

AND PRO SAN

Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie
(Associazione Sindacale affiliata COSMED)

MARATONA PATTO PER LA SALUTE

L'Associazione Sindacale ANDPROSAN (affiliata COSMED) ritiene importante complimentarsi con il Ministro della Salute per l'importante iniziativa e il coinvolgimento degli stake-holder interessati; al proposito le argomentazioni ritenute da ANDPROSAN maggiormente rilevanti riguardano:

1. personale
2. efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi
3. cronicità

1. Personale

la voce "personale" ha un peso di grande rilevanza per il funzionamento del SSN e per la sostenibilità dello stesso.

Le argomentazioni più importanti si riferiscono a tre aspetti:

1.1 Il primo riguarda la necessità di assicurare l'adeguatezza delle risorse (tipologia e numerosità) per consentire la realizzazione delle attività diagnostiche, clinico-assistenziali e riabilitative, nelle strutture ospedaliere, territoriali e residenziali.

Al riguardo è necessario prevedere degli standard di riferimento, per ogni figura professionale, sia a livello dirigenziale, sia a livello dell'Area del Comparto, al fine di utilizzare le risorse in maniera corretta e razionale, con criteri uniformi su tutto il territorio nazionale, tenuto conto di alcune variabili, in particolare:

- a. la tipologia della struttura (area intensiva, area semintensiva, area internistica ad alta / media / bassa / complessità, area chirurgica ad alta / media / bassa / complessità, area specialistica ad alta / media / bassa / complessità, area residenziale ad alta / media / bassa / complessità, servizi, etc. etc.);
- b. dimensionamento della struttura (numerosità minima di posti letto per ogni disciplina o accorpamento/integrazione di discipline);
- c. gravità di patologie e severità di cure / attività assistenziali (complessità diagnostico-clinico-assistenziali-riabilitative, livelli di autonomia/dipendenza dei malati, etc. etc.);
- d. complessità progettuale e processuale, tenuto conto anche delle esigenze applicative della l. 24/2017 (Bianco Gelli) e dei principi fissati dai Manuali di Autorizzazione ed Accredimento, con particolare riferimento ai modelli organizzativi e clinico-assistenziali, alle modalità di presa in carico dei malati, all'umanizzazione degli interventi, al rischio clinico, etc. etc.;
- e. volumi di attività;
- f. distribuzione del servizio (e delle attività) nell'arco delle 24 ore (H6/7 – H12 – H24);
- g. servizi domiciliari;
- h.

Al momento è possibile evidenziare:

- importanti cambiamenti nella demografia, nell'epidemiologia e nelle situazioni economiche socio-economiche del Paese e delle persone (aumento dell'età media, aumento delle cronicità / disabilità / fragilità, aumento delle persone sole, aumento delle persone in condizioni di povertà) che hanno generato nuovi bisogni ed aumenti importanti nella domanda di salute;
- una inadeguatezza delle dotazioni organiche (troppo lontane dalle reali esigenze dei malati, non paragonabili con gli standard del passato – es. DONAT CATTIN 1987, o con gli standard proposti da alcune regioni, più orientati al contenimento dei costi, rispetto alla adeguatezza, all'appropriatezza e alla continuità delle cure e dell'assistenza);
- una importante difformità sul territorio nazionale, sia nella numerosità, sia nella tipologia delle risorse dedicate all'assistenza;
- forti rischi per i malati (vedi dati di letteratura RN4CAST) ed aumento della mortalità;
- forse un contenimento dei costi ... senza nessuna analisi relativa ai possibili (molto probabili) costi aggiuntivi di domani, conseguenza diretta di quanto non garantito ed assicurato oggi.

