



ISTITUTO INTERNAZIONALE
GIUSEPPE SARAGAT

CENTRO D'INIZIATIVA POLITICO-CULTURALE

Tavola Rotonda

*Piano Socio Sanitario Regionale
2002-2004*

*Strumento di tutela della salute?
Parliamone!*

Lunedì 17 giugno 2002

ore 20.30

Via Santa Marta, 18

20123 Milano

Moderatore: Prof. Giancarlo Palmieri

ore 20.30 Apertura lavori

Intervengono:

ore 20.30 on. Fabio Minoli

*Componente Commissione
Affari Sociali della Camera
dei Deputati*

*ore 20.40 dr. Carlo Borsani
Assessore alla Sanità
Regione Lombardia*

*ore 20.50 dr. Giancarlo Abelli
Assessore alla Famiglia
e Solidarietà Sociale
Regione Lombardia*

Tavola Rotonda

*ore 21.00 Introduzione: Stefano Pillitteri
Presidente Istituto
Internazionale Giuseppe Saragat*

ore 21.10 Quale ospedale vogliamo

*(dr. C. Molinari
dr. A. Tropicano - dr. G. Broich)*

ore 21.30 Il problema delle risorse

*(dr. A. Tropicano - dr. G. Broich
dr. C. Dell'Agnola
dr. C. Molinari)*

*ore 21.45 Il medico di medicina generale:
quale ruolo*

*(prof. G. Palmieri
dr. M. Stuflessner - dr. M. Grandini
dr. A. Angrisano)*

*ore 22.05 La salute della madre e la tutela
del bambino e dell'anziano*

*(dr. S. Garsia - dr. G. Moro
dr.ssa A. Brambilla
dr. M. Stuflessner)*

ore 22.30 Conclusioni

*Massimo Guarischi
Consigliere Regione Lombardia
Vice Presidente Istituto
Internazionale Giuseppe Saragat*

**IL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE
2002-2004**

Organizzazione Ospedaliera

***Dr. Guido Broich
Dr. Cesare Molinari
Dr. Amedeo Tropiano***

Riduzione posti letto o aumento dell'offerta di servizi?

Il presente PSSR completa la riforma avviata nel 1997 con la separazione tra gli erogatori delle prestazioni sanitarie e l'organo di controllo e pagamento. Completa inoltre il superamento della distinzione formale tra soggetti pubblici e privati nella fornitura dei servizi, con un ruolo della regione focalizzato sul controllo della qualità e sulla programmazione generale sanitaria, e non più sulla erogazione diretta dei servizi. Viene superato inoltre l'iniziale automatismo nella parificazione tra letto autorizzato e letto accreditato, tipico della fase sperimentale di avvio della riforma regionale. Saranno ammessi alla erogazione di prestazioni sanitarie a carico del Sistema Sanitario Nazionale solo le strutture ritenute necessarie nella programmazione regionale, individuate tramite un processo selettivo e di controllo sia dei bisogni che della qualità da parte della Regione.

Esso recepisce inoltre le indicazioni di redistribuzione dei letti tra medicina per acuti e riabilitazione e lungodegenza come vengono indicati dal Piano Sanitario Nazionale. Da anni infatti si parla - purtroppo spesso con scarso risultato - della necessità di migliorare l'organizzazione della distribuzione dei letti ospedalieri sul territorio. Questo non solo per razionalizzarne l'uso, ma anche per rispondere alle nuove esigenze di una medicina sempre più efficace negli acuti, con tempi di degenza e stazionamento dei pazienti in ospedale sempre minori, di fronte ad una crescita continua della incidenza di patologie croniche e degenerative.

Tale riequilibrio tra letti per acuti e letti finalizzati all'assistenza ai pazienti cronici corrisponde inoltre alla nuova composizione della popolazione. La presenza di una componente sempre maggiore di anziani nella popolazione comporta infatti un cambiamento radicale nelle esigenze mediche. Si stima che nel 2012 la percentuale degli ultra-ottantacinquenni sarà raddoppiata. Ove una volta erano preminenti le malattie che chiedevano interventi acuti in pazienti relativamente giovani, oggi ci troviamo sempre più davanti a problemi lunghi, lenti che necessitano di assistenza riabilitativa e soprattutto ad anziani "sani", che hanno bisogno di assistenza umana e funzionale più che medica vera e propria.

