

QUALITÀ = EFFETTIVI SUFFICIENTI

ASPETTI POLITICI ED ECONOMICI

Meinrado Robbiani

1. Introduzione

La riflessione e la discussione proposte dalla odierna giornata di studio non possono trascurare quanto va muovendosi sul fronte del dibattito politico e parlamentare in relazione all'organizzazione e al funzionamento del settore della salute.

Ignorarlo equivarrebbe a dilatare la distanza e le difficoltà di collegamento tra componenti e ambiti, il cui dialogo è invece una condizione indispensabile per riuscire a delineare una via d'uscita dagli ostacoli e dalle "impasses" che pesano sulla sanità.

Può perciò essere utile rivolgere un rapido sguardo ai principali orientamenti e temi, che sono attualmente al vaglio del parlamento federale.

2. LAMal: obiettivo in parte disatteso

Pur non coprendolo integralmente, la spina dorsale del settore della salute è, dal profilo legislativo, la legge sull'assicurazione malattia (LAMal). Entrata in vigore nel 1996, ha costituito il più articolato progetto di riconfigurazione dell'assicurazione malattia degli ultimi decenni. La LAMal ha perseguito tre obiettivi prioritari:

- garantire a tutta la popolazione, grazie ad una assicurazione obbligatoria, l'accesso a cure di qualità, colmando nel contempo alcune lacune nel catalogo delle prestazioni;
- rafforzare la solidarietà tra gli assicurati tramite segnatamente l'obbligatorietà della copertura assicurativa, il premio unico, il libero passaggio integrale, un modello di compensazione dei rischi, la riduzione individuale dei premi per le persone a reddito modesto;
- contenere i costi della salute

Se per i primi due il bilancio è positivo, si è stati ben presto costretti a constatare che il terzo obiettivo rimaneva abbondantemente disatteso. A partire dall'adozione della LAMal, i costi della salute sono progrediti del 3,4% all'anno per abitante e persino del 5,8% nel campo dell'assicurazione obbligatoria. Questo aumento è peraltro ricollegabile alla crescita delle tariffe e dei costi unitari ma soprattutto all'estensione del volume delle prestazioni.

Diversamente dal decennio precedente –durante il quale l'incremento dei costi era risultato analogo- l'aumento dei costi non è più stato assorbito da una parallela lievitazione delle retribuzioni e delle risorse finanziarie dello Stato. Il costo della salute è perciò diventato rapidamente una pietra d'inciampo ingombrante, che erode in misura significativa i redditi familiari e grava ampiamente sulle finanze pubbliche già sottoposte ad acute pressioni.

3. Alcuni dati di riferimento

L'attenzione si è perciò ampiamente focalizzata sui costi della salute e sulla ricerca di misure atte a contenerne l'incremento. Non è perciò superfluo, da questo profilo, richiamare in modo succinto alcuni dati statistici, che illustrano la dimensione e la portata finanziaria del sistema di cura.

Il volume delle attività di cura supera oggi l'11% del prodotto interno lordo (cioè oltre 50 miliardi di franchi annui). La Svizzera occupa peraltro il secondo rango su scala internazionale, dietro agli USA e davanti alla Germania.

Una parte di queste attività (un po' meno della metà, corrispondente tuttavia al nocciolo più significativo dell'intero sistema di cura) rientra nel quadro dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, alla quale è del resto primariamente rivolto lo sguardo della popolazione.

Dal profilo delle prestazioni, il peso delle principali categorie di costo è così distribuito (percentuali arrotondate):

nel complesso

- trattamento ospedaliero stazionario	50%
- trattamento ambulatoriale	30%
- medicinali	10%

nell'assicurazione obbligatoria

- trattamento ospedaliero stazionario	30%
- trattamento ambulatoriale	50%
- medicinali	20%

Si può inoltre ricordare che il finanziamento dei costi della salute è a carico delle economie domestiche nella misura di circa 2/3; 1/5 è coperto dagli enti pubblici e altrettanto dalle assicurazioni sociali.

4. Consolidamento del sistema

E' -come detto- verso il contenimento dei costi che si è soprattutto orientato l'impegno del governo e del parlamento federale. Con la seconda revisione della LAMal, il cui Messaggio risale al settembre 2000, si è inteso apportare una correzione di rotta, capace di ovviare al persistente insuccesso della legge sul fronte dei costi della salute.

Ampliando eccessivamente il carico iniziale delle proposte avanzate dal Consiglio federale, il parlamento ha tuttavia finito per decretare il naufragio di questa revisione, che è caduta in occasione del voto finale nel dicembre 2003.

Questa battuta d'arresto non ha evidentemente cancellato l'esigenza di un adattamento del sistema. Il Consiglio federale ha subito riavviato la procedura di revisione della LAMal, adottando tuttavia la precauzione di separare i vari campi della prospettata revisione in modo da evitare che le opposizioni all'uno o all'altro, cumulandosi, provochino nuovamente il fallimento dell'intero esercizio.

5. Gli obiettivi del CF e l'iter parlamentare in corso

Il Consiglio federale ha così emanato, nel corso del 2004, un pacchetto di Messaggi che, accanto ad alcuni aspetti di dettaglio e alla proroga di norme che giungevano a scadenza, riguardano in particolare:

- la riduzione dei premi
- la libertà di contrarre
- la partecipazione degli assicurati ai costi
- il Managed Care
- il finanziamento ospedaliero

A lato, ha proposto un adattamento del modello di finanziamento delle cure negli istituti medico-sociali (il cui Messaggio è stato pubblicato ad inizio 2005) e si è pure prefissato di elaborare una diversa formula della compensazione dei rischi nell'assicurazione malattia.

Il parlamento, rimescolando parzialmente l'ordine nel quale affrontare i diversi temi, ha innanzitutto varato le nuove norme in materia di riduzione dei premi per i figli, entrate in vigore ad inizio 2006. Sugli altri temi, l'esame del parlamento è tuttora in corso. Quelli, dove il dibattito è più avanzato, sono:

- il finanziamento ospedaliero
- la compensazione dei rischi.

6. Il perno del finanziamento ospedaliero

In considerazione della portata finanziaria del settore ospedaliero, uno dei principali cardini della revisione della LAMal è costituito dall'adattamento del finanziamento delle cure stazionarie. Negli intendimenti del Consiglio federale, la revisione del modello di finanziamento degli ospedali dovrebbe ruotare attorno:

- al rafforzamento della pianificazione ospedaliera;
- al passaggio dall'attuale sistema di copertura dei costi ad un sistema di finanziamento delle prestazioni basato su importi forfetari per tipo di intervento;
- alla ripartizione della copertura dei costi in parti uguali tra Cantoni e assicuratori;
- all'adozione di metodi gestionali più trasparenti ed efficaci.

Il dibattito è tuttora in corso. A ritardarne lo sbocco è soprattutto lo scoglio della ripartizione dei costi tra i Cantoni e gli assicuratori. Siccome il nuovo sistema comporta un aumento dei costi coperti dall'assicurazione obbligatoria, entrambi gli attori tendono ad opporsi ad un aggravio a loro carico.

L'indirizzo adottato dal Consiglio degli Stati, che ha optato per una suddivisione che mette il 60% a carico dei Cantoni e il 40% a carico degli assicuratori, incontra la netta resistenza dei primi. La palla è ora nel campo dell'altra Camera.

7. Ardue vie d'uscita

Come testimoniano questi rapidi accenni, il dibattito politico è ampiamente catalizzato dal tema dei costi della salute, nell'evidente timore che una sua incontrollata progressione metta a repentaglio sia l'odierna impostazione del sistema di cura, sia la sua accettabilità da parte della popolazione. Gli sforzi per il controllo dei costi si imbattono tuttavia in ostacoli tutt'altro che agevoli da superare. Un intricato intreccio di fattori concorre ad

ostacolare l'adozione di provvedimenti più efficaci di contenimento dei costi. E' innanzitutto il caso per l'andamento demografico con l'invecchiamento della popolazione, i progressi costanti della tecnologia nel campo medico, le attese degli assicurati che aspirano a prestazioni di elevata qualità, la tendenza ad una medicalizzazione eccessiva dell'esistenza, le ricadute della crescente precarizzazione e insicurezza nel campo lavorativo e sociale.

Un ruolo frenante è pure svolto dagli interessi corporativi ed economici dei principali attori operanti nel campo della salute; vi spiccano in particolare il corpo medico e l'industria farmaceutica.

Non è esente da effetti anche il contrasto concettuale tra, da un lato, chi punta in direzione di una accresciuta concorrenza e, dall'altro, chi persegue un incremento della pianificazione del sistema di cura. In un contesto politico centrato sulla concordanza, la ricerca di un equilibrio tra queste due traiettorie costringe ad una impegnativa e faticosa costruzione di compromessi.

8. Costi e qualità delle cure

Agganciando ora questi brevi richiami al tema dell'odierna giornata di studio, può innanzitutto essere constatato che l'obiettivo del contenimento dei costi si interseca inevitabilmente con quello della qualità delle cure. Sarebbe riduttivo intravedere una sovrapposizione completa tra le due entità nel senso di una reciproca incompatibilità e contrapposizione. La riduzione dei costi non equivale in termini immediati ed aritmetici ad un equivalente abbassamento della qualità delle cure. Una migliore delimitazione degli obiettivi ed una più efficiente organizzazione delle cure possono condurre ad un contenimento dei costi che non si traduca in una parallela decurtazione della qualità. E' però indubbio che tra i due aspetti sussista una condizione di attrito.

Lo stesso rilievo vale per gli effettivi di personale sanitario -componente insostituibile di un sistema ad elevata qualità- che ne è inevitabilmente condizionato.

La ricerca di un più efficace controllo dei costi è perciò chiamata a tenere presente l'esigenza di non compromettere la qualità delle cure. Si tratta con ogni evidenza di un esercizio irto di ostacoli e difficoltà. I criteri che consentono di misurare e valutare la qualità sono d'altronde, per loro stessa natura, di più complessa costruzione e impiego rispetto a quelli essenzialmente quantitativi che rilevano i costi. E' perciò inevitabile che, soprattutto sul versante degli effettivi, oltre alle argomentazioni attinte ad analisi e studi scientifici assuma legittimità la pressione delle organizzazioni di categoria. Lo stesso dicasi per la popolazione quando si prospetti una minaccia consistente della qualità delle cure.

9. Una prospettiva nuova?

Nel più recente dibattito attorno al sistema di cura si è aperto uno spiraglio, che potrebbe indurre a guardare con occhi diversi anche al problema dei costi. In recenti prese di posizione, che hanno coinvolto anche il Dipartimento federale competente, è stato messo in evidenza il contributo rilevante fornito dal settore sanitario all'economia ed all'occupazione. Si invita cioè a guardare al settore delle cure non solo come fonte di costi ma anche come area che genera un significativo volume di valore aggiunto e di posti di lavoro. Da questo profilo, anche il tema degli effettivi potrebbe assumere una connotazione leggermente diversa.

Guardare al settore della salute da una angolazione un poco riveduta può certamente essere opportuno. Non si può tuttavia mancare di rilevare che, dietro questa visuale, si

cela il rischio di sminuire la nozione di servizio, facendo prevalere obiettivi di natura economica e persino di profitto.

