

Il regolamento sugli standard ospedalieri alla prova dei fatti

Sono trascorsi oltre sei mesi dalla pubblicazione in *GU* del DM 70/2015 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera'. Il Regolamento è frutto di un iter durato oltre tre anni, iniziato con l'art. 15 della L. 135/2012 e continuato attraverso un intenso confronto tra Governo e Conferenza Stato-Regioni, alimentato dall'interesse di una pluralità di attori e addetti ai lavori: politici, manager, forze sociali, professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'anno appena iniziato rappresenta il termine entro cui le Regioni dovranno dare attuazione a gran parte delle indicazioni in esso contenute. Si tratta di misure complesse, che abbracciano le diverse dimensioni dell'organizzazione ospedaliera, dagli standard di struttura e di processo a quelli qualitativi, di sicurezza e appropriato utilizzo delle risorse, spaziando sulle tematiche complementari delle reti ospedaliere e dell'assistenza territoriale.

L'obiettivo del regolamento è quello di realizzare le condizioni per rinnovare ad ampio raggio l'impianto del nostro sistema ospedaliero, garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale e dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti della transizione epidemiologica, demografica e sociale che negli ultimi decenni hanno modificato profondamente il quadro di riferimento e messo in discussione la sostenibilità del nostro e dei sistemi sanitari più avanzati. Dopo un lungo periodo di provvedimenti parziali emanati attraverso una pluralità di atti normativi, il DM 70/2015 rappresenta senza dubbio uno dei documenti di programmazione sanitaria, seppure rivolto al solo ambito ospedaliero, più importante e atteso degli ultimi anni. In questo senso è stato oggetto di apprezzamenti ma anche di valutazioni, osservazioni e critiche a volte severe, da ricondurre in buona parte al fatto che le tematiche affrontate, toccando nel vivo la struttura dell'offerta, modelli organiz-

zativi e prerogative del contesto professionale del nostro sistema ospedaliero sviluppati nel corso degli ultimi tre decenni, mettono necessariamente in discussione assetti, ruoli e prassi consolidate.

La programmazione ospedaliera nazionale

Alla prova dei fatti si dovrà valutare se nella sua pratica applicazione prevarrà un'interpretazione di insieme in grado di incidere profondamente nel processo di rinnovamento del sistema ospedaliero, che – sebbene avviato da tempo – è ancora lento nel manifestarsi, specie in alcune aree del Paese. A tale riguardo, premesso che le differenze di offerta e di performance tra il Nord e il Sud del Paese sono una costante datata nel tempo ma che oggi probabilmente rappresentano la maggiore criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, la critica più ragionevole potrebbe essere che il Regolamento arriva con qualche ritardo rispetto alle positive esperienze già maturate in molte Regioni, in particolare del Centro-Nord. Forse una definizione più tempestiva di un completo quadro di programmazione ospedaliera nazionale avrebbe in qualche misura potuto evitare le evidenti difformità nella struttura dell'offerta e nelle performance dei vari sistemi ospedalieri regionali.

In tal senso l'esempio fornito dall'analisi delle dotazioni di posti letto e del tasso di ospedalizzazione nelle diverse aree geografiche è paradigmatico, oltre che originale, al punto che sembra poter almeno in parte contraddire la validità della legge di Roemer: "A built bed is a filled bed", ovvero in un sistema assicurativo l'offerta di posti letto ospedalieri genera e influenza la domanda. Nel 2014 il tasso complessivo di posti letto a livello nazionale si attesta già al 3,63 per 1000 abitanti, al di sotto quindi della soglia del 3,7 (di cui 0,7 posti letto per riabilitazione e lungodegenza) indicata dal DM 70, mostrando solo una lieve eccedenza della quota di posti letto per acuti (3,15 posti letto per 1000) e una correlata carenza di posti letto per la fase di post-acuzie. In controtendenza rispetto al dato nazionale, quasi tutte le Regioni del Centro e del Nord presentano tassi di posti letto

superiori allo standard, ma allo stesso tempo tassi di ospedalizzazione generalmente inferiori al valore di riferimento del 160 per 1000. La situazione è del tutto opposta nella maggioranza delle Regioni meridionali, che presentano dotazioni di posti letto costantemente inferiori allo standard nazionale, ma tassi di ospedalizzazione spesso superiori al 160 per 1000. Evidentemente le Regioni del Centro-Nord, pur in presenza di dotazioni di posti letto eccedenti lo standard, dimostrano di aver adottato misure efficaci per controllare e orientare la domanda e garantire l'efficienza del sistema, mentre la maggioranza delle Regioni del Sud, carenti sul fronte delle dotazioni, non ha ancora posto rimedio a una combinazione di fattori negativi, quali l'eccesso di mobilità passiva, un'elevata quota di inappropriatezza dei ricoveri, una limitata differenziazione e integrazione dei ruoli tra ospedale e territorio (figura).

