



**OPI BAT**

*Ordine delle Professioni Infermieristiche di Barletta Andria Trani*

*Protocollo: 114*

*Data 17/05/2018*

Bari, li 16 maggio 2018

**Al Consiglio Regionale della Puglia**

**III Commissione consiliare permanente**

**Oggetto: Analisi e valutazione proposta di legge "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità – Primi Provvedimenti"**

**Allegati: Progetto Nardino; Progetto Leonardo; B.u.r. Veneto n.85 del 4/09/2015**

Scriventi Ordini delle professioni sanitarie infermieristiche di Bari e Bat, in esito all'audizione in III Commissione sul DDL in oggetto, formalizzano con la presente le considerazioni ivi espresse nella forma verbale.

In via preliminare si ribadisce la piena condivisione della "ratio" e degli obiettivi che il provvedimento legislativo in esame esprime e delle modalità attuate dalla Regione nel confronto e partecipazione con gli organismi professionali di rappresentanza.

Esprimiamo con riserva soddisfazione per un provvedimento che, com'è noto, presenta analogie significative con quanto già realizzato in Regione Toscana con risultati che sembrerebbero essere soddisfacenti.

La proposta, tesa alla riduzione delle liste d'attesa e al riequilibrio dell'attività istituzionale contrattuale dovuta dai Professionisti Sanitari rispetto a quella in Alpi, metterebbe maggiore ordine in un sistema "Complesso, variegato e di difficile lettura e accesso per i cittadini".

Alcuni dati forniti dalla Regione sull'argomento, documentano in maniera incontrovertibile, in ogni ambito di attività ALPI, un disequilibrio a favore dell'attività svolta in Alpi rispetto a quella istituzionale.

La lettura dei siti istituzionali di tutte le Aziende Sanitarie in cui si realizza attività in ALPI evidenzia la totale carenza di informazioni utili a conoscere le prestazioni e l'organizzazione funzionale cui deputate le singole UU.OO. e i singoli professionisti. Ciò determina l'impossibilità di evidenziare l'attività istituzionale cui deputata la singola U.O e il singolo professionista.

Tanto determina l'impossibilità di conoscere dati ritenuti essenziali per determinare il volume prestazionale di attività in istituzionale rispetto all'ALPI.

L'accesso al servizio sanitario, soprattutto nella diagnostica, vede l'attività istituzionale inadeguata nei tempi dell'erogazione delle prestazioni per cui, è necessario rivolgersi al privato pur nelle possibili difficoltà economiche del cittadino che è quasi obbligato a non scegliere in virtù di un diritto alla salute che è lesa dai lunghi tempi di attesa dell'attività istituzionale.

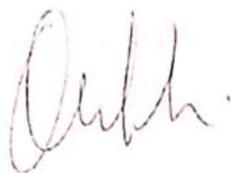
L'attività del Responsabile unico delle liste d'attesa denominato "Rula" diviene, a pieno titolo, figura cardine e responsabile di tutto il processo aziendale finalizzato al riequilibrio dell'attività istituzionale rispetto a quella in Alpi.

In ultimo, vogliamo promuovere per le finalità in oggetto, due proposte che impattano sulle "Liste d'attesa":

1. Puntare sull'infermiere "Care Management" e sull'assistenza Territoriale
2. Promuovere il modello adottato in Portogallo che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa attraverso l'utilizzo di un "voucher" da utilizzare in qualunque struttura pubblica se il suo bisogno di cure non è soddisfatto nei tempi previsti.

Certi di aver dato un parere costruttivo per un percorso che doveva essere necessariamente avviato, si porgono cordiali saluti.

Il Presidente OPI Bari, Saverio Andreola



Il Presidente OPI di Bat, Papagni Giuseppe



## **Proposta Opi Bari - Bat**

Il problema delle liste d'attesa è un argomento di grande interesse politico e sociale.

Gli ordini delle Professioni Infermieristiche delle province Bari e Bat propongono una lettura politica del contesto sanitario pugliese e si fanno promotrici di alcune proposte, puntano al miglioramento della salute pubblica.

**Due spunti di riflessione che cambiano totalmente il modo di inquadrare il problema "liste d'attesa", proponendo una visione che vede al centro il cittadino con il suo bisogno di salute.**

### **1. Puntare sull'infermiere "Care Management" e sull'assistenza Territoriale**

Solo pochi anni fa quasi tutto si concentrava sull'acuzie e sull'assistenza ospedaliera. Oggi l'età che avanza è sotto gli occhi di tutti, il nostro paese è uno tra i più longevi e, soprattutto, uno di quelli considerati di più in "buona salute".

Le patologie croniche sono in aumento e aumenta la non autosufficienza. I bisogni di questo tipo avrebbero necessità di un modello nuovo di assistenza che non c'è.