10. Conclusioni

La realizzazione di un sistema di cura, che sappia miscelare un elevato livello di qualità con un costo sopportabile, sembra oggi avvicinarsi all'esercizio proibitivo della quadratura del cerchio. Non ci sono però alternative. Pur consapevoli di essere confrontati ad una sfida immane, si è chiamati ad edificare un sistema di cura capace di comporre in una sintesi virtuosa l'obiettivo della qualità e il condizionamento dei costi.

In questo ordine di idee, oltre all'adattamento progressivo delle attuali basi legali, sarà ineludibile una partecipazione ed assunzione più ampia di responsabilità da parte di tutte le componenti coinvolte nel sistema di cura. Oggi si assiste piuttosto ad un loro arroccamento su posizioni di difesa dei propri interessi, che deve potere essere sostituita da una linea di apertura al confronto e alla ricerca di convergenze.

Giornata di Studio

Non sotto un certo limite:
qualità = effettivi sufficienti

21 novembre 2006

Aula Magna Conservatorio della Svizzera Italiana
Lugano Besso



Scuola Specializzata Superiore
Cure Infermieristiche



Associazione
Svizzera
Infermieri

Scopri di più su www.eduqua.ch

CRITERI MINIMI D'ASSISTENZA

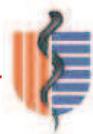


Dott.ssa Anna De Benedetti
Giovanni Marvin

Ufficio del Medico cantonale, DSS

ASPETTI GENERALI

I sistemi sanitari dei vari paesi occidentali adottano diversi modelli e differiscono tra di loro nella quantità e nei tipi di risorse che utilizzano, ma hanno valori e principi comuni che li accomunano



VALORI E PRINCIPI COMUNI

- **Universalità** = nessuno é precluso dall'accesso all'assistenza sanitaria
- **Solidarietà** = concetto intimamente legato al regime finanziario applicato al sistema sanitario e alla necessità di garantire l'accessibilità a tutti
- **Equità** = parità d'accesso in funzione del bisogno, senza distinzione di genere, appartenenza etnica, età o ceto sociale
- **Qualità delle cure** = prestazioni efficaci e sicure

Definizioni tratte dalla Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea (2006/C 146/01)

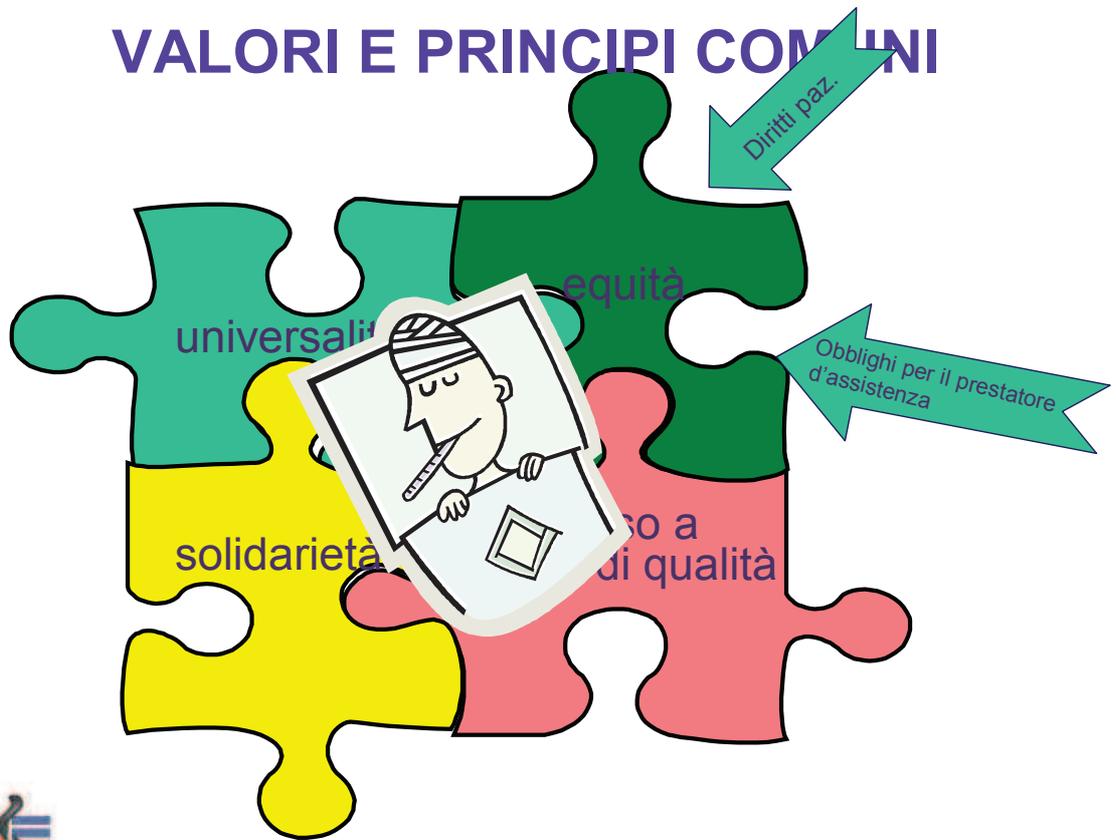


TRENDS GENERALI NEI PAESI OCCIDENTALI

- Costante aumento della spesa sanitaria derivante dalla crescente domanda di cure (spec. persone anziane) e da esigenze sempre maggiori dal settore sanitario
- Progresso tecnologico



VALORI E PRINCIPI COMUNI



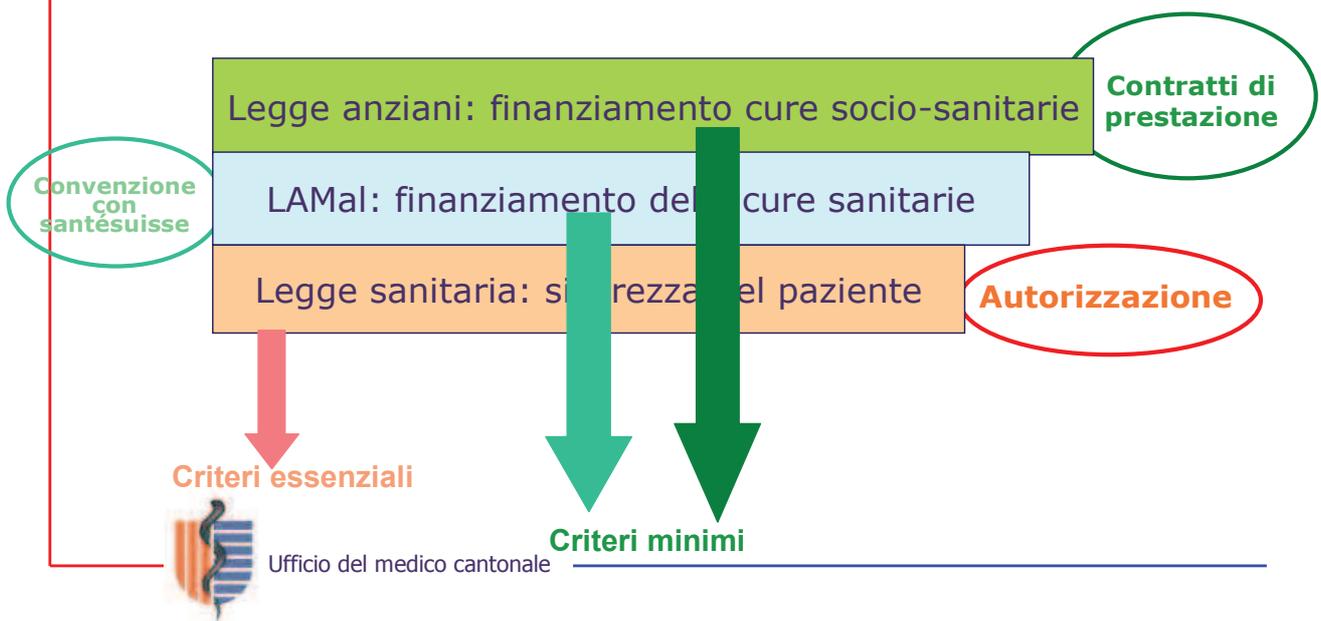
QUALITÀ ASSISTENZA SANITARIA

Negli ultimi 15 anni vi è stata una grande enfasi vs la misurazione della qualità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Analisi delle relazioni tra struttura, organizzazione, pratica clinica e gli "esiti" sui pazienti, ossia il cambiamento nel loro stato di salute



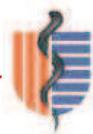
COME SI DEFINISCONO I CRITERI DI QUALITÀ:RUOLI E COMPETENZE



CRITERI MINIMI ed ESSENZIALI D'ASSISTENZA

Criterio minimo = la più piccola delle
quantità possibile della stessa

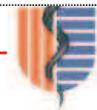
Criterio essenziale = caratteristica/
elemento indispensabili perché lo
stesso possa essere



PRESTAZIONI A DOMICILIO

Codice	Descrizione prestazione	Figure professionali abilitate a eseguire				
		INF/ICMP	AG / OSS	AF / OSA	Ass. Cura	Aus.Cu 120
1. Igiene						
3000	1.1.Igiene completa a letto	si	si			
3001	1.2.Igiene totale in bagno o doccia	si	si			
3002	1.3.Igiene parziale letto o lavandino	si	si			
3003	1.4.Igiene parziale con guida	si	si			
3004	1.5.Igiene degli orifizi della faccia (+barba)	si	si			
3005	1.6.Igiene genitali e sacro	si	si			
3006	1.7.Lavare i capelli	si	si			
3007	1.8.Taglio unghie	si	si			
3008	1.9.Frizioni correnti per la cura dei tegumenti, e lenire i dolori	si	si			
3009	1.10.Massaggi per prevenzione ulcere da decubito	si	si			
3011	1.11.Manicure e pedicure a carico CM	si	no			
3012	1.12.Rifacimento letto	si	si			
2. Respirazione						
3051	2.1.Esercizi respiratori	si	si	no	no	no
3052	2.2.Inalazioni	si	si	no	no	no
3053	2.3.Somministrazione di O2	si	si	no	no	no
3054	2.4.Aspirazione delle secrezioni naso-bocca	si	si	no	no	no
3055	2.5.Aspirazione endotracheale	si	si	no	no	no
3056	2.6.Cura della tracheostomia	si	si	no	no	no

Santésuisse:
**NO IN SITUAZIONE
 COMPLESSA O
 INSTABILE**



CRITERI DI STRUTTURA CPA



 DIMENSIONE STANZE	CRITERIO ESSENZIALE	CRITERIO MINIMO
Stanza singola	12 mq	16 mq
Stanza doppia	18 mq	25 mq



DOTAZIONE CPA



	Situazione < 15 dicembre 2003	Situazione >15 dicembre 2003
Dotazione minima	n. tot personale (determinata da valori griglia Paillard)	n. tot personale (determinata da valori griglia Paillard)
Dotazione essenziale	Ripartizione per funzione libera	ripartizione per funzione 40% personale inf e 60% personale ausiliare



