

dmm



22° Congresso Nazionale Straordinario Anaa Assomed

Un sindacato più forte per la sanità del futuro

dirigenza medica

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



Il Programma Nazionale Esiti 2013

LE PERFORMANCE DEGLI OSPEDALI ITALIANI

Tutti i numeri e l'intervista a Carlo Perucci, direttore scientifico del Pn e dell'Agenas

Piani di rientro

Positivi i conti 2012 di Puglia, Campania e Sicilia
a pagina 8

Anaa Giovani

Contributi sull'organizzazione del lavoro
a pagina 10

L'Agenas presenta i risultati del Programma nazionale esiti

Migliorano le performance delle strutture italiane

Toscana, Lombardia ed Emilia Romagna ai vertici. Male le performance della Campania seguita dalla Puglia. Ma complessivamente lo scenario migliora rispetto all'ultima rilevazione. È questo il quadro emerso dai nuovi risultati del Programma nazionale di valutazione degli esiti (Pne) curato da Agenas che ha coinvolto oltre 1.400 ospedali pubblici e privati.

Ester Maragò

Eppur si muove. Anche se a piccolissimi passi le strutture sanitarie italiane migliorano le proprie performance. L'elevato numero dei cesarei, da sempre una delle criticità del nostro Ssn, inizia a mostrare segnali di contrazione. E cambia in meglio anche la durata della degenza dopo un intervento di colecistectomia in laparoscopia, considerata come un campanello d'allarme per verificare se una struttura ospedaliera lavora a regola d'arte. Ma il passo in avanti più consistente si registra nelle camere operatorie delle ortopedie: per gli anziani la possibilità di andare sotto i ferri del chirurgo entro 48 ore dalla frattura di femore aumenta su tutta la penisola. Se nel 2011 in media il 33,11% degli italiani ricoverati aveva la possibilità di essere operato nei tempi previsti, nel 2012 la percentuale è aumentata passando al 40,16%. Un balzo in avanti determinato dalle alte performance raggiunte in Toscana, Marche ed Emilia Romagna, ma soprattutto dal determinante contributo della regione Sicilia che, correggendo le criticità degli anni precedenti, ha risollevato la media italiana. Ma se c'è chi fa passi da gigante, c'è anche chi invece rimane al palo: la regione Campania conquista anche quest'anno il triste primato del-



la realtà con le peggiori performance, in particolare sul fronte dei cesarei, ma non solo.

È questo lo scenario emerso dai nuovi risultati del Programma nazionale di valutazione degli esiti (Pne) curato da Agenas, titolare del sistema di valutazione, che ha messo sotto le lente le prestazioni erogate in oltre 1.400 ospedali pubblici e privati, accreditati e non, passando al setaccio dati di mortalità, tempi di intervento e altri indicatori in grado di misurare gli esi-

Performance italiane



ti delle performance raggiunte.

Un programma sempre più "chirurgico", si ripresenta, infatti, con un numero di indicatori ancora più ampio - dai 42 della rilevazione 2011, si è arrivati a 114 indicatori valutati nel 2012 - e con metodologie che con accurata precisione misurano l'appropriatezza delle cure nelle strutture italiane. I numeri descrivono inoltre eccellenze e passi falsi, per alcuni indicatori, dal 2005 al 2012.

Il leit motiv dell'Agenas è sempre lo stesso: il Programma esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di "pagelle, giudizi" o una classifica degli ospedali, dei servizi, dei professionisti. È invece uno strumento per promuovere un'attività di auditing clinico e organizzativo che valorizzi l'eccellenza, individui le criticità e promuova quindi l'efficacia e l'equità del Ssn.

Ma se anche questi sono gli intenti di Agenas,

PERUCCI (AGENAS):

“IL PNE NON È IL ‘GAMBERO ROSSO’ DELLA SANITÀ ITALIANA”

LO CHIARISCE SUBITO Carlo Perucci, da tre anni direttore scientifico del Programma nazionale esiti dell'Agenas: "Il Pne non è il 'Gambero rosso' della sanità italiana" perché "il sistema è uno strumento di auditing per i professionisti e le istituzioni. Abbiamo aumentato gli indicatori e fatto modifiche sulle modalità di analisi". E poi evidenzia la validità del Pne, che dove utilizzato, ha prodotto risultati. È scettico su un

TripAdvisor della sanità, ma favorevole alla pubblicazione dei volumi degli interventi effettuati dai professionisti.



Professor Perucci, quali novità ritroviamo in questa nuova edizione del Piano nazionale esiti?

Mi faccia premettere che il sistema è in

continuo aggiornamento e si può sempre migliorare ma, a prescindere da ciò, il sito è più ricco e ha più indicatori e questo ha ulteriormente caratterizzato e reso anche più complesso lo strumento di auditing a disposizione dei professionisti e delle Istituzioni. Ma tornando alle novità, esse sono molte. A partire da quegli sugli indicatori che, oltre ad essere stati aggiornati, sono aumentati di numero (per esempio abbiamo aggiunto le complicanze dopo il parto, angioplastica per trattamento non acuto, script del rene ed altro) e alle modifiche che abbiamo fatto alle modalità di analisi. Su questo punto devo dire che altra grossa novità riguarda la proficua discussione e confronto che abbiamo attivato con numerose società scientifiche. Un rapporto proficuo che ci ha consentito di migliorare la metodologia. Inoltre, abbiamo allargato l'analisi dei volumi di attività. Siamo andati a vedere sia il volume dei ricoveri per territorio per una

[segue a pag 5](#) ►

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero

(media esiti nazionale 9,98) 2012

Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Puglia	Po S. Caterina Novella Galatina	65	0%
Puglia	Osp. Sacro cuore di Gesù Gallipoli	103	0,8%
Friuli Venezia G.	Ao S.M.A. sede di Sacile (Pn)	268	1,7%
Liguria	Padre Antero Micore Sestri P.	140	2,3%
Campania	Clinica mediterranea Spa (Na)	109	2,5%
Veneto	Po San Donà di P. (Ve)	157	2,7%
Piemonte	Ospedale di Mondovi Cn 1	103	2,8%
Sicilia	Po V. Emanuele II Castel Vetrano (Tp)	66	2,9%
Liguria	Stab San Bartolomeo Sarzana (Sp)	116	3%
Calabria	San Francesco Paola	60	3,1%

Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Friuli Venezia G.	Ao S.M. Pordenone	52	41,4%
Puglia	Stab. Osp. Di Venere	173	26,1%
Toscana	Osp. Riuniti val di Chiana	59	24,1%
Veneto	Osp. S. Antonio	75	23,9%
Abruzzo	S. Pio da Pietralcina Vasto	112	21,4%
Sicilia	AOU G. Martino	150	20,6%
Marche	Po Umberto I	53	19%
Calabria	S.M degli Ungheresi	101	18,7%
Abruzzo	Osp. San Salvatore L'Aquila	169	18,6%
Campania	Clinica San Michele	55	18,5%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

Per facilitare la lettura

abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: quella blu, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; quella rossa in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; quella grigia dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

Intervento Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni

(media esiti Italia 2,49%) 2011/2012

Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Lombardia	IrccsPr Fond.Monzino-Milano	353	0%
Piemonte	AO Civile S.Antonio e Biagio-Alessandria	227	0,2%
Emilia Romagna	Salus Hospital Spa	155	0,3%
Lombardia	Irccs San Raffaele	237	0,4%
Trento	Po S. Chiara	310	0,5%
Lazio	Ao San Camillo Forlanini Roma	492	0,5%
Lombardia	Ca Niguarda Milano	240	0,6%
Liguria	Icllas	163	0,6%
Friuli Venezia Giulia	Ao Udine	338	0,8%
Emilia Romagna	Ao Parma	598	0,8%

Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Campania	AO S.Anna e S.Sebastiano-Caserta	202	14,8%
Campania	CCA Pineta Grande-Castel Volturno	202	10,4%
Campania	Clinica mediterranea Spa	158	7,7%
Calabria	Ao Mater Domini Catanzaro	184	7,1%
Campania	Univ. Federico II Fac. Medicina Napoli	177	6,8%
Sicilia	Po V.Emanuele-Catania	226	6,5%
Sicilia	AOU Giaccone-Palermo	100	6,0%
Lombardia	Cliniche Gavezzen Bergamo	237	5,9%
Campania	Ao Colli Monaldi	449	5,3%
Puglia	Stab. Osp V. Fazzi	267	5,2%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

Intervento di valvuloplastica e/o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni

(media esiti Italia 3,05%) 2011 2012

Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Osp.A.Manzoni-Lecco	232	0%
Sardegna	Ospedale Civile Sassari	73	0%
Lombardia	CCA Poliambulanza-Brescia	332	0,3%
Lombardia	Irccs S.Raffaele-Milano	1308	0,5%
Lombardia	Casa di cura Multimedia (Mi)	95	0,7%
Puglia	CCA Città di Lecce	428	0,8%
Lombardia	CcA S.Rocco-Ome	86	0,9%
Lombardia	Casa di cura C. Poma Mantova	230	0,9%
Emilia R.	Hesperia Hospital Modena	563	0,9%
Lombardia	Ist. Clinico S. Rocco Spa Brescia	220	1%

Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	Clinica San Michele	93	23,2%
Campania	Ao S. Anna e S. Sebastiano Caserta	95	14,2%
Campania	Casa di Cura Pineta Grande Caserta	76	13,4%
Puglia	Osp. Fazzi-Lecce	124	10,9%
Campania	Clinica Mediterranea Spa (Na)	145	9,7%
Lazio	Ao san Filippo Neri Roma	121	8,7%
Campania	AO S.G.Moscato-Avellino	63	7,8%
Campania	Univ.Studi Federico II Fac.Medic Napoli	120	7,7%
Puglia	Santa Maria	237	7,3%
Sicilia	Ao Giaccone-Palermo	60	7,3

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

è anche indubbio che il Pne consente di farsi un'idea concreta di dove si viene assistiti meglio. Per questo, come già nelle precedenti edizioni del Pne, curiosando tra numeri e variabili statistiche, abbiamo scattato un'istantanea sugli esiti relativi a 7 indicatori che abbiamo considerato come più significativi per capire quali sono le prime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e quelle che, al contrario, sono ancora molto lontane dalla media italiana. I dati emersi delineano una situazione ancora variegata tra le aree del Paese. Il Nord mantiene un elevato livello di performance, Lombardia in primis. Toscana ed Emilia Romagna non perdono colpi. Le regioni del Sud, la Campania su tutte, continuano invece a inciampare su alcuni indicatori considerati essenziali per misurare l'appropriatezza delle cure.