Secondo l' Oms l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta il vero grande problema dei Paesi industrializzati assieme alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata all'invecchiamento della popolazione ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.

Tutti i cittadini in base ai primi risultati dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva giudicano gli infermieri professionisti che si rivolgono loro con gentilezza e cortesia, sono disponibili all'ascolto, mostrano vicinanza, comprensione e anche emozioni rispetto ai pazienti. I cittadini si sono sentiti sicuri durante l'assistenza infermieristica e gli infermieri hanno anche fornito a pazienti e parenti informazioni chiare e comprensibili.

**Ma si lamentano perché gli infermieri sono pochi.** Hanno poco tempo da dedicare al contatto con le persone, anche perché spesso occupati in attività che li allontanano dall'assistenza vera e propria.

Tutto questo accade soprattutto in ospedale, mentre sul territorio c'è quasi il vuoto, tanto che i cittadini vorrebbero avere la possibilità di poter scegliere un infermiere di famiglia/comunità come si fa col medico di medicina generale, vorrebbero trovare gli infermieri nella farmacia dei servizi, avere la possibilità di consultarli in determinati casi come il trattamento di ferite e lesioni cutanee e averli disponibili anche nelle scuole, per bambini e ragazzi che ne potrebbero aver bisogno.

Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati quindi ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti

sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale.

La richiesta degli italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.

**La Federazione ha calcolato da tempo che su circa 16 milioni di persone che soffrono di cronicità o non autosufficienza il bisogno sarebbe di un infermiere ogni 500 pazienti: 30mila professionisti dedicati che eviterebbero un fai-da-te o l'aiuto di caregiver inesperti di cure cliniche che spesso riempie il pronto soccorso.**

Negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso fatalmente con i tagli legati ai piani di rientro, abbiano rinunciato a oltre 12mila infermieri (- 4,3%).

Per questo dovremmo riaffermare con forza come nei prossimi 10 anni sarebbe necessario assumere almeno 70mila infermieri (di cui 20mila per recuperare le "perdite" e fare fronte alle esigenze dettate dall'Europa sugli orari di lavoro e 50mila per espandere l'assistenza territoriale).

Da dieci anni nel Ssn ci sono circa due infermieri e mezzo per ogni medico. Non abbiamo quindi cambiato nulla nel modello di cura e assistenza. La circostanza che nei prossimi anni molti professionisti andranno in pensione pone molti problemi, ma apre una grande opportunità di ripensamento su come il Servizio sanitario nazionale debba funzionare.

**Puglia. Puntare sugli infermieri e sull'assistenza territoriale attraverso modelli di presa in carico dei bisogni di salute (cronicità) dei cittadini.**

Un professionista, l'INFERMIERE, con ruoli diversificati, inserito in un'organizzazione delle cure non più verticale, ma orizzontale, in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per soddisfare i bisogni degli assistiti.

Un modello che vede l'infermiere impegnato in prima linea con altre professioni sanitarie, così come accade in molte regioni d'Italia che hanno attivato un sistema di *"Care management infermieristico"*.

Il territorio, per i sistemi sanitari evoluti deve diventare il luogo primario di intervento per attuare modalità innovative di integrazione assistenziale finalizzate a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti complessi.

Il domicilio, il distretto e le forme organizzative evolute della medicina convenzionata rappresentano, pertanto, gli ambiti privilegiati dove realizzare la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia che impattano sulle "liste d'attesa".

Il progetto sperimentale "Care Puglia 3.0" presentato dall'Ares in occasione dell'evento **Forum Mediterraneo in Sanità, dal titolo "Innovazione e Sostenibilità delle Cure"**, mai partecipato da nessuna componente di rappresentanza professionale infermieristica è sostanzialmente incentrato su investimenti economici remunerativi alla figura del Medico di Medicina

**Generale che dovrà mettere a disposizione della rete dei servizi nell'ambito del management sanitario per la gestione delle cronicità e della presa in carico del paziente, i propri Infermieri di studio.**

Questo modello rappresenta un ennesimo cambio di rotta sulle politiche della salute sul care infermieristico avviato con precedenti sperimentazioni di cui la stessa Regione ha tratto beneficio in termini di riduzioni di costi e di efficienza del servizio reso ai cittadini.

Il Progetto sperimentale chiamato Care Puglia 3.0. rappresenta, per i contenuti che esprime, un ulteriore passo indietro della Puglia sulla qualità del sistema del "care management" che mortifica ancora una volta gli Infermieri e gli assistenti sanitari su cui i precedenti progetti erano stati definiti (Leonardo – Nardino).

Mentre le altre regioni d'Italia (Delibera G.R. Veneto Care Manager <https://bur.regione.veneto.it/BuryServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=305364>) investono nell'ambito del care management sulla professione infermieristica.

