

I nuovi standard ospedalieri



Marina Capasso Tosolini

Il documento del Ministero della Salute non sembra una felice intuizione per far funzionare meglio gli ospedali, quanto, piuttosto, un passo indietro che non fa bene alla necessità di innovazione.

Esso infatti non offre spunti originali per lavorare sulle dimensioni ottimali delle strutture, né sulle articolazioni organizzative necessarie per rispondere in modo più flessibile alle persone e ai loro problemi, né tantomeno sulla necessità di doversi aprire ad una gestione diversa delle patologie croniche e della multi-morbilità che restano la scommessa del futuro SSN.

Il documento licenziato dal Ministero della Salute (“Definizione degli standard relativi all’assistenza ospedaliera” vedi **Risorsa**) e inviato alla Conferenza stato-regioni con l’obiettivo di essere il punto di riferimento per portare i posti letto ospedalieri agli standard previsti nello scorso luglio (3.7 posti per 1000 abitanti comprensivi dello 0.7 per riabilitazione/lungodegenza e un tasso di ospedalizzazione ottimale del 160 per mille abitanti), **stabilisce le condizioni per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nel territorio nazionale.** Per fare ciò vengono fissati standard strutturali, tecnologici e quantitativi che riguardano il disegno organizzativo degli ospedali e la quantità/qualità delle risorse umane impiegate.

Le programmazioni regionali saranno tenute a organizzare il sistema ospedaliero secondo diversi parametri:

- reti ospedaliere definite dai bacini di utenza a partire da aree territoriali di 80.000-100.000 abitanti (ospedali con funzioni di base), quindi di 150.000-300.000 abitanti (ospedali di 1 livello con un certo numero di specialità) e infine di 600.000-1.200.000 abitanti (ospedali di 2 livello con “alte” specialità)
- standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina
- volumi di attività coerenti con il numero di posti letto
- soglie massime per alcuni esiti
- standard generali di qualità
- articolazione di reti di patologia
- la rete dell’emergenza
- presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate e ospedali di comunità
- continuità ospedale territorio

L’impegno del Ministero è stato dunque quello di dare alle Regioni i gradi di libertà a disposizione avendo avuto cura, però, di definire nel minimo dettaglio cosa deve essere considerato “ospedale”, “posto letto”, “efficienza” e “ospedalizzazione appropriata”.

L’ansia di cucire, rifinire, stringere campi e visioni sembra in definitiva costringere i Servizi Sanitari Regionali ad un passo indietro che non può fare bene alla necessità di cambiamento ed innovazione. La visuale che viene proposta, infatti, pare corrispondere a un mondo ospedaliero già superato nella realtà dei servizi sanitari, per i quali il posto letto non è più considerato il motore delle attività ospedaliere, né il tasso di occupazione il fine cui tendere per migliorare l’efficienza, né tantomeno

I nuovi standard ospedalieri

la singola disciplina medica il fulcro attorno al quale far ruotare l'organizzazione.

Dalla lettura del documento si può supporre che non si tratti, comunque, di una versione unitaria quanto, piuttosto, di un collage di più "anime" chiamate a concorrere. **L'impressione infatti è che tutti gli esperti invitati a collaborare abbiano ragionato di più su singoli aspetti che su una visione strategica da proporre o di un ospedale del futuro da promuovere.**

Diversamente forse:

1. non avrebbero ripreso vecchie classificazioni piramidali che si fatica a digerire.

Che cosa è un "ospedale di base per un bacino di utenza di 80-100.000 abitanti?" Ovvero, dal punto di vista di chi si occupa di sanità pubblica, che attività sanitarie dovrebbe svolgere un simile ospedale, grazie ai reparti che dovrebbero popolarlo (medicina, chirurgia, ortopedia, Pronto soccorso con osservazione breve)? Oggi come oggi, praticamente solo attività di day surgery e ambulatoriale. Qualsiasi altro tipo di attività più impegnativa sarebbe, dal punto di vista qualitativo, al di sotto di standard assistenziali accettabili. In un ospedale siffatto sarebbe praticamente impossibile curare persone con necessità di assistenza complessa, come potrebbe essere il caso di problemi che richiedano di vicariare funzioni vitali compromesse. Resta quindi poco comprensibile la necessità di definire per "acuti" una simile funzione ospedaliera. Così come riesce difficile condividere la specificazione per cui un ospedale di 1° livello con bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 abitanti debba avere *specialità* come Gastroenterologia, Neurologia, Psichiatria, Urologia. Vuol dire che nell'ospedale di base non c'è bisogno di qualcuno che sappia di