DOTAZIONE CPA

CPA med pubb suss

	Tot. Inf.	% = 40.00	Tot. Aus.	% = 60.00
1	14.0	53.64	12.1	46.36
2	11.3	55.12	9.2	44.88
3	24.4	37.37	40.9	62.63
4	8.4	33.60	16.6	66.40
5	9.8	41.53	13.8	58.47
6	1.7	100.00		
7	10.3	47.47	11.4	52.53
8	11.8	45.74	14.0	54.26
9	12.7	41.91	17.6	58.09
10	16.4	52.90	14.6	47.10
11	17.8	35.39	32.5	64.61
12	19.2	49.74	19.4	50.26
13	17.4	29.79	41.0	70.21
14	18.5	44.05	23.5	55.95
15	25.1	45.80	29.7	54.20
17	17.9	38.33	28.8	61.67
18	16.3	45.28	19.7	54.72
19	17.7	38.82	27.9	61.18
20	12.4	69.74	18.8	60.26
21	11.2	30.52	25.5	69.48
22	10.7	60.80	6.9	39.20
23	17.0	52.63	15.3	47.37
24	13.2	43.42	17.2	56.58
25	9.3	36.61	16.1	63.39
26	11.4	43.02	15.1	56.98
27	9.0	38.46	14.4	61.54
28	9.2	45.77	10.9	54.23
	374.1	42.18	512.9	57.82

CPA med priv suss

	Tot. Inf.	% = 40.00	Tot. Aus.	% = 60.00
1	11.4	44.19	14.4	55.81
2	10.2	46.58	11.7	53.42
3	16.6	35.70	29.9	64.30
4	0.8	100.00		
5	9.0	53.57	7.8	46.43
6	17.8	43.52	23.1	56.48
7	21.4	45.05	26.1	54.95
8	7.7	50.33	7.6	49.67
9	13.4	51.74	12.5	48.26
10	4.8	35.04	8.9	64.96
11	5.8	29.59	13.8	70.41
12	9.2	20.40	35.9	79.60
13	9.3	49.47	9.5	50.53
14	26.3	48.79	27.6	51.21
15	12.5	46.30	14.5	53.70
16	16.6	42.78	22.2	57.22
17	10.8	39.56	16.5	60.44
18	6.2	52.99	5.5	47.01
19	17.5	46.05	20.5	53.95
20	7.4	26.52	20.5	73.48
21	7.7	41.40	10.9	58.60
22	12.6	35.49	22.9	64.51
23	9.9	21.29	36.6	78.71
	264.9	39.91	398.9	60.09



DOTAZIONE CPA

CPA med priv

	Tot. Inf.	% = 40.00	Tot. Aus.	% = 60.00
5	22.7	36.55	39.4	63.45
7	19.6	32.89	40.0	67.11
8	8.0	26.32	22.4	73.68
11	16.2	25.88	46.4	74.12
13	7.0	50.00	7.0	50.00
15	8.4	23.01	28.1	76.99
17	5.7	36.08	10.1	63.92
18	5.6	40.58	8.2	59.42
20	7.0	35.71	12.6	64.29
21	11.1	43.70	14.3	56.30
22	2.2	32.35	4.6	67.65
	113.5	32.75	233.1	67.25
	752.5	39.66	1144.9	60.34



CONCLUSIONI

- I concetti di criterio essenziale e/o minimo evolvono nel tempo
- L'evoluzione è determinata da evidenze scientifiche, disponibilità di risorse, dalla cultura di riferimento
- I criteri essenziali tendono ad assicurare uno standard di qualità (di sicurezza) condiviso tra le parti e finanziariamente sostenibile





Un progetto di qualità: Stroke Unit

di

Sara Gamberoni

-

Novembre 2006

Il Problema Ictus

- Nei paesi industrializzati l'ictus è la terza causa di morte, equivalente a ca. 400.000 morti/anno nei paesi della CEE (*fonte: SIPIIC; 2000*)
- Le proiezioni attuali indicano un aumento di incidenza, soprattutto al di sopra dei 65 anni
- Il miglioramento delle condizioni di vita ha portato ad una diminuzione della mortalità e di riflesso ad un aumento dei costi indiretti, legati alla perdita di produttività
- In Europa occidentale l'incidenza è di 300-500 per 100.000/anno

Come gestirlo?

- La gestione con successo dei pazienti con stroke acuto, considerato come emergenza dipende da 4 punti chiave:
 - Rapido riconoscimento e reazione ai segni di allarme dello stroke,
 - Uso immediato dei servizi del sistema di emergenza medica (EMS)
 - Trasporto prioritario con notificazione all'ospedale di ricevimento
 - Rapida e accurata diagnosi e terapia in ospedale.



Modelli di trattamento

- Stroke Service
- Stroke Unit
- Stroke Care Monitoring Unit
- Mobile Service
- Conventional care



Definizione Stroke Unit



- E' una parte dedicata e geograficamente definita di un ospedale che offre assistenza ai pazienti con stroke
- Ha uno staff specializzato con un approccio esperto e **multidisciplinare** per il trattamento dell'ictus
- Comprende le principali discipline: medica, infermieristica, fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, assistenza sociale

Cosa differenzia la cura nelle Stroke Unit?

- Valutazione medica e diagnosi inclusa la TC
- Valutazione precoce della necessità di assistenza infermieristica e di terapia
- Mobilizzazione precoce, prevenzione delle complicanze, trattamento dell'ipossia, dell'iperglicemia, dell'iperpiressia e della disidratazione
- Assistenza da parte di un team multidisciplinare coordinato
- Valutazione immediata delle esigenze dopo la dimissione



Stroke Unit

(fonte dati: *metanalisi britannica;2000 - Ronnig e Guldvog; 1998 – metanalisi su Lancet; 2004*)

- Riduzione della mortalità fino al **18%** rispetto ai reparti di base
- Riduzione della necessità di istituzionalizzazione fino al **25%**
- Riduzione della dipendenza fino al **29%**



Sara Gamberoni - Novembre
2006

Le Stroke Unit dovrebbero fornire un'assistenza **multidisciplinare** coordinata provvista di uno staff medico, infermieristico e di terapia specializzato nella gestione dello stroke



Sara Gamberoni - Novembre
2006

E' importante ricordare che...

- La gestione dell'emergenza in acuto richiede processi paralleli a **differenti livelli** dell'assistenza al paziente
- La valutazione in acuto delle funzioni vitali e neurologiche deve essere parallela al trattamento delle condizioni pericolose per la vita del paziente



Ictus in Ticino

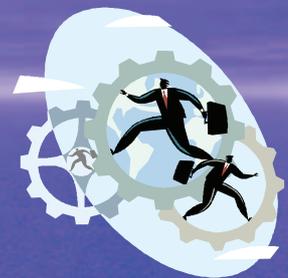


Riferendoci ai dati epidemiologici noti o estrapolati (per il Cantone Ticino a circa 500-600 pazienti/anno) e tenendo conto che circa il 10% di questi dovrà essere curato in Cure Intensive e che una parte non accede alle cure ospedaliere, circa l'80% dovrebbe poter beneficiare di un trattamento in una unità di cura specializzata in malattie neurovascolari; con una degenza nella stroke unit acuta di 2-4 giorni, per il Ticino si può calcolare un fabbisogno di **1000-2000 giornate di cura e quindi di 4-5 letti dedicati**

Calcolo fabbisogno personale infermieristico

CH:

- Calcolo basato sulle direttive per il riconoscimento delle cure intensive dalla Società Svizzera per la medicina intensiva (SSMY-SGY), accettato il 13.05.2004 (*capitolo 5.2 personnel soignant*)
- 2.5 infermiere pro letto (24 ore), occupazione media 75 % - 100 %



Calcolo fabbisogno personale infermieristico

Dati estrapolati da "D.Minier et coll., Rev Neurol 2004", secondo le raccomandazioni francesi ("La Lettre du Neurologue, dicembre 2000) e germaniche (Nervenarzt, febbraio 1998) oltre ai dati forniti dai responsabili della SU del CHUV di Losanna (attualmente in questa struttura sono impiegati unicamente infermieri diplomati: 11.7 unità per 6 letti monitorizzati, quindi circa 2 infermieri per letto)

Sara Gamberoni - Novembre
2006



Conclusioni

- Dagli studi emerge in modo chiaro come la differenza nell'evoluzione in senso positivo o negativo dell'ictus non sia strettamente legata alla connotazione farmacologica del suo trattamento, bensì alla cooperazione di un team multidisciplinare specificatamente preparato, preferibilmente all'interno di una struttura dedicata (Stroke Unit)
- Aprire le porte al lavoro in team all'interno di un centro dedicato appare come l'unica strada praticabile, alla luce delle evidenze scientifiche, per raggiungere l'eccellenza nelle cure alla persona colpita da ictus



IL CONTRATTO DI PRESTAZIONE: LA TEORIA

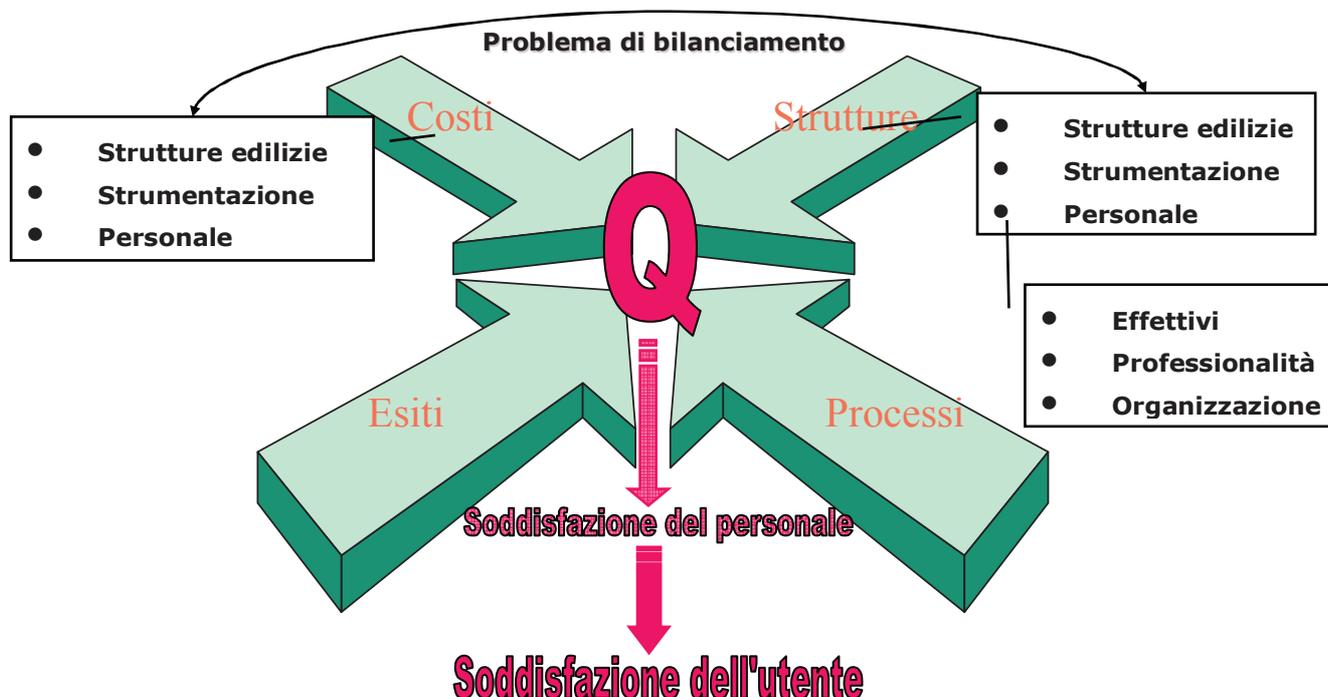
DR. FRANCESCO BRANCA

ABSTRACT

Nell'ambito del processo d'introduzione del sistema dei contratti di prestazione nel settore socio-sanitario ticinese, una delle condizioni principali del cambiamento è stata l'affermazione di un concetto ampio di qualità, comprensivo dell'aspetto costi.