1.2 Il secondo riguarda la necessità di definire i requisiti curricolari (formativi e professionali) per l'accesso alle posizioni dirigenziali apicali (ospedaliere, territoriali, residenziali, etc., anche contendibili e/o mutuabili) e le relative modalità di accesso, tenuto conto delle caratterizzazioni e specificità delle singole strutture, della specificità delle prestazioni erogate e della prevalenza delle stesse (cliniche / assistenziali / riabilitative / residenziali, etc.), delle evoluzioni formative e normative che hanno interessato le professioni sanitarie e dei nuovi bisogni di salute delle persone.

Quanto sopra al fine di garantire al più alto livello possibile la continuità "linea dirigenziale" e "linea di produzione", per un migliore sviluppo di progetti, percorsi e processi, in linea con le nuove esigenze (persone e strutture).

Gli stessi principi vanno individuati e definiti per le figure di "esperto" e "specialista" afferenti all'area del comparto, al fine di garantire uniformità nella distribuzione e nella formazione degli operatori.

1.3 Il terzo riguarda la necessità di prevedere indirizzi per le Regioni e le Direzioni Aziendali relativamente all'assegnazione degli operatori (in particolare si fa riferimento all'Area del Comparto, maggiormente esposti a problemi di salute riguardanti l'apparato muscolo-scheletrico), prevedendo dei passaggi graduali dall'alta alla minore complessità, in parallelo alla crescita dell'età anagrafica di ogni singolo dipendente (con la condivisione del percorso con il diretto interessato).

Al riguardo potrebbe risultare necessario ed importante:

- prevedere la definizione di un gruppo di lavoro / progetto in ogni Azienda, costituito dai Dirigenti direttamente interessati (Medico Competente, Dirigente delle Professioni Sanitarie, Direttore Area Personale / Risorse Umane, etc.) per la definizione ed applicazione di criteri per nuove assegnazioni, coniugando al meglio le esigenze degli operatori con problemi di salute e le necessità di funzionamento delle strutture;
- investire nella acquisizione ed adeguamento continuo di presidi ed ausili per la movimentazione dei carichi, al fine di evitare / ridurre i rischi per i malati e per gli operatori;
- investire in "progetti ad hoc" per i dipendenti, per attività fisica e/o palestra, per la prevenzione di danni all'apparato muscolo-scheletrico;
- Prevedere la funzione di "Datore di Lavoro Delegato" in capo al Dirigente / Direttore delle Professioni Sanitarie cui afferiscono mediamente i 4/5 del totale del personale di una Azienda.

2. Efficienza e appropriatezza utilizzo fattori produttivi

Questo argomento si lega pesantemente con il precedente titolato “personale”.

L'ultimo decennio si è caratterizzato per una successione di normative che hanno generato importanti riorganizzazioni, probabilmente ancora da completare, che hanno inciso anche nelle dotazioni di personale.

Le normative più rilevanti vengono individuate:

- l. 133/2008 (Brunetta – riduzione pl, riduzione personale, riduzione coordinamenti, etc.);
- l. 135/2012 (Monti) – riduzione Strutture Complesse, riduzione personale (contenimento dei costi alla spesa del 2004, con ulteriore sottrazione dell'1,4%);
- DL 158/2012 (Balduzzi) – riorganizzazione dei servizi territoriali e sviluppo delle AFT e delle UCCP
- DM 70/2015 (Lorenzin) – determinazione degli standard disciplinari rapportati al milione di abitanti (con distribuzione a carico delle singole regioni e delle relative programmazioni) e al rispetto della casistica riportata nello stesso documento, a tutela e garanzia degli utenti e degli operatori.

I dati relativi alle riorganizzazioni operate dalle Regioni non lasciano dubbi circa l'applicazione delle norme citate, con particolare riferimento alle razionalizzazioni del personale, senza certezze relativamente all'applicazione rigorosa di tutti i principi.

