



Aspetti organizzativi oggi nelle varie realtà italiane: tra delibere, piani sanitari nazionali e regionali, accreditamento

Anna Dalprà, Trento

Introduzione



Nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) è costituito un solo documento di indirizzo e di linea culturale e non un atto programmatico per le regioni o un progetto che stabilisce tempi e metodi per il perseguimento degli obiettivi. I PSN, hanno spesso posto il potenziamento della dialisi peritoneale tra gli obiettivi da perseguire, ma si sono occupati poco delle norme che ne regolano l'esercizio. Solitamente hanno fornito indicazioni di quanta percentuale di pazienti bisogna aumentare nel giro del triennio previsto. Il piano sanitario nazionale, viene emanato ogni 3 anni e declama i famosi LEA che risultano essere i livelli essenziali di assistenza, introduce anche nuove patologie in essi ad esempio la ludopatia, o altre patologie di cui c'è stato incremento nei tre anni precedenti. Alcune regioni, come quella del Trentino, hanno deliberato propri piani sanitari, per dettare gli indirizzi per la riorganizzazione dei rispettivi servizi.

Storia della riforma

Negli anni '70, quasi tutte le regioni hanno emanato norme per l'esercizio della dialisi domiciliare e citavano appena la dialisi peritoneale. Negli anni 80 tale normativa è stata rivisitata per il Piemonte, la Lombardia e il Trentino è stata prevedendo esplicitamente la dialisi peritoneale con le risorse da dedicarle e i corsi di aggiornamento per i pazienti e/o partner dialitico.

Norme di accreditamento

I Dlgs 502/92, 517/93 e 229/99 introducono modifiche molto rilevanti nel SSN e definiscono i concetti di autorizzazione ed accreditamento istituzionale per le strutture ospedaliere e non delegano alle regioni l'adozione dei provvedimenti necessari. L'autorizzazione è obbligatoria sia per la realizzazione di nuove strutture sanitarie che per l'esercizio di attività sanitarie e stabilisce:

- il possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per garantire sicurezza ed efficacia; il riferimento normativo nazionale è il dpr 14 gennaio 1997.
- è obbligatorio per poter erogare prestazioni per conto del SSN, il possesso, oltre di requisiti minimi, di ulteriori requisiti che devono essere definiti dalle regioni
- la stipula tra committenti ed erogatori di accordi contrattuali che definiscono programma di attività, remunerazione e controlli;

L'accreditamento è quindi una attestazione della capacità di operare che, un soggetto di riconosciuta autorità, rilascia nei confronti di chi svolge un ruolo in un determinato contesto sociale.

Attività di dialisi peritoneale nell'accreditamento in alcune regioni

Sono ancora poche le regioni che hanno normato in materia di accreditamento dei centri dialisi e ancora meno quelle che hanno considerato l'attività di dialisi peritoneale.

Alcuni esempi:

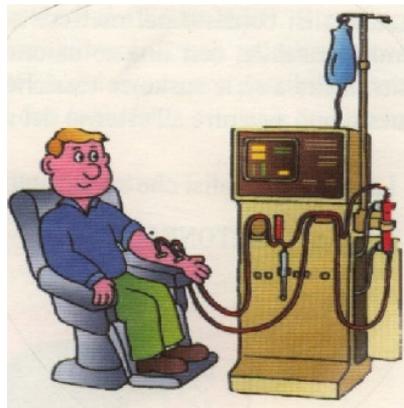
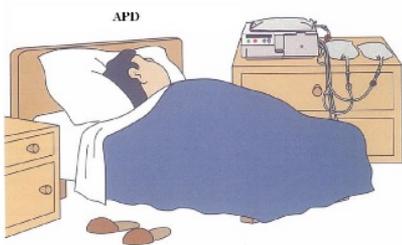
Puglia: Nel 2003 le linee guida riuniscono in un documento molto chiaro i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio distinguendo gli standard minimi e quelli ulteriori di qualità e in queste linee guida si fa finalmente riferimento all'attività dialitica

Emilia Romagna: Si colloca all'avanguardia in quanto stabilisce che le strutture complesse possono rappresentare riferimento per la dialisi domiciliare e devono però soddisfare i seguenti requisiti.