Infarto miocardico acuto (Ima): mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 9,98%)

Per quanto riguarda questo indicatore i numeri segnalano una situazione di estrema eterogeneità sia tra le diverse Regioni, ma anche all'interno delle stesse. Va però sottolineato che i dati vanno presi con le molle: il dato di mortalità pari a zero è inverosimile, sottolinea l'Agenas, e potrebbe nascondere una erronea attribuzione di diagnosi. Tradotto in parola più chiare potrebbe essere stata attribuita ad una Sdo una diagnosi di infarto che infarto non è.

Ciò premesso emerge che la Puglia presenta le due strutture che hanno registrato gli esiti più favorevoli. Stiamo parlando del Presidio ospedaliero S. Caterina Novella di Galatina che a fronte di 65 interventi valutati non ha registrato nessun caso di mortalità, e dell'ospedale Sacro Cuore di Gesù di Gallipoli che su 103 interventi ha registrato un indice di mortalità a 30 giorni dello 0,8%.

Ma allo stesso tempo ha nel suo territorio

l'Ospedale di Venere che su 173 interventi valutati ha fatto segnare un indice di mortalità del 26,1%. Stesso dicasi per il Friuli Venezia Giulia dove vi sono strutture con esiti molto differenti. L'ospedale S. M. A. di Sacile su 268 interventi ha registrato un esito dello 0,8% e al contempo l'Ao S. M. di Pordenone su 52 interventi ha evidenziato un indice del 41,4%.

Differenza all'interno della stessa Regione emergono anche in Veneto: si va da un indice di mortalità del 2,7% all'Ospedale di San Donà di Piave su 157 casi valutati, a quello dell'Ospedale Sant'Antonio che su 75 casi ha evidenziato un indice di mortalità a 30 giorni del 23,9%.

Intervento Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 2,49%) biennio 2011-2012

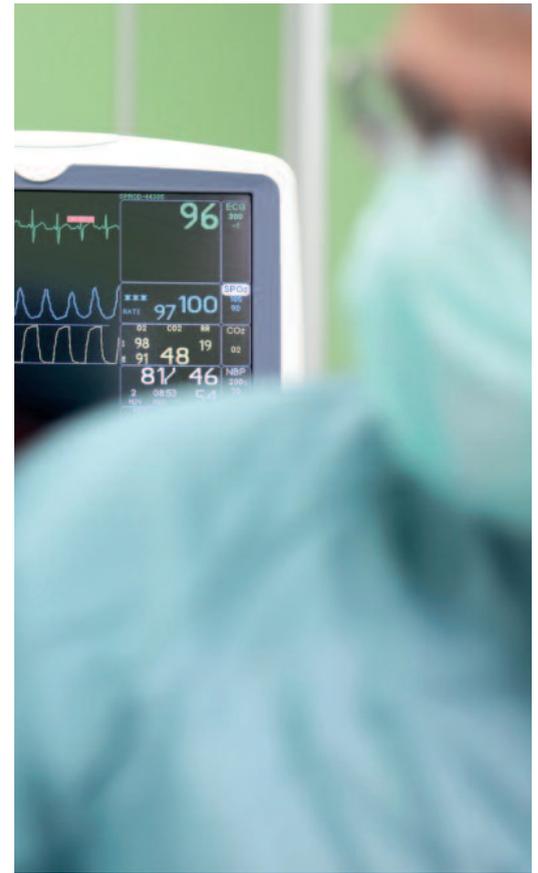
Il dato di mortalità a 30 giorni per intervento Bypass Aortocoronarico (media esiti Italia 2,49%) rileva uno scenario variegato con eccellenze tutte concentrate nelle Regioni del Nord e del Centro Italia: spiccano nel Nord per esiti di tutto rispetto l'Irccs Pr Monzino di Milano che ha lavorato così bene da azzerare la mortalità, l'Ao Civile S. Antonio e Biagio di Alessandria (0,2), il San Raffaele e il Niguarda di Milano (rispettivamente con 0,4% e 0,6% di mortalità). Al Centro si distingue il San Camillo For-

lanini di Roma con una mortalità dello 0,5%. Lo scenario diventa invece a tinte fosche nel Sud: ben sei strutture campane, capitanate dall'Azienda ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano di Caserta, con un dato ben 6 volte sopra la media (14,8%), presentano dati preoccupanti. In Sicilia il Po V Emanuele di Catania e l'Aou Giaccone di Palermo hanno una mortalità del 6,5 e del 6%.

Ma anche la virtuosa Lombardia ha la sua macchia: le cliniche Gavezani di Bergamo hanno una percentuale di mortalità quasi doppia rispetto alla media nazionale (5,9%).

Intervento di valvuloplastica e/o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 3,05%)

Le migliori performance le ha realizzate l'Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco: su 232 interventi valutati non è stato registrato alcun decesso. Stessi esiti favorevoli all'ospedale Civile di Sassari dove però, gli interventi valutati sono stati 73. Da segnalare poi l'ottimo esito (0,5%) raggiunto dal San Raffaele di Milano anche in considerazione dei 1.308 interventi valutati. Buone le performance anche all'Hesperia Hospital di Modena e alla Casa di cura Città di Lecce. Da notare come tra i primi dieci esiti a livello nazionale vi siano ben sette strut-



▶ segue da pag 3

PERUCCI (AGENAS): "IL PNE NON È IL 'GAMBERO ROSSO' DELLA SANITÀ ITALIANA"

determinata patologia e sia il volume che quella patologia genera effettivamente la popolazione di quel territorio. E poi altra novità riguarda la possibilità per gli operatori sanitari di effettuare un corso Fad sugli esiti.

Il Pne così com'è, potrebbe diventare una sorta di TripAdvisor come ha indicato il ministro Lorenzin?

Lo ripeto il Pne non è un 'Gambero rosso' della sanità italiana. È un sistema molto complesso e il cittadino non è in grado di valutare la qualità delle cure. Tornando al riferimento sul TripAdvisor, per esempio penso alla possibilità degli utenti di dare un parere sull'accoglienza delle strutture, credo sia veramente complesso costruire un sistema del genere. Ciò che invece credo si potrebbe pubblicare subito sono i volumi degli interventi dei singoli professionisti. Ma a parte questo la costruzione di un portale aperto a tutti è già stata decisa, ma è tutto fermo.

In che senso?

I fondi (7 milioni di euro) sono bloccati da

tre anni, e soprattutto la spending review prevedeva che il Ministero della Salute modificasse tutti i sistemi informativi in chiave di interconnessione e finalizzandoli alla valutazione. Ebbene, non è stato fatto ancora nulla. Penso anche alle modifiche delle Sdo in modo da poter identificare il professionista che effettivamente compie l'intervento. C'è il parere positivo delle Regioni ma è tutto bloccato sul tavolo del Ministero della Salute. Molti professionisti sarebbero ben contenti di farsi identificare mentre in altre aree d'Italia ciò potrebbe far emergere situazioni di gravi criticità.

Può farci un esempio?

Ci sono alcune centinaia di strutture (e badi bene parlo di strutture) che effettuano meno di cinque operazioni di tumore allo stomaco all'anno, quando la letteratura scientifica richiede una soglia minima per professionista di venti.

Per quanto riguarda invece l'assistenza territoriale ci sono novità?

Nel Pne già c'è un'analisi delle performance territoriali. Gli indicatori per esempio sull'asma pediatrico, sul ricorso all'ospedale per una diagnosi di ipertensione o i ricoveri per diabete senza complicanze, evidenziano, laddove più

alte, la carenza dell'assistenza territoriale. In questo senso, ma si ricollega anche a quanto dicevo prima, attraverso l'interconnessione dei sistemi, compresa anche l'analisi della farmaceutica si potrebbe fare molto di più. In alcune Regioni si sta facendo, ma a livello nazionale ancora non è possibile. Infine, gli indicatori mostrano un miglioramento delle performance. Penso ai tempi per l'operazione al femore o ai cesarei in alcune aree. È il segno che il Pne funziona?

Sembra proprio di sì. Mi riferisco alla Sicilia dove sono stati inseriti come elemento di valutazione dei Dg alcuni indicatori e lì infatti si è intervenuto e le performance sono migliorate. Penso poi al parto cesareo, la cui media nazionale è passata in cinque anni dal 29% al 26%. E questo è un risultato clamoroso. Certo, la situazione è molto eterogenea, anche all'interno delle stesse Regioni. Ma credo che l'adozione sempre più massiccia degli strumenti di auditing clinico organizzativo e di valutazione forniti dal Pne non possa che far bene al miglioramento delle performance del nostro Ssn.

(L.F.)

Frattura del femore: intervento chirurgico entro 48 ore

(media esiti Italia 40,16%) 2012

Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lazio	Osp. S. Eugenio Roma	119	94,2%
Lombardia	CCA Poliambulanza-Brescia	130	93,3%
Toscana	Osp. Versilia (Lu)	239	89,7%
E. Romagna	Rizzoli Bologna	368	86,9%
Lombardia	Osp. di Circolo e Fond. Macchi-Varese	214	86,5%
Sicilia	Aou G. Martino (Me)	103	86,4%
Veneto	Osp. di Montecchio Maggiore	102	84,9%
Toscana	Osp. SS Giacomo e Cristoforo-Massa	108	84,8%
Veneto	Osp. S. Maria del Prato (Bl)	97	84,6%
Pa Bolzano	Osp. Aziendale-Bressanone	61	84,5%
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Molise	Osp Ss Rosario Venafro (Is)	120	0%
Puglia	Osp. di Casarano Lecce	105	0%
Puglia	Po Grottaglie (Ta)	96	1,1%
Puglia	Ospedale Teresa Masselli (Fg)	111	1,8%
Campania	Osp. Loreto Mare Est -Napoli	148	2,1%
Campania	Osp. S. Alfonso Maria De Liguori (Bn)	81	2,6%
Campania	Po Maddaloni (Ce)	102	3%
Campania	Osp. Riuniti area Nolana (Na)	162	3,6%
Puglia	Ao Ospedali Riuniti Foggia	188	3,7%
Campania	Clinica Villa dei Fiori (Na)	88	3,7%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni

(media esiti Italia 61,46%) 2012

Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Puglia	Po Casarano (Le)	80	100%
Toscana	Cc Villa Fiorita (Po)	51	98,6%
Veneto	Osp Civile di Andria	94	98%
Marche	Osp di Tolentino	127	98%
Friuli Venezia G.	Osp. Città di Udine	69	97,8%
Sicilia	CCA S. Anna-Agrigento	143	97,5%
Toscana	Osp. Piana-Lucca	142	96,7%
Campania	CC Nostra Signora di Lourdes (Na)	113	96,2%
Lombardia	Cc Santa Maria Castellanza	144	96,2%
Puglia	CCA S. Francesco-Galatina	121	96%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Lombardia	Po Gardone Vt (Bs)	81	0%
Lazio	Osp SS Gonfalone	51	0%
Campania	Casa di Cura Villa Maria	50	0%
Calabria	Casa di Cura Villa Caminiti	69	0%
Sicilia	Po Carlo Basilotta	50	0%
Abruzzo	Casa di Cura l'Immacolata	85	0,9%
Lazio	Cc Fabia Mater	56	1%
Abruzzo	Osp San Liberatore di Atri	70	2,3%
Sardegna	AOU S. Giovanni di Dio-Cagliari	60	2,4%
Puglia	Osp. Mons. R. Dimeccoli-Barletta	74	2,4%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

ture della Lombardia.

