su più livelli. Tre i livelli previsti dal Regolamento, nel quale si legge:

- Presidi ospedalieri base, con bacino di utenza compreso tra gli 80.000 e i 150.000 abitanti – «sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Anestesia e servizi in supporto di rete in guardia attiva e/o regime di disponibilità h24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di Letti di Osservazione Breve Intensiva».

- Presidi ospedalieri di I livello, con bacino d'utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti – «sono strutture sede di Dea di primo livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Utic, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h24 i servizi di Radiologia almeno con Tac ed Ecografia,

Laboratorio, Servizio immuno-trasfusionale. Per le patologie complesse devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono inoltre essere dotati di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Sub-intensiva».

- Presidi ospedalieri di II livello, con bacino d'utenza compreso tra i 600.000 e i 1.200.000 abitanti – «sono strutture dotate di Dea di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, a taluni Irccs e a Presidi di grandi dimensioni delle Asl. Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I livello nonché di strutture che attengono a discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I

livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3: Cardiologia con emodinamica interventistica h24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione Cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Endoscopia digestiva ad alta complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità. Devono essere presenti h24 i servizi di Radiologia almeno con Tac ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio immuno-trasfusionale».

Anche in questo caso, i commenti di Anaa-Assomed sono tutt'altro che positivi. «Gli standard ipotizzati nel Regolamento del Ministero della Salute rappresentano per i cosiddetti ospedali di base, di fatto, un ritorno a un'organizzazione ospedaliera primordiale, riscontrabile in Italia negli anni 70-80. È inimmaginabile oggi», spiega Palermo, «ipotizzare ospedali che abbiano un accesso al Pronto Soccorso superiore a 25.000/30.000 utenti per anno, senza una guardia cardiologica e rianimatoria h24 e letti di terapia intensiva e sub-intensiva gestiti in modo multidisciplinare. Gli eventi cardiovascolari, le gravi insufficienze respiratorie, gli stati di shock rappresentano le principali urgenze che un Pronto Soccorso affronta: l'accesso di pazienti con patologia cardiovascolare rappresenta circa il 15% del totale. Non avere uno specialista esperto in tecniche rianimatorie o nella clinica delle malattie cardiovascolari, e reparti adeguati per affrontare l'emergenza/urgenza, significa condannare a morte un discreto numero di cittadini ogni anno, soprattutto se le distanze dai centri maggiori sono superiori a 60 minuti. In un ospedale siffatto

IN ARRIVO L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Il Nuovo Regolamento sugli Standard Ospedalieri prevede la creazione di ospedali di comunità, «una struttura con pochi posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PIs o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche». Si tratta, spiega meglio Carlo Palermo, vice segretario nazionale vicario di Anaa Assomed, l'Associazione Medici Dirigenti, «di strutture territoriali di cure intermedie rivolte a pazienti che ancora necessitano di un percorso assistenziale e/o riabilitativo prima del rientro al proprio domicilio o in strutture per pazienti cronici».

sarebbe praticamente impossibile curare persone con necessità di assistenza complessa, come potrebbe essere il caso di malati che richiedano di vicariare funzioni vitali compromesse. Così come l'assenza di rianimazione limiterebbe in modo consistente lo sviluppo delle attività chirurgiche. Qualsiasi altro tipo di attività più impegnativa rispetto all'erogazione minimale di assistenza e cure prevista dal Regolamento sarebbe, dal punto di vista qualitativo, al di sotto di standard assistenziali accettabili per cui non è chiara nemmeno la necessità di definire per «acuti» una simile funzione ospedaliera. Infine, una così rigida segmentazione per bacini di utenza rischia di essere facilmente superata dai bacini di utenza reale i quali, ovviamente, dipendono dal tipo di attività e dalla capacità di un ospedale di fare attrazione. Per quanto riguarda gli ospedali sedi di Dea di primo livello e con bacino di utenza posto tra 150.000/300.000 abitanti, la dotazione di Uo specialistiche appare scarsa e andrebbe implementata prevedendo Malattie Infettive, Pneumologia con servizio di broncoscopia, Gastroenterologia Con endoscopia digestiva h24, Radiologia interventistica, Oncologia, Ematologia, Nefrologia con Emodialisi». Accanto a questi presidi ospedalieri, poi, il Regolamento prevede la creazione di Reti ospedaliere per alte Specialità.

