

*La prevenzione e la sanità pubblica:
sfide per il futuro, ma già nel presente*

MEGA ASL E DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE COME ASSICURARE I NECESSARI LIVELLI DI GOVERNO: QUALI STANDARD DI RISORSE PER LA PREVENZIONE DEL FUTURO ? LA SANITÀ PUBBLICA

Enrico Di Rosa
ASL ROMA 1 - Direttore UOC SISP (ex ASL RM E)

Lamezia Terme
8 Aprile 2016



Società Italiana di
Medicina Veterinaria
Preventiva



Società Nazionale Operatori della Prevenzione



Fondazione Smith Kline



**I grandi filosofi sono quelli che hanno trovate
domande nuove.**

**il progresso in filosofia non lo fanno le
risposte, ma le nuove domande**



**Filosofia: un interrogante
rispondere**

Una relazione “Filosofica”

Partiamo da 3 domande:

Esistono Standard di Personale per il territorio e la prevenzione ?

Sarebbero utili o no ?

Come costruire questi standard ?

Dalle quali scaturiranno ulteriori interrogativi





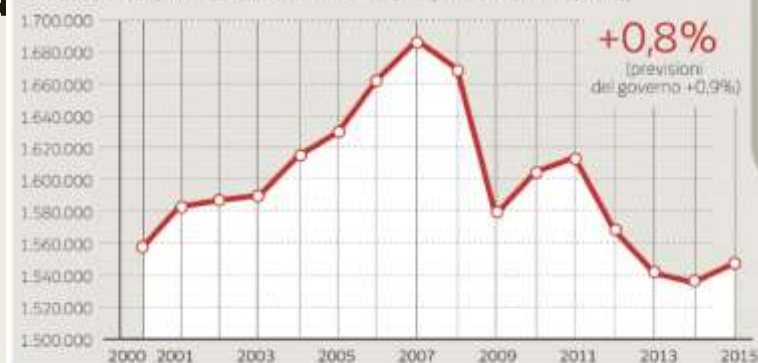
Convitato d pietra

- La crisi economica ha duramente colpito
- dal 2007: -10% della ricchezza nazionale.
- alla sanità pubblica non più del 7% del PIL
- possiamo destinare al SSN, il 25% in meno di quello che si spendeva nel 2008.
- Un equivalente di circa 30-35 miliardi di euro.

L'Italia nel 2015

IL PRODOTTO INTERNO LORDO

Anni 2000 - 2015, valori concatenati in milioni di euro (anno di riferimento 2010)



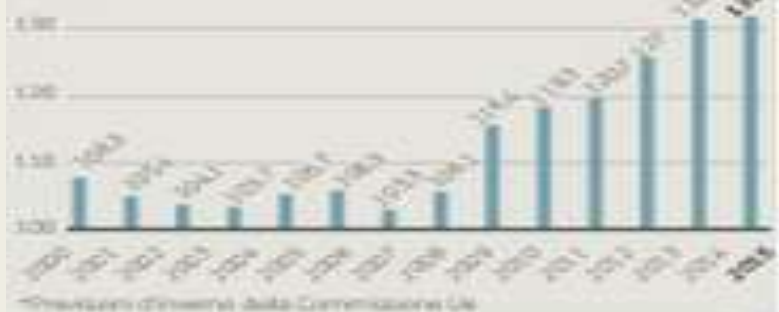
DEFICIT

(in % sul PIL)



DEBITO PUBBLICO

(in % sul PIL)





Garantire la corretta programmazione
 e la rigorosa gestione
 delle risorse pubbliche

Fig. 2.2: spesa sanitaria in termini di P.A. (valori in milioni di euro)