Dal lato invece degli esiti più sfavorevoli troviamo la Clinica San Michele (Campania) che a fronte di 93 interventi valutati ha una mortalità a 30 giorni del 23,2%. Abbondantemente sopra la media anche l'ospedale S. Anna e S. Sebastiano di Caserta che, su 95 interventi valutati, ha fatto registrare esiti sfavorevoli nel 14,2% dei casi. Performance negative e sopra la media anche per la Casa di cura Pineta Grande (Caserta) che su 76 interventi valutati ha registrato esiti sfavorevoli per il 13,4%. Da evidenziare come tra le dieci performance più sfavorevoli vi siano ben sei strutture della Regione Campania.

Frattura collo del femore: intervento entro due giorni (media esiti Italia 40,16%)

I numeri ci descrivono una media nazionale ancora bassa: il 40,16% dei ricoverati riesce infatti ad essere operato nei tempi previsti. Una percentuale che tuttavia mostra un netto miglioramento considerando che nel 2011 solo il 33,11% dei pazienti andava sotto i ferri entro i due giorni dal ricovero. Certo il margine di miglioramento è ancora ampio considerando che il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, la quale può incidere fortemente sulla puntualità dell'intervento o sui ritardi nel processo di cura: basterebbe, infatti, riorganizzare la sala operatoria rendendola sempre disponibile, o considerare questo intervento sugli anziani come un codice rosso.

Comunque, ancora una volta si conferma che abitare al Nord, al Centro o al Sud Italia può fare veramente la differenza: nelle regioni del Nord e nel Centro più di otto pazienti su dieci entrano in camera operatoria nei tempi previsti. Un trattamento che non ricevono quelli del Sud: la possibilità di essere operati entro le 48 ore è residuale. Un esempio su tutti l'ospedale di Venafro (Is) in Molise e quello di Casarano, strutture pugliesi in provincia di Lecce: nessuno dei pazienti ricoverati conquista la camera operatoria nei tempi ottimali. Stesso destino per i pazienti di altre 3 strutture della Puglia (al presidio ospedaliero di Grottaglie, al Teresa Masselli di Foggia e nell'Ao Ospedali riuniti di Foggia) e ben 5 in Campania (a Loreto Mare di Napoli solo il 2,1% dei pazienti viene operato): meno di 4 pazienti su dieci varcano la soglia della camera operatoria entro due giorni.

Percentuali lontanissime dai comportamenti virtuosi raggiunti invece dall'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, che conquista il podio delle migliori strutture a livello nazionale: ben il 94,2% dei pazienti sale sul lettino operatorio entro i due giorni dal ricovero. Ed anche quelle registrate in Lombardia nella Clinica Poliambulanza di Brescia (93,3%) o in Toscana all'Ospedale Versilia (89,7%) e all'Ospedale SS Giacomo e Cristoforo a Massa (84,8%). Ma non mancano le eccellenze in Sicilia, - regione che per quanto riguarda questo indicatore ha compiuto un percorso virtuoso - nell'Aou G. Martino (Me) viene operato entro due giorni l'86,9% dei pazienti.

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni (media esiti nazionale 61,56%)

Anche la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria entro 3 giorni che consente di verificare la buo-

na performance delle strutture, evidenza risultati in miglioramento ed eterogenei su tutto il territorio nazionale (la media esiti nazionale è del 61,56%). Dalla Puglia, in testa agli esiti più favorevoli con il Po di Casarano dove tutti i pazienti vengono dimessi entro i 3 giorni, passando per la Toscana con la clinica Villa Fiorita, al Veneto con l'ospedale Civile di Andria, alle Marche con l'ospedale di Tolentino le strutture brillano per efficacia delle cure: il 98% dei pazienti conquista ottime performance. Ma troviamo strutture con esiti eccellenti anche in Sicilia (la clinica Santa Anna di Agrigento), in Campania (la clinica Nostra Signora di Lourdes) e i Puglia (la clinica S. Francesco a Galatina). Non mancano nella lista delle top ten Toscana e Lombardia. Osservando invece gli esiti più sfavorevoli le "maglie nere" vanno al Presidio Ospedaliero Gardone in Lombardia, al SS Gonfalone nel Lazio, alla casa di Cura Villa Maria in Campania, alla Cc Villa Caminiti in Calabria e al Po Carlo Basilotta in Sicilia: nessun paziente viene dimesso nei tempi considerati come gold standard. Non va meglio in Abruzzo, dove nella casa di cura L'Immacolata e all'Ospedale San Liberatore di Atri rispettivamente appena lo 0,9% dei pazienti e il 2,3% è dimesso nei tempi giusti. E ancora, esiti sfavorevoli vengono registrati in un'altra struttura del Lazio (Cc Fabia Mater), in Sardegna nell'Aou San Giovanni di Dio a Cagliari e in Puglia all'Ospedale di Miccoli: non superano il 2,4% dei pazienti dimessi in tre giorni.

Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 5,76%)

Per quanto riguarda questo indicatore tutte le prime dieci strutture analizzate hanno avuto un esito pari allo 0%. Da notare come vi siano cinque strutture della Lombardia con in testa l'Istituto nazionale dei tumori di Milano (160 interventi) e l'ospedale S. Gerardo di Monza (143 interventi). Esito allo 0% anche per due strutture venete (Policlinico di Verona e Ospedale Santa Maria Del Prato). Con esiti pari a 0 anche l'Ifo-Istituto Regina Elena di Roma l'Ospedale Riuniti di Jesi e Ao Mater Domini di Catanzaro. Per quanto riguarda invece le strutture con performance critiche quindi con esiti sopra la media e perciò più sfavorevoli, troviamo l'ospedale Misericordia e Dolce di Prato che a fronte di 67 interventi valutati ha visto un indice di mortalità del 20,9%. Indice quattro volte sopra la media anche per l'Ao Riuniti di Foggia dove su 75 interventi la mortalità a 30 giorni è del 20,1%. Esiti sopra la media anche per l'Ospedale Belcolle di Viterbo (17% su 54 interventi) e per il San Carlo di Potenza con mortalità a 30 giorni al 16,3% su 71 interventi valutati.

Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni

(media esiti Italia 5,76%) 2010 2012

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 5,76%) 2010-2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Fond.irccs "Istit.naz.le tumori" Milano	160	0%
Lombardia	Ospedale S.Gerardo - Monza	143	0%
Lombardia	Clinica San Carlo - Paderno Dugnano	50	0%
Lombardia	Osp. Generale di Zona Valduce - Como	54	0%
Lombardia	Osp. Di Circolo Busto Arsizio	50	0%
Veneto	Ospedale Policlinico Verona	54	0%
Veneto	Ospedale Santa Maria Del Prato	51	0%
Marche	Ospedali Riuniti di Jesi (An)	53	0%
Lazio	Ifo - Istituto Regina Elena	85	0%
Calabria	Ao Mater Domini Catanzaro	58	0%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Toscana	Osp.Misericordia e Dolce-Prato	67	20,9%
Puglia	AO Riuniti-Foggia	75	20,1%
Lazio	Osp. di Belcolle - Viterbo	54	17%
Basilicata	AO San Carlo-Potenza	71	16,3%
Abruzzo	Ospedale Mazzini	66	14%
Toscana	Osp Riuniti Val di Chiana	50	13,2%
Toscana	Osp. S. M. Annunziata	69	13,1%
Campania	IrccsPub Tumori-Napoli	113	12,2%
Lazio	Osp S. M. Goretti	51	11,9%
Sicilia	Aou G. Martino	50	11,9%

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

(media esiti Italia 26,27%) 2012

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Friuli Venezia Giulia	Osp. di Palmanova	656	4,6%
Lombardia	Osp.V. Emanuele III (Mb)	1.676	4,7%
Toscana	Osp di Borgo san Lorenzo (Fi)	436	5,2%
Emilia Romagna	Osp. G. Magati Scandiano (Re)	634	7,5%
Lombardia	Cc Monza e Brianza per il bambino	2.330	7,6%
Lombardia	Osp. di Circolo A. Manzoni Lecco	1.282	8,1%
Lombardia	Osp. Civile G. Fornaroli	1.232	8,1%
Lombardia	Po V. Buzzi Milano	2.675	8,2%
Lombardia	Po di Sesto San Giovanni	703	8,2%
Veneto	Osp. Ca' Foncello-Treviso	1.919	8,2%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	CCA Villa Cinzia-Napoli	541	93,6%
Campania	Po S.Rocco Sessa Aurunca	163	88,3%
Lazio	CC Mater Dei-Roma	286	87,8%
Campania	Villa Bianca Spa Napoli	1.147	84,7%
Campania	Clinica Sanatrix Spa Napoli	682	83,3%
Campania	Cc Osp Internazionale Napoli	644	79%
Campania	Cc S. Maria la Bruna Srl Napoli	375	76,7%
Campania	Cc Villa Maione Napoli	326	74,2%
Campania	Cc Villa dei Fiori Srl	691	72,9%
Campania	CC Maria Rosaria Spa Napoli	649	72,4%

Taglio cesareo: proporzione su parti primari (media esiti Italia 26,27%)

Sul fronte dei parti cesarei primari (la media nazionale esiti è del 26,27%), nonostante la media italiana sia migliorata (era del 27,42% nel 2011) lo stivale continua ad essere spaccato in maniera netta. Le migliori performance si concentrano soprattutto in Lombardia (ben sei strutture hanno percentuali inferiori all'8%), ma il "palmares" della struttura con i migliori esiti lo conquista l'Ospedale di Palmanova in Friuli Venezia Giulia con appena il 4,6% di cesarei effettuati. La Toscana con l'Ospedale di Borgo San

Lorenzo a Firenze registra un esito pari al 5,2%. Seguono L'Emilia Romagna dove all'ospedale Maganti di Scandiano i parti cesarei sono fermi al 7,5%. In veneto al Ca Foncello di Treviso si arriva all'8,2%. In Campania la più alta concentrazione di strutture dove il parto cesareo spopola: in ben nove strutture - capitanate dalla clinica Villa Cinzia di Napoli (con una percentuale del 93,6%) - a più di sette donne su dieci viene praticato il cesareo. Nella "black list" figura solo la struttura di un'altra regione: la clinica Mater Dei di Roma con l'87,8% di tagli cesarei (erano il 91,9% nel 2011).