neurologia? O che la prevalenza di malattie neurologiche che necessitano di un'assistenza ospedaliera per acuti è tale da richiedere posti letto specifici? E perché insistere con la presenza della specialità di Psichiatria visto che con la legge 180 i dipartimenti di salute mentale hanno reso possibile la domiciliarità delle cure?

Infine, una così rigida segmentazione per bacini di utenza non 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? Gli ospedali delle regioni del Nord che hanno un saldo migratorio positivo dalle regioni del Sud che bacino di utenza hanno? E se il bacino di utenza reale è inferiore a quello teorico che si fa?

2. Non si sarebbero cimentati in un'impresa tanto ardua, quanto verosimilmente inutile, come quella di definire i bacini utenza su cui dimensionare strutture di degenza per singola disciplina. In questo modo si è arrivati a definire ogni quanti abitanti occorra avere posti letto (o servizi) per qualunque specialità esista nel dizionario del ministero. Procedendo quindi in ordine alfabetico: allergologia necessita di un servizio senza posti letto ogni 2 milioni di abitanti, cardiologia necessita di posti letto per 150-300.000 abitanti, dermatologia per milione di abitanti, geriatria per 400-800.000 abitanti, medicina di urgenza per 150-300.000 di abitanti ecc. ecc. Viene, in aggiunta, indicato di calcolare il numero di posti letto dovendo tener conto che il tasso di occupazione "ottimale" è del 90% e che la degenza media "efficiente" è di 7 giorni. Se purtroppo qualcuno fosse tentato di seguire alla lettera gli esperti del ministero, sarebbe un problema. La *cultura geriatrica*, per esempio, va ben oltre la disciplina e dovrebbe pervadere tutti gli ospedali, visto

I nuovi standard ospedalieri

che è soprattutto nei confronti degli anziani che si evidenziano problemi di assistenza e di diffusione di pratiche efficaci per ridurre i danni legati ai ricoveri. Così come bisognerebbe essere fortemente motivati per sostenere la necessità di posti letto di dermatologia e altresì indignati, invece, a non sostenere la necessità di organizzare l'assistenza per chi abbia bisogno di essere seguito e supportato in modo "subintensivo". Non prevedere forme organizzative per trattare questo tipo di pazienti continuerà a condannare qualsiasi ospedale degno di questo nome o a misurarsi quotidianamente con posti letto di terapia intensiva sempre occupati da persone che potrebbero essere invece efficacemente seguiti in altri contesti assistenziali oppure a dover assistere in aree di degenza non attrezzate per bisogni assistenziali più complessi le persone che dovessero presentare un qualsiasi problema che richieda un monitoraggio continuo dei parametri vitali.

Aver definito quindi la Medicina di Urgenza solo per un certo bacino di popolazione lascia intravedere che non sia chiaro agli estensori del documento quale possa essere nel 2012 un'assistenza differenziata per i diversi bisogni assistenziali delle persone ricoverate. Né che sia chiara la possibilità di sviluppare l'area della medicina "critica" collegandola alla medicina del pronto soccorso e dell'urgenza.

D'altra parte, gli stessi criteri-paletti del tasso di occupazione dei posti letto al 90% e della degenza media a 7 giorni lasciano il tempo che trovano. In un ospedale di 600 posti letto vorrebbe dire, per esempio, che ogni giorno ci si augura di avere almeno 60 posti letto liberi, compresi i posti letto di rianimazione!

3. Non avrebbero inneggiato alla *clinical governance* e contemporaneamente dato

indicazioni di istruire commissioni per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri, dettagliando minuziosamente le attività che dovrebbero essere successivamente svolte. La sbandierata clinical governance non dovrebbe lavorare proprio per favorire il miglioramento continuo dell'appropriatezza degli interventi? Senza contare che le esperienze gestionali (anche a livello regionale) che hanno utilizzato strumenti "oggettivi" per valutare l'appropriatezza dei ricoveri non sono state particolarmente fortunate, tanto che laddove si è tentata questa strada c'è anche stato un dietrofront successivo, dovuto ai costi e agli scarsi risultati ottenuti.