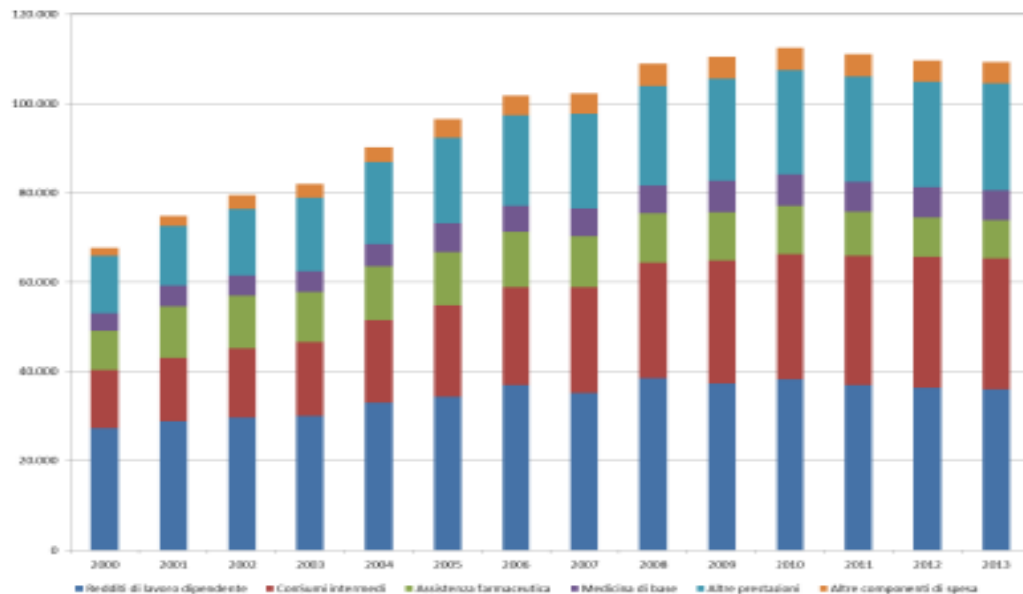
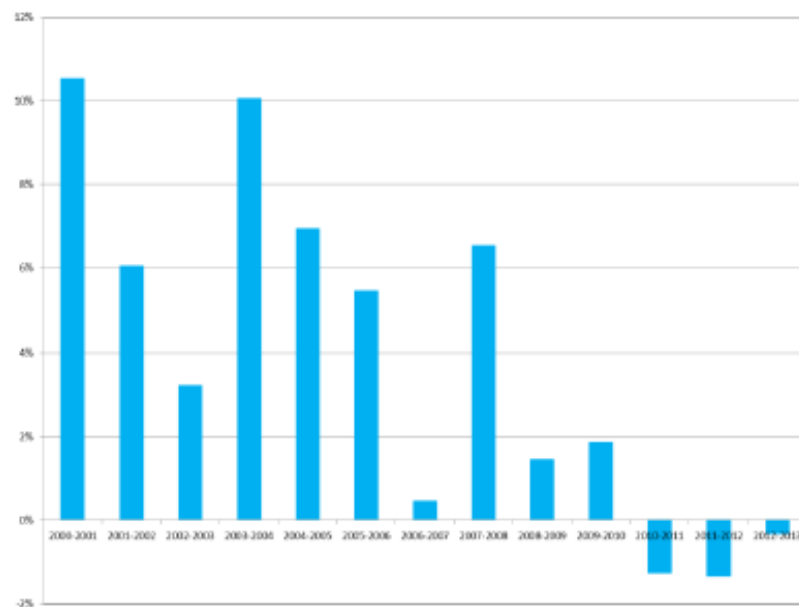


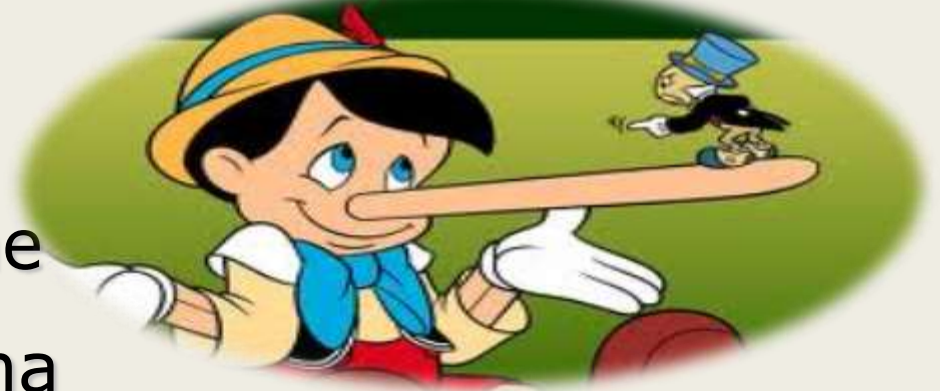
Fig. 2.3: spesa sanitaria in termini di P.A. (variazione percentuale annua)



IL MONITORAGGIO DELLA
 SPESA SANITARIA
 Rapporto n. 1

2012
 2013
2014
 2015

“La riduzione della spesa non incide in alcun modo sulla quantità di servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni a favore dei cittadini, ma mira a migliorarne la qualità e l’efficienza”



È una grossa invereconda balla che la diminuzione della spesa sanitaria sia stata conseguita mediante recuperi di efficienza e lotta agli sprechi. Da anni si stanno attuando miopi politiche, grettamente contabili, di tagli lineari dei fattori di produzione, in primo luogo il personale, che hanno prodotto una preoccupante diminuzione in termini qualitativi e quantitativi dei servizi per i cittadini



Evitare le guerre tra poveri !!

Con approcci settoriali e parziali non si va lontano, è in discussione il futuro e la sostenibilità complessiva del SSN

Le soluzioni ai problemi vanno cercate e trovate entro prospettive e visioni di sistema



Tsunami



Fausto Francia: un vero e proprio “tsunami ...si sta abbattendo sul SSN. Spariranno migliaia di posti letto, saranno aboliti centinaia di primariati, chiuderanno ospedali con meno di 80 posti letto, saranno costituite le case della salute attive 24 ore, saranno introdotti ticket per fascia di reddito. Gli amministratori regionali non sanno a che Santo votarsi per quadrare i conti e sono sottoposti a mille pressioni...” Igienisti on line

1° Domanda

Esistono Standard per il territorio e la prevenzione ?

N

O

Decreto ministeriale 16 ottobre 1998

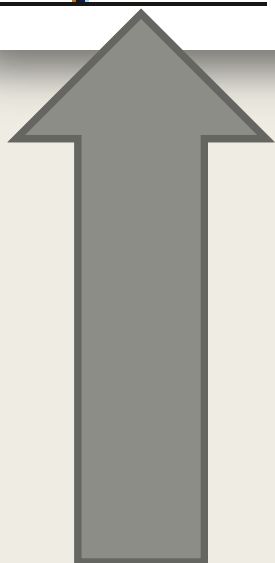
Approvazione delle linee guida concernenti l'organizzazione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (S.I.A.N.), nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali. (G.U. Serie Generale , n. 258 del 04 novembre 1998)

Alcuni provvedimenti regionali (Rari)
Indici di risorse umane in base agli abitanti

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.