Le reti di Specialità

Un altro punto essenziale nel riordino del Ssn è la creazione da parte del Regolamento di Reti Ospedaliere, in particolare relative alle patologie tempo-dipendenti: si fa quindi «riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma e identificati gli standard dei Centri per il trattamento dei pazienti con poli-trauma, e alla rete per l'ictus». Ma di cosa si tratta e come sarebbero strutturate queste reti? Si tratta in sostanza della connessione tra strutture in grado di rispondere all'emergenza a livello territoriale con ospedali a diversa complessità assistenziale, il tutto attraverso un organizzato sistema di trasporto. Nello specifico, per esempio nel caso della rete per le emergenze cardiologiche, «il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118, a cui si affianca una rete interospedaliera coordinata di tipo Hub&Spoke adeguando agli standard di una emodinamica per un bacino di utenza 300.000-600.000 abitanti». Un modello che sarebbe già presente in alcune realtà italiane e che dovrebbe venire esteso a tutto lo stivale. Più complessa la rete per il trauma, che

prevede la presenza di «una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate in sulla base delle risorse e delle competenze disponibili in: Presidi di Pronto Soccorso per Traumi, Centri Traumi di Zona, Centri Traumi di alta Specializzazione». Anche in questo caso, il modello alla base è quello di rete integrata Hub&Spoke, in cui gli Hub sono ospedali presenti in numero limitato sul territorio nazionale, in cui viene concentrata tutta la casistica più complessa o che richieda strumentazione più complessa, e gli Spoke centri ospedalieri periferici ben integrati con i primi. Si tratta però di un sistema organizzativo che secondo Palermo non sarebbe così efficiente. «La centralizzazione di tutta l'alta specialità negli ospedali Hub, in genere strutture miste ospedaliere/universitarie, è in contrasto con l'attuale organizzazione della rete in

molte Regioni, tra cui per esempio Toscana, Emilia Romagna e Lombardia, e soprattutto con il diritto di accesso alle cure dei cittadini. L'evidente forzatura delle reti Hub&Spoke rischia di perdere di vista per quali problemi di salute sono opportune e per quali rischiano di essere ridondanti. Le reti tra ospedali sono invece state prese come paradigma dell'ottimo con il rischio forte di cadere nell'Hub&Spoke mania, finendo quindi con il far confluire in un'organizzazione pensata per determinati problemi, trauma maggiore e infarto miocardico, per esempio, la visione di reti di ospedali organizzati per linee di produzione di specifiche attività». Infine, un ruolo centrale è dato alla governance.

Il ruolo della clinical governance

Il Regolamento attribuisce molta importanza alla Clinical Governance e indica i volumi e gli esiti delle cure ospedaliere come parametro per razionalizzare al meglio la spesa sanitaria. Si legge: «la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture e ospedali, per far fronte ai mutati bisogni demografici epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti. L'Unità di riferimento per valutare opzioni di

razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve far seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governance». Inoltre, le soglie minime, sia per i volumi sia per gli esiti delle cure, «identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche», vengono

indicate dal Regolamento come punti di partenza per «la definizione di criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento». Tali valori soglia, che serviranno quindi per valutare quali strutture ospedaliere modificare e quali ospedali privati accreditare, saranno definiti entro 6 mesi dall'emanazione ufficiale del Regolamento. Una scelta che, ancora una volta,

convince poco Palermo, convinto che «utilizzare i volumi di attività, e gli esiti collegati, per disegnare sulla carta il numero di Uo da tenere o da chiudere, crea una certa confusione». Ma non finisce qui... Palermo continua: «Siamo di fronte a una spinta dirigista orientata a tagliare con l'accettare le realtà esistenti con il rischio che tutto si riduca a un esercizio necessario per incidere ope legis su singole realtà organizzative altrimenti imm modificabili. Con la ingiustificabile esclusione delle Aou, che pure concentrano il più elevato numero di strutture complesse in relazione al numero di dipendenti e ai volumi di attività. Ma è curioso che sia il Ministero a decidere il numero delle Unità Operative Complesse, nell'ipotesi che chiudere posti letto qui e là per gli ospedali porti a una inversione dei costi, i quali si modificano solo se si chiudono non posti letto ma interi Ospedali. Così come diversi studi (di cui non si tiene conto) dimostrano che la dimensione ottimale per avere strutture ospedaliere efficienti è dell'ordine di 600-800 posti letto, aumentando al di sopra le diseconomie di scala. L'eccessiva centralizzazione delle casistiche che in ultima analisi è promossa con il nuovo Regolamento, porterebbe a superare tali limiti», creando strutture ben più grandi e che quindi potrebbero dar luogo a una sanità meno efficiente di quella che abbiamo oggi. Non resta che attendere che il Regolamento esca dalla carte per divenire realtà e osservare quel che accadrà.

CASE DI CURA PRIVATE E ACCREDITAMENTO

Il nuovo Regolamento sancisce anche che le case di cura private per poter essere accreditate dal Ssn dovranno avere minimo 60 posti letto, con unica eccezione di quelle monospecialistiche, la cui valutazione spetta alle singole Regioni.