Positivi i conti 2012 di Puglia, Campania e Sicilia

Le verifiche dei P

In Puglia si registra un decremento dell'ospedalizzazione, ma permangono criticità nel processo di riorganizzazione del soccorso territoriale. Stesso trend in **Campania**, dove però per la deospedalizzazione si registrano ancora ampi spazi di riduzione mentre è ancora da sciogliere il nodo sul blocco del turn over. Bene i conti in **Sicilia** che presenta a consuntivo 2012 un avanzo di 5,610 mln di euro

PUGLIA

Procede a buon regime la deospedalizzazione nella Regione. Mentre emergono criticità a livello di prevenzione. Il decremento dell'ospedalizzazione sia in regime ordinario che in day hospital è infatti consistente anche se al 2012, il tasso totale standardizzato di dimissione si mantiene al di sopra del valore di riferimento (171,7 vs 160). Si riduce il tasso di ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza: quelli in modalità ordinaria hanno ancora margini di riduzione, mentre il tasso di ospedalizzazione della popolazione over 75 è in linea con il valore di riferimento.

Il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, si mantiene al di sopra del valore medio nazionale, mostrando comunque indizi di riduzione nel 2012. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie è pari a circa 0,36 posti letto per mille abitanti al 1 gennaio 2013. È ancora bassa la quota di anziani assistiti a domicilio. È inadeguato anche il numero di posti



letto presso strutture residenziali preposte all'assistenza degli anziani non autosufficienti. Sul fronte della prevenzione, la quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologico in programmi organizzati è ancora bassa. Si conferma la necessità di chiarimenti in merito alla rete degli erogatori privati, ed anche sullo stato attuale della rete dei servizi distrettuali al fine di comprendere quali sono le intenzioni della regione sulla prevista riorganizzazione.

Permangono criticità nel processo di riorganizzazione del soccorso territoriale che entrerà in una fase operativa solo dopo la revisione

è pari a 217,856 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture adottate dal Commissario ad acta, pari a 223,975 mln di euro, il risultato di gestione dopo le coperture è in avanzo di 6,119 mln di euro. Pertanto avendo il Commissario adottato entro i termini misure idonee e sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio per il 2012, non c'è più la necessità di un incremento automatico delle aliquote nella misura massima.

In merito all'andamento del I trimestre, la Regione stima un disavanzo di 70 mln di euro per il quale ha preordinato coperture derivanti dalle entrate fiscali. I documenti evidenziano che

del personale medico della rete 118. Il percorso di definizione di un settore unico di riferimento, in grado di integrare le diverse componenti del soccorso sanitario in urgenza (territorio, 118, continuità assistenziale, ospedali) non è completato, pur avendo la Regione anticipato alcuni interventi rispetto al cronoprogramma del precedente P.O.

Il risultato di gestione a consuntivo 2012 presenta un avanzo di 3,814 mln di euro. Considerando la distrazione di risorse da parte del bilancio regionale pari a 221,670 mln di euro, il disavanzo cui dare copertura

iani di rientro

al I trimestre 2013 sono contabilizzate risorse per prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, che riportate linearmente all'anno sono pari a 19,512 mln di euro. In merito all'erogazione di livelli aggiuntivi rispetto ai Lea, gli organismi di monitoraggio rappresentano che è intervenuta la sentenza della Corte Costituzionale n°104 del 22/05/2013 che rileva il contrasto dell'erogazione delle prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea nelle regioni sottoposte ai Piani di Rientro con obiettivi di risanamento in quanto viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria.

Per quanto riguarda le prestazioni extra-Lea la Regione deve modificare la bozza di P.O. 2013-2015 prevedendone l'eliminazione a decorrere dal 2014 mediante un puntuale cronoprogramma.

CAMPANIA

Nella Regione si evidenzia una situazione delicata in materia di accreditamento, ma anche un decremento dell'ospedalizzazione totale che, tuttavia, presenta ancora al 2012 un ampio margine di riduzione rispetto al valore di riferimento. C'è una consistente riduzione del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria. Il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra settantacinquenne e il valore della degenza media pre-operatoria (indicatore di efficienza nella gestione del percorso pre operatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica), pur mostrando segnali di diminuzione nel tempo, si mantengono nel 2012 al di sopra dei valori medi nazionali di riferimento. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per mille abitanti residenti al 1 gennaio 2013. È ancora esigua, nel 2012, la quota di anziani assistiti a domicilio inferiore anche se dal 2009 c'è stato un miglioramento. È ancora, insufficiente la dotazione di posti letto sia presso strutture tipo Hospice che presso strutture residenziali che rogano assistenza psichiatrica o destinate a persone anziane non autosufficienti. Importanti criticità emergono nell'area

degli screening: è bassa la quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati.

In materia di accreditamento, vista la particolare e delicata situazione in cui versa la Regione, il tavolo di verifica ha richiesto che la struttura commissariale invii un documento ricognitivo dei fabbisogni di strutture/prestazioni in modo da realizzare un unico documento di riferimento per la verifica della coerenza con la programmazione regionale.

In merito ai rapporti con gli erogatori privati, il tavolo di verifica rimane in attesa di acquisire informazioni sullo stato di sottoscrizione dei contratti con le strutture per l'anno 2012, sulla definizione dei tetti 2013 per tutte le tipologie di prestazioni, sullo stato di sottoscrizione dei contratti con le strutture per il 2013.

Il tavolo di verifica ha preso atto della costituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona - Scuola medica Salernitana e resta in attesa di acquisire l'atto aziendale. È ancora da sciogliere il nodo sul blocco del turn over: non è ancora pervenuta la documentazione in merito alla richiesta di deroga.

Devono essere definiti con un nuovo atto organico gli interventi sulla rete ospedaliera. Sulla rete di assistenza territoriale, considerate le criticità rilevate, si attende la concreta attuazione delle azioni previste nel P.O. 2013-2015. In merito alla rete dell'emergenza urgenza si invita la Regione a provvedere quanto prima all'approvazione dei piani attuativi per attivare concretamente il piano di riorganizzazione.

La Regione presenta a consuntivo 2012 un disavanzo di 111,076 mln di euro. Dopo le coperture a valere sulla leva fiscale massimizzata relativa all'anno d'imposta 2013 il cui gettito disponibile è pari a 232,978 mln di euro, evidenzia un avanzo di 121,902 mln di euro. Evidenziate fragilità delle informazioni contabili sullo stato patrimoniale 2012. Ciò rivela un comportamento di non leale collaborazione tra la struttura commissariale e gli Organismi stessi di Monitoraggio.

Per il 2013, sulla base dei dati del I trimestre, si stima una perdita, prima delle coperture, di circa 72 mln di euro in linea con il CE del Programma Operativo 2013-2015.

SICILIA

Decresce in maniera consistente l'ospedalizzazione totale che, nell'ultimo anno, risulta lievemente al di sopra del valore di riferimento. Il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso pre-operatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, è per il 2012 in linea con il valore medio nazionale (1,89 vs 1,85). La dotazione di posti letto, per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, è pari a circa 0,4 posti letto per mille abitanti residenti al 1 gennaio 2013.

Sono ancora basse sia la quota di anziani assistiti a domicilio, sia la dotazione di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti, nonostante i miglioramenti dal 2009. Si evidenzia inoltre una dotazione inadeguata di posti letto presso strutture residenziali preposte all'assistenza psichiatrica, e presso gli hospice. Bassa la quota di residenti che hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati. È emerso un notevole miglioramento soprattutto nel settore dell'assistenza domiciliare e nell'assistenza residenziale per disabili fisici e psichici portando il punteggio della Griglia Lea da 108, nel 2010, al 147, nel 2011.

C'è invece necessità di opportune iniziative per l'effettiva implementazione delle attività di prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici e che nell'ambito dell'atteso PO 2013-2015 sia incluso un programma dedicato alla sanità veterinaria e alla sicurezza degli alimenti. In materia di rete ospedaliera si rimane in attesa dello schema di riassetto dei posti letto e delle strutture organizzative. Si apprezzano i percorsi avviati in materia di reti cliniche specialistiche e si suggerisce di formulare cronoprogrammi relativi a ciascuna azione e di monitorare e relazionare l'effettiva implementazione delle stesse.

Relativamente al percorso nascita si rimane in attesa del provvedimento di rimodulazione dei punti nascita e delle Utin.

Migliora la rete dell'emergenza urgenza ma non è più prorogabile la predisposizione di un piano di riordino della rete di emergenza.

Il tavolo di verifica rimane poi in attesa di chiarimenti sulle convenzioni con l'Ircs Gaslini di Genova, l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e l'Ircs Bambino Gesù.

La Regione Siciliana presenta a consuntivo 2012 un avanzo di 5,610 mln di euro. Considerando l'effetto sulle contabilizzazioni derivanti dalla tenuta della contabilità parallela coerente con il decreto legislativo 118/2011 e per effetto di quanto disposto dall'art.30 del medesimo decreto, tale avanzo viene rideterminato in un disavanzo da coprire di 34,144 mln di euro. Il risultato di gestione dopo il conferimento delle coperture pari a 292,901 mln di euro, evidenzia un avanzo di 258,757 mln di euro. La stima a chiudere per l'anno 2013 prima delle coperture sia di -98,510 mln di euro a fronte di una stima regionale di -25,4 mln di euro che potrebbe ridursi a -17 mln di euro a seguito delle azioni di contenimento assunte dalle Aziende e previste nel P.O. 2013-2015.