1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico – assistenziale della struttura ed alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 480, e successive modificazioni;
Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi comuni per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;
Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;
Data atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'articolo 1 del presente regolamento, della collaborazione del comitato di cui all'articolo 4-bis, comma 10, dell'articolo 15 della legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituito con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e della Commissione medesima ha discusso la bozza in Commissione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;
Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome...

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unità operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del patto per la salute 2010-2012.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA
DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA
NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE,
DI CUI ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE
SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX. ART. 12,
COMMA 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Approvato nella seduta del 26 marzo 2012

Gli effetti sulle Unità operative complesse

Regioni	Uo complesse presenti	Uo complesse dopo standard	Diff. *
Piemonte	993	769	-224
V. d'Aosta	33	22	-11
Lombardia	1.960	1.699	-261
Trentino	211	178	-33
Veneto	852	850	-2
Friuli V.G.	294	213	-81
Liguria	448	279	-169
Emilia R.	774	760	-14
Toscana	800	645	-155
Umbria	212	156	-56
Marche	400	270	-130
Lazio	1.123	983	-140
Abruzzo	427	232	-195
Molise	93	55	-38
Campania	1.100	1.007	-93
Puglia	771	706	-65
Basilicata	178	102	-76
Calabria	487	347	-140
Sicilia	1.113	872	-241
Sardegna	298	289	-9
Italia	12.567	10.435	-2.132

(* Di cui 1.156 nel servizio pubblico
Fonte: stima Il Sole-24 Ore Sanità su dati Regioni

Minister
o



Requisiti minimi
e Standard

F.S.N
·
Risorse

L.E.A
·
Prodotto

Strutture e Processi
Organizzazione

Regione

2° Domanda

Sarebbero utili ?

SI

- Il SSN al centro degli sforzi del governo nazionale e degli amministratori regionali per ridurre il costo.
- Manca un ragionato, complessivo programma di recupero di efficienza.
- Non si discutono proposte per definire quadro complessivo di riordino e razionalizzazione del sistema
- Iniziative livello meramente contabile, nella logica dei tagli lineari.
- Riduzione Centri di Costo; ASL, presidi ospedalieri, Strutture complesse e semplici

3° Domanda

Come costruire questi standard ?

La Torre di Babele "Ecco, essi sono un solo popolo e hanno tutti una lingua sola..... e ora quanto avranno in progetto di fare non sarà loro impossibile. Scendiamo dunque e confondiamo la loro lingua, perché non comprendano più l'uno la lingua dell'altro". Ed essi cessarono di costruire la città.



Genesi 11, 1-9

“There is nothing a government hates more than to be well informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult.”¹ John Maynard Keynes



- **Sistema informativo della Prevenzione e del territorio :**
 1. per la gestione integrata delle varie banche dati per realizzare i profili di salute e le mappe di rischio a livello regionale e locale,
 2. per raccogliere informazioni sulle attività e le prestazioni erogate.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



IL D.LGS: 502 Rappresenta una risposta razionale e coerente ad una esigenza che non è venuta meno

1. Nel Dipartimento di Prevenzione si riuniscono tutte le attività del I° LEA *“assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”*.

2. Che necessitano di saperi, capacità e abilità afferenti a discipline e professioni distinte e differenti

Modello dipartimentale è la soluzione organizzativa ideale per garantire l'azione coordinata e integrata di unità operative omogenee o affini o complementari, SCANDITE SECONDO LOGICHE DISCIPLINARI

IL Dipartimento di Prevenzione

- Riduzione delle ASL
- Nascita delle MEGA ASL
- Forte disomogeneità nelle dimensioni e caratteristiche di territorio
- Iniziative regionali di modifica della struttura organizzativa prevista dal D.LGs 502/92 e s.m.e i. con:
 - Riduzione delle articolazioni previste
 - Diverso accorpamento delle funzioni
 - Appiattimento organizzativo che non può non compromettere le
- LIGURIA: soppressione dei SIAN
- TOSCANA: svuotamento organizzativo del dipartimento di prevenzione, ridotto a tre unità funzionali e la scomparsa paventata dell'igiene della nutrizione dal suo ambito.
- Lazio su un totale di 12 ASL IL SIAN è rimasto struttura complessa solo in 3 ASL - Poi ASL Ridotte a 10
- Veneto Prevista riduzione da 21 a 7 ASL
- Lombardia ?

**AD OGNI ASL
DEVE
CORRISPONDERE
UN DIPARTIMENTO
DI PREVENZIONE**

**NEL MONDO
DELLE MEGA ASL
È ANCORA
VALIDA QUESTA
AFFERMAZIONE ?**

**È ragionevole proporre e/o
proporre lo stesso modello
organizzativo per una ASL
di 60.000 abitanti anche
per una ASL di 1.500.000?**

**Così come esistono, requisiti minimi che
individuano e qualificano e criteri di
quantificazione che determinano i fabbisogni di
presidi ospedalieri, piuttosto che i laboratori
analisi, o i centri dialisi, eccetera, allo stesso
modo dobbiamo li individuare per i servizi del
dipartimento di prevenzione**