La riorganizzazione regionale

In questo quadro e rispetto agli argomenti più dibattuti del DM, ossia la riduzione dei posti letto e delle Unità Operative, sarebbe riduttivo adottare in modo rigido e uniforme gli standard del DM 70 in tutte le Regioni, anche considerando i correttivi sui posti letto previsti per compensare il fenomeno della mobilità sanitaria. Molte Regioni hanno già avviato processi di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale in forte discontinuità con il passato e in molti casi hanno anticipato, e a volte superato tramite diverse modalità, alcuni dei traguardi fissati dalle indicazioni contenute nel regolamento.

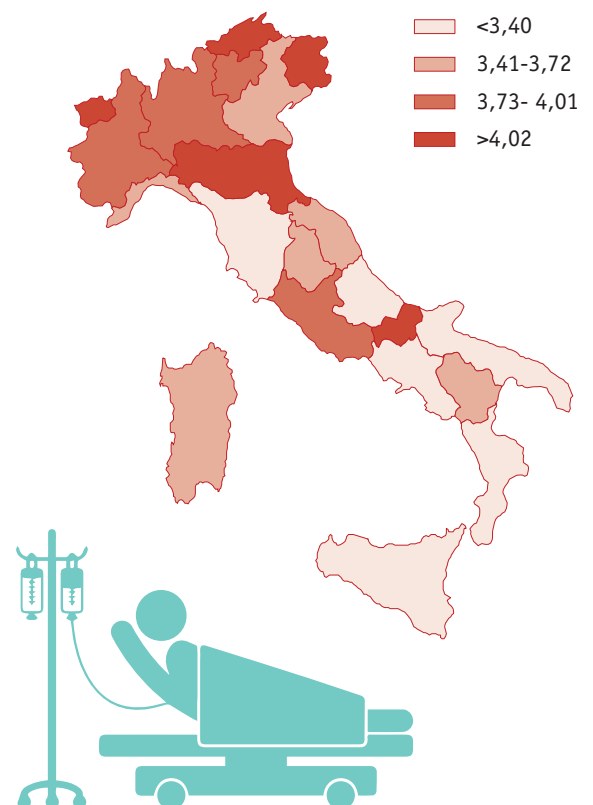
Le stesse considerazioni possono essere estese anche ai temi relativi alla classificazione degli ospedali, con la prospettiva di una riconversione forzata dei più piccoli, al contributo delle Case di Cura private, agli standard per disciplina e alle reti ospedaliere per patologia. Se per alcune realtà la gerarchizzazione delle strutture ospedaliere, l'individuazione di determinati e più ampi bacini di utenza e la concentrazione delle Unità Operative può rappresentare un'effettiva occasione di razionalizzazione del sistema ospedaliero, per altre realtà questa operazione può risultare meno vantaggiosa. Laddove le Regioni abbiano già definito un assetto della rete ospedaliera funzionale agli obiettivi di efficienza e di efficacia ricercati, attraverso una

precedente programmazione centrata sull'integrazione in rete dei presidi pubblici e privati, sulla differenziazione delle competenze delle varie strutture, sull'assetto Hub & Spoke delle funzioni di rilievo regionale, sarebbe poco utile ricondurre la programmazione a una mera classificazione dei singoli stabilimenti ospedalieri, a una rigida definizione dei bacini di utenza e a una matematica individuazione della quantità e della consistenza delle discipline presenti.

