

Chi ha paura degli Standard?

2013-01-11 09:01:23 Redazione SI



Marco Geddes

Al Policlinico Umberto I di Roma 20 reparti di chirurgia generale eseguono in un anno complessivamente 149 interventi di cancro della mammella. Tutti clamorosamente al di sotto degli standard minimi. Con la speranza che arrivino al più presto i NAS a chiuderli o a accorparli.

Il Ministro Balduzzi ha portato a fine dicembre, in approvazione alla Conferenza Stato Regioni, il Decreto sugli standard ospedalieri[1]. Si tratta di un testo che ha avuto una, seppur non lunga, gestazione, che ha visto modifiche – marginali – sulla bozza di decreto, il cui contenuto ha pertanto circolato ampiamente negli ultimi mesi. Trattasi peraltro di materia anche tecnica, che ha raccolto le elaborazioni e le proposte di diverse fonti e, in particolare, dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

Il decreto ha sollevato, anche in questa sede – vedi [post di Marina Capasso](#) – o in occasione di importanti Forum nazionali[2], puntuali osservazioni critiche. Se ne è sottolineata la scarsa attenzione al tema emergente della cronicità, l’inadeguatezza ed eccessiva astrazione nel definire i bacini di utenza per gli ospedali, con una gerarchia difficilmente applicabile a realtà assai diverse quali città metropolitane, aree urbane, comunità isolate, etc.

Altre critiche sono state avanzate in riferimento alla velleità dei parametri indicati. Esempio tipico, e spesso citato, l’indicazione della percentuale di cesarei quale standard: il 15% per i punti nascita e il 20% per quelli di secondo livello, quando la media nazionale è (2009) del 38.4%, oscillante in termini di regioni fra il 23.2% della P.A. di Bolzano e il 62.0% della Campania (Toscana 26.6%, Lombardia 28.7%). **Se sono questi gli standard si devono chiudere – si può chiedere retoricamente – il 95% dei punti nascita del nostro Paese?**

Mi sembra tuttavia che tali, seppure spesso giuste, osservazioni non offrano una

lettura complessiva del decreto che può invece rappresentare un punto di partenza – o quanto meno di “ripresa” – della programmazione sanitaria, seppure limitatamente all’ambito ospedaliero: la programmazione; una procedura sostanzialmente abbandonata dalle stesse Regioni i cui Piani sanitari, quando esistenti, sono un trattato di luoghi comuni e di slogan, pur – in parte – condivisibili, senza esplicitare chi fa cosa, come, quando è con che mezzi (e, in particolare, cosa non si fa più!).

Peraltro a livello nazionale su tale tematica – la sanità – ci si muove su un terreno giuridicamente impervio dati gli eccessi delle recenti riforme costituzionali.

Ma veniamo al Decreto.

La norma esplicita i limiti dei propri intendimenti, ovvero del “raggio di azione” (oltre a quelli impliciti prima richiamati in termini normativi). *“L’obiettivo – recita il testo – è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di “presa in carico”, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggior specificità ai contesti sociali in cui sono radicati”*. Da qui l’indicazione alle regioni di individuare, in apposito documento, le *“...regole di integrazione dell’ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati”*.

Più rilevante – a mio modo di vedere – l’intendimento di disegnare unitariamente la rete ospedaliera pubblica e privata accreditata ridefinendo gli standard di posti letto (3,7 per 1000 abitanti, compresi 0,7 per riabilitazione e degenze post acuzie) comprensivi di qualsiasi struttura comunque a carico del sistema sanitario regionale.

Vengono inoltre elencati i criteri di programmazione regionale nella determinazione dei posti letto per disciplina, da attuare in base a una serie di parametri quali: il tasso di ospedalizzazione per ricoveri appropriati, la degenza media, il tasso di occupazione standard etc.

Una volta così determinata la quota fornita dagli erogatori pubblici è possibile identificare il fabbisogno di posti letto pubblici e privati complessivi.

Conseguentemente è attivabile la contrattazione con i privati per definire il loro apporto nelle diverse discipline (conseguenza implicita nell’applicazione corretta dei criteri di pianificazione indicati).

Questo mi sembra il nucleo rilevante del quadro programmatico all’interno del quale le Regioni dovrebbero muoversi, che, seppure riferito alla rete ospedaliera, si connette, con estensioni di indirizzo normativo, ai punti di primo intervento (come riconversione di ospedali per acuti), alla continuità ospedale – territorio e a strutture di ricovero territoriali, quali gli ospedali di comunità (definendone il dimensionamento, le responsabilità infermieristiche nella conduzione, la durata standard di degenza, il coinvolgimento dei MMG etc.).

Vi è poi la parte “ tabellare” che individua gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina, in termini di bacini di utenza e di volumi di

attività per le strutture complesse e, in alcuni casi (vedi punti nascita), per singolo Presidio. Ognuna di queste “quantificazioni”, peraltro basate sulle elaborazioni di diverse società scientifiche e organismi internazionali, può ovviamente essere oggetto di puntualizzazioni e aggiornamenti (ma non stravolgimenti), in particolare, riconducendole a obiettivi da raggiungere attraverso un percorso (definendo però i tempi di attuazione).

I criteri introdotti e, in particolare, la definizione di volumi di attività e l'individuazione di esiti (ad esempio, la percentuale di fratture di femore operate entro 48 ore, etc.), rappresentano una metodologia rilevante di pianificazione e di percorso verso la qualità, in particolare se verrà applicata con costanza, con l'obiettivo, dichiarato nel Decreto, di passare dai volumi per struttura ai volumi per singoli operatori.

Si può sorridere rispetto ad alcuni parametri proposti, ma quando si indica – giustamente – che una struttura complessa deve effettuare 100 interventi chirurgici l'anno per tumore della mammella e si scopre che nel Policlinico Universitario della nostra capitale (l'Umberto I) a distanza di 20 anni dalla riforma sanitaria, con un susseguirsi di direttori generali di diversa estrazione (e alcuni di indubbia capacità) sono in funzione 20 chirurgie generali, che si “spartiscono” 149 interventi di Carcinoma della mammella, con questo volume di attività per singola struttura[3]:

Policlinico Universitario Umberto I – Roma. ANNO 2011. Interventi di Ca mammario per equipe. Totale 149 interventi:

21 interventi

18 interventi

6 interventi

5 interventi

15 interventi

6 interventi

6 interventi

20 interventi

20 interventi

5 interventi

3 interventi

4 interventi

8 interventi

4 interventi

6 interventi

2 interventi

4 equipe: non effettuano alcun intervento (meno male!).

Davanti a tali dati non viene da sorridere, ma da piangere.

Allora ben vengano gli standard e anche il desiderio – inconfessabile (?) - che se continuano a effettuare interventi sotto un livello non ottimale, ma indecoroso (quantitativamente, ma correlato poi alla qualità), ci vadano i carabinieri dei NAS a chiudere e accorpare tali strutture!

Marco Geddes, Medico di Sanità Pubblica

Bibliografia

1. Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311” e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.
2. Forum Risk Management in Sanità, Arezzo 2012.
3. Dato presentato nella Sezione: Volumi di attività ed esiti delle cure. 21 Novembre 2012, Forum Risk Management in Sanità Arezzo 2012