MEGA ASL

700

Numero ASL

600

500

400

300

200

100

0

1978

1995

2001

2011

2012

2013

2014

2014

2016

■ Numero ASL

659

228

197

146

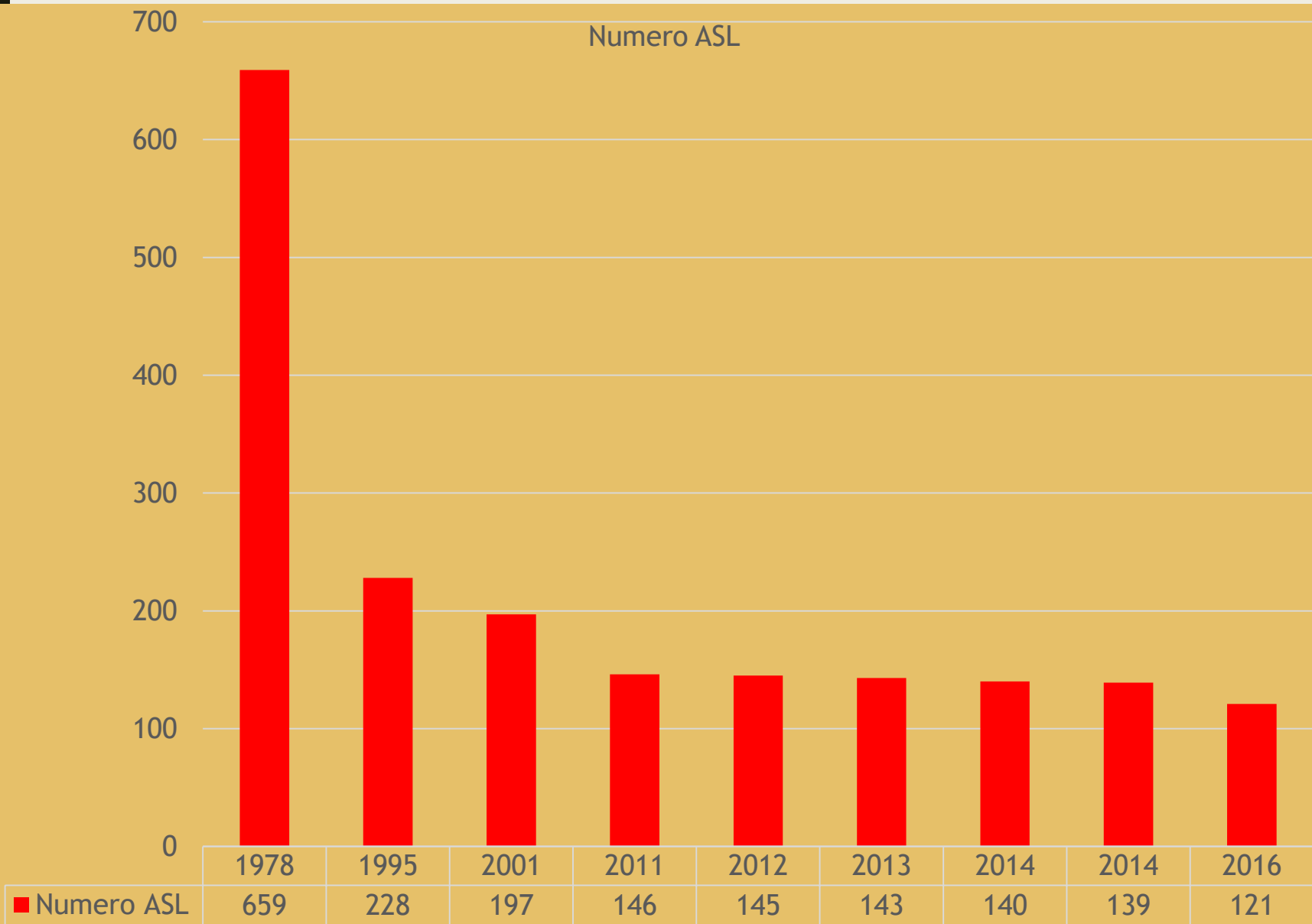
145

143

140

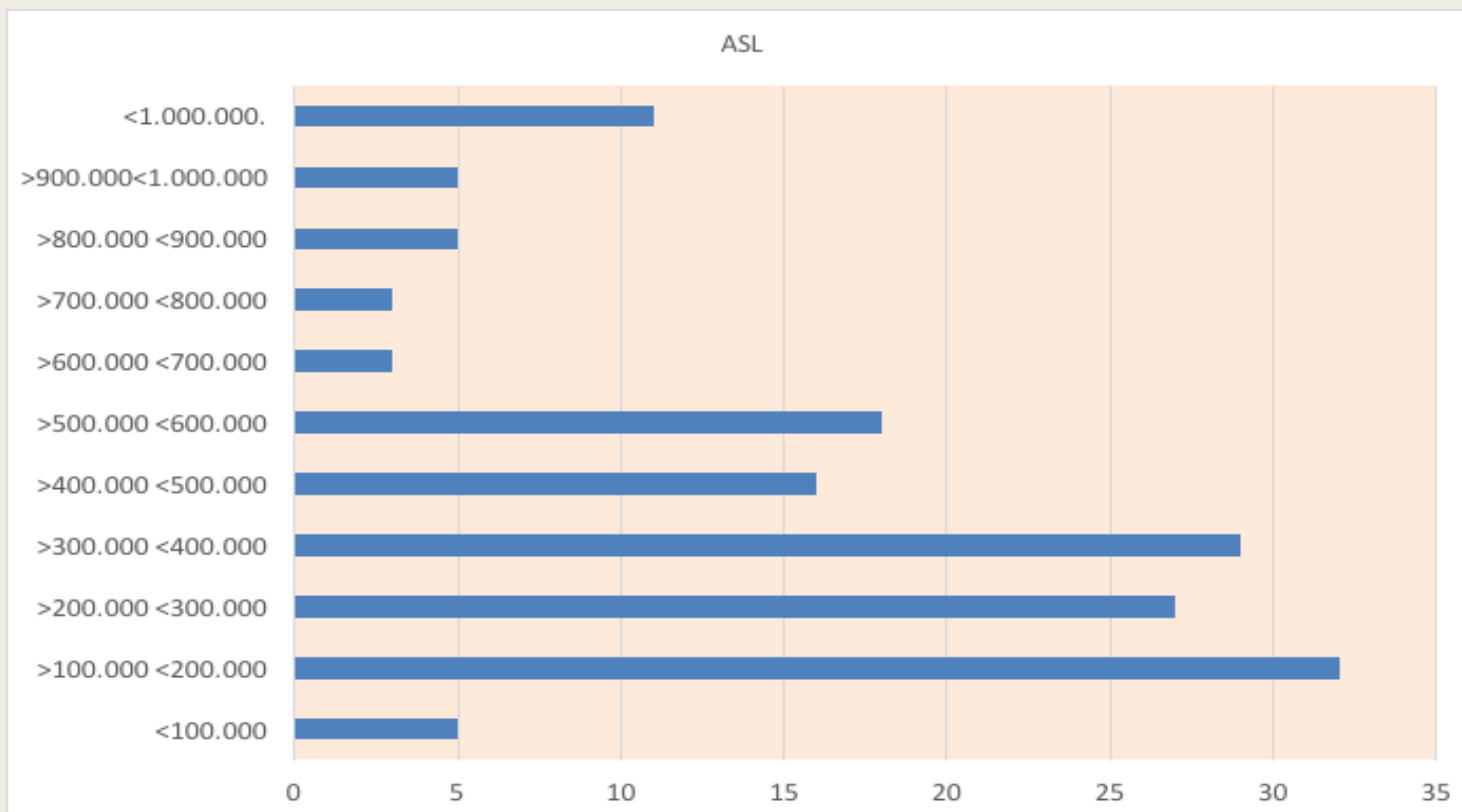
139

121

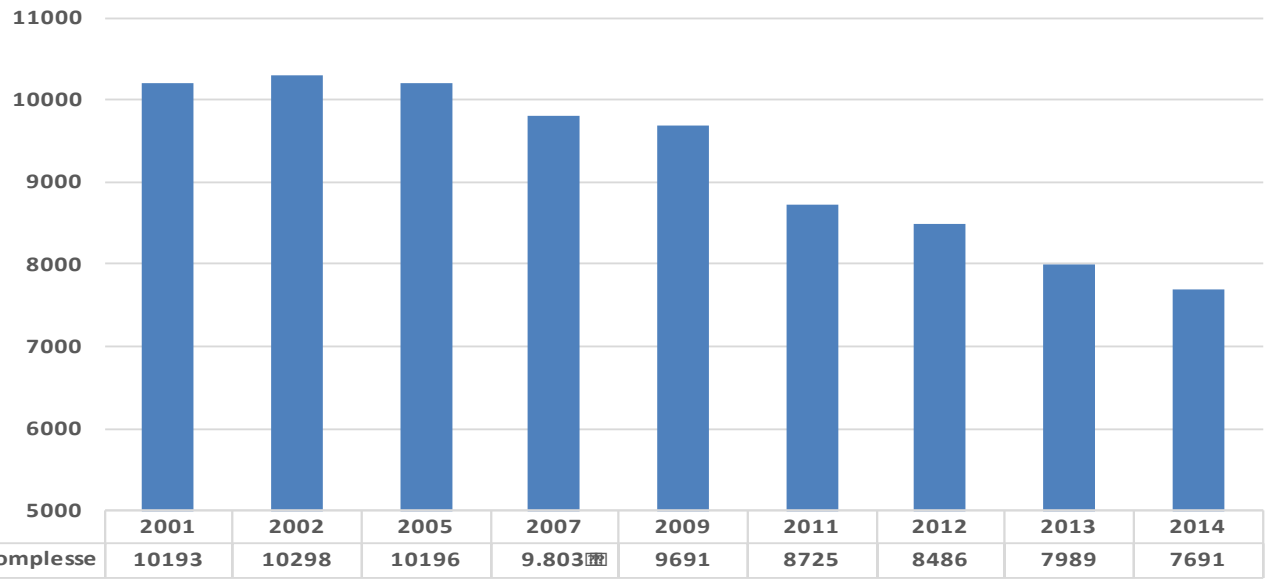