**Il modello proposto "Infermiere Care Management" impatta fortemente sul problema delle liste d'attesa.**

## **2. Il modello portoghese che azzerava le liste di attesa**

**Il fenomeno delle liste d'attesa non risulta essere solo un problema italiano.**

Per ridurre i tempi d'attesa negli ospedali il Portogallo ha adottato un modello che funziona e che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa con diritto per il paziente ad un voucher da utilizzare in qualunque struttura (pubblica o privata) se non viene operato nei termini previsti.

Un sistema che premia sia i pazienti che gli ospedali.

Una ricerca in tal senso proposta da Enrico Reginato, cardiocirurgo, presidente del FEMS – European Federation of Salaried Doctors, una federazione europea di sindacati medici ospedalieri, presenta una situazione europea a macchia di leopardo con delle isole felici: Portogallo e Francia.

### **Analizziamo il modello adottato in Portogallo**

Per ridurre i tempi d'attesa negli ospedali, il Portogallo ha adottato un modello che funziona e che trasforma le liste d'attesa in tempi d'attesa con diritto per il malato a un voucher da utilizzare in qualunque struttura pubblica se non viene operato nei termini previsti.

In questo modo ci guadagnano sia i pazienti che gli ospedali.

Il Portogallo, come l'Italia non ha molte risorse per finanziare il suo Servizio Sanitario Nazionale (spesa sanitaria pro-capite: €2.150 – €2.446 in Italia).

Negli ultimi decenni sono adottati numerosi provvedimenti, molti dei quali costosi ed inefficaci, con l'obiettivo specifico di ridurre le liste di attesa, nessuno però ha portato ai risultati sperati.

Nel 2004, però nasce una nuova prospettiva: il **SIGIC** (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).

Un nuovo approccio che si avvale di un potente sistema informatizzato che raccoglie in maniera trasparente e sicura (in termini di privacy) tutti i dati su tempi di attesa, volumi di prestazioni e performance degli ospedali pubblici e privati.

**Il principio alla base del SIGIC è che se un paziente non è operato entro il tempo prefissato ha diritto ad un voucher con cui può essere trasferito ad un qualsiasi altro ospedale (pubblico o privato portoghese) ed essere operato (sempre gratuitamente) nei tempi prestabiliti.**

Il vantaggio per i pazienti è evidente: una volta raggiunto il 70% del tempo massimo di attesa per il loro intervento nel loro ospedale di riferimento, possono chiedere di essere trasferiti ad un'altra struttura pubblica o privata ed essere operati immediatamente.

**Ma cosa ci guadagnano gli ospedali ad essere efficienti aldilà di una buona reputazione?**

La risposta è semplice: se un ospedale opera un paziente di sua pertinenza, questo viene rimborsato in base al DRG corrispondente.

Se un paziente non è operato entro un tempo prestabilito (che varia a seconda della procedura e delle condizioni del paziente), ha diritto a spostarsi e scegliere attraverso il sistema informatico un qualsiasi altro ospedale che ha una buona performance ed un tempo di attesa inferiore.

L'ospedale che accoglie il paziente trasferito guadagna i soldi del rimborso che non andranno più all'ospedale di pertinenza ma al nuovo ospedale in cui il paziente è stato operato.

**I soldi "viaggiano" con il paziente trasferito che costituisce una fonte di guadagno extra per gli ospedali più efficienti e clinicamente efficaci.**

Dal 2012, è stata introdotta una penale del 10% del rimborso per gli ospedali che non riescono a rispettare i "tempi giusti", che diventa un incentivo in più per migliorare e "trattenere" i loro pazienti.

Un sistema che ha azzerato le liste d'attesa in Portogallo.

I risultati del SIGIC:

- in cinque anni il tempo medio di attesa per una operazione chirurgica elettiva si è ridotto del 63%, da una media di otto mesi a soli tre mesi.
- Il numero di interventi fatti nelle strutture pubbliche e private è aumentato del 40% senza conseguenze per la qualità della performance.
- Nonostante un iniziale scetticismo nei confronti delle strutture pubbliche, si è osservato che non c'è mai stato, neanche agli inizi del programma, un esodo di massa dal pubblico al privato per i pazienti che avevano sfiorato i tempi di attesa.

- Tutte le strutture sia pubbliche che private hanno risposto al SIGIC aumentando la produttività per i pazienti di pertinenza durante l'orario lavorativo regolare ed in più hanno accresciuto la capacità produttiva aumentando le ore extra di lavoro per i pazienti trasferiti (intra moenia).
- Il privato ha assorbito il restante della domanda in eccesso.

Il Presidente OPI Bari, Saverio Andreola



Il Presidente OPI di Bat, Papagni Giuseppe