L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE

Antonio De Pascalis
 UOC Nefrologia,
 Dialisi, Trapianto -
 Ospedale V. Fazzi, Lecce

Negli ultimi anni l'organizzazione dell'ospedale per intensità di cure si è affermata con forza nel dibattito sanitario nazionale riguardante l'innovazione ospedaliera.

L'idea di fondo è quella di un ospedale non più strutturato in unità operative, in base alla patologia e alla disciplina medica, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso ed al conseguente livello di complessità assistenziale.

Il modello di assistenza ospedaliera per intensità di cure coniugherebbe al meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza e prefigurerebbe un ospedale incentrato di più sul paziente. L'Ospedale pensato per intensità di cure dovrebbe portare soprattutto ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse di cui dispone, specialmente quelle che creano "colli di bottiglia" nella catena assistenziale (posti letto, sale operatorie, ecc).

Tuttavia, quando si pensa ad un ospedale organizzato per intensità di cure non si deve pensare ad un unico modello preconstituito in maniera dogmatica quanto ad una filosofia organizzativa che punti ad ottimizzare il funzionamento dell'ospedale stesso. Tale filosofia, come detto, pone prima di tutto al centro del sistema la differenziazione dei pazienti in base ai diversi livelli di instabilità clinica (urgenza/elezione) e di complessità assistenziale (ricovero breve/lungo). La vera sfida, pertanto, non è applicare un unico modello "preconfezionato" a tutti gli ospedali bensì trovare l'assetto organizzativo migliore per quello specifico ospedale (sede o meno di Dea, polispecialistico o meno) così da garantire la massima efficienza nell'utilizzo delle varie piattaforme (degenza, ambulatori, sale operatorie) in base al livello di instabilità clinica e dei bisogni assistenziali dei pazienti in esse allocate. I criteri a cui far riferimento per orga-

Filosofia di un modello organizzativo

La vera sfida sull'ospedale per intensità di cure, non è applicare un unico modello "preconfezionato", ma trovare per ogni specifico ospedale l'assetto organizzativo migliore, così da garantire la massima efficienza nell'utilizzo delle degenze, ambulatori, sale operatorie, in base al livello di instabilità clinica e dei bisogni assistenziali dei pazienti. E gli esempi in Italia non mancano.



nizzare un ospedale per intensità di cure sono: la standardizzazione delle attività per pazienti "elettivi" (a bassa complessità clinica-assistenziale); l'individuazione di reparti dedicati a pazienti "instabili" (post chirurgici; acuti ad alta instabilità internistica, ecc); la programmazione nell'utilizzo delle risorse "limitate" (posti letto, sale operatorie) così da distinguere i processi elettivi dall'urgenza (Federico Lega. Oltre i pregiudizi: natura e sostanza dell'ospedale per livelli di intensità. Università SDA Bocconi).

Esempi in tal senso, già applicati in alcune realtà ospedaliere italiane, sono: la distinzione tra reparti *high care* (esempio, reparto polispecialistico per post chirurgici), usual care (reparto internistico polispecialistico per ricoveri "ordinari") e low care (come ad esempio reparti internistici a gestione prevalentemente infermieristica, con chiamata del medico in consulenza, dedicati a pazienti ad alto tasso di ospedalizzazione, i cosiddetti *frequent users*, quali ad esempio anziani fragili e portatori di patologie croniche); l'introduzione di reparti multi specialistici a ricovero breve (con degenza da 2 a 5 giorni: i co-

siddetti week-surgery o week-hospital).

Questi esempi di riorganizzazione ospedaliera, realizzati soprattutto nel Centro e nel Nord, sono sorti nell'ottica di innovare l'organizzazione aumentando il *fitting* (coerenza) tra piattaforme produttive e caratteristiche (carico assistenziale) dei pazienti, sempre allo scopo di ottimizzare le risorse. In sostanza, tra gli effetti attesi dall'assistenza ospedaliera per intensità di cure c'è che lo specifico percorso sanitario scelto per un gruppo di pazienti sia quello che massimizza i vantaggi sanitari a parità di risorse impiegate per realizzarlo. E poiché un paziente, come spesso accade, può avere più patologie rilevanti, o può avere necessità per una stessa patologia di competenze terapeutiche di più discipline mediche, l'ospedale organizzato per intensità di cure pone anche le basi per la multidisciplinarietà e per un'assistenza adeguatamente standardizzata.

Il nuovo modello assistenziale consentirebbe al medico di meglio concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, aprendo anche ad una maggiore responsabilizzazione del ruolo dell'infermiere che risulterebbe essere in alcuni casi il riferimento/coordinatore (*care manager*) nella gestione assistenziale del paziente.

È evidente che la prima criticità da superare in un modello così strutturato è di carattere culturale, ossia la resistenza dovuta al fatto di considerare uno spazio operativo come di "proprietà" di un'equipe medica. Tuttavia non dobbiamo dimenticare che tale organizzazione ospedaliera (in divisioni e reparti prima ed in unità operative poi) ha rappresentato fino ad ora l'elemento che più ha garantito la continuità assistenziale nell'iter diagnostico-terapeutico del paziente con una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti.

L'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE

Obiettivo realizzabile o utopia organizzativa?

Dario Amati
S.O.C. Geriatria Postacuzie -
Ospedale degli Infermi
Asl BI (Biella)

Ticket alti, tempi d'attesa troppo lunghi e sempre più mano al portafoglio se la prestazione sanitaria non si può rinviare. Nel privato molte le prestazioni che costano meno. E investire i propri soldi nella sanità integrativa non è più un tabù. I risultati dell'ultima ricerca Censis presentata al Welfare Day 2013.

Al secondo appuntamento con *Dirigenza Medica*, cercherò di ripercorrere la strada che sta portando molte regioni e molte aziende sanitarie ed ospedaliere, a riorganizzare la propria rete secondo un nuovo sistema denominato “per intensità di cure”. Anche nella mia Asl (Asl Biella) in vista di un trasloco presso un grande e nuovo presidio ospedaliero, si è deciso di riorganizzare l'ospedale ispirandosi a questo modello.

Per essere sinceri, non mi è parso che ci siano idee ben chiare, e ho l'impressione che al momento, almeno per la mia realtà, ci si fermi appena dopo la definizione. Come specialista in Geriatria però posso dire che nella mia vita professionale ho sperimentato tutti i setting di cura possibili, dal Dea al reparto per acuti, dalla post-acuzie alla post-degenza e Rsa e credo di avere un quadro relativamente preciso di ciò che è la gradazione di intensità di cure nella “real Life”.

Già, perché leggendo i vari brani di chi cerca di divulgare questo modello organizzativo, emerge un sottile spirito “bocconiano”, che spesso risulta molto distante dalla percezione di noi medici che ogni giorno e notte ci “sporchiamo le mani sul pezzo”. La difficoltà spesso di categorizzare i pazienti, il sempre più sottile confine tra malato acuto, cronico riacutizzato, la pluri-patologia, alle volte non permettono di definire dei progetti assistenziali precisi per un certo tipo di malato. Bisogna inoltre considerare che in alcuni casi l'ospedale funge da “ammortizzatore sociale” spesso facendosi carico anche dei problemi sociali del paziente (pazienti soli, fragili, anziani) data la carenza dei servizi territoriali e la mancanza di una politica di assistenza sociale che sia degna di questo nome.

È con questo spirito, che cercherò di risolvere il mio amletico dubbio. L'ospedale per intensità di cure è un obiettivo realizzabile o una utopia organizzativa?

Secondo alcuni analisti economici specializzati nel settore, noi medici saremmo diffidenti, per una sorta di ottusità e incapacità di vedere la realtà al di là del proprio naso. Forse in parte hanno ragione; spesso l'eccessiva specializzazione fa perdere di vista quelli che dovrebbero essere i percorsi dei pazienti all'interno delle strutture sanitarie (non solo gli ospedali) ma anche sul territorio. Spesso ci si arrocca dietro le specificità nosologiche della propria disciplina ma manca la visione globale, olistica del paziente e del suo percorso.

Emilia Romagna e Toscana sono le prime regioni in Italia che hanno intrapreso la strada della riorganizzazione in tale senso seguite da altre regioni soprattutto del centro-nord. Attualmente la distribuzione della Asl e Aso che lavorano con questa metodologia sono diffuse a macchia di leopardo.

L'assioma su cui verte tutta l'impalcatura organizzativa è la centralità del paziente, attorno a lui ruotano i professionisti e le tecnologie. Tutto ciò sovverte la rigida logica della suddivisione in reparti, unità operative, dipartimenti e discipline distinte.

L'assistenza per intensità di cure prevede tre livelli: alta (degenze intensive e subintensive), media (degenze per aree funzionali: area medica area chirurgica, area materno infantile...), bassa (post-acuzie). Il paziente va valutato in base alla sua intensità/gravità, complessità assistenziale e viene assegnato al livello di pertinenza, tramite sistemi di “trriage” validati.

Si parla poi di processi organizzativi, ottimizzazione delle risorse e di adattamento dell'ospedale alle caratteristiche della popolazione di riferimento. Il risultato è che tutto questo sistema viene definito come una “filosofia organizzativa” più che un modello.

Altro aspetto di fondamentale importanza, un

po' “sorvolato” nei trattati degli economisti è quale “figura” deve gestire e farsi garante del percorso del paziente. Sicuramente il professionista con più “nominations” risulta l'infermiere. In questi anni ho avuto modo di confrontarmi con le nuove frontiere delle scienze infermieristiche molto presenti nella mia Asl: Il “case Manager”, il “care Manager” ed il “Primary Nurse”. Nell'ospedale per intensità di cure trova spazio anche un reparto a gestione infermieristica e globalmente anche nelle altre intensità il medico specialista sarà un consulente e potrebbe essere attivato dall'infermiere stesso. Infatti non risulta ancora molto chiaro chi dovrà essere il “tutor clinico” del paziente. In altre sedi abbiamo già parlato di “Task Shifting”. Con questa nuova “filosofia gestionale” il passaggio all'infermiere di molte delle competenze ora in capo al medico, diventa di fatto operativo. Pur non avendo particolari preconcetti, ritengo che questa operazione sarà possibile solo se si percorreranno due strade, la prima quella obbligatoria di coinvolgere i medici come categoria in queste scelte, la seconda quella di rivedere con chiarezza la catena delle responsabilità. Conoscendo infatti l'assetto normativo attuale e il particolare momento storico in cui il medico risulta spesso il capro espiatorio, immagino scenari non molto rassicuranti.