«il numero dei pazienti in trattamento deve essere commisurato con almeno 1 medico 2 infermieri nei primi 20 pz ed un altro ogni 15 pz in più»

Da notare che Circa l'80% delle nostre regioni porta nei loro piani sanitari regionali questa dicitura. Il fatto è che non è vincolante

Formazione in Emilia Romagna dialisi peritoneale ed emodialisi



Dall'allegato per la formazione del personale si estrapola la necessità di: “conoscere le apparecchiature e i materiali della dialisi peritoneale, la modalità di gestione di una seduta di dialisi peritoneale, le modalità di medicazione dell'exit site e le modalità per il cambio di raccordo del catetere; conoscere le procedure di intervento in caso di sospetta peritonite “

TRAVERSALMENTE: «di conoscere le modalità di smaltimento rifiuti e le

precauzioni universali per la prevenzione delle malattie a trasmissione ematica, conoscenza dei farmaci e la loro modalità di somministrazione»

Il centro poi dovrebbe poter contare della presenza di:

- Una dietista
- Uno psicologo
- Un assistente sociale
- Un terapista della riabilitazione
- Personale di segreteria

In emodialisi il personale infermieristico deve essere appositamente formato attraverso un addestramento teorico pratico non inferiore ai 3 mesi e devono esistere dei piani per creare e mantenere un serbatoio di personale formato a cui attingere per eventuali sostituzioni

2017 Piano per la cronicità (PNC)



In base all'aumento dei pz con patologie renali croniche e altre patologie (reumatiche, cardiovascolari...) si è pensato ad un PNC. Nasce dalle esigenze di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo proponendo un documento condiviso dalle regioni che, compatibilmente con le disponibilità economiche e le risorse, individui un disegno comune inteso a promuovere interventi basati sull'unitarietà dell'approccio centrato sulla persona. È orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza cercando di alleviare l'individuo e la sua famiglia e di migliorare la qualità di vita rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termine di prevenzione e di assistenza.

In sintesi ogni singolo piano prevede:

1. Un sintetico inquadramento generale

2. Un elenco delle principali cronicità dell'assistenza
3. Definizione di obiettivi generali specifici, linee guida, monitoraggio

Per affrontare ciò in maniera univoca lo snodo cruciale del cambiamento è l'utilizzo dei PDTA. Fondamentale è che le regioni, istituiscano le unità complesse di cure primarie e le aggregazioni funzionali territoriali quali forme organizzative di medicina convenzionata integrata con il personale del SSN. Quali sono gli elementi che influenzano le decisioni:



Da un recente studio della dott.ssa **Saiani e Di Giulio** viene evidenziato quali attività vengono **omesse**:

- l'igiene del cavo orale nel 41%
- frequente cambio di posizione
- dialogo e confort dei pazienti
- educazione al paziente e alla famiglia
- sviluppo ed aggiornamento dei piani di assistenza
- appropriata sorveglianza"

Prima del 1990 secondo il DPR 128/68, si doveva erogare una assistenza di 120 ' a persona nell'arco delle 24 h, e la determinazione del fabbisogno infermieristico doveva essere conformata al tasso di utilizzazione dei posti letto , dal tasso di posti letto per abitante, e veniva caldeggiata una maggior attività day –hospital.

Negli anni 2000 si è spostata l'asse dallo stato alle regioni attraverso il:

- DLGS 502/92, DLGS 517/93, DLGS 165/2001. l'asse decisionale viene lasciato alle aziende che vengono dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa patrimoniale e contabile
- DLGS 29/93 e 6/94: le aziende devono ridefinire le piante organiche aziendali sulla base dei carichi di lavoro (la quantità totale degli atti ed operazione prodotte in tempi standard di esercizio delle attività svolte in quanto copertura dell'esercizio svolto)

Anche la politica in materia fiscale ha molto condizionato negli ultimi 15 anni in materia di fabbisogno di personale ma non c'è chiarezza non c'è un quadro di riferimento nazionale e abbiamo una visuale del nostro territorio alla "selvaggia". Si dovrebbero analizzare tre parametri:

- fabbisogno,
- dotazione,
- presenze.

Le società scientifiche devono svolgere in modo appropriato un ruolo fondamentale per la scelta degli indicatori da prendere in considerazione nella determinazione del carico di lavoro. Tutti gli interventi della politica con leggi o delibere come:

- PSN
- Piani regionali
- Linee guida
- Piano cronicità
- Legge Gelli-Bianco
- Legge 161/14 ...

Il nostro lavoro è dettato da normative che rendono più articolato, complesso il nostro modo di fare assistenza.

Conclusione

Al tavolo si siedono infermieri, medici, pazienti, tecnici, oss, amministrativi... sta in noi pensare ed agire secondo le evidenze scientifiche e le normative, ricordando che anche noi un giorno potremo essere seduti lì come i nostri pazienti...



Bibliografia

1. Le leggi di riordino del SSN: l'aziendalizzazione *Lgs 502/92 e 517/93*
2. Ministero della Salute Direzione generale della programmazione sanitari "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
3. Ministero della Salute Direzione generale modifiche apportate dalle leggi e dai decreti successivi al decreto legislativo n. 229 del 1999
4. Ministero della salute Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 Piano per la cronicità (PNC)