Molto probabilmente andrebbero invece incentivati sistemi decentrati di audit promuovendo in questo modo la cultura della autovalutazione sugli obiettivi e i risultati raggiunti.

4. Non avrebbero utilizzato i volumi di attività e gli esiti collegati per disegnare sulla carta il numero di Unità Operative da tenere o da chiudere, dando peraltro scarse indicazioni sul significato stesso di alcuni indicatori utilizzati che creano una certa confusione sul termine stesso di "esito".

Senza una valutazione complessiva e articolata, le giornate di degenza per una colecistectomia possono infatti diventare "esito" di un ricovero ospedaliero! Una spinta dirigista così orientata a tagliare con l'accetta le realtà esistenti elide tutta la problematica legata ad una diversa valutazione dei "prodotti" ospedalieri e al ripensamento del ruolo degli ospedali. Può far apparire che tutto si riduca ad un esercizio necessario per incidere *ope legis* su singole realtà organizzative altrimenti imm modificabili. E' possibile immaginare che riorganizzazioni significative degli ospedali per migliorare la qualità dell'assistenza vengano effettuate

I nuovi standard ospedalieri

a livello centrale del Ministero? E' possibile 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? Studi dimostrano che i costi si modificano se si chiudono intere strutture e non posti letto! Occorre chiudere Ospedali, per intendersi, e non Unità Complesse. Così come altri studi (di cui non si tiene conto) dimostrano che la dimensione ottimale per avere strutture ospedaliere efficienti è dell'ordine di 400-600 posti letto.

5. Sarebbero stati meno entusiasti nel definire i valori soglia di rischio di esito oltre i quali le Regioni sono chiamate in causa per riconvertire e/o accreditare le strutture. L'apparente semplicità del numero *crudo*, infatti, non rende giustizia ai percorsi complessi che generalmente hanno invece le valutazioni. Si prendano, ad esempio, gli esiti "mortalità per by pass aorto-coronarico isolato e per intervento di valvuloplastica" entrambi con soglia al 4%. Se nel corso dell'anno 2013, il Piano Nazionale Esiti (progetto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali che dal 2012 pubblica i dati italiani) dovesse registrare per la Struttura Complessa Cardiochirurgia X dell'Azienda Ospedaliera Y, una mortalità del 4,5%, cosa fa la Programmazione Regionale nei confronti di quella Azienda Ospedaliera? Dà al direttore generale un certo tempo per migliorare la situazione? E se la mortalità dovesse al massimo scendere al 4,1%, la Cardiochirurgia viene accreditata o no? E se non dovesse essere accreditata? E se la Cardiochirurgia in questione servisse per due regioni perché lo impone il rispetto dei volumi e del bacino di utenza? E se la regione decidesse altro, il Ministero agirebbe *in sua vece* tramite il finanziamento o l'accreditamento?

6. Sarebbero andati cauti con la forzatura delle reti *hub and spoke*, rischiando 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 and spoke* mania, finendo quindi col far confluire in un'organizzazione pensata per determinati problemi (trauma ed infarto per esempio) la visione di reti di ospedali organizzati per linee di produzione di specifiche attività. Se così non fosse a cosa dovrebbero servire le reti delle "medicine" e della "pediatria"?

Insomm, il documento non sembra una felice intuizione per far funzionare meglio gli ospedali. Se è vero che la politica ospedaliera dovrebbe prendere una strada diversa, il documento non offre spunti originali per lavorare sulle dimensioni ottimali delle strutture né sulle articolazioni organizzative necessarie per rispondere in modo più flessibile alle persone e ai loro problemi, né tantomeno sulla necessità di doversi aprire ad una gestione diversa delle patologie croniche e della multi-morbilità che restano la scommessa del futuro SSN.

Marina Capasso Tosolini, direzione scientifica IRCCS INRCA Ancona.

Risorsa

[Definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera](#). Bozza Decreto [PDF: 2,3 Mb]

Tag: [Assistenza ospedaliera](#), [Politica ed economia sanitaria](#)