Un altro dubbio del tutto personale, riguarda la reale utilità di questa rivoluzione copernicana. Attualmente nessuno di noi può negare che sia necessaria una riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse, ma perché stravolgere tutto? In fine dei conti il nostro sistema è già organizzato per intensità di cure. Le logiche dipartimentali erano state pensate per migliorare i percorsi dei pazienti e ottimizzare le risorse, ma non è facile trovare un dipartimento organizza-

Emergenza ospedaliera ed emergenza territoriale: quale spazio per collaborare?

Chiara Rivetti
Medicina Interna -
Asl TO 5 Ospedale
Maggiore Chieri

Costi, capacità produttiva e il possibile ampliamento di utilizzo delle postazioni di pronto soccorso avanzato. In questo articolo una fotografia dettagliata dell'esperienza realizzata in Piemonte nell'ambito del sistema dell'emergenza urgenza.

Il sistema 118 in Italia costituisce un risorsa preziosa, che fornisce un servizio territoriale capillare ed efficiente. La collaborazione dei medici del 118 con il sistema di emergenza ospedaliero, rappresenterebbe un'opportunità di confronto tra professionalità e sistemi organizzativi complementari, nonché un'ottimizzazione dell'allocatione delle risorse, aspetto non secondario in questo periodo di ristrettezze economiche. Nello studio Agostini-Rivetti presentato al Coripe-Università di Torino nel settembre scorso, si è analizzata l'attività del 118 Piemontese, valutando nel dettaglio le 63 postazioni di soccorso avanzato, i loro costi, la capacità produttiva e il possibile ampliamento di utilizzo. Il costo complessivo del sistema 118 piemontese nel 2011 è stato di 117,5 milioni di euro, pari al 1,8% della spesa sanitaria regionale. Oltre il 75% dei costi del sistema 118 sono direttamente imputabili ai 63 Mezzi di soccorso avanzato (Msa). Il costo medio di ogni intervento medicalizzato terrestre è di circa 800 euro, variando tra i circa 300/intervento euro per le postazioni con più richieste ai 2mila euro per quelle con meno richieste. Il costo medio di ognuno dei 63 Msa piemontesi ammonta a circa 1.171.000 euro/anno, ovvero 3.200 euro/giorno. Il costo del personale medico è il più rilevante, incidendo per il 50% dei costi totali di un Mezzo di Soccorso Avanzato, ovvero 102.000/anno/medico per 5,7 medici impegnati per postazione. I dati di utilizzo delle 63 Msa piemontesi nel 2011 evidenziano un numero medio di interventi di 1.561/an-

no, con tuttavia dati di attività estremamente differente tra i diversi Msa, con estremi compresi tra 570 (Pragelato) e i 3.925 interventi (Torino Maria Vittoria). I mezzi di soccorso avanzato che effettuano il maggior numero di interventi sono quelli delle aree urbane, in particolare di Torino, Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara e Vercelli; tali mezzi risultano sino ad 8-10 volte più utilizzati rispetto ad alcuni Mezzi di soccorso avanzato localizzati in aree rurali e montane. È interessante scorporre i dati di attività dei Msa piemontesi tra la fascia diurna 8-20 e quella notturna 20-8: mediamente il 62,5% degli interventi dei Msa vengono effettuati nella fascia diurna tra le ore 8 e le ore 20. Emerge da questi dati una disomogeneità di utilizzo dei Msa, per quantificarla utilizziamo un indice di utilizzo della capacità produttiva (IU) ovvero il tempo di utilizzo/tempo di disponibilità (24 ore per 365 giorni). Il sistema 118 rappresenta per definizione un servizio di attesa e deve garantire risposte tempestive ai bisogni di salute. È evidente che si impone definire il limite di utilizzo della capacità produttiva tale da non compromettere la capacità di risposta, che è stato individuato tra il 16% ed il 17%. Il 65% dei Msa piemontesi (IU < 15%), risultano utilizzati meno di 3 ore e mezza al giorno, ed il 25% mediamente 1,5 ore al giorno, con un indice di sfruttamento della capacità produttiva medio del 6,7% (nettamente al di sotto dell'intervallo auspicabile compreso tra il 16% ed il 17%). L'utilizzo medio della capacità

produttiva dell'insieme dei Msa della Regione Piemonte risulta pari al 14%, che scende al 10% per la sola fascia notturna (media 78 min). Scomponendo i dati in quartili, si evidenzia come per il quartile delle ambulanze medicalizzate meno utilizzate, l'utilizzo medio diurno è di 68 minuti e quello notturno di 38 minuti, con un indice di utilizzo della capacità produttiva pari al 5,7% per il turno diurno e al 3,2% per il turno notturno. Viceversa per il quartile dei Msa piemontesi più utilizzati si evidenzia un utilizzo medio diurno di 218 minuti, pari ad un IU-diurno del 30,3% (con rischio quindi di compromissione della capacità di risposta), ed un utilizzo medio notturno di 152 minuti, pari ad un IU-notturno del 21,1%. Nel complesso questi dati denotano un utilizzo sub ottimale dei Msa, soprattutto durante la fascia notturna e nelle aree rurali/montane. L'obiettivo primario del 118 rimane quello di garantire risposte ed interventi tempestivi, ma al fine di ottimizzarne la capacità produttiva senza comprometterne la capacità di risposta, si potrebbero assegnare alle Msa, in proporzione al loro utilizzo, funzioni aggiuntive: gestione dei trasporti secondari, supporto delle attività in Dea, integrazione al servizio di Continuità Assistenziale, collaborazione con le Uocp oppure gestione a domicilio dei pazienti in ventilazione assistita. La professionalità dei medici del 118 e le loro competenze sarebbero così utilizzate al meglio, a beneficio dei pazienti e del sistema tutto.

► segue da pag 11

Obiettivo realizzabile o utopia organizzativa?

to per questi scopi. Mi sembra che la prassi più comune sia quella che la creazione dei dipartimenti risponda, alle volte, più a logiche di potere che di organizzazione. Non secondario risulta il problema dell'edilizia sanitaria. Gli ospedali italiani presentano strutture vetuste e prive di funzionalità (a volte fati-

scenti). Attuare il modello per intensità di cure prevede che vi siano ospedali moderni, studiati per gestire i flussi di pazienti, organizzando gli spazi in modo da valorizzare la centralità dell'assistito e facilitare il lavoro di professionalità e tecnologie che gli ruotano intorno. La struttura ospedaliera sta al "sistema" come l'hardware sta al software; se il computer è scadente i programmi "non girano o girano male". Anche la mentalità di noi medici dovrà cambia-

re. È rischioso rimanere ancorati ai vecchi sistemi se si opera in ospedale organizzato per intensità. Il percorso del paziente va definito sin dall'inizio del ricovero e già nei setting di alta intensità. Il rischio è che provvedendo alla sola stabilizzazione, in assenza di un vero e proprio responsabile clinico, i problemi si trascino sino alla bassa intensità, rischiando di trovare i letti dedicati a tale livello intasati di pazienti di fatto acuti e senza che siano stati affrontati pro-

Tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare (..la Manica e non solo)

Alessandra Spedicato
 Anestesia e rianimazione
 Dip. Malattie Polmonari -
 Az. Osp. San Camillo
 Forlanini, Roma

Tra le proposte emerse nel corso del recente convegno della Fondazione Enpam "Mercato del lavoro e previdenza: nuovi strumenti di previsione e programmazione" è emersa quella dell'iscrizione all'Enpam per gli studenti degli ultimi due anni della Facoltà di Medicina. Un intento lodevole, quello di guardare con lungimiranza al futuro previdenziale. Peccato che, ricorda in questa pagina Alessandra Spedicato, ai giovani camici bianchi manchi la certezza di poter esercitare la professione del medico.

Nel recente convegno organizzato dalla Fondazione Enpam dal titolo "Mercato del lavoro e previdenza: nuovi strumenti di previsione e programmazione" sono state presentate proposte volte a favorire un'assistenza previdenziale attiva e presente nei confronti di ogni momento del professionista. Tra queste mi ha colpito quella di aprire l'iscrizione all'Enpam agli studenti degli ultimi due anni della Facoltà di Medicina. Tale proposito, seppur lodevole nel suo intento di guardare con lungimiranza al futuro previdenziale di chi ancora deve affacciarsi al mondo del lavoro, mi pone un interrogativo: che senso ha pensare alla pensione di un giovane quando questi non ha neanche la certezza di poter esercitare - almeno in Italia - la professione del medico?

Il divario tra il numero di neolaureati in medicina e la possibilità di accedere al percorso formativo post-lauream sta creando una schiera di pseudo professionisti con limitate possibilità di espressione. Per chi ottiene il titolo specialistico il quadro non è certamente più roseo: i dati presentati dalla Fnomceo nel corso dello stesso convegno vedono il 6,20% dei medici con

meno di quarant'anni disoccupati o, meglio, "gettonisti", il contratto atipico come consuetudine nelle fasce d'età tra i 25 e 33 anni (sia per il settore pubblico sia privato) e il miraggio della stabilizzazione - attualmente tra i 33 e i 40 anni - che si allunga inesorabilmente.

Un giovane lungimirante, davanti a tale prospettiva, più che pensare a versarsi i contributi pensa a scappar via! Con la Direttiva Europea 2005/36/EC - e successive integrazioni - sulla mobilità dei medici all'interno degli stati membri viene offerta piena libertà di movimento ai medici e risulta dunque comprensibile che un giovane, con arte - acquisita in Italia con tutti i relativi oneri legati all'istruzione che ne derivano - ma senza parte, decida di migrare oltralpe: Francia, Germania, Inghilterra. Ma anche Canada e Australia.. non solo alla ricerca di un salario adeguato ma anche di possibilità di carriera, di riconoscimento sociale, di un ambiente di lavoro stimolante. Il giovane medico con la valigia in mano può anche fare un'ulteriore considerazione: il decreto del "Fare" per l'occupazione e il mercato del lavoro indica chiaramente in quali direzioni il Governo sta orien-

tando le proprie energie. La decisione di incentivare, per il quadriennio 2013-2016, l'assunzione di lavoratori che siano privi di un diploma di scuola media superiore o professionale, seppur comprensibile come ammortizzatore sociale di fasce più deboli, può denotare un'attitudine a non tutelare chi ha impiegato soldi, tempo ed energie per un percorso formativo professionalizzante (e di pubblica utilità).