142 ASL

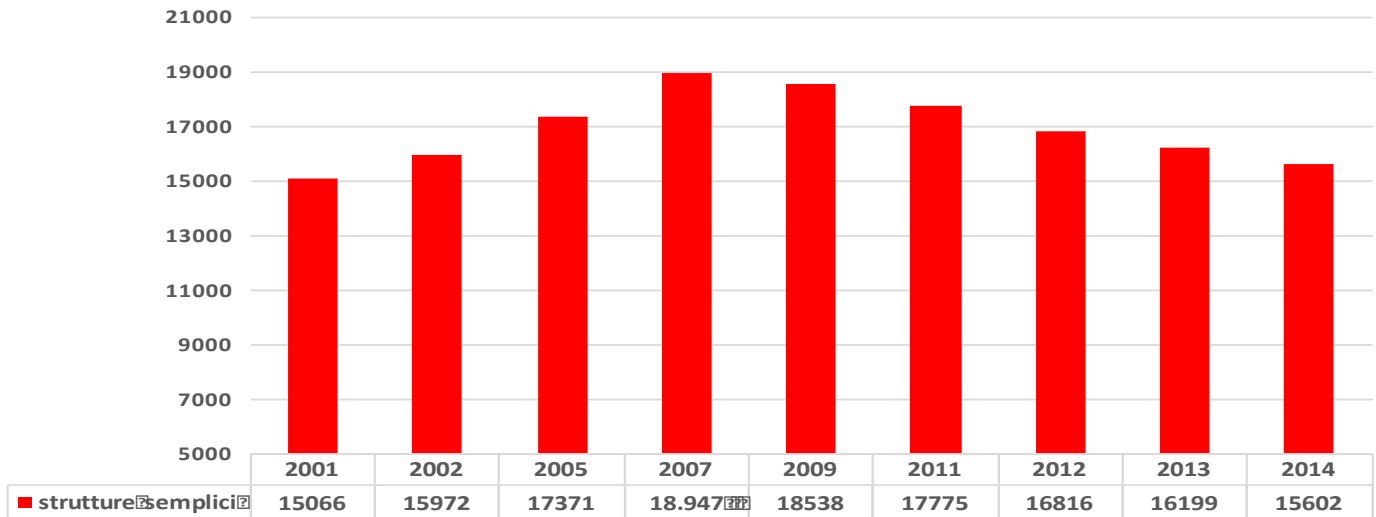
	Numero medio Abitanti	425.054
Più Piccola	Lanusei	57.699
	25% meno di	204.358
	50% Meno di	340.814
	75% meno di	540.856
più grande	MILANO	1.592.615
	11 asl con più di	1.000.000
	15 asl con meno di	150000



