

Mercoledì 23 LUGLIO 2014

## Patto per la Salute. Falcone (Aipo): “Una risposta necessaria a un quadro caotico”

***Sono numerosi gli spunti di interesse contenuti nel Patto. Emerge per gli pneumologi la necessità di organizzare, non solo sulla carta, una rete di professionisti che operano nelle diverse sedi del Sistema sanitario nazionale e che si trovano ad affrontare i bisogni assistenziali del paziente.***

*Il commento di Franco Falcone, Responsabile del Dipartimento per i rapporti istituzionali e le politiche sanitarie in pneumologia dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), sulle proposte contenute nel nuovo Patto per la salute 2014 – 2016.*

“Premesso che l'utilizzo del termine “patto” sembra indicare la necessità di una condivisione forte delle regole fra lo stato centrale ordinatore e le regioni erogatrici dell'attività assistenziale e di intervenire in un meccanismo che non sta funzionando come dovrebbe, appare evidente che l'organizzazione del sistema sanitario nazionale necessita di interventi a causa delle difformità realizzative regionali ed aziendali di ciò che viene indicato o suggerito a livello centrale, a tal punto che in molte occasioni viene da chiedersi se il Sistema Sanitario Nazionale sia unico oppure no. Il quesito non ha una risposta formale positiva anche se essa sembrerebbe positiva nella realtà, sia per le difformità applicative rispetto a una base teoricamente unificante, basti pensare alla realizzazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza), che per le difformità amministrative che, in molte Regioni, hanno dato luogo a deficit di bilancio. Per non dimenticare le differenze di efficienza pratica e di costo dei medesimi prodotti assistenziali, condizioni che hanno dato origine e sostengono la migrazione sanitaria sul territorio nazionale. Per questi motivi, molte Regioni sono sottoposte a commissariamento e controllo centrale, all'interno di un percorso di rientro economico.

La necessità di un “patto” della salute nasce anche dall'osservazione, a livello nazionale, di queste condizioni. Da parte dei cittadini e dei professionisti rileviamo sicuramente una forte attesa di vedere sempre più omogenea, fra le Regioni, la qualità dei servizi offerti e soprattutto i comportamenti amministrativi che la condizionano.

Partendo da questi il patto per la salute esplora a 360 gradi le regole di funzionamento del sistema sanitario nazionale e, pur non avendo la completezza e la complessità di una legge quadro per il riordino del sistema sanitario nazionale, tende sicuramente ad averne le caratteristiche. La sensazione di attesa che ha accompagnato la stesura del patto ed i commenti diversi che ne hanno accolto il testo finale confermano che, sebbene non tutto ciò che viene proposto all'interno del Patto debba necessariamente rappresentare la scelta giusta per tutti, va sicuramente riconosciuta al Ministro la volontà di intervenire su un sistema sanitario che sembra sfuggire di mano.

Numerosi sono gli spunti di interesse presenti nel Patto. Ricordiamo ad esempio, l'**articolo 9** che prevede il riordino del sistema tariffario delle prestazioni, un elemento di forte impatto sui rapporti tra tipologie diverse di aziende e tra strutture pubbliche di governo e strutture private accreditate a lavorare per il SSN, sulla base del tariffario e di accordi di fornitura e l'**articolo 10** che vuole diventare un forte sistema di verifica dell'attuazione dei Lea, forzando sulle responsabilità dirette degli amministratori che non raggiungono gli obiettivi prefissati. Molto interessante anche il profilo dell'**articolo 12** sul ruolo di controllo di Agenas sulla riorganizzazione dei servizi regionali così come rappresenta un forte punto di novità quanto previsto dall'**articolo 15** sull'organizzazione della sanità digitale nel quale sembra finalmente comparire la necessità di regolamentare l'organizzazione informatica sanitaria che si è finora sviluppata senza la ricerca di coerenza ed omogeneità e soprattutto senza porre le basi per una rete di comunicazione agibile da qualunque postazione territoriale. Come non prendere atto che l'**articolo 22** relativo alla gestione delle risorse umane mira addirittura a prevedere la possibilità di disciplinare lo sviluppo professionale della carriera. Così come è