Il nuovo sistema di finanziamento

Il "concetto ampio di qualità" su cui si basa



Il problema di bilanciamento tra obiettivi

- Quando si è confrontati con un problema di bilanciamento tra obiettivi, la questione di fondo è trovare il **giusto** equilibrio ...
- ... ma quando si utilizzano termini come **giusto, adeguato, sufficiente** ... si pone l'ulteriore e non facile problema di dare un contenuto a questi termini.
- In questa prospettiva, focalizzata da un'ottica non ideologica bensì economica, assume rilevanza strategica la ricerca, la sperimentazione e lo sviluppo di un **sistema di regolazione e finanziamento** in grado di dare dei contenuti sostenibili a tali termini, sulla base di **modelli** e **strumenti** sperimentati e riconosciuti sul piano nazionale o internazionale. Il sistema dei contratti di prestazione si pone in questa prospettiva.

IL CONTRATTO DI PRESTAZIONE: LA TEORIA

**Intervento alla giornata di studio
dell'Associazione svizzera infermieri e della
Scuola specializzata superiore in cure
infermieristiche - *Traccia***

**Dr. Francesco Branca
Sezione del sostegno a enti e attività sociali**



Luogo, 21 novembre 2006

Slogan

Non sotto un certo limite:
qualità = effettivi sufficienti

Questione

Il sistema dei contratti di prestazione è in sintonia o si pone in un qualche modo in contrasto con questo slogan?

Il nuovo sistema di finanziamento

Riferimenti legali cantonali (1)

1. Il Messaggio n. 5029 dell'11 luglio 2000, dove sono precisati:

- **l'obiettivo generale**

miglioramento della qualità delle prestazioni e contenimento dei costi

- **la strategia**

rafforzamento dell'autonomia degli enti sussidiati tramite nuove modalità di controllo e l'attribuzione di maggiori responsabilità

- **i tempi e le modalità d'introduzione**

nei successivi 3-5 anni dall'approvazione della base legale, con un programma graduale basato sulla sperimentazione e modulato secondo le esigenze particolari dei singoli settori

passando attraverso una specifica fase di progettazione, finalizzata a analizzare e quantificare le risorse necessarie per la formazione, la consulenza, le unità di personale supplementare e le applicazioni informatiche

Il nuovo sistema di finanziamento

Riferimenti legali cantonali (2)

2. La Legge 5 giugno 2001, che definisce:

- **il campo di applicazione**

per riguarda il comparto sociosanitario, i quattro settori di competenza della SSEAS: settore anziani, settore invalidi, servizi di assistenza e cura a domicilio e settore giovani, maternità e infanzia

- **gli strumenti di base del nuovo sistema di sussidiamento**

contributo globale calcolato annualmente sulla base di un contratto di prestazione

- **le parti contrattuali**

committente: Consiglio di Stato

erogatore delle prestazioni: Ente sussidiato

- **la procedura di introduzione**

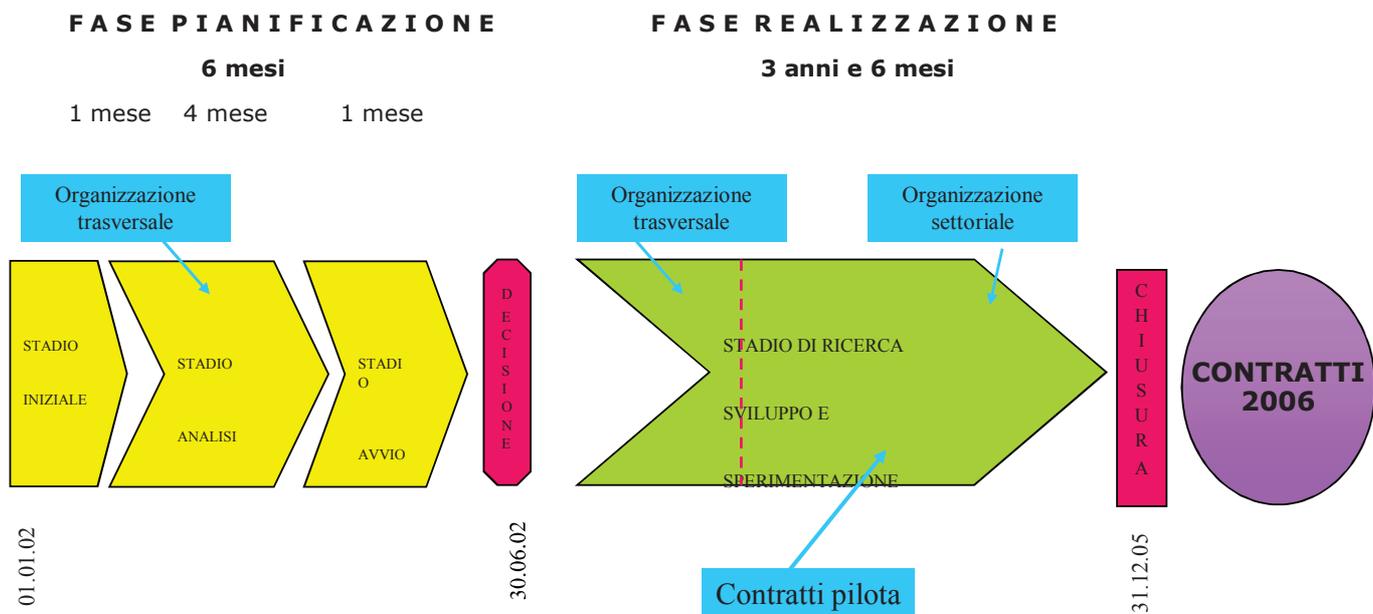
procedimento basato sulla sperimentazione (contratti pilota con istituti volontari), al termine della quale il Consiglio di Stato stabilisce l'entrata in vigore generalizzata dei contratti di prestazione

3. Il decreto Decreto del Consiglio di Stato del 19 ottobre 2005, che ordina:

- **l'entrata in vigore generalizzata del nuovo sistema per il 1° gennaio 2006**

Il nuovo sistema di finanziamento

Panoramica dello sviluppo del Progetto contratti di prestazione

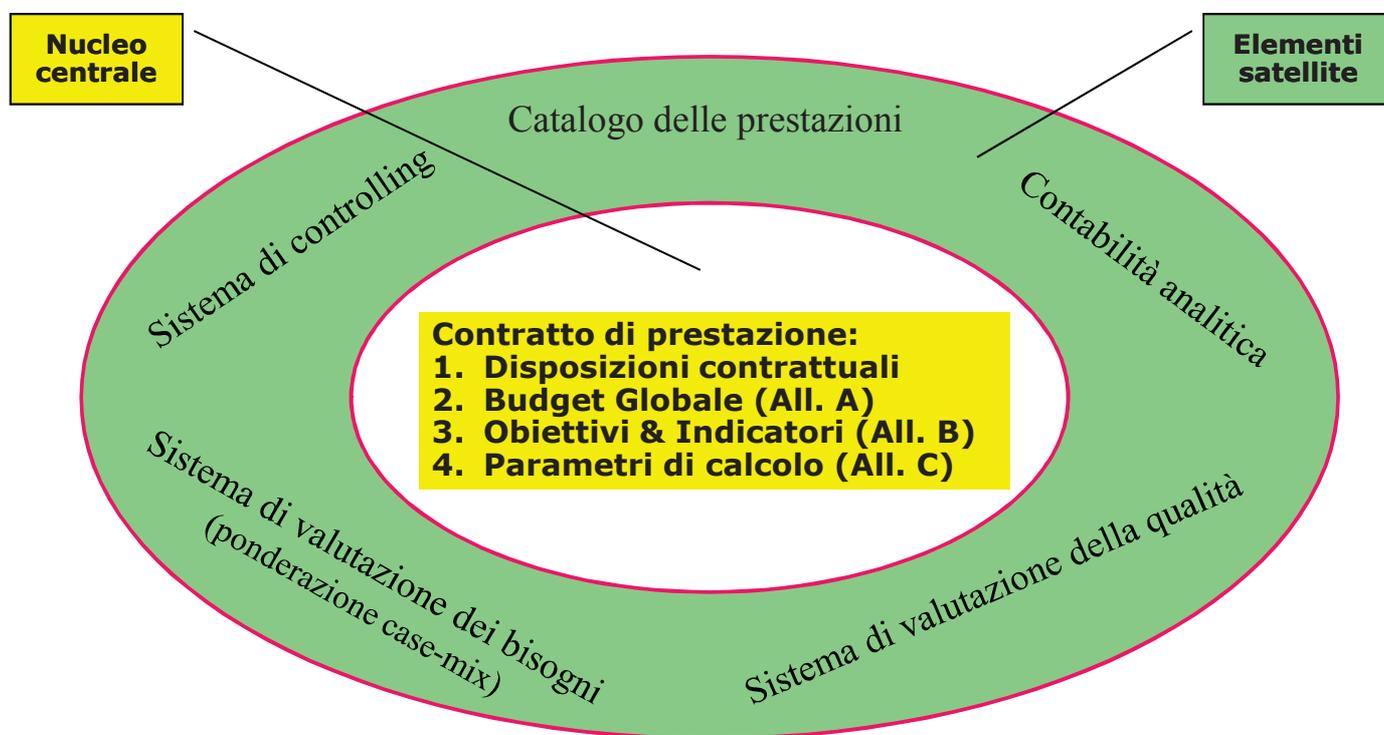


Il nuovo sistema di finanziamento ***Condizioni del cambiamento***

- 1 Attivazione del **sistema contratti di prestazione**
- 2 Adeguamento delle **condizioni quadro** sul piano strutturale-organizzativo e culturale-umano
- 3 Affermazione di un **concetto ampio di qualità**, comprensivo dell'aspetto costi

Il nuovo sistema di finanziamento

Elementi del "sistema contratti di prestazione"



Il nuovo sistema di finanziamento ***Condizioni quadro per il cambiamento***

Sul piano strutturale-organizzativo

- Ruoli e competenze delle principali parti in causa
- Livello e modalità di regolamentazione
- Assetti organizzativi nell'amministrazione e negli enti

Sul piano culturale-umano

- Mentalità e cultura della gestione
- Fattori motivazionali e aspetti relazionali
- Informazione, comunicazione e coinvolgimento