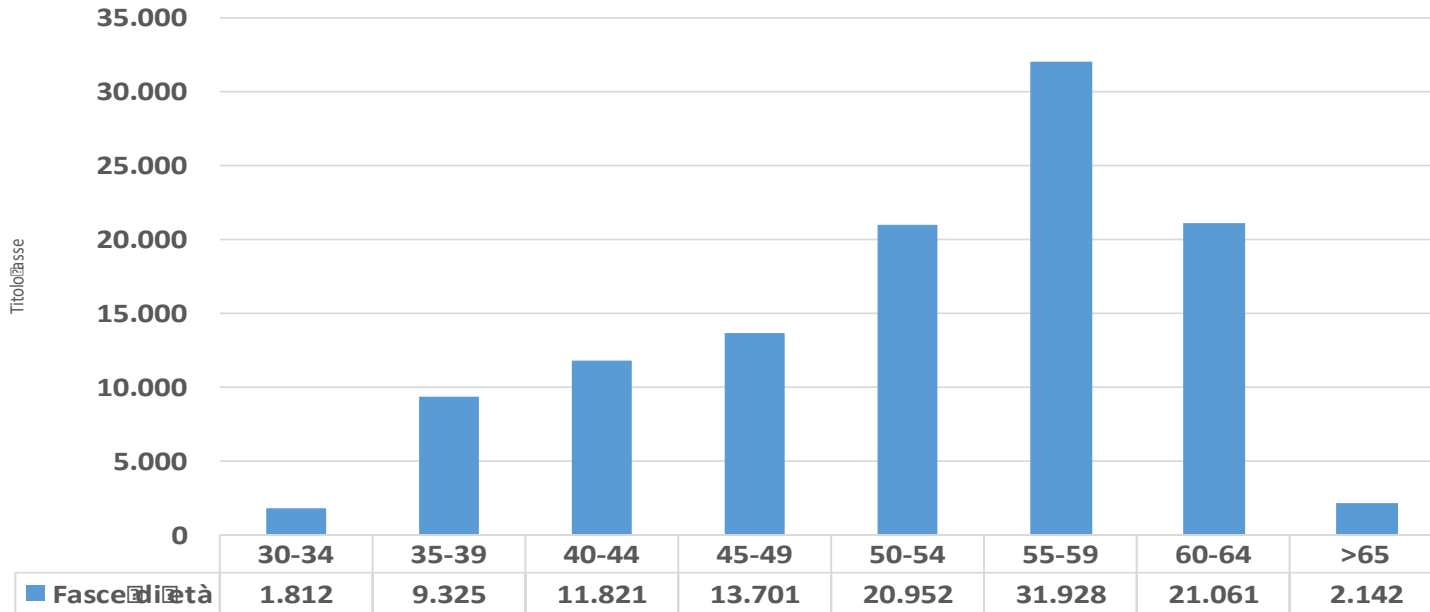
strutture complesse



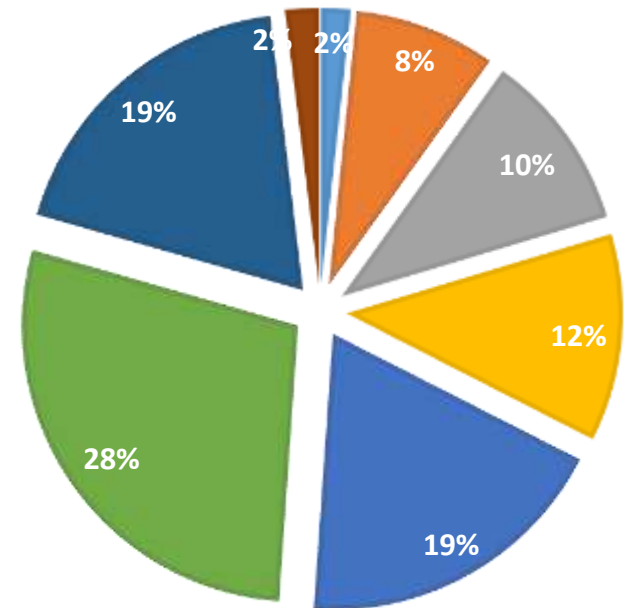
strutture semplici



Fasce di età



- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60-64
- >65

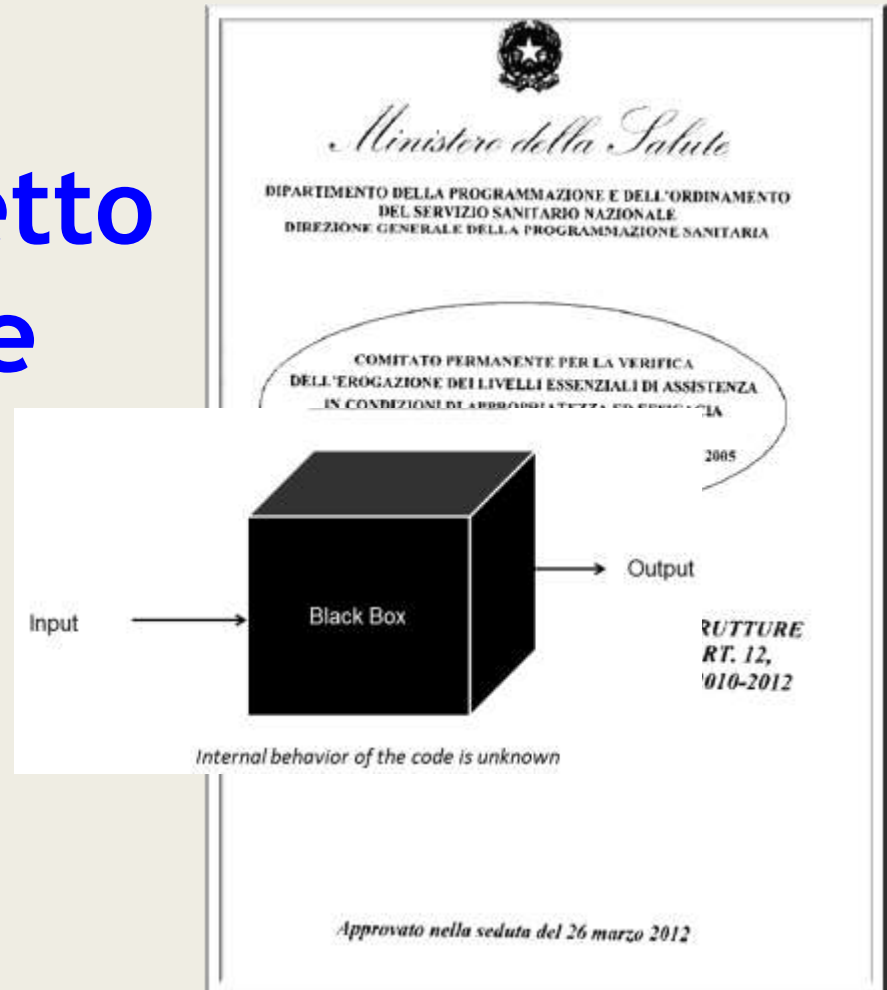


Come costruire gli standard
e i requisiti minimi ?



Approccio Letto di Procuste

Veloce ma
sbrigativo e
arbitrario



Come costruire gli standard
e i requisiti minimi ?

Approccio GLASS BOX Skill and Duty



Faticoso ma affidabile e
fondato su evidenze

Evitare i libri dei sogni !!



Domande

- Come costruire il sistema informativo della prevenzione
- Chi è il direttore di Dipartimento ?
- Chi è il direttore della struttura complessa ?
- Nuovi percorsi di carriera distinti per gestionali e professionali ?
- Formazione specialistica e accesso al SSN (art. 22 Patto per la salute)
- Task shifting (Comma 566 della scorsa Legge di Stabilità 2015)



Bozza di disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane ex art. 22 Patto per la salute

*Il problema dell'umanità è
che gli stupidi sono
strasicuri, mentre gli
intelligenti sono pieni di
dubbi.*



5 2018

Patto per la salute, incontro Governo-Regioni e sindacati. Divide l'accesso alla professione

NOI: SINDACATI, GOVERNO, BEATRICE LORENZINI, TEST PER L'ACCESSO ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA, PATTO PER LA SALUTE



ARTICOLI CORRELATI

18-04-2018 | Incontro Lorenzin-sindacati, apertura ma soggetto resta confermato

17-04-2018 | Sindacati perplessi, su assunzioni continuano a mancare certezze. Dal Governo solo un colpo ad effetto