La tabella che segue riporta alcuni dati relativi al personale nel periodo 2009- 2016 (medici, dirigenti professioni sanitarie, infermieri, ota/oss) – fonte MEF -

Anno	Medici	Infermieri	OSS	OTA	Tot. OSS OTA	Ausiliari Spec.	Dirigenti Prof. San. (t. indet.)	Dirigenti Prof. San. (15 sept.)	Dirigenti Prof. San. (totale)	TOT. GEN.
2009	118.773	276.660	42.694	6.627	49.321	20.952	266		266	465.972
2010	117.225	276.053	45.515	5.485	51.000	19.105	343		343	463.726
2011	115.449	274.708	46.497	5.073	51.570	18.522	278	90	368	460.617
2012	114.640	271.939	46.661	4.572	51.233	17.664	294	72	366	455.842
2013	113.803	271.042	47.117	4.416	51.533	17.174	314	49	363	453.915
2014	112.741	169.151	47.507	4.402	51.909	16.604	321	36	357	350.762
2015	110.909	266.352	48.402	3.829	52.231	15.870	330	26	356	445.718
2016	110.501	264.629	49.304	3.618	52.922	15.489	350	17	367	443.908
	-8.272	-12.031	>	<	3.601	-5.463			101	-22.064

Probabilmente è necessario fare ulteriori approfondimenti riguardanti tre importanti argomenti:

- le evoluzioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche che hanno ridotto pesantemente le giornate di degenza (con necessità di rivedere gli assetti e le distribuzioni delle discipline in ogni ambito regionale, superando i “campanilismi e le forzature” per il mantenimento dell'esistente);
- le evoluzioni normative e formative che hanno riguardato le professioni sanitarie (con la conseguente necessità di rivedere i ruoli, le attività e le responsabilità, superando i pregiudizi e le “posizioni di potere”, arcaiche e non più attuali);
- la necessità di rivedere l'intera organizzazione, tenendo conto dei punti sopra citati (adeguare le strutture, le tecnologie e le attrezzature, senza modificare le organizzazioni, i ruoli e le responsabilità ha come conseguenze una invarianza di risultato ed un aumento dei costi).

Gli sviluppi proposti, oltre a garantire maggiormente gli utenti e gli operatori, potrebbe consentire:

- la realizzazione di ulteriori riorganizzazioni, ad invarianza di costi (e forse anche con recuperi economici), con un utilizzo più corretto e razionale delle risorse, ottimizzando anche la distribuzione degli specialisti, particolarmente carenti, stante le attuali organizzazioni e distribuzioni;
- la possibilità di rivedere la distribuzione delle risorse umane e dei ruoli di responsabilità, anche con miglioramenti economici contrattuali, ad invarianza della spesa complessiva.

3. cronicità

La cronicità (insieme a fragilità e disabilità) rappresenta un'importante criticità di oggi e il vero problema di domani.

La questione è da collegare ai mutamenti demografici, epidemiologici e socio-economici che riguardano il nostro Paese e le persone.

La tabella che segue riporta la distribuzione della popolazione per fasce di età.

ITALIA - Popolazione residente per sesso ed età al 1° gennaio 2016

	m	f	tot	variaz. anno precedente
0-4	1.322.506	1.250.442	2.572.948	<
5-9	1.469.465	1.385.255	2.854.720	<
10-14	1.469.325	1.384.866	2.854.191	<
15-19	1.490.426	1.391.122	2.881.548	>
20-24	1.563.396	1.472.791	3.036.187	<
25-29	1.653.304	1.607.399	3.260.703	<
30-34	1.776.419	1.761.403	3.537.822	<
35-39	2.043.171	2.037.299	4.080.470	<
40-44	2.380.558	2.399.975	4.780.533	<
45-49	2.441.662	2.490.023	4.931.685	<
50-54	2.337.449	2.420.239	4.757.688	>
55-59	1.990.139	2.110.923	4.101.062	>
60-64	1.755.003	1.891.237	3.646.240	>
65-69	1.757.419	1.927.499	3.684.918	>
70-74	1.322.775	1.533.451	2.856.226	<
75-79	1.227.379	1.552.174	2.779.553	>
80-84	826.785	1.227.709	2.054.494	>
85-89	448.223	857.207	1.305.430	>
90-94	154.221	407.669	561.890	>
95-99	23.625	84.873	108.498	>>>
> 100	3.091	15.674	18.765	>
Totale	29.456.341	31.209.230	60.665.571	

	m	f	tot	variaz. anno precedente
65-69	1.757.419	1.927.499	3.684.918	>
70-74	1.322.775	1.533.451	2.856.226	<
Totale	3.080.194	3.460.950	6.541.144	

La popolazione ricompresa nella fascia di età 65-74 aa è pari a 6.541.144.