FORMAZIONE – RICERCA – SVILUPPO - SPERIMENTAZIONE

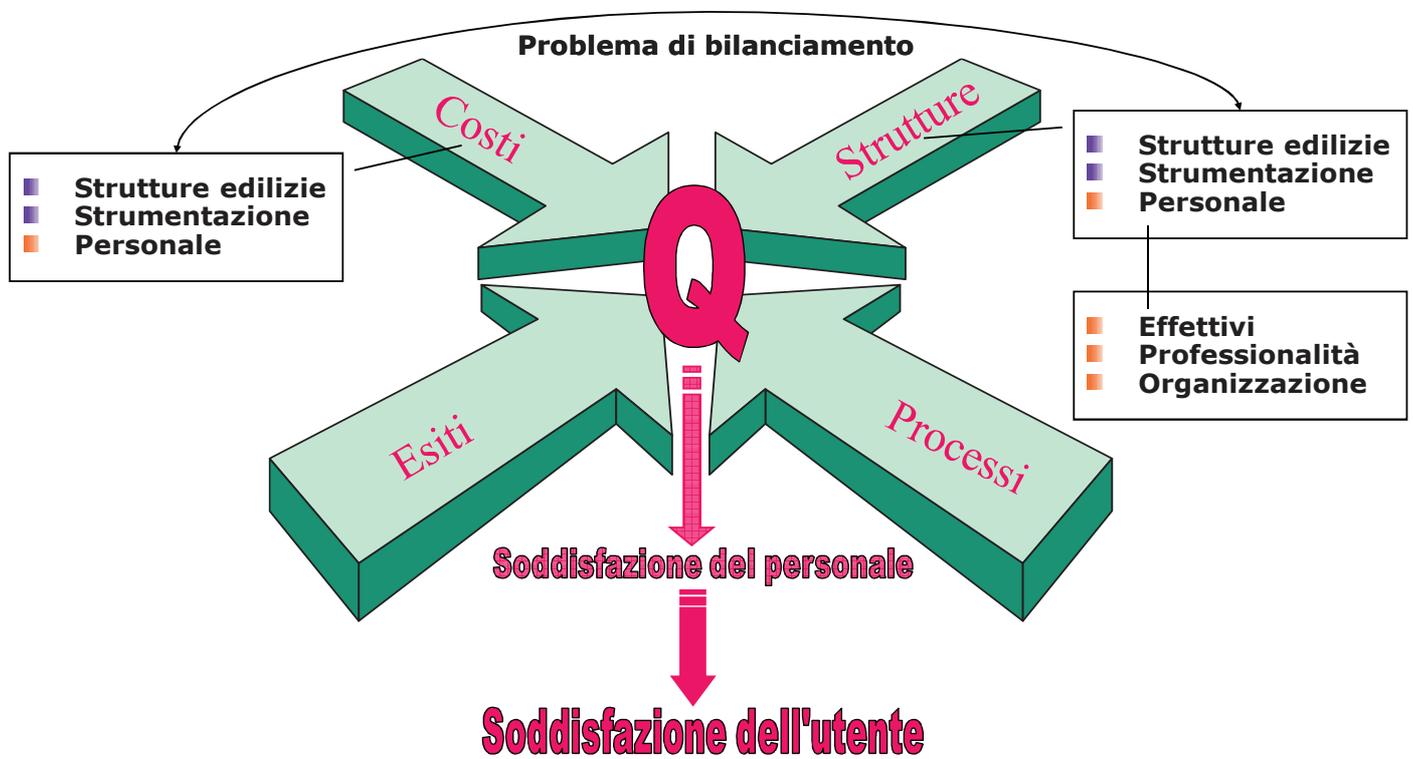
MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il nuovo sistema di finanziamento

Il "concetto ampio di qualità" su cui si basa (1)



Il nuovo sistema di finanziamento Il "concetto ampio di qualità" su cui si basa (2)



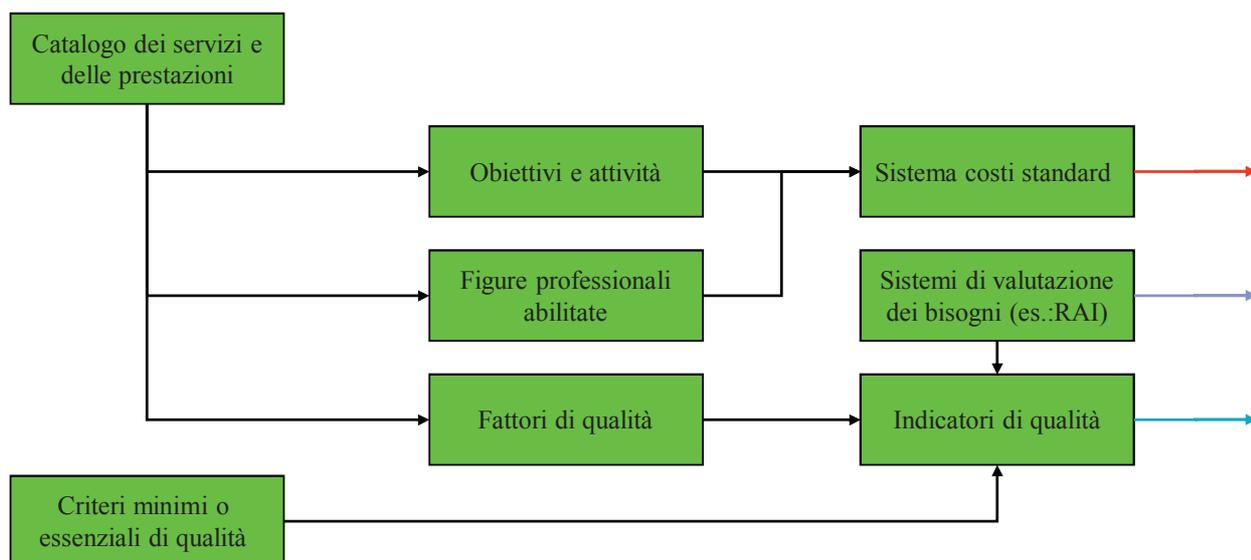
Il nuovo sistema di finanziamento

Problema di bilanciamento tra obiettivi

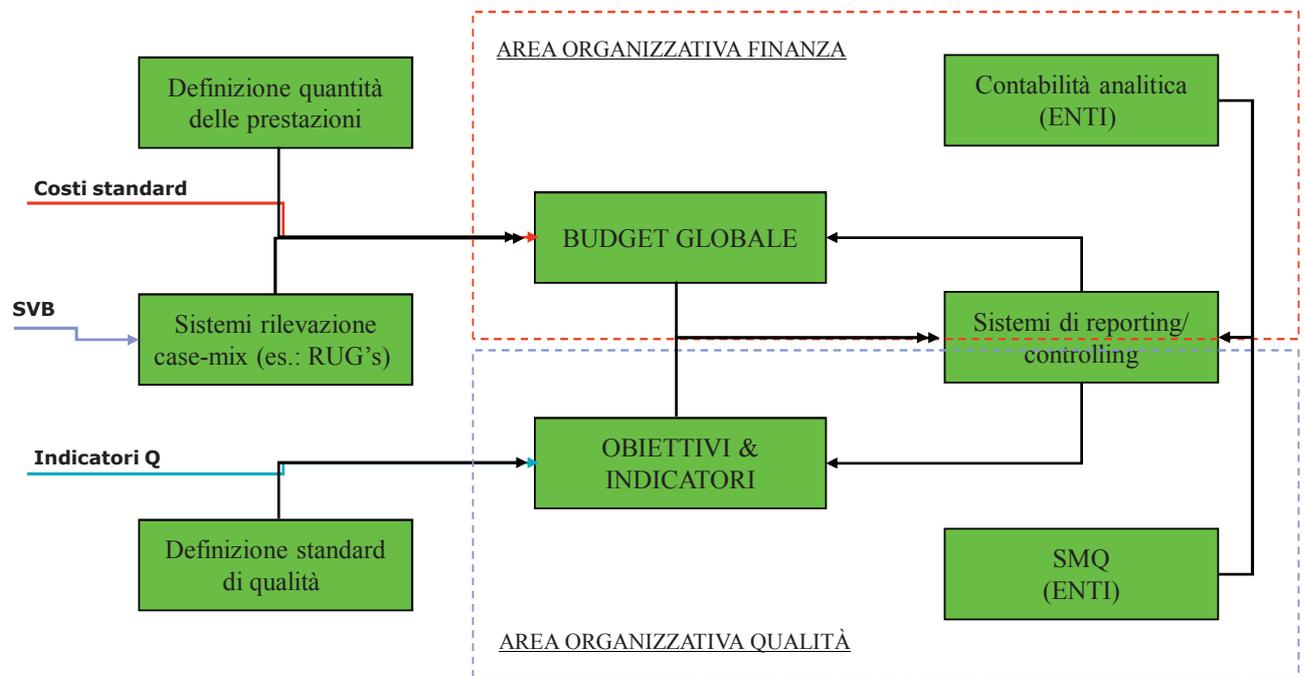
- Quando si è confrontati con un problema di bilanciamento tra obiettivi, la questione di fondo è trovare il **giusto** equilibrio ...
- ... ma quando si utilizzano termini come **giusto, adeguato, sufficiente** ... si pone l'ulteriore e non facile problema di dare un contenuto a questi termini.
- In questa prospettiva, focalizzata da un'ottica non ideologica bensì economica, assume rilevanza strategica la ricerca, la sperimentazione e lo sviluppo di **sistemi di management** in grado di dare dei contenuti sostenibili a tali termini, sulla base di **modelli** e **strumenti** sperimentati e riconosciuti sul piano nazionale o internazionale.

Il nuovo sistema di finanziamento

Panoramica e relazione tra gli elementi (1)



Il nuovo sistema di finanziamento Panoramica e relazione tra gli elementi (2)



Il nuovo sistema di finanziamento

Personale – Dimensioni considerate nel contratto di prestazione

7. Personale

Disposizioni contrattuali 2006

L'Istituto deve dotarsi di personale in numero adeguato e con i requisiti sul piano della preparazione professionale, delle conoscenze empiriche e delle capacità relazionali richiesti dalle prestazioni erogate.

La dotazione adeguata di personale è indicata:

- nel Catalogo, per quanto riguarda le **figure professionali abilitate** a erogare le prestazioni;
- nell'allegato C, per quanto riguarda l'aspetto **quantitativo**.

L'Istituto assicura al proprio personale **condizioni d'impiego** conformi ai parametri assunti come riferimento per il calcolo dei costi standard.

Allegato B

Indici di turn over, tasso di assenteismo, indicatore di part-time, piani di formazione e aggiornamento professionale, misura della soddisfazione.