Il rispetto delle soglie minime di attività per volumi ed esiti

Un discorso diverso merita il tema del riassetto della struttura dell'offerta in funzione del rispetto delle 'soglie minime' di attività per volumi ed esiti. È la prima volta che la normativa nazionale fornisce indicazioni per una sistematica e ampia riflessione in questo ambito, di schietta natura organizzativa, ma che, giocoforza, dovrà vedere coinvolta nel merito la componente professionale e le loro Società Scientifiche. L'edi-

Tasso di posti letto per 1000 abitanti per Regione, anno 2014



zione 2015 del Programma Nazionale Esiti (PNE) mette in evidenza che nel 2014 una quota molto rilevante delle strutture ospedaliere del nostro Paese, fin oltre i due terzi per alcune patologie, è al di sotto del numero minimo di ricoveri ed interventi che, secondo le attuali evidenze scientifiche, sono ritenuti necessari per garantire cure di qualità e un buon esito dell'assistenza. Il regolamento peraltro supera il parametro delle soglie per ospedale, introduce correttamente le soglie per singola Unità Operativa ed indica come obiettivo futuro l'individuazione di parametri riferiti al singolo operatore. È fuori di dubbio la difficoltà di affrontare il tema delle 'soglie minime' in termini regolatori e normativi, ed appare altrettanto impegnativo realizzare un efficace sistema di sorveglianza e aggiornamento. Tuttavia è degno di nota che nell'ultima edizione del PNE sia già presente nella sezione "Strumenti per audit" un'area dedicata al "monitoraggio" degli indicatori di volume di attività inclusi nel regolamento degli standard ospedalieri, tanto da consentire a ciascuna struttura di verificare sistematicamente i propri dati.

Perseguire l'obiettivo delle soglie minime è importante e apre prospettive di miglioramento interessanti per le organizzazioni, per i cittadini e per gli stessi professionisti. Un deciso orientamento in tal senso potrebbe, ad esempio, attenuare le molte polemiche suscitate dal DM sulla prevista riduzione degli incarichi di direzione di Struttura Complessa, accelerando il confronto sul tema molto attuale di prevedere le progressioni di carriera e i livelli retributivi dei medici più correlati alle competenze cliniche piuttosto che a quelle gestionali e manageriali.

Una sfida tutta da giocare

Gli ulteriori temi presi in considerazione dal regolamento, dagli standard di qualità e governo clinico, organizzativi, strutturali e tecnologici, ai requisiti della rete dell'emergenza e della continuità ospedale territorio, completano il quadro entro cui le Regioni dovranno realizzare il riordino della rete ospedaliera del nostro SSN. Anche in questi settori è prevedibile che, per raggiungere gli obiettivi di fondo posti dal DM, le Regioni non potranno individuare un percorso e piani di azione omogenei, unicamente rivolti alla formale adesione alle nuove norme. Le differenze delle politiche ospedaliere regio-

nali degli ultimi anni impongono l'adozione di interventi che ogni realtà regionale dovrà individuare e calibrare sulla realtà esistente e sulle specifiche situazioni locali, seppure in un quadro quanto più possibile coerente con lo spirito e l'impianto complessivo del provvedimento. In questa logica è fondamentale agire in parallelo e in modo strutturale anche sullo sviluppo dei servizi territoriali a cui il DM 70 dedica solo qualche cenno, sottolineando tuttavia l'aspetto strategico e la sfida che riveste la loro qualificazione per il buon esito dell'evoluzione e modernizzazione dei nostri ospedali.

Se ben effettuato, l'imponente lavoro che attende le Regioni può rappresentare una garanzia per una lettura non parcellizzata dei contenuti del DM e un'occasione per riformulare le caratteristiche dei sistemi ospedalieri regionali in una logica di programmazione ad ampio raggio. Definite le varie tappe del percorso, gli attori coinvolti, le modalità di lavoro e i relativi tempi di attuazione, si possono realizzare le condizioni per puntare a un'effettiva integrazione e interconnessione tra i diversi fattori e le molteplici componenti del sistema che allo stato attuale fanno la differenza tra un sistema ospedaliero moderno, snello, sostenibile e uno ancorato a logiche del passato, seppure recente.

La sfida è tutta da giocare e tra le diverse incognite dobbiamo contare anche la clausola di invarianza finanziaria richiamata dall'articolo 2 del DM, che impone di realizzare il riordino senza poter contare su specifiche risorse finanziarie.

Gianni Pieroni¹ e Gianfranco Finzi²

¹Direttore Operativo-Direttore Sanitario,

IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna;

²Presidente ANMDO

BIBLIOGRAFIA

1. DM 2 Aprile 2015 n.70, Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
2. Righi L, Nante N, Geddes M. I nuovi standard ospedalieri. Salute internazionale, 13 luglio 2015.
3. Roemer MI. Hospitals and public health. Am J Public Health 1959; 49 (7): 944-946.
4. Programma Nazionale Valutazione Esiti: <http://www.agenas.it/PNE>