D'altra parte ove un tempo la medicina per acuti necessitava di pochi strumenti materiali oltre al medico, oggi sono necessarie attrezzature ad alta tecnologia ed alto costo, il cui uso richiede una approfondita conoscenza e solida esperienza da parte degli operatori. Per garantire un elevato livello qualitativo sia strumentale che di questa esperienza tecnica degli operatori, le istituzioni per acuti necessitano di volumi di attività adeguati. Questi volumi non possono essere garantiti in ospedali di piccole o minuscole dimensioni, che portano solo ad una diluizione delle prestazioni con minori controlli qualitativi. La riduzione del numero dei letti per acuti deve essere accompagnata da una crescita della qualità. Adeguati volumi di casi in istituzioni specifiche e specializzate sottoposte a rigidi controlli qualitativi sono un requisito fondamentale per una Sanità funzionale capace di rispondere alle reali

esigenze della popolazione.

Continuare in una programmazione adatta ad un passato a volte più attento a interessi locali e visibilità generale che ad una risposta globale alle esigenze sanitarie reali della popolazione, con un aumento progressivo ed indiscriminato del numero dei letti, non averebbe pertanto potuto fare altro che portare a sprechi ed alla distrazione di risorse da dove servono verso aree ove non sono più utilizzate adeguatamente.

Il piano sanitario nazionale prevede di portare a 4 i letti per acuti ogni 1000 abitanti, con una contrazione del numero totale. Tale fatto, derivante da quanto detto prima, viene recepito nel piano socio-sanitario regionale, che blocca l'accreditamento di nuovi letti per acuti evitando lo spreco di risorse per nuovi reparti sottoutilizzati e duplicazioni inutili dei primariati.

Contemporaneamente il Piano Sanitario Nazionale tende ad aumentare i letti per l'assistenza alla riabilitazione e lungodegenza. Il piano socio-sanitario regionale recepisce questa indicazione e va oltre: ridisegna il mondo della assistenza non solo medica ma generale agli anziani e contro i 5400 letti per acuti che risultano in eccesso stabilisce la istituzione di 1500 posti letto in più per riabilitazione e lungodegenza e 8500 posti nelle residenze per anziani, in piena risposta all'andamento demografico della regione - una delle più vecchie in assoluto non solo in Italia ma in tutto il mondo sviluppato! In tal modo pone la regione all'avanguardia in tale settore. Del resto il costante aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, che in Lombardia è ai vertici della classifica mondiale, dimostra che le scelte assistenziali raggiungono il loro scopo!

Per andare al di là delle polemiche sterili, basta fare una piccola prova pratica. E' noto a tutti che trovare un posto letto in ospedale è facile, ma trovare un posto per un anziano bisognoso in una residenza specializzata è pressoché impossibile - salvo pagare profumatamente di tasca propria! In tal modo il piano risponde sia alle esigenze della evoluzione della moderna medicina, come del resto disegnato dal piano nazionale, ma anche ai nuovi sviluppi demografici della popolazione, con una forte componente innovativa.

Ovviamente in questo processo dovrà essere posta attenzione alle realtà locali particolari. I tentativi di semplice chiusura dei presidi ospedalieri minori sono generalmente falliti, in quanto non contenevano proposte positive di riconversione. Ora il PSSR apre definitivamente la strada in tal senso, e sarà compito delle strutture di indirizzo regionali vigilare sulla corretta realizzazione di queste conversioni, nel rispetto dei livelli di cure sia acute che croniche necessarie alla popolazione di ogni singola realtà locale.

Sarà pertanto nostro compito vagliare ed assistere, in modo oculato e ragionato, da una parte la trasformazione di aree per acuti sotto utilizzate in aree residenziali anziani, e, dall'altra, l'organizzazione sempre più pervasiva e capillare sul territorio di presidi ambulatoriali e di percorsi di emergenza. In tal modo si deve garantire che il paziente possa ottenere, in tempi sempre minori

e con spostamenti sempre più ridotti, le prime e fondamentali cure. Questo necessita una continua verifica della rete ospedaliera e della sua integrazione con i servizi territoriali. Contemporaneamente i centri di eccellenza dovranno essere più evidenziati e raggiungibili dal paziente, magari con una rete di prenotazioni e con maggiore integrazione e coinvolgimento degli altri livelli di cura (medico di medicina generale, poliambulatorio periferico). Questo vale anche per le residenze di riabilitazione e assistenza extraospedaliera. Per esse dovranno essere disegnati percorsi chiari di controllo qualità e valutazione dei reali bisogni territoriali prima di procedere alle nuove autorizzazioni ed accreditamenti, al fine di evitare "corse" malsane con raggruppamenti ed addensamenti in alcune aree e sofferenze in altre.

Forte attenzione dovrà essere posta sulla individuazione e sul controllo dei gestori delle nuove realtà assistenziali, che potranno derivare sia dal mondo pubblico che privato, ma dovranno agire secondo le linee programmatiche stabilite dagli organi regionali competenti.

