

Sanità Grossetana: Un Problema di tutti. Intervento di Nicola Draoli, Presidente Collegio IPASVI di Grosseto sul tema - intensità di cure: una rivoluzione forse prematura?

Uno degli aspetti che rende particolarmente difficile governare le aziende sanitarie è che sono fatte da professionisti.

I professionisti rispondono alle direttive aziendali ma devono anche rispondere alla propria professione, al loro codice deontologico e alla loro etica professionale. E spesso le risposte non sono le stesse e generano conflitti.

Però uno degli aspetti che rende particolarmente facile governare le aziende sanitarie è che sono fatte da professionisti.

Professionisti che pur di venire incontro al loro mandato di tutela della salute stanno rinunciando, da qualche tempo e progressivamente, a un po' della loro sicurezza, a un po' della loro qualità di vita professionale e sociale, a un po' dei loro diritti pur di garantire il loro specifico mandato professionale. I risultati sono non solo a beneficio della cittadinanza ma anche dell'immagine aziendale e politica locale e regionale.

Diciamolo subito: noi non siamo contrari al modello per intensità di cura e complessità assistenziale. L'intensità di cura ha un impianto teorico che è illuminato, lungimirante, pertinente ai nuovi bisogni di salute, professionalizzante soprattutto per le professioni non mediche. Noi infermieri non dobbiamo confondere il modello TEORICO ed i vantaggi che potrebbe portare con la sua EFFETTIVA applicazione. Pensiamo che una delle criticità della riorganizzazione consista nell'aver visto privilegiare gli aspetti che hanno portato a un contenimento economico immediato sostanzialmente concentrato nella diminuzione dei posti letto afferenti a discipline monospecialistiche, quindi sull'aumento del tasso di occupazione e sul risparmio del personale tutto in logiche numeriche, formative e di assegnazione. Ma l'intensità di cura può sicuramente avere un ritorno anche economico in termini di salute ma di cui si potrà valutare gli effetti solo a lunga distanza. E quello del risparmio ottenuto da una aumentata salute socio sanitaria della popolazione è un cardine del nostro sistema che però sembra dimenticato dagli organi politici.

Medici e infermieri sono ormai al servizio di un'organizzazione a stampo fortemente gerarchico con una grossa impronta burocratica amministrativa. L'infermiere è chiamato, ad esempio, ad assolvere ad attività sempre più distanti dall'assistenza. Qualcuno può dire che tutto rientra in senso lato nell'assistenza ma questo è ormai sempre più in conflitto con l'etimologia del termine "assistenza" che, è bene ricordarlo, significa "stare vicino". La riorganizzazione ha bisogno quindi di una completa destrutturazione che deve passare prima di tutto dall'analisi delle competenze e delle attività degli operatori sanitari attraverso la gestione del personale che sempre più raramente è gestione delle persone e sempre più gestione delle senza una progettualità chiara e definita.

È pacifico affermare che la popolazione ha nuovi bisogni di salute ma questi debbono essere capiti e classificati prima di impattare attraverso una riorganizzazione. Ma gli infermieri e gli altri operatori che hanno bisogno di (ri)definire il loro ruolo in funzione dei nuovi bisogni (che sono ancora in parte inesplorati) entrano spesso in conflitto con il ruolo che le organizzazioni chiedono loro. In sostanza gli operatori sono sempre più chiamati a rispondere ai nuovi bisogni organizzativi piuttosto che ai nuovi bisogni della popolazione.

La politica conferma questo pericolo. Guardiamo infatti alle dichiarazioni del nostro governatore Rossi dell'22 febbraio 2015 (a cui noi abbiamo risposto con toni molto duri) che rispondendo ad una nota dell'anaao assomed dice: "Almeno in parte sarà possibile sostituire il gran numero di infermieri, che potranno andare in pensione, con un certo numero di giovani Operatori Socio Sanitari preparati, pieni di voglia di fare, e non ancora colpiti da quel fenomeno serio, come il burn

out". Il rischio che intravediamo è un atteggiamento della politica che poco guarda a ridefinire i percorsi e la valorizzazione professionale mancando di una seria progettualità.

Vale quindi la pena ricordare al proposito una delle più importanti ricerche effettuate sul tema della presenza professionale infermieristica, pubblicata sul lancet nel 2014 e condotta in 300 ospedali di 9 Paesi europei. Per ogni paziente che viene aggiunto al carico di lavoro medio di un infermiere, la probabilità dei pazienti di morire entro 30 giorni dal ricovero cresce del 7%. Tale possibilità si riduce invece del 7% se si aumenta del 10% il personale laureato. Quindi Le misure di austerità e i tagli al personale del sistema sanitario per ridurre al ministro le spese ospedaliere rischiano di provocare gravi danni alla salute dei pazienti ed è per questo che vanno affiancate a importanti misure di supporto al cambiamento.

Allora noi auspichiamo che la riorganizzazione, qualunque essa sia, vada prima di tutto a recuperare il valore del lavoro e delle competenze.

E non solo noi. È di questi giorni la conclusione di camera e senato sull'indagine di sostenibilità del SSN che si esprime in termini illuminanti e assolutamente in linea con il nostro pensiero:

Le diverse coalizioni che si sono succedute al Governo – scrivono Dirindin e D'Ambrosio Lettieri - non hanno inserito nella propria agenda politica il tema delle politiche sanitarie o lo hanno inserito in modo del tutto marginale: In sanità spendiamo sempre meno, ma si pensa ancora a tagliare.