I dati di letteratura (Scaccabarozzi) evidenziano nel 3,7% la popolazione affetta da cronicità / fragilità / disabilità, per un totale di 242.022 persone.

	m	f	tot	variaz. anno precedente
75-79	1.227.379	1.552.174	2.779.553	>
80-84	826.785	1.227.709	2.054.494	>
85-89	448.223	857.207	1.305.430	>
90-94	154.221	407.669	561.890	>
95-99	23.625	84.873	108.498	>>>
> 100	3.091	15.674	18.765	>
Totale	2.683.324	4.145.306	6.828.630	

La popolazione ricompresa nella fascia di età > di 75 aa è pari a 6.828.630 (di cui 18.765 ultracentenari).

I dati di letteratura (Scaccabarozzi) evidenziano nel 7% la popolazione affetta da cronicità / fragilità / disabilità, per un totale di 478.004 persone.

Le famiglie sono 25.266.266, di cui 1/3 costituito da un solo componente (con forte prevalenza di vedovanze, principalmente donne).

Gli investimenti fino ad oggi sviluppati e realizzati, con il coinvolgimento diretto dei MMG/PLS (miglioramenti economici, presenza di MMG ai Pronto Soccorso per la presa in carico dei Codici Bianchi, etc.) non hanno portato i risultati attesi ed auspicati (di fatto sono peggiorati gli accessi dei codici bianchi ai Pronto Soccorso, soprattutto nelle fasce orarie notturne e festive e pre-festive diurne).

Probabilmente è necessario rivedere l'intera organizzazione, sempre con il coinvolgimento dei MMG/PLS, ma con una presa in carico infermieristica, con il progetto di cura e assistenza definito e condiviso con MMG/PLS, con comunicazione continua, anche da "remoto", relativamente alle evoluzioni clinico-assistenziali, per i necessari adeguamenti.

Questo potrebbe portare anche ad una rivisitazione dell'intero sistema delle cure primarie:

- con lo sviluppo del Cronic Care Model e della Medicina d'Iniziativa (come già sperimentato e in essere in alcune Regione)
- con l'attivazione della figura dell'infermiere di famiglia, come previsto nel PSN e come raccomandato dall'OMS;
- con una rivisitazione dei massimali individuali (se la cronicità viene prevalentemente seguita da infermieri è indubbio che diminuisce il lavoro del MMG/PLS, con la conseguente possibilità di assistere un numero più alto di persone, ad invarianza di spesa per il SSN);
- sviluppare la funzione di "case manager" nelle figure assistenziali infermieristiche impegnate nei servizi domiciliari e di Infermiere di Famiglia.

Conclusioni

Si ribadisce l'apprezzamento verso l'azione del Ministro e dell'intero Ministero per l'iniziativa di "ascolto"; Si auspica che la stessa linea si realizzi a livello delle Regioni e delle singole Aziende, anche con un coinvolgimento diverso della Dirigenza delle Professioni Sanitarie (non per *lobby* ma per caratterizzazioni e specificità professionali e formative).

ANDPROSAN comunica la totale diponibilità a fornire la collaborazione ritenuta necessaria allo sviluppo di progetti di innovazione riguardanti le problematiche prese in considerazione e di altre argomentazioni per le quali viene ritenuto importante il contributo della Dirigenza delle Professioni Sanitarie.

Dott. Marcello Bozzi – Segretario ANDPROSAN