E se, dopo tanto tempo speso sui libri e poco in reparto - nonostante si parli di rivedere il sistema formativo universitario da anni - il giovane medico deve anche immaginarsi vessato dalla spending review, atterrito dal contenzioso medico-legale e inglobato in un Ssn che vira ad una universalità mitigata, viene agevole googlare alla ricerca di lavoro in qualsiasi altra parte del mondo. Da giovane medico mi chiedo se ci sia una soluzione a tutto ciò. Come si può colmare il divario tra pensiero e azione che talvolta rende noi italiani ottimi filosofi ma pigri esecutori dei buoni propositi?

Tra il dire e il fare ci deve essere il contrattare. L'unica soluzione per aiutare i medici di oggi e di domani è attuare quelle proposte che sono nel cassetto - che sono state illustrate anche nel corso della Prima Conferenza Anaaio Giovani - proposte che parlano di formazione, di tutele al numero crescente di donne medico, di lotta al precariato. Il diritto del lavoratore a contrattare, a far sentire la propria voce sui temi che lo riguardano non può essere arrestato da considerazioni economiche non tanto perché la contrattazione può avvenire anche solo su tematiche di organizzazione del lavoro ma soprattutto perché il prezzo da pagare sarà più alto quando, tra qualche anno, l'Italia si troverà sprovvista di una generazione di medici professionisti competenti, motivati ... e giovani!

blemi diagnostici e terapeutici nei setting più intensivi. Se non vi fosse quindi una seria valutazione dei percorsi clinici potrebbe anche accentuarsi il fenomeno chiamato: "revolving doors" (cioè delle porte girevoli); pazienti (soprattutto anziani o fragili) che entrano ed escono dagli ospedali a causa della incapacità di fornire risposte integrate atte a risolvere e non a "tamponare" i problemi.

E il ruolo del sindacato? Questo processo or-

ganizzativo necessita una attenta sorveglianza; non deve essere l'occasione per fare passare una logica di soli tagli. Il sistema deve funzionare meglio ma non è detto che costi meno. Sempre più le Oo.Ss. sono chiamate a dare pareri nei processi di gestione delle risorse. A noi spetta il compito di non farci trovare impreparati a questo ruolo.

Non credo di avere dissipato totalmente il mio dilemma. Sicuramente l'obiettivo risul-

ta raggiungibile se si verificano una serie di condizioni indispensabili: una struttura idonea, un organico sufficiente, tecnologie avanzate, chiara definizione dei percorsi e delle responsabilità, totale integrazione con il territorio e tra le varie figure professionali, ridefinizione della normativa che permetta di svincolarsi dal fardello della medicina difensiva.

In questa Italia, ciò è possibile?

“Sportello Giovani”: il bilancio di un anno

Pierino Di Silverio
Chirurgo Generale
Specializzando Igiene
e Medicina preventiva –
Università Federico II,
Napoli

Tra la crisi politica e sociale, in una Sanità sofferente, è passato, inesorabile, il primo anno del nuovo consiglio dell'Ordine dei medici di Napoli ed è passato il primo anno di una nuova esperienza, della scommessa che, solo 13 mesi fa, sembrava più uno spot elettorale che altro. “Lo Sportello Giovani”, entità inizialmente senza connotazioni particolari, un'idea da mettere in pratica, una scommessa da vincere. Tutte le iniziative.

Beh, possiamo dire che ci siamo riusciti. Lo Sportello Giovani è oggi una realtà dell'ordine dei medici di Napoli e non solo. Altri Ordini stanno seguendo a ruota l'idea. Ma cosa abbiamo prodotto in un anno? Proposte, attività, battaglie, discussioni, idee, iniziative.

Dal Giuramento di Ippocrate dello scorso anno, giorno in cui lo “Sportello Giovani” fece il suo esordio con uno Stand informativo, circa 160 giovani colleghi hanno potuto usufruire dei nostri servizi: consulenza fiscale, leggi da estrapolare, discutere e conoscere, problematiche da analizzare delle varie categorie presenti nel frastagliato mondo dei giovani medici, con un esperto di previdenza presente. Non solo.

Abbiamo una rubrica fissa sul bollettino dell'ordine “*Il Grillo Parlante*”, (leggete, leggete, leggete il bollettino), per cercare di ringiovanire anche la comunicazione, dando spazio alle idee ed alle problematiche dei giovani medici.

Abbiamo contribuito e continuiamo a farlo, alla costruzione ed alla divulgazione dei corsi gratuiti di “Bls-d” validi e certificati per tutti i giovani colleghi. Abbiamo chiesto ed ottenuto l'inserimento del wi-fi libero all'interno dell'Ordine, primo passo di un progetto che prevedeva e continua a prevedere l'abbonamento a riviste scientifiche, al fine di poter sfruttare l'ordine an-



che come momento di studio e di approfondimento. Ma soprattutto, la più grande soddisfazione dopo un anno, è stata la creazione di un gruppo di lavoro che ha trasformato lo Sportello Giovani in un laboratorio di idee, un luogo di confronto aperto a tutti.

Inizialmente 15 giovani medici, ai quali di mese in mese si sono aggiunti e continuano ad aggiungersi tanti altri colleghi, che hanno lavorato e lavorano alacremente ed a titolo gratuito, al fine di cercare di migliorare, per quanto possibile, la condizione dei giovani medici della provincia di Napoli. Sono ad oggi circa 50 i colleghi che si sono alternati alle nostre riunioni quindicinali. Il frutto di tanto lavoro è stata la creazione di un manuale “di sopravvivenza” per medici giovani e diversamente giovani, “*La Bussola*”, attualmente in distribuzione presso l'Ord-

ine dei Medici a tutti gli iscritti.

Ma le novità non sono finite. È da poco online il blog dello Sportello Giovani all'indirizzo <http://www.sportellogiovani.org>, elemento di fondamentale importanza comunicativa e gestionale, che speriamo possa diventare un ulteriore luogo di confronto. In tale blog abbiamo pensato di inserire le leggi di maggior interesse, le novità che di volta in volta emergono nel mondo sanitario campano, nonché un esperto fiscalista online, e poi ancora iniziative, congressi, vademecum per orientarsi nel confuso mondo della sanità. Il tutto accompagnato da una Pagina Facebook “Sportello Giovani Napoli”, in cui postare esperienze, richieste, pareri in maniera istantanea. L'8 marzo, in stretta collaborazione con il'A.F. Nefrologia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, abbiamo contribuito alla realizzazione di un progetto sulla Donazione di Organi, progetto innovativo, che ha visto l'evento madre svolgersi presso l'Ordine dei Medici ed eventi satelliti che si svolgeranno presso le municipalità rese disponibili nella città. Il tutto al fine di sensibilizzare cittadinanza e colleghi alla donazione di organi. E ancora. Nel 2014 organizzeremo un grande evento sul tema ostico dell'Assicurazione Professionale che, dal mese di Agosto 2014, diventerà obbligatoria per tutti i medici, al fine di esplicitare diritti, obblighi, doveri e posizioni dell'ente ordinistico rispetto a tale problematica, e per aiutare i giovani colleghi ad orientarsi in quella che oggi appare a tutti l'ennesima speculazione che si vuole perpetrare a carico dei colleghi.

Insomma dopo un anno eccoci di ancora, a preparare le iniziative attraverso le quali cercheremo di essere ancora vicino ai giovani colleghi che vivono nella giungla della sanità vissuta, lavorata, criticata, ma pur sempre tenuta in vita proprio dall'energia e dalla passione dei giovani colleghi. Il percorso è solo all'inizio. Possiamo e dobbiamo fare ancora di più. È un processo, il nostro, di cambiamento di idee e di visione dell'Ordine, e richiede tempo e soprattutto costanza. Ma noi continuiamo ad esserci, sperando che sempre più giovani colleghi possano usufruire dell'Ordine, avvicinarsi ad esso, considerarlo punto di riferimento, e viverlo, perché, in fondo, l'Ordine siamo tutti noi, Medici di ieri, di oggi e di domani.

CONTRIBUTI

IL MEDICO DEL LAVORO PRECARIO: OVVERO LA SALUTE DEI LAVORI AI TEMPI DELLA CRISI

Riccardo Falchetta
Coordinatore della
Commissione Salute
e Sicurezza negli ambienti
di lavoro e di vita –
Ordine dei Medici
di Torino

1. La conferenza di Bretton Woods si tenne dal 1° al 22 luglio 1944 nell'omonima località nei pressi di Carroll (New Hampshire), per stabilire le regole delle relazioni commerciali e finanziarie tra i principali paesi industrializzati del mondo. Gli accordi erano un sistema di regole e procedure per regolare la politica monetaria internazionale. Le caratteristiche principali di Bretton Woods erano due: la prima, l'obbligo per ogni paese di adottare una politica monetaria tesa a stabilizzare il tasso di cambio ad un valore fisso rispetto al dollaro, che veniva così eletto a valuta principale, consentendo solo delle lievi oscillazioni delle altre valute; la seconda, il compito di equilibrare gli squilibri causati dai pagamenti internazionali, assegnato al Fondo Monetario Internazionale (o FMI). Fino all'inizio degli anni '70, il sistema

In altri articoli, a più riprese, abbiamo trattato il tema della salute di chi lavora: abbiamo visto come in questi ultimi anni si sia modificata la struttura della composizione della cosiddetta "forza lavoro" (o composizione di classe, in termini marxiani) e di come siano cambiati i lavori (da prevalenza di lavoro manifatturiero a prevalenza di lavoro immateriale, relazionale, di servizio alla persona ed alle imprese) e di come sia cambiata la contrattualistica (da posto fisso a tempo indeterminato con contratti collettivi nazionali a lavoro flessibile/precario a tempo determinato con contratto – quando esiste – "ad personam").

Da quando è scoppiata la crisi finanziaria (2008) abbiamo visto e siamo diventati consapevoli di quali mostruosità siano stati capaci i padroni della finanza irresponsabile; abbiamo visto come, per cercare, invano, di correggere le storture finanziarie portate al parossismo (il denaro che crea altro denaro), la finanza stia strozzando l'economia reale, con conseguenti crisi a catena del tessuto produttivo e delle aziende che, senza accesso al credito, sono state costrette a chiudere o, nella migliore delle ipotesi, a "tagliare gli esuberanti" come si dice nel crudo e arido lessico delle cronache economiche.

