

VI Convegno Nazionale ANMDO-CARD

«L'APPROPRIATEZZA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: Condivisione di strategie tra ospedale e territorio»

Napoli, 25 - 26 settembre 2017 | Hotel Excelsior

Come trasformare l'inappropriatezza in appropriatezza – alcune esperienze e proposte

Il punto di vista dell'ospitalità privata



Dr. Vincenzo Schiavone

Consigliere Nazionale AIOP

Presidente raggruppamento Sanità
Confindustria Campania

Come trasformare l'inappropriatezza in appropriatezza – alcune esperienze e proposte

Il punto di vista dell'ospedale privata



Dr. Vincenzo Schiavone
Consigliere Nazionale AIOF

ANALISI DEL CONTESTO

1) I Ministeri dell'Economia e della Salute hanno applicato alle Regioni politiche sanitarie restrittive :

- Tagli lineari al finanziamento del SSN;
- Commissariamento delle regioni in deficit;
- Decreti ad hoc per definire volumi, esiti e inappropriatelyzza delle prestazioni sanitarie erogate dai Presidi Ospedalieri (pubblici e privati);

2) ASL e AORN delle Regioni in piano di rientro spesso completano gli organici dei Presidi Ospedalieri prelevando medici dalla medicina territoriale.

Tagli al finanziamento del SSN

- I tagli lineari non hanno migliorato l'efficienza del Servizio Sanitario ove si registra un deficit di circa 20 miliardi annui* soprattutto per sprechi ed inefficienza gestionale dei presidi ospedalieri pubblici
- Il lavoro svolto dai precedenti Commissari per l'attuazione del Piano di rientro sanitario nelle Regioni in deficit a tutt'oggi non ha realizzato l'efficientamento del Servizio Sanitario specie nella riorganizzazione della Rete Ospedaliera e della rete territoriale.
- Il percorso di risanamento attivato è stato attuato con tagli lineari, che hanno comportato solo un risparmio finanziario senza migliorare l'assistenza che ha determinato invece un blocco del turn over del personale dipendente con riduzione dell'attività da parte di molti Ospedali, una riduzione dei livelli di assistenza in molte aree ed il mancato riconoscimento di molte prestazioni erogate dai privati utilizzando sistemi e procedure non degni di un paese democratico.

LA SANITA' NON PUO' ESSERE GESTITA CON CRITERI RAGIONERISTICI!!

* Rapporto Fondazione GIMBE



DECRETI AD HOC PER DEFINIRE VOLUMI, ESITI ED INAPPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE

DECRETO MINISTERIALE N. 70 DEL 02/02/2015 prevede:

Al punto 3.1 "Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni".

Al punto 4.6 «Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività»

Interventi chirurgici ca mammella	150 primi interventi per casi di tumore
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per struttura complessa
Intervento chirurgico per fratture femore	75 interventi annui per struttura complessa
Infarto miocardio acuto	100 casi in fase acuta di primo ricovero
By pass aortocoronarico	200 casi per struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure di cui il 30% primarie
Maternità	Si applicano le soglie di volume di attività stabilite in Accordo Stato Regioni del 2010

CONFRONTO EUROPA - ITALIA

MEDIA p.l. paesi OCSE 2013 = 4,0 P.L./1000 abitanti per acuti

MEDIA p.l. paesi OCSE 2014 = 5,06 P.L./1000 abitanti per acuti

ITALIA p.l./1000 abitanti 2013 = 4,0 per acuti

ITALIA p.l./1000 abitanti 2015 = 3,0 per acuti



CARENZA MEDICINA TERRITORIALE

Nelle Regioni in piano di rientro come la REGIONE CAMPANIA esiste una carenza notevole in merito alla medicina territoriale:

- Riduzione delle ore dedicate alla specialistica ambulatoriale territoriale;
- Posti letto per acuti insufficienti;
- Posti letto dedicati alla fase riabilitativa esigui;
- Eccessiva carenza di posti letto dedicati alla residenzialità (per anziani non autosufficienti e per disabili)

CONSEGUENZE

I PRESIDI OSPEDALIERI (PUBBLICI E PRIVATI) SONO GLI UNICI ENTI CHE FORNISCONO RISPOSTE ADEGUATE ALLA DOMANDA DI SALUTE CHE PROVIENE DALLA CITTADINANZA, EROGANDO ANCHE PRESTAZIONI CHE NON SONO PROPRIE DI UN OSPEDALE!

DA CIO' NE CONSEGUE CHE:

- 1. I PRONTO SOCCORSO SONO CONGESTIONATI E SI ASSISTE SPESSO AD UNA VERA E PROPRIA PRESA D'ASSALTO, CON ACCESSI IMPROPRI;**
- 2. L'ESIGUITA' DI POSTI LETTO PER ACUTI ALL'INTERNO DEGLI STESSI OSPEDALI PER L'ECESSIVA RIDUZIONE DI P.L. COMPORTA UN CONSEGUENZIALE STAZIONAMENTO IN PRONTO SOCCORSO E RICERCA DI P.L. ANCHE IN PRESIDI OSPEDALIERI LONTANI DALLA SEDE DI RESIDENZA**
- 3. L'ESIGUITA' DI POSTI LETTO DEDICATI ALLA RIABILITAZIONE E RESIDENZIALITA' ED I FILTRI DI ACCESSO COMPORTANO DIFFICOLTA' NEL TRASFERIMENTO DI PAZIENTI CHE SONO STATI STABILIZZATI DAGLI OSPEDALI CON INCREMENTO DELLE GIORNATE DI DEGENZA;**
- 4. L'INCAPACITA' A DOVER FAR FRONTE ALLA RICHIESTE TERRITORIALI DETERMINA UN INCREMENTO DELLE LISTE DI ATTESA CHE, SPESSO, SI TRADUCE ANCHE IN MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE (SOPRATTUTTO PER QUANTO RIGUARDA I PAZIENTI ONCOLOGICI)**

PROPOSTE

APPARE DEL TUTTO EVIDENTE CHE QUESTO SISTEMA SANITARIO PRODUCE INAPPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI O VIRTUOSISMO PER NECESSITA'?

E' necessario pertanto evidenziare le ulteriori distorsioni del sistema per raggiungere quel miglioramento del Servizio Sanitario Regionale considerata la forte limitazione delle risorse disponibili con un'azione più incisiva che ripristini innanzitutto le condizioni di appropriatezza delle cure, di riduzione degli sprechi ma soprattutto:

Riorganizzazione di tutta la rete ospedaliera e territoriale con il pieno coinvolgimento dei privati accreditati.