molto interessante che l'**articolo 23** disciplini le regole dell'assistenza farmaceutica stimolando da parte dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) la contestualità fra l'autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco e le decisioni in merito alla rimborsabilità dello stesso da parte del SSN. Nuovi e sicuramente pregnanti per la ricerca di standardizzazione delle tecnologie gli **articoli 24 e 26** che rappresentano un tentativo da parte del Sistema Sanitario Nazionale di assumere un ruolo nell'ambito della Technology Assessment per la valutazione dei dispositivi medici.

Gli elementi contenuti nel Patto coinvolgono tutti i medici e, fra questi, gli specialisti delle malattie respiratorie. I due punti che maggiormente sembrano toccare la classe medica sono l'**articolo 3** che riguarda la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e l'**articolo 5** che concerne la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

L'articolo 3 riduce il numero di posti letto a livello nazionale da 4.0 per 1000 abitanti, di cui 0,7 per lungodegenza e riabilitazione post-acuzie e lungodegenza, a 3.7 per 1000 abitanti, lasciando invariato lo 0.7 per lungodegenza e riabilitazione post-acuzie. Mentre emerge così la volontà di ridurre le strutture di ricovero compare d'altro canto la volontà di potenziare, a supporto della riduzione dell'ospedalizzazione, l'assistenza sul territorio. I due elementi, riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e potenziamento dell'assistenza territoriale sono fortemente legati fra loro e dovranno agire in sinergia.

L'articolo 3 si pone l'obiettivo di presidiare al massimo l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e per questa ragione sono stati proposti una serie di elementi di calcolo dell'organizzazione interna di questi letti il cui aspetto più significativo è rappresentato dalla tabella sulla distribuzione dei ricoveri nelle varie specialità che troviamo nella bozza del decreto del 9 luglio 2014 che struttura il regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Partendo dal presupposto che l'obiettivo atteso del tasso di ospedalizzazione italiano è di 160 ricoveri l'anno per 1000 abitanti, nella tabella di cui sopra vengono ipotizzate le modalità di distribuzione dei fabbisogni di letti di specialità in base a riferimenti numerici di popolazione. Dato che i residenti in Italia, al 1° gennaio 2014, sono più di 60 milioni si prevede un numero di ricoveri superiore ai 9 milioni/anno. L'indicazione di una durata media di degenza inferiore ai 7 giorni e di una percentuale di occupazione dei posti letto attorno al 90% completa il quadro organizzativo indicando la necessità di una struttura di ricovero molto efficiente, ad elevata rotazione dei tempi di intervento che, aumentando l'offerta di assistenziale territoriale, contestualmente alla riduzione del numero dei posti letto disponibili, dovrebbe mantenere il proprio equilibrio funzionale medio attraverso la minor durata del periodo di degenza ospedaliera, facendo ruotare un maggior numero di malati sul singolo letto di ospedale in corso d'anno.

Per quanto riguarda la pneumologia, la nostra specialità è chiamata a partecipare con una previsione di attività in relazione ad ambiti di popolazione che vanno dai 400mila agli 800mila abitanti. I calcoli che si dovranno fare nelle varie regioni per distribuire i posti letto di specialità richiederanno la definizione dei fabbisogni locali ma, restando in un ambito totalmente generalista, con questi indirizzi di popolazione di riferimento, si può ipotizzare un numero di Unità Operative di Pneumologia tra 76 e 152 sul territorio nazionale, dotate, sulla base degli ipotetici 17,5 posti letto medi per tutte le unità operative, di un numero di letti complessivi che va da 1.330 a 2.660, con un numero di ricoveri, sempre riferendosi al debito medio di 7 gg di degenza e di un 80-90% di tasso di occupazione, che porta a prevedere un numero di ricoveri che va da 55mila a 110mila, tra il 9 ed il 18% dei ricoveri italiani per malattie dell'apparato respiratorio. Questo calcolo è molto grossolano ma si deve considerare la necessità che la pneumologia rappresenti la necessità di occuparsi, in regime di ricovero, delle condizioni di particolare gravità e complessità nelle quali le malattie respiratorie possono evolvere nell'ambito del loro decorso.