In altri posti nel mondo questa crisi economica è già diventata crisi sociale. Qui in Italia non siamo allo scontro fisico ma, se non troviamo altre modalità di gestione dei problemi, ci arriviamo in fretta. Mi scuserà il lettore di questo "riassunto delle puntate precedenti": serve ad introdurre quello che è l'argomento del pezzo.

Le parole chiave che introduciamo oggi sono: mercificazione e precarizzazione.

Da quando il capitale ha avuto mano totalmente libera (rinuncia al trattato di Bretton Wood) è avvenuta una capillare mercificazione della realtà: se l'economia diventa principalmente, come sostenuto dai "Chicago Boys" (capostipite l'economista statunitense Milton Friedman), competizione economica basata sulla regola della domanda e dell'offerta, l'imperativo è quello di rimuovere tutti gli ostacoli che a tale regola si oppongono. Con quali strumenti? Facendo diventare "tutto" (famiglia, lavoro, impresa, comunità occupazionali, politica, ambiente e beni comuni) una merce e, come tale, sottoposta a tale regola.

Il risultato di questo modo di intendere è sotto gli occhi di tutti: la destrutturazione di imprese, lavoratori, istituzioni, scuola pubblica, sanità pubblica, dell'ambiente e del paesaggio con conseguente devastazione del valore sociale dell'impresa, del valore sociale del lavoro, delle comunità occupazionali, dell'ambiente a favore del capitale e di chi lo manovra in modo liberista, cioè senza regole e senza re-

sponsabilità sociale, imperando sul mercato, cioè sullo scambio delle merci.

In buona sostanza abbiamo assistito, in questi ultimi ventenni, al trasferimento dei rischi e delle insicurezze da un sistema pubblico (lo Stato) che in tutto o in parte, se li accollava, interamente sulle spalle dei singoli, delle famiglie e delle imprese che, come ampiamente prevedibile, hanno cominciato a mostrare la corda.

Non è questo il luogo per analizzare con maggiore attenzione cosa abbia voluto dire per le imprese questa "mercificazione" (trasformazione delle imprese in Società per Azioni): basti solo accennare alla principale conseguenza derivante dal passaggio di mano frenetico delle azioni (che altro non sono che certificati di proprietà delle imprese medesime) tramite il meccanismo infernale delle "fusioni ed acquisizioni" nelle Borse: la deresponsabilizzazione della proprietà e del management: della serie "prometto piani mirabolanti di crescita e di sviluppo, grandi piani di investimenti etc. etc., salvo poi fare finta di niente e guardare da un'altra parte, quando si tratta di mettere in pratica le promesse fatte con la scusa che sono cambiate le" condizioni del mercato". Valga ad esempio, in Italia, la recente e scottante vicenda Fiat /Marchionne/fate fuori la Fiom o non se ne parla/tutti a casa/ pazienza/ scusateci abbiamo scherzato/ io rispondo solo agli azionisti/ etc. etc.

Ci dobbiamo invece inoltrare sul terreno della comprensione del significato che la mercificazione senza falsi infingimenti del lavoro possa avere sulla salute delle persone (e sono parecchie) che hanno la necessità, ma verrebbe da dire la disgrazia, di dover vendere quella merce per vivere: appena ci inoltriamo su questo terreno, ci imbattiamo nella precarietà, un fungo velenoso ed insidioso, una sorta di "Amanita Phalloides" socioeconomica.

Quella dei precari è, come ci spiega Guy Standing nel suo ultimo libro, una vera e propria classe sociale in sé, anche se non ha ancora preso piena consapevolezza di classe sociale per sé, con tutte le conseguenze politiche che deriveranno da questa presa di coscienza prossima ventura.

Per ora il precario, ci dice Guy Standing, sperimenta le quattro A:

1. Acredine: o rabbia; deriva dalla frustrazione che affligge il precario che non riesce a costruire una vita degna di essere vissuta con la conseguente sensazione di deprivazione relativa.
2. Anomia: sentimento di passività che nasce dalla disperazione: l'orizzonte della vita consiste in un lavoro dequalificato e senza possibilità di sviluppo.
3. Ansia: derivante dalla consapevolezza che il minimo er-

CONTRIBUTI

fu efficace nel controllare i conflitti economici e nel realizzare gli obiettivi comuni degli Stati, sempre con le stesse immutate condizioni che l'avevano generato. Nel dicembre del 1971 il Gruppo dei Dieci firmò l'accordo Smithsonian Agreement, che mise fine agli accordi di Bretton Woods, svalutando il dollaro e dando inizio alla fluttuazione dei cambi. È da notare che le istituzioni create a Bretton Woods sopravvissero alla caduta del gold standard, pur rivedendo i propri obiettivi. Il Fondo Monetario Internazionale e la Banca mondiale sono ancora oggi in attività, mentre il GATT fu sostituito nel 1995 dal WTO (World Trade Organization - Organizzazione mondiale del commercio).

2. "Precari - La nuova classe esplosiva" Aut: Guy Standing - Ed.: Il Mulino 2012
3. Si calcola, a livello planetario, che la Globalizzazione abbia prodotto la precarizzazione di circa un quarto della popolazione lavorativa mondiale, cioè, si stima, circa trecento milioni di persone;

rore o infortunio segna la differenza tra una vita accettabile e il marciapiede.

4. Alienazione: consapevolezza che il criterio delle proprie azioni non risiede nel vantaggio personale o in un valore in cui si crede, ma solo nell'utilità altrui. Una condizione, peraltro, che da sempre affligge il proletariato.

La psicologia sociale ci dice che la nostra specie ha proceduto e si è basata, fin dai suoi primordi, sul riconoscimento del singolo, in termini di ruolo, capacità manuali e, successivamente, emozionali e cognitive, all'interno di una piccola comunità di propri simili, inizialmente cacciatori e raccoglitori poi, con il passare del tempo e con la specializzazione, con il passaggio di conoscenze, prima gestuale, poi orale e, successivamente, scritto e stampato, con un criterio basato sui piccoli passi e sulle stratificazioni successive ed informato da lentezza e sostanziale stabilità nel tempo di esperienze manuali, mestieri, arti, professioni, vita sociale.

La domanda è: sono prevedibili le potenziali conseguenze sulla salute derivanti da questa brutale ed attuale precarizzazione delle modalità relazionali tra gli individui e tra i gruppi che, ci spiega la psicologia sociale, è in contraddizione con la nostra storia evolutiva degli ultimi cinquantamila anni (se ci basiamo sulla evoluzione della corteccia cerebrale), mentre, se scendiamo a livello di amigdala e di altri centri nervosi filogeneticamente più primordiali, contraddice circa un cinquecentomila anni di storia evolutiva della specie Homo sapiens?

Una risposta in questa sede è improbabile. Si può affermare che, assai verosimilmente, la situazione di precarietà con il carico di rabbia, di ansia e di disperazione che si trascina dietro porterà porzioni viepiù corpose di società e di popolazione verso una conflittualità diffusa.

Questa conflittualità, in ultima analisi, deriva dalla ricerca istintiva di "scariche di adrenalina" connaturate al conflitto stesso e, d'altra parte, attiva la fisiologica secrezione dell'asse dello stress per eccellenza (asse corticosurrenalico) modulato a sua volta dal noto meccanismo di "feedback negativo". Questo costituisce il tentativo di ridurre i livelli circolanti di cortisolo ematico stimolati dallo stress della precarietà che, se in eccesso e persistenti, sarebbero dannosi per la salute: malattie metaboliche dilaganti come il diabete mellito di tipo 2, osteoporosi, ipertensione, malattie infiammatorie croniche intestinali, malattie autoimmuni, psicopatologie quali la depressione e i disturbi del sonno, malattie neurologiche quali le demenze derivanti dalla distruzione di cellule neuronale indotta dalla iperproduzione persistente di cortisolo, l'assai probabile correlazione tra eccesso di cortisolemia derivante da distress (il lato oscuro dello stress) e l'aumento delle neoplasie e delle malattie cardiovascolari.

Come si può notare di carne al fuoco ce n'è parecchia. E, soprattutto, rimane e si rafforza il sospetto che, invece di continuare a cercare le cause delle malattie nelle direzioni più strane, bisognerebbe pensare, banalmente, si fa per dire, ad umanizzare un modello di sviluppo folle che costringe masse enormi di esseri umani a vivere come schiavi precari per lavorare invece che, come da sempre è avvenuto nella storia dell'umanità, lavorare per vivere.

La medicina del lavoro precario e delle organizzazioni si sta lentamente staccando dalla sua originaria impostazione tarata sul modello fordista e manifatturiero, ancora largamente, e per inerzia, insegnata nelle scuole di specializzazione "ufficiali", e sta diventando inesorabilmente una area multiprofessionale che vede nuovi medici occupazionali, sociologi, psicologi del lavoro e delle organizzazioni, ingegneri di varia estrazione, neuroendocrinologi, nuovi medici legali, chimici, fisici confluire verso un approccio meno parcellizzato e più integrato della materia (<http://salutesicurezza.omceotorino.org>).

Potessimo procedere per slogan si potrebbe sintetizzare con "meno visitificio inutile, più promozione della salute e maggiore attenzione alla valutazione del rischio occupazionale per la salute". In questo senso possiamo dire che, per richiamare una famosa pubblicità comparsa sugli autobus di Genova alcuni anni orsono (si parlava di cose assai più spirituali), abbiamo due notizie: una cattiva ed una buona: la cattiva è che non funziona più la formazione dello specialista in medicina del lavoro fordista e manifatturiero, come organizzata oggi nella maggioranza delle facoltà italiane, la buona è che, dopo anni di vuoto formativo, si sta strutturando un nuovo modello formativo, per ora al di fuori dei canali ufficiali, ma sempre più presente nelle modalità concrete di approccio alla materia.

Per concludere: in questi ultimi trent'anni abbiamo capito:

- a. che la specie umana altro non è che una specie di primati che, in modo assolutamente casuale e all'interno di una evoluzione che non ci aveva previsto, si è trovata ad essere consapevole di se stessa, fino a capire una verità terribile e affascinante: siamo una scintilla di autoconsapevolezza della materia vivente che viaggia su un granello di sabbia a zozzo nell'Universo.
- b. Che il punto a. costituisce un motivo più che buono per conservare e proteggere l'ambiente che ci è dato, per utilizzare le risorse nella maniera più equa possibile e, in ultima analisi, per essere medici nell'unico modo che ci è dato dalla coscienza e dalla passione per la nostra professione: lavorare per l'essere umano senza distinzioni. Pena, più che le malattie di cui sopra, l'estinzione.

Meditiamo gente, meditiamo.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2013