Argomento fondamentale del piano è del resto porre primaria attenzione ai meccanismi di controllo della qualità, anche attraverso la valutazione del tasso di soddisfazione popolare con più stretti controlli sulle lamentele e segnalazioni di disservizio. A tal fine saranno fondamentali gli organi di valutazione autonomi, che dovranno garantire il buon funzionamento delle strutture e il corretto operato di tutti gli addetti, compreso il Direttore Generale. Il controllo della qualità dovrà passare attraverso organi collegiali, che coinvolgono non solo gli operatori del settore e gli organi regionali specifici, ma anche rappresentanze dei medici del territorio e dei pazienti, possibilmente su base territoriale locale.

Dovremo pertanto contribuire attivamente al buon funzionamento degli organi autonomi di valutazione, di istituzione regionale, che sono la garanzia di qualità del sistema nella sua globalità.

Lo spostamento dell'offerta dei letti dall'assistenza per acuti all'assistenza per pazienti lungodegenti e domiciliari comporta la necessità di esplorare nuovi e innovativi sistemi di integrazione tra ospedale e territorio. La dimissione ospedaliera deve superare la sua attuale fase di "frattura" nell'iter terapeutico, esportando sul territorio risorse ospedaliere, come per esempio i controlli telematici a distanza, ed importando nell'ospedale risorse del territorio, come può essere il coinvolgimento maggiore dei Medici residenti nel territorio, nella creazione di una vera rete integrata. Uno dei punti di forza del piano, nella realizzazione della riorganizzazione ospedaliera, è certamente la costruzione di una rete territoriale dell'assistenza, che vede sempre più integrate le funzioni del medico ospedaliero, specialmente ora che il suo ruolo lo vedrà sempre maggiormente coinvolto in cure per pazienti lungodegenti e sottoposti a riabilitazione, ed il medico del territorio, argomento che sarà toccato anche in una successiva relazione.

Ricapitolando vediamo che il PSSR apre la strada verso la realizzazione, nell'ambito della programmazione ospedaliera, di alcuni fatti

fondamentali:

- adeguamento della offerta dei letti alle reali esigenze della popolazione, evitando fenomeni di induzione della richiesta
- aumento netto dell'offerta assistenziale nelle fasce deboli finora sottorappresentate, come i lungodegenti e gli anziani
- spostamento della assistenza dalla medicalizzazione della realtà, di per se fisiologica, di persona anziana, alla assistenza residenziale e domiciliare, anche con l'ausilio di nuovi ed innovativi sistemi di controllo ed assistenza decentrati
- riduzione della barriera tra ospedale e territorio, con la maggiore integrazione tra questi
- controllo capillare sulla qualità del servizio ospedaliero, tramite organi collegiali territoriali, che prevedano la partecipazione oltre che dell'organo di indirizzo (Regione) e dell'erogatore (Ospedale) anche dei medici di territorio e della popolazione.

Utilizzando i mezzi positivi e fortemente innovativi del piano, che ci dà tutti gli strumenti operativi, dobbiamo ora vigilare attentamente che venga applicato correttamente nei suoi parametri e nel suo percorso, salvaguardando sia le necessità di ottimizzazione dell'uso delle risorse, sia gli aspetti solidaristici fondamentali della Sanità e della Salute come inderogabile bene di interesse pubblico. Ricordiamoci infatti che una buona intenzione diventa una buona realtà solo se correttamente applicata e protetta da percorsi e interessi diffusi e incompatibili. E se si può parlare correttamente di gestione "aziendale" nella Sanità, è sempre necessario tenere presente che essa è un bene particolare ed irrinunciabile che deve essere diffuso a tutto la popolazione ed erogato su base solidaristica. Economia in Sanità non significa né tagli né risparmi assoluti, ma aiuta ad indirizzare l'erogazione delle risorse nei modi più efficaci ed efficienti per ottenerne il massimo risultato nella tutela della Salute, eliminando sia le sacche di inefficienza e spreco, che residui di privilegi di pochi a danno della comunità. In tal senso l'Ospedale deve essere Azienda, razionalizzando risorse e letti, anche a costo di rischiare di toccare qualche arcaico privilegio. Allo stesso momento deve sempre tenere ben presente che la sua unica ragione d'esistere è e deve essere l'erogazione solidaristica di un bene proprietà di tutti, la Salute.

Ci troviamo di fronte ad una realtà più matura, che si avvia al superamento della spesso demagogica divisione e contrapposizione tra pubblico e privato, con un percorso integrato che andrà valutato solo in base al risultato.