La distribuzione delle varie attività assistenziali tra le diverse specialità si basa inoltre sulla necessità di ricollegarle ai bisogni assistenziali delle persone che devono trovare risposta in percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) erogati in maniera efficace e appropriata. Questa considerazione ci riporta al tema della riorganizzazione dell'assistenza territoriale perché il percorso assistenziale è generato da bisogni di cura che insorgono in genere nel territorio e che possono acquisire nella loro evoluzione temporale una complessità tale da richiedere il ricovero in strutture ospedaliere in grado di gestire tale complessità e poi, auspicabilmente, una volta gestita l'emergenza, in grado di ricondurlo ad un livello di gravità che consenta di avviarlo in modo protetto alla gestione territoriale.

Pertanto è evidente la necessità di organizzare, non solo sulla carta, una rete di professionisti operanti in sedi diverse del Sistema Sanitario Nazionale e che si trovano ad affrontare i bisogni assistenziali del medesimo paziente. Questa proposta di impegno dell'attività pneumologica nella nuova organizzazione degli ospedali risulterà vincente ed efficace solo se accompagnata da meccanismi in grado di sfruttare adeguatamente le

competenze culturali e professionali degli pneumologi. Gli specialisti delle malattie respiratorie acquisiscono infatti particolari competenze nel percorso universitario e di specializzazione e successivamente nell'ambito della formazione continua sul campo con un percorso che li rende, in una prima fase, capaci di comprendere e seguire, in una seconda fase, capaci di aiutare, in una terza fase in grado di essere autonomi ed infine tanto competenti da poter insegnare ad altri le tecniche sempre più innovative e complesse della specialità.

Se il processo di riorganizzazione degli ospedali e del territorio non commetterà errori di dequalificazione, accettando o addirittura proponendo come obiettivi livelli minimali ed obsoleti di attività specialistica, diventerà automatico non solo assegnare ma forzatamente pretendere dagli specialisti pneumologi la completa disponibilità ad occuparsi della complessità assistenziale delle malattie respiratorie.

Nel nuovo modello organizzativo gli ospedali vengono infatti suddivisi in base alla capacità assistenziale. Gli ospedali di primo livello sono strutture capaci di rispondere ai bisogni di un'ipotetica utenza calcolata fra 80 e 150 mila pazienti, quelli di secondo livello ad un'utenza che va dai 150 mila ai 600 mila pazienti, e quelli di terzo livello da 600 mila a 1 milione e 200 mila abitanti. Questo tipo di classificazione ha in sé un criterio di distribuzione del lavoro in base al quale le condizioni più complesse vanno gestite e concentrate negli ospedali capaci di svolgere le attività più complesse.

Infatti negli ospedali di primo livello si prevede la presenza di alcune specialità di base come la medicina interna, la chirurgia generale, l'ortopedia, l'anestesia, i servizi di laboratorio e di radiologia, il pronto soccorso ed i servizi di osservazione breve e intensiva. Salendo di livello nella complessità degli ospedali e nel loro essere riferimento di un contesto di popolazione più ampio il numero di specialità previste in seno all'ospedale aumenta così come aumenta la possibilità che esse svolgano attività maggiormente complesse all'interno della medesima specialità. Sulla base di questa osservazione è automatico che debba esistere ovunque una organizzazione di rete che renda efficiente una distribuzione del lavoro in base alla quale un paziente complesso che giunga al pronto soccorso di un ospedale di base possa essere rapidamente trasferito in una struttura ospedaliera più complessa o che addirittura sia in grado di avviarlo già in fase di triage del primo soccorso all'ospedale di riferimento per il suo livello di complessità.