Uno dei fattori di maggiore criticità del sistema sanitario nazionale", spiegano, "è principalmente da ricondurre ai tanti vincoli imposti, sia alla spesa sia alla dotazione di personale, in particolare nelle regioni sottoposte a Piano di Rientro: riduzione della spesa rispetto al livello del 2009; blocco totale o parziale del *turn over*; blocco delle procedure contrattuali; blocco della indennità di vacanza contrattuale Non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno. Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia".

Ed infatti, come vediamo dal prossimo grafico(Cergas Bocconi) , la nostra spesa sanitaria non è affatto aumentata ma, anzi, è diminuita se paragonata alla crescita costante di diversi punti percentuali in anni passati.

Le risorse economiche: crescita zero?

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa sanitaria totale										
Miliardi di euro	115,1	121,1	127,2	127,8	135,6	136,8	139,3	139,7	137,6	135,7
In % del PIL	8,2	8,4	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,8	8,7
Spesa sanitaria pubblica										
Miliardi di euro	90,2	96,1	101,3	101,6	108,4	110,1	112,3	110,8	109,1	108,8
In % della spesa sanitaria totale	78,3	79,4	79,7	79,5	79,9	80,5	80,6	79,3	79,3	80,2
In % del PIL	6,5	6,7	6,8	6,5	6,9	7,2	7,2	7,0	7,0	7,0
Spesa sanitaria privata										
Miliardi di euro	24,9	25,0	25,8	26,2	27,2	26,7	27,0	28,9	28,5	26,9
In % della spesa sanitaria totale	21,7	20,6	20,3	20,5	20,1	19,5	19,4	20,7	20,7	19,8
In % del PIL	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7

Gli standard Europei riguardo al rapporto Infermieri-cittadini prevedono 8 infermieri ogni 1.000 abitanti: in Toscana il rapporto si ferma a 6 su 1000, senza considerare che in questo numero rientrano oltre 1000 Infermieri che lavorano come impiegati, magazzinieri e ricoprono altri ruoli che nulla hanno a che fare con l'Infermieristica.

Colpisce quindi le diminuzioni del numero dei medici (- 4.268 con i dati OCSE evidenziano un esubero di 1 medico ogni 1.000 abitanti) e del numero degli infermieri (- 8.670 con i dati OCSE che evidenziano una carenza di 2 infermieri ogni 1.000 abitanti).

Inoltre ai giovani Infermieri che lavorano in condizioni di assoluta instabilità (circa 2.000) quale messaggio vogliamo dare? Ha senso programmare la formazione universitaria di 1.200 Infermieri l'anno (richiesti di essere portati a 1000 per quanto concerne IPASVI), sostenerne il costo, e non offrire loro una speranza di lavoro, anzi proporre di sostituirli con operatori a più basso costo e con competenze neppure lontanamente sovrapponibili?

LE CRITICITA' DEL SISTEMA INTENSITA' DI CURE passano quindi attraverso queste considerazioni, fondamentali, e proseguono su altri elementi che questo Collegio sta portando, infruttuosamente, all'attenzione da tre anni. Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, ed infatti la riorganizzazione per intensità di cure e complessità assistenziale non è una soluzione semplice. Probabilmente è stata la sua attuazione ad essere stata semplicistica.

Strutture non adeguate. Un ospedale per intensità di cura non può essere concepito a piastre, ma va organizzato in monoblocchi per dare coerenza e omogeneità al modello

Investire sul personale (è fattibile un tutor assistenziale ad isorisorse? Mancano ad esempio nuove figure operative individuate dalla letteratura che garantiscono l'applicabilità del sistema – operation manager, bed manager flow manager.

Informatizzazione (software obsoleti, non comunicanti, il software a letto del paziente. Ad esempio alcune realtà hanno la mappatura in tempo reale dei posti letto per complessità su software interconnessi e non si affidano certo a telefonate e "giri di reparto")

revisione degli strumenti operativi (cartacei, ingombranti, ridondanti, inefficaci. Chiediamo decine di volte le stesse notizie ai nostri utenti perdendo tempo prezioso, ed ogni volta che vengono spostati bisogna ricominciare tutto da capo. La cartella clinica integrata ancora non si vede dappertutto)

Controllo dei grandi strumenti della clinical governance (GRC e formazione – ormai chiamati ad assolvere gli indicatori di risultato senza impattare su qualità e progettualità. Sembra che l'obiettivo dei tanti strumenti di certificazione delle buone pratiche cliniche quotidiane sia compilare lo strumento stesso e non altro.)

Strumenti validati scientificamente per quanto riguarda la complessità assistenziali. Alcuni di questi strumenti non solo permettono di assegnare una complessità, ma lo fanno sui processi di pianificazione assistenziale che sono poi quelli cui è chiamato l'infermiere tutor, e calcolano anche lo skill mix OSS/Infermieri andando quindi a definire una pianta organica che poggia sui bisogni effettivamente rilevati.

Un investimento sul territorio inadeguato anche in questo caso per una palese mancanza di personale soprattutto su un territorio così vasto e disomogeneo come il nostro che si affida troppo su esternalizzazioni che meno ancora giovano alla progressione professionale.

è necessario definire bene i ruoli in ambito manageriale e professionale

è necessario definire bene i criteri per la determinazione delle dotazioni organiche, relativamente alla numerosità e alla tipologia di risorse (infermieri e OSS in particolare).

È necessario definire le competenze e lavorare su una gestione del personale rispettosa delle competenze

“una parola “inesauribile” richiede un ascolto incessante” - luisito bianchi