CONTRATTO DI PRESTAZIONE



**La pratica: impatto e
conseguenze sulla qualità
delle prestazioni offerte**

Anna Abbondanza
Responsabile Settore Cure Casa Anziani



Domande



- **Cosa dobbiamo ridurre**
- **Cosa dobbiamo mantenere**
- **Cosa possiamo migliorare**

Obiettivi strategici



Contenere l'aumento dei costi



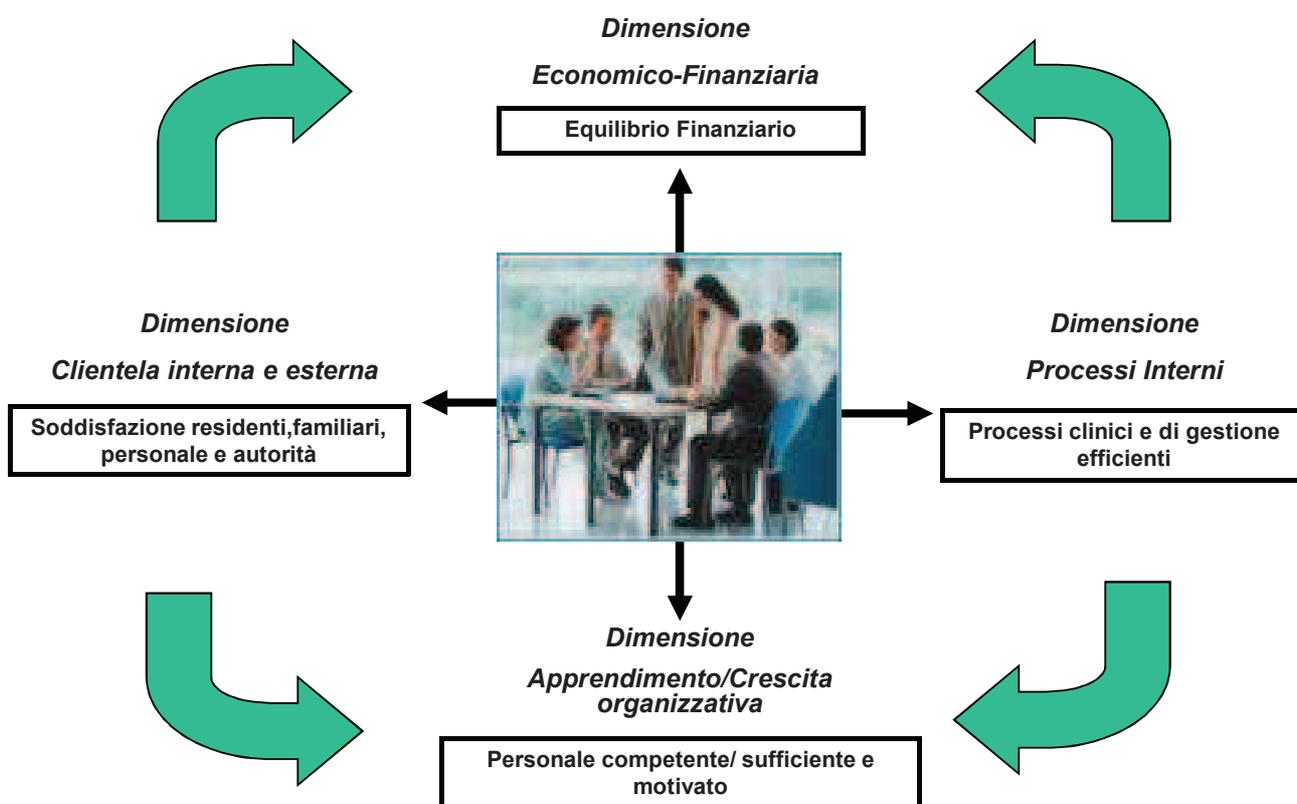
Miglioramento dei processi interni (clinici, gestione)



Offrire prestazioni di qualità con soddisfazione utenza/clientela



Acquisizione nuove competenze e miglioramento clima di lavoro



TABLEAUX DE BORD

dimensione economica-finanziaria

Obiettivi strategico	Obiettivi generali	Indicatori	Target	Azioni
Equilibrio finanziario annuale II Contenimento dei costi 	Rispettare il budget globale contrattualizzato (i)	Tasso di copertura del contratto di prestazione	100%	Contabilità analitica (verifica trimestrale)
	Garantire l'efficienza delle prestazioni offerte	Costo prestazione per giornata di presenza ponderata per grado di dipendenza (cure) Costo per giornata di presenza	≤ Media cantonale Istituti stessa grandezza (71-80)	Contabilità analitica (reporting semestrale) Benchmarking > Pool acquisti (Cades?) (materiale incontinenza, farmaci e in futuro mat.sanitario, pulizia, ecc...) Monitoraggio dotazione personale (costo + qualifica, numero)
	Garantire una % di occupazione max dei posti letto	% occupazione posti letto	≥ 98%	Reporting (monitoraggio semestrale) Collaborazione CpA-H-SACD-Cliniche Posto letto vuoto max 3 giorni (pulizia/controlli)

TABLEAUX DE BORD

dimensione economica-finanziaria

Obiettivi strategico	Obiettivi generali	Indicatori	Target	Azioni
Equilibrio finanziario annuale = Contenimento dei costi 	Contenere il costo per formazione di apprendisti, stagiaires, ausiliari	Costo pre formazione apprendisti	≤ forfait formazione	Selezione quantitativa e qualitativa (numero e valutazione del potenziale di successo)
	Contenere i costi delle supplenze	Costi effettivi sostituzioni/costi teorici assenza del personale	≤ costo della figura professionale sostituita	Razionalizzazione delle sostituzioni (monitoraggio assenze per cause e figure professionali)
	Adeguare il personale alla chiave di riparto dettata dal DSS/UMC 11.2005	Tasso di scostamento dalla chiave di riparto	30% ID 10% AG e OSS 48% AC 12% AUX	Nuove assunzioni sulla base del tasso di scostamento della chiave di riparto

TABLEAUX DE BORD

dimensione clientela interna e esterna

Obiettivi strategico	Obiettivi generali	Indicatori	Target	Azioni
Soddisfazione utenti, familiari, personale e autorità 	Garantire le prestazioni contenute nel catalogo(i)	Tasso annuo delle lamentele Tasso annuo di soddisfazione dei residenti e familiari	≤ 5% ≥75%	Applicazione procedura gestione lamentele, suggestioni Preparazione del formulario di soddisfazione In attesa del formulario, monitoraggio annuale delle varie manifestazioni di apprezzamento (ringraziamenti scritti, ringraziamenti verbali)
	Favorire la partecipazione dei familiari/volontari in alcune attività di animazione	Tasso di partecipazione annua	≥ 20% volontari > 10% familiari	Incoraggiamento e valorizzazione del loro coinvolgimento Cena/aperitivo volontari
	Soddisfare la lista di attesa (n) Diminuire i tempi di attesa(a)	Numero di richieste esaudite/ Numero tot di richieste Intervallo di tempo tra la domanda di ammissione/giorno di ammissione	≥98% Soggiorni definitivi: 3/6 mesi Soggiorni temporanei: da 2 giorni a 6 mesi	Verifica presso H, cliniche, medici, cure a domicilio Aggiornamento regolare lista e pianificazione annua dei soggiorni temporanei
	Migliorare l'immagine della Casa	Carta servizi aggiornata Accessibilità dell'informazione Personalizzazione dell'accoglienza	> 95%	Disponibilità ad accogliere domande fuori Consorzio Divulgazione prestazioni offerta Possibilità accesso ai dati oggettivi della documentaz. Sanitaria Fiori, benvenuto direzione + ID riferimento + personaliz. camera

TABLEAUX DE BORD

dimensione processi interni

Obiettivi strategico	Obiettivi generali	Indicatori	Target	Azioni
Efficienza dei processi interni 	Migliorare costantemente l'efficacia e l'efficienza dei processi interni	% residenti valutati con MDS-RAI % di scostamento degli indicatori qualità dalla media cantonale % conformità "catalogo prestazioni + requisiti UMC" Completezza delle cartelle cliniche (Inf-medico-altri professionisti) Numero di protocolli/numero totale di processi % di non conformità	100% Allineamento alla media cantonale entro giugno 2007 • 25,3 contenzione • 35,4 depressione senza terapia • 8,2 cadute • 39,1 residenti con >9 farmaci Rispetto dei termini dati 70% giugno 07 > 60% (attività chiave) ≤ 5%	Formazione/Coaching Sensibilizzazione medici/altri professionisti e familiari Monitoraggio semestrale indicatori qualità Implementazione programmi qualità Riunioni inter e multidisciplinari sistematiche Creazione dei documenti ad hoc per altri professionisti (fisio, animazione e ergo) Gruppi Interesse qualità/ Riconoscimento ore suppl. Monitoraggio/Analisi mensile delle non conformità (formulari), azioni di miglioramento
	Assicurare l'adeguatezza risorse/prestazioni offerte	Ripartizione numerica e qualitativa del personale/ complessità prestazione	Idealmente 100%	Pianificazione/flessibilità turni e rotazione personale nei diversi piani Formazione specifica Flessibilità organizzativa
	Migliorare la comunicazione interna ed esterna	% errori, ritardi, inesattezza info	≤ 10%	Intranet, analisi cause, comunicazione scritte
	Adeguatezza delle attività di animazione alla casistica	No. Attività individuali e collettive proposte/tasso di partecipazione	≥ 60%	Differenziazione qualitativa proposta animazione Valutazione trimestrale animatrici/curanti

TABLEAUX DE BORD

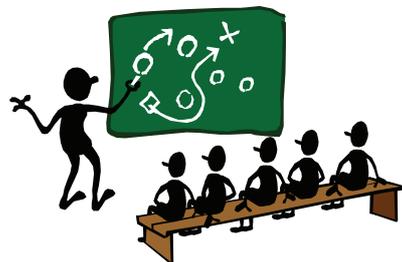
dimensione apprendimento/crescita organizzativa

Obiettivi strategico	Obiettivi generali	Indicatori	Target	Azioni
Personale competente, sufficiente e motivato 	Adeguare permanentemente le competenze professionali del personale	% riuscita dei piani di carriera N°Piani di formazione realizzati nella loro totalità Ore di formazione/persona % utilizzo INTRANET + programmi base PC % auto valutazione prestazioni offerte	100% > 50% > 40 ore 100% > 40%	Presentazione annuale piani di carriera Collaborazione tra istituti Ricerca formazioni gratuite Priorità formative Pianificazione piano formativo Formazione interna tra pari Formulario
	Migliorare il clima e la motivazione al lavoro	Analisi degli indici di turn over Analisi del tasso di assenteismo (per cause e figure professionali) % coinvolgimento nelle decisioni % soddisfazione del personale	≤ 2% > 20% > 90% >70%	Monitoraggio assenze x cause e figure professionali Attività culturali e ricreative comuni Presa in considerazione delle loro richieste Formulario soddisfazione Proposte, suggerimenti, progetti
	Incrementare l'adesione del personale alla strategia istituzionale/Cantonale	% partecipazione ai gruppi interesse qualità	> 5% annui	Informazione risultati indicatori qualità + valorizzazione di ogni singolo apporto

Conclusioni

Aspetti positivi:

- **Formalizzazione attività**
- **Rafforzamento del lavoro in équipe multidisciplinare**
- **Sinergie tra istituti**
- **Programmi miglioramento qualità (gestione e clinica)**
- **Posizionamento per rapporto agli indicatori standard**
- **Benchmarking tra Istituti**
- **Informatizzazione**
- **Evoluzione cultura infermieristica (da >orale a scritta)**



Conclusioni

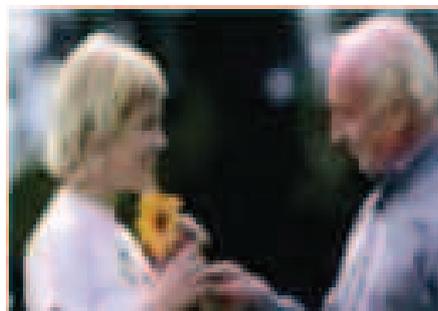
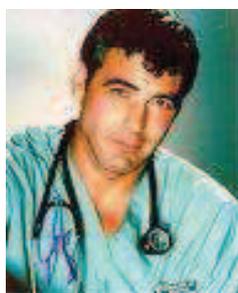


Aspetti negativi:

- **Diminuzione del tempo al letto del residente**
- **Aumento del lavoro amministrativo**
- **Aumento del carico di lavoro, delle ore supplementari**
- **Tempo insufficiente per l'implementazione dei vari strumenti**
- **Resistenza/saturazione da parte del personale a ulteriori cambiamenti**
- **Nessun sgravio per la fase di implementazione**
- **Rischio di standardizzazione delle prestazioni (perdita individualità/peculiarità dei vari istituti)**
- **Diminuzione di altre prestazioni (trasporti, uscite dei residenti con personale curante, contatto coi familiari, accompagnamento lutto, ecc..)**
- **Dotazione personale a rischio (RUGS III) fluttuazione 10-20%**



E allora...