Ciò premesso, purtroppo troviamo traccia di attività pneumologiche nelle descrizioni delle specialità ospedaliere per classi di livello ospedaliero solo laddove si parla di attività di pneumologia interventistica, definita dalla normativa come "broncoscopia interventistica", e pertanto solo negli ospedali di secondo livello. Se da un lato vi è soddisfazione nel constatare come le attività assistenziali messe in atto dalla pneumologia interventistica sono in immediato riconosciute dalla normativa, dall'altro è evidente che viene totalmente trascurata la capacità assistenziale degli specialisti nella fase più grave e terminale delle malattie respiratorie, vale a dire in quella che definiamo pneumologia intensivologica e che si occupa della gestione dei malati in insufficienza respiratoria che è una condizione, purtroppo molto frequente, che rappresenta la fase evolutiva finale dei cronicismi respiratori e che non può essere gestita da professionisti diversi dagli pneumologi.

È del tutto chiaro che le competenze degli pneumologi non trovano espressione solo nella pneumologia interventistica o nella pneumologia intensivologica ma si manifestano in tante altre aree della patologia respiratoria. Basti pensare alla vastità del bisogno di studio funzionale dell'apparato respiratorio mediante la fisiopatologia respiratoria, al bisogno di riabilitazione respiratoria o pneumologia riabilitativa nelle fasi di post-acuzie o di cronicismo, allo studio ed alla terapia ventilatoria dei disturbi respiratori nel sonno, che tanto incidono sulla incidentalità della strada e sulla qualità di vita e sull'evoluzione di altre disfunzioni nei soggetti che ne sono portatori, allo studio delle infezioni respiratorie fra cui la tubercolosi, purtroppo in ripresa, allo studio delle malattie dell'interstizio polmonare che possono evolvere nelle fibrosi polmonari gestibili, in molti casi, solo con il trapianto del polmone.

Osservando la proposta suddivisione degli ospedali e dei ricoveri ospedalieri viene spontaneo chiedersi dove si faranno tutte queste cose e soprattutto chi le farà. Ovviamente non cesseremo di presidiare come pneumologi la qualità delle modalità assistenziali pneumologiche che possono essere messe in atto negli ospedali per i bisogni di assistenza alle persone con patologie respiratorie ma una risposta pensiamo di trovarla anche nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Tutti i cronicismi respiratori originano da asma bronchiale o BPCO scarsamente diagnosticate o trattate in maniera inadeguata. La sede elettiva di gestione di queste patologie è il territorio ma le regole di gestione di queste patologie derivano dalla cultura pneumologica e la qualità di questa gestione deve essere presidiata e garantita dagli pneumologi.

Per gestire adeguatamente sul territorio queste patologie sono fondamentali una diagnosi precoce del tipo di malattia cronica che sta evolvendo, un'assistenza sanitaria precoce per la terapia ed il follow up di queste condizioni, unitamente a una buona gestione delle condizioni di acuzie o riacuzie che precludono o portano

alla necessità di un ricovero ospedaliero e delle condizioni di post-acuzie e di relativa necessità di presidio della instabilità che possono accompagnare la fase finale di un ricovero ospedaliero e consentire, solo con un intervento di qualità, la dimissione precoce e l'affidamento alla gestione territoriale. Così facendo sarà possibile ridurre la velocità di evoluzione della malattia cronica verso l'invalidità, il numero delle condizioni avanzate ed il numero dei ricoveri ospedalieri causati da queste patologie.

Le proposte relative alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale parlano giustamente e molto della medicina e della pediatria di base mentre non sono chiarissime nel prospettare le regole di condivisione e di collaborazione con gli altri specialisti del SSN. E' del tutto evidente che un argomento così complesso e mai affrontato seriamente non può essere affrontato in poche righe normative ma è su questo punto che si giocherà il futuro del SSN. Per questo futuro gli pneumologi sono in campo con la loro cultura, con la loro volontà e con la competenza espressa nei PDTA che essi hanno prodotto e che vorranno produrre insieme a tutti gli altri operatori del SSN”.

*A cura dell'Ufficio Stampa AIPO*