14-04-2018 | Piani sanitari

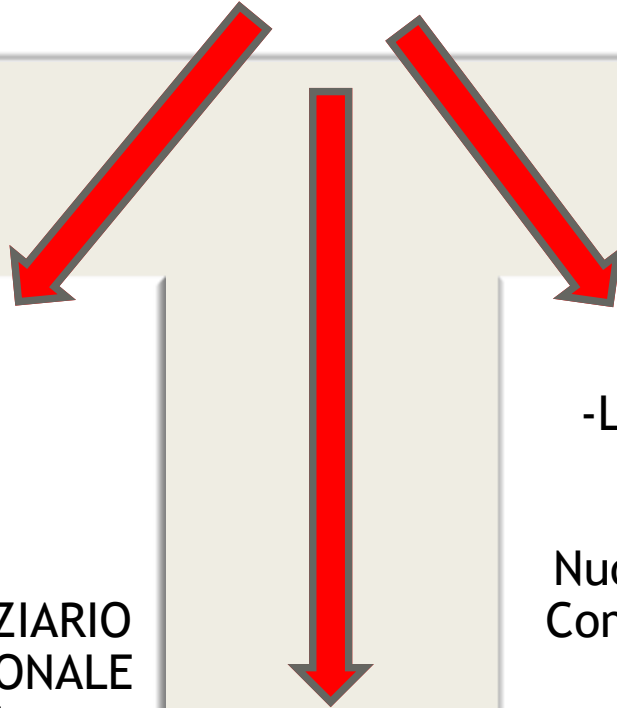
Formazione, calcolo del fabbisogno del personale, stabilizzazione dei precari in sanità e carriere dei medici sono stati questi i temi contenuti nella Legge delega in materia di sviluppo e gestione delle risorse umane (ex art. 22 del Patto della salute), affrontati nel corso di un incontro questa mattina tra il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, gli assessori regionali alla Sanità e i sindacati medici. Nella riunione sono stati illustrati i due documenti presentati dai sindacati e il prossimo appuntamento è previsto per il 26 aprile prossimo al ministero della Salute. In quell'occasione Regioni, Funzione Pubblica e Miur presenteranno le proprie osservazioni. Il nodo principale dell'incontro resta quello della formazione e in particolare sull'inserimento con contratto a tempo determinato degli specializzandi nel San al secondo biennio, sul quale le stesse forze sindacali hanno opinioni diverse e il Miur ha mostrato qualche resistenza.

Favorevole Cimo che la considera un'idea finalizzata ad anticipare l'età contributiva e a facilitare l'inserimento nella rete ospedaliera delle Regioni, contraria Cgil medici che sottolinea come il medico debba avere il tempo di formarsi e i cittadini il diritto di essere curati da medici formati. Soddisfatta le Regioni che parlano di «incontro positivo». Fra i principali temi di confronto sottolinea **Antonio Salita**, coordinatore della Commissione salute della Conferenza

- a) **la formazione specialistica dei medici e specifica in medicina generale:**
- b) **Disciplinare l'accesso del personale medico , veterinario e della dirigenza sanitaria al Servizio Sanitario Nazionale**
- c) **disciplinare lo sviluppo professionale di carriera della dirigenza, differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale:**
- d) **definire una metodologia condivisa tra il Ministero della salute e le regioni che consenta di individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell'area sanitaria,**

Art 32 della Costituzione
La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto
dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce
cure gratuite agli indigenti.

Omissis



833/78
UNIVERSALITA'
GLOBALITA'
UNICITA'
EGUAGLIANZA
DEMOCRAZIA
ACCENTRAMENTO FINANZIARIO
DECENTRAMENTO DECISIONALE
PROGRAMMAZIONE

D.LGS 502/92
Programmazione
-Livelli uniformi di assistenza
Regionalizzazione
Aziendalizzazione
Nuovo modello di finanziamenti
Competitivita' (accreditamento)
Partecipazione
Dipartimenti e Distretti

?

Editoriale

La resistenza ai cambiamenti: un male tutto italiano



In un contesto di sostenibilità precaria del SSN alcune nuove norme stanno cercando di ridurre gli sprechi, guadagnare efficienza e liberare risorse per far fronte ai crescenti bisogni sanitari della popolazione più longeva del mondo. Anziché comprensione,



collaborazione e la ricerca di nuove motivazioni stiamo assistendo a resistenze incomprensibili. Le norme sugli standard ospedalieri sono largamente inapplicate e sembrano quasi dimenticate; il decreto sull'appropriatezza ha sollevato un polverone mediatico e sindacale con pochi precedenti; le nuove norme sulla responsabilità professionale (che potrebbero liberare fino a 10 miliardi di risorse) sono state additate come un attentato ai diritti dei malati. Le nuove vaccinazioni (alcune delle quali manifestamente cost-saving) stanno trovando ostacoli strumentali nonostante le robuste evidenze scientifiche e - dulcis in fundo - le modifiche della Costituzione che aboliscono quel problematico mosaico giuridico della legislazione concorrente (che ha creato contenziosi infiniti in 15 anni di applicazione) vengono aspramente criticate (anche da alcuni colleghi che pensano di raccogliere le firme per il no al referendum !). Da cultori della sanità pubblica - con esperienze professionali, scientifiche e amministrative diversificate - riconduciamo questi eventi all'atavico male italiano della paura del cambiamento. Cambiamento che però oggi è necessario per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale, al quale noi igienisti ci sentiamo particolarmente legati.

*Carlo Signorelli, Presidente SItI
Walter Ricciardi, Presidente ISS*

1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico – assistenziale della struttura ed alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

Livelli di assistenza omogenei sul territorio nazionale:

- 1. Adeguatezza delle Strutture e dei Servizi in termini numerici**
- 2. Di risorse umane**