No people

=

No quality?

La realtà ticinese: l'esperienza relativa al referendum del 12 marzo 2006

Le motivazioni:

Ci si è impegnati per un no deciso al decreto legislativo concernente la limitazione dei sussidi a enti, istituti associazioni, fondazioni e aziende autonome, contenuta nel messaggio governativo N° 5659 del 10.6.2005 denominato Pacchetto per il riequilibrio delle finanze cantonali.

Un decreto che comportava un taglio di 14 milioni nel 2006 e di 25 milioni nel 2007, carico di conseguenze serie per la popolazione:

- Riduzione delle prestazioni alla popolazione;
- Rinuncia a soddisfare nuovi bisogni della popolazione già previsti nella pianificazione ospedaliera e delle case per anziani;
- Riduzione della qualità delle prestazioni;
- Peggioramento delle condizioni di lavoro nel settore socio sanitario e scolastico.

Questo faceva seguito ad altri adeguamenti imposti alla popolazione nel recente passato quali:

- La limitazione degli anticipi di alimenti che obbliga le donne singole meno abbienti a rivolgersi all'assistenza;
- I tagli agli effettivi del personale di pulizia dei servizi del cantone, che esclude dal ciclo lavorativo personale poco formato e spesso in condizioni finanziarie precarie;
- La modifica del regolamento sulle borse di studio che preclude gli assegni a persone con più di 40 anni e in condizioni economiche difficili;
- Anni di cambiamenti nelle forme di lavoro tendenti all'efficienza e al risparmio nel settore sanitario, sociale, scolastico;
- L'applicazione di mandati di prestazione tendenti al controllo delle spese all'interno degli istituti sanitari e sociali.

Il risveglio di un'identità politica e sindacale

L'idea di partecipare e sostenere il referendum nasce dunque dalla condivisione di una preoccupazione relativa allo smantellamento del servizio pubblico e nel timore di nuovi pesanti sacrifici nel settore sanitario, sociale e scolastico sia per gli utenti che per il personale. I primi incontri si svolgono nel settembre 2005 in occasione delle giornate di mobilitazione sindacale a sostegno dei servizi pubblici. Dagli incontri che riunivano varie associazioni professionali e i sindacati nasce l'interesse e la necessità di lavorare insieme per approfondire e valutare le conseguenze del decreto in questione.

La decisione

Per l'ASI sezione Ticino è apparso subito importante partecipare, anche se si sapeva che sarebbe stato estremamente impegnativo dal punto di vista umano. D'altro canto questa azione si inseriva in modo preciso negli orientamenti della nostra associazione professionale, sia sul piano svizzero che sul piano cantonale. Per l'associazione l'impegno è quello di denunciare il deterioramento del clima di lavoro in ambito sanitario, il degrado

della qualità delle cure e tutte le decisioni che vanno nel senso di uno smantellamento dello stato sociale.

L'aggregazione

La forza d'animo si consolidò col costituirsi del comitato referendario composto da persone estremamente motivate e competenti e dall'ampiezza del comitato di sostegno che aumentava di settimana in settimana. Questo diede a tutti molto coraggio e grazie all'impegno del gruppo di lavoro in breve si realizzò il necessario per la raccolta firme e per la creazione del volantino di sensibilizzazione.

Il comitato decise in seguito di diventare associazione con lo scopo di rimanere uniti, seguire l'evoluzione della situazione e affrontare insieme, con lo stesso spirito, nuove sfide.

L'aggregazione di molte e diverse associazioni professionali è stata un elemento importante che ha inciso sul successo del referendum. Le persone che partecipavano ai due comitati provenivano dalla pratica e portavano le loro impressioni su una realtà di lavoro che svilisce il lavoro dei professionisti, punta in modo esasperato sull'efficienza a costo di ritmi di lavoro che tengono conto solo in modo parziale dei bisogni dell'utente. Una realtà che è già confrontata con mandati di prestazione che esigono molti sacrifici e il contenimento delle spese. Combinare mandati di prestazione al taglio dei sussidi avrebbe voluto dire peggiorare le condizioni di lavoro del personale, al punto di rescissione dei contratti di lavoro, abrogazione dei diritti acquisiti e messa a rischio della qualità delle prestazioni agli utenti.

La struttura portante del referendum è stato il sindacato VPOD che ha messo a disposizione tutte le forze disponibili e le sue competenze in ambito politico per favorire dapprima l'aggregazione e in seguito il buon esito del referendum.

In seguito i comitati delle associazioni, le commissioni interne, gli altri sindacati e tutti i membri si sono prodigati sul piano cantonale per la raccolta delle firme, il volantinnaggio di sensibilizzazione e la stesura di articoli e lettere ai giornali.

Questo metodo di lavoro è stato fondamentale e in un certo senso formativo in quanto ha permesso di evidenziare che solo unendosi si possono ottenere risultati di rilievo.

La realtà cantonale

Le settimane passate in strada dapprima per la raccolta delle firme e poi per il volantinnaggio hanno permesso di ascoltare dal vivo le riflessioni della gente. La preoccupazione per le finanze cantonali è percepita, ma vi è pure un senso di solidarietà verso i meno fortunati e un senso di responsabilità, che si esprime nel forte desiderio di non smantellare quanto è stato costruito negli anni a favore della popolazione.

Personalmente sono stata fermata molte volte e la gente ringraziava per l'importante lavoro che svolgevamo, mentre altre volte confidavano i loro problemi finanziari o le difficoltà che vivevano nell'assistenza dei loro parenti malati.

La popolazione non è soddisfatta della politica finanziaria del cantone, si rende conto che la vita è già resa precaria dall'insicurezza sul posto di lavoro e che lentamente si riduce la

solidarietà verso i meno favoriti. Questo si conferma attraverso due fenomeni che vivono quotidianamente:

- le aziende pianificano quasi esclusivamente in funzione degli utili, non ponendosi quesiti di tipo etico;
- la politica degli sgravi ha ridotto le imposte favorendo i più ricchi e a casse vuote cerca di risparmiare limitando il sostegno ai meno favoriti.

Il confronto politico e mediatico

Parlare delle difficoltà che incontriamo nell'esercizio della professione non è scontato: bisogna tenere conto della delicatezza e della complessità dei temi che riguardano soprattutto i settori sanitario e sociale. Per questo nella presentazione al pubblico delle nostre argomentazioni vi è sempre stata la volontà di non creare allarmismi, di rispettare la sfera privata dei pazienti e delle istituzioni, evitando esempi concernenti le prestazioni di cura, e di considerare gli sforzi dei politici in un momento di penuria finanziaria.

Il linguaggio è stato adattato alla popolazione e negli esempi si sono evitati termini professionali incomprensibili ai più.

L'impegno etico è stato quello di mantenere la riservatezza su situazioni di degrado già presenti per parlare piuttosto di rispetto della dignità umana, di solidarietà verso i meno fortunati e di responsabilità per le condizioni di lavoro di coloro che operano come professionisti in questi ambiti dando il meglio del loro sapere.

La suddivisione dei ruoli ha poi permesso ai politici di esprimersi in modo più efficace su orientamenti pianificatori e aspetti contabili specifici al dialogo tra partiti e al lavoro del Gran Consiglio.

Lo spazio che i media ci hanno riservato è stato buono, rispettoso e costruttivo, ed ha permesso di aprire un ampio dibattito sulla politica finanziaria del cantone. Le lettere ai giornali, soprattutto negli ultimi due mesi sono state molte, pochi purtroppo gli interventi di professionisti della salute.

Il torpore del gigante

Le infermiere rappresentano il numero maggiore di professionisti della salute ma sono ancora poco presenti sul piano della difesa dei diritti del paziente e di categoria. Demandano la rivendicazione dei loro diritti ai sindacati e la tutela delle questioni professionali alle associazioni preposte, senza impegnarsi di persona. Tradizionalmente si impegnano nella tutela dei singoli pazienti che curano, sottovalutando le loro competenze in materia di salute pubblica e di etica nella distribuzione delle risorse.

Effettivamente per poter agire è necessario seguire con impegno la politica professionale e la politica sanitaria ed economica del cantone e acquisire la capacità di comprendere il funzionamento e l'evoluzione del sistema. Ognuno di noi deve impegnarsi in tal senso se vogliamo dare visibilità alle cure e tutelare la nostra professione.

Questa esperienza ha messo in luce come sia importante agire nel tempo dotandosi degli strumenti di lettura per l'analisi della situazione ma anche come sia importante il sostegno di ogni singolo infermiere e la cooperazione tra le varie professioni, i sindacati e i politici.

Gli infermieri unendosi hanno una grande forza. Forza che finora è stata scarsamente e raramente esercitata dando l'impressione di essere un gigante dormiente. In occasione del referendum abbiamo dato un segnale forte di presenza e di competenza nel difendere ciò in cui crediamo. Come categoria professionale, uniti agli altri operatori del ramo, siamo in grado di sottolineare l'importanza di mantenere una politica solidale verso coloro che hanno difficoltà, e contemporaneamente attenta ai bisogni della popolazione e coerente con i determinanti della salute.

Il seguito

Il comitato SOS ha continuato ad incontrarsi, ha prodotto una raccolta di dati sulla percezione della qualità a livello del personale operante nei servizi cure a domicilio, settore anziani e settore sociale, e in seguito l'ha fornita e discussa con alcuni funzionari del dipartimento Sanità e Socialità. Il dialogo è aperto e sono allo studio nuovi interessanti progetti con l'intenzione di mantenere alto il livello di guardia.

IL CONTRATTO DI PRESTAZIONE: LA TEORIA

**Intervento alla giornata di studio
dell'Associazione svizzera infermieri e della
Scuola specializzata superiore in cure
infermieristiche - *Traccia***

**Dr. Francesco Branca
Sezione del sostegno a enti e attività sociali**



Luogo, 21 novembre 2006

Slogan

Non sotto un certo limite:
qualità = effettivi sufficienti

Questione

Il sistema dei contratti di prestazione è in sintonia o si pone in un qualche modo in contrasto con questo slogan?

Il nuovo sistema di finanziamento

Riferimenti legali cantonali (1)

1. Il Messaggio n. 5029 dell'11 luglio 2000, dove sono precisati:

- **l'obiettivo generale**
 - miglioramento della qualità delle prestazioni e contenimento dei costi
- **la strategia**
 - rafforzamento dell'autonomia degli enti sussidiati tramite nuove modalità di controllo e l'attribuzione di maggiori responsabilità
- **i tempi e le modalità d'introduzione**
 - nei successivi 3-5 anni dall'approvazione della base legale, con un programma graduale basato sulla sperimentazione e modulato secondo le esigenze particolari dei singoli settori
 - passando attraverso una specifica fase di progettazione, filializzata a analizzare e quantificare le risorse necessarie per la formazione, la consulenza, le unità di personale supplementare e le applicazioni informatiche

Il nuovo sistema di finanziamento

Riferimenti legali cantonali (2)

2. La Legge 5 giugno 2001, che definisce:

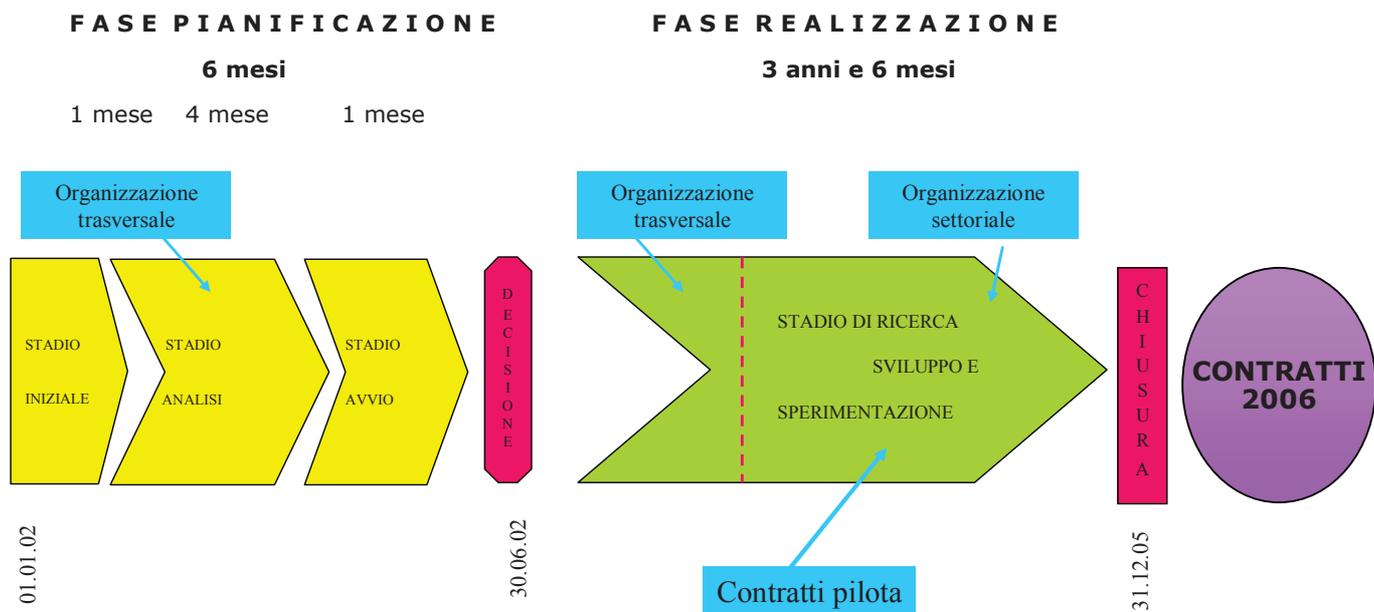
- **il campo di applicazione**
 - per riguarda il comparto sociosanitario, i quattro settori di competenza della SSEAS: settore anziani, settore invalidi, servizi di assistenza e cura a domicilio e settore giovani, maternità e infanzia
- **gli strumenti di base del nuovo sistema di sussidiamento**
 - contributo globale calcolato annualmente sulla base di un contratto di prestazione
- **le parti contrattuali**
 - committente: Consiglio di Stato
 - erogatore delle prestazioni: Ente sussidiato
- **la procedura di introduzione**
 - procedimento basato sulla sperimentazione (contratti pilota con istituti volontari), al termine della quale il Consiglio di Stato stabilisce l'entrata in vigore generalizzata dei contratti di prestazione

3. Il decreto Decreto del Consiglio di Stato del 19 ottobre 2005, che ordina:

- **l'entrata in vigore generalizzata del nuovo sistema per il 1° gennaio 2006**

Il nuovo sistema di finanziamento

Panoramica dello sviluppo del Progetto contratti di prestazione



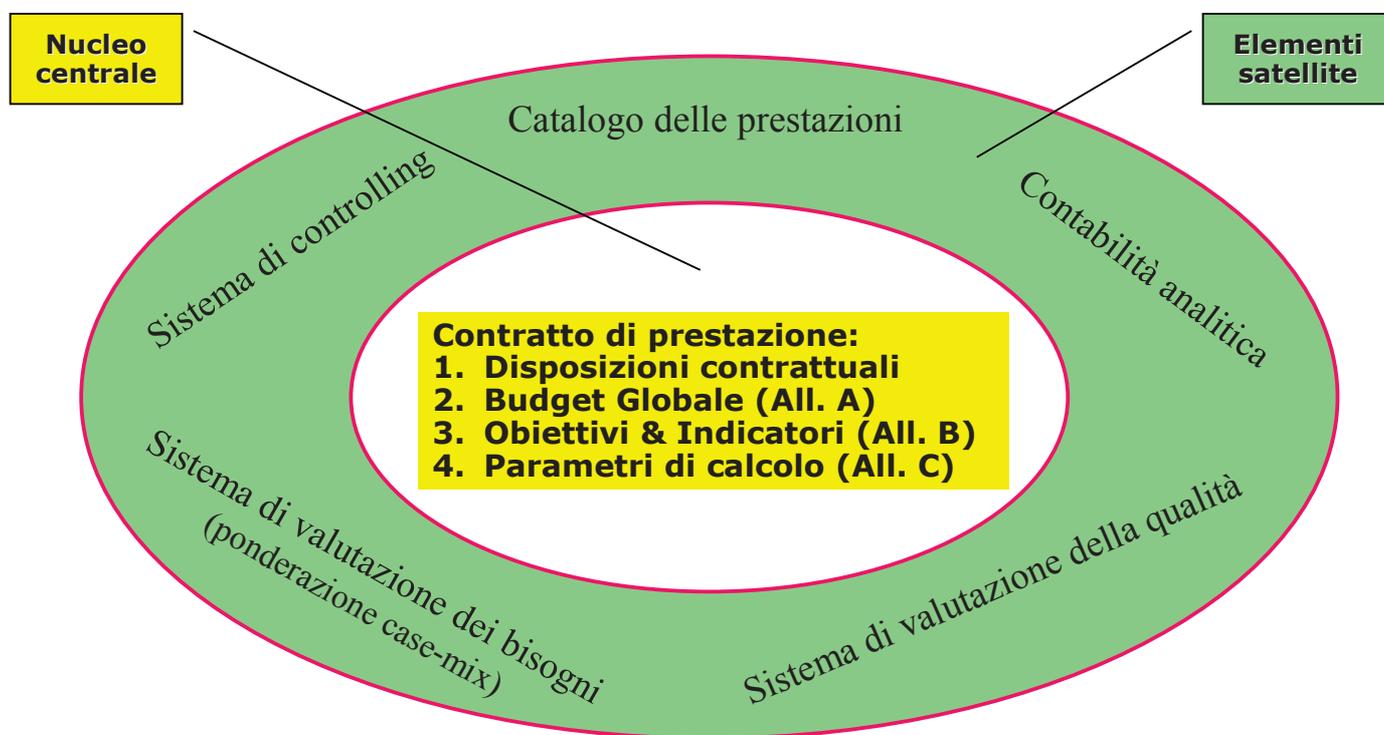
Il nuovo sistema di finanziamento

Condizioni del cambiamento

- 1 Attivazione del **sistema contratti di prestazione**
- 2 Adeguamento delle **condizioni quadro** sul piano strutturale-organizzativo e culturale-umano
- 3 Affermazione di un **concetto ampio di qualità**, comprensivo dell'aspetto costi

Il nuovo sistema di finanziamento

Elementi del "sistema contratti di prestazione"



Il nuovo sistema di finanziamento ***Condizioni quadro per il cambiamento***

Sul piano strutturale-organizzativo

- Ruoli e competenze delle principali parti in causa
- Livello e modalità di regolamentazione
- Assetti organizzativi nell'amministrazione e negli enti

Sul piano culturale-umano

- Mentalità e cultura della gestione
- Fattori motivazionali e aspetti relazionali
- Informazione, comunicazione e coinvolgimento

FORMAZIONE – RICERCA – SVILUPPO - SPERIMENTAZIONE

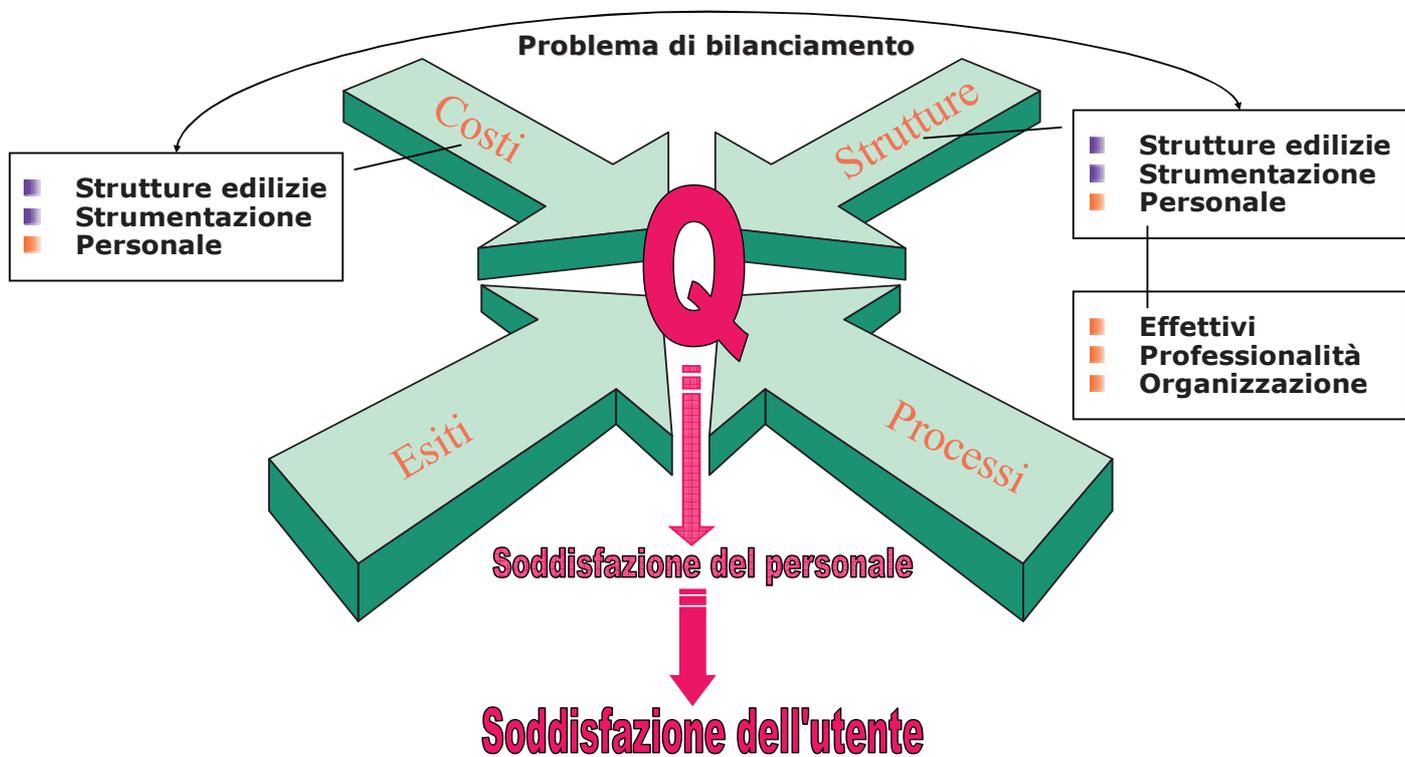
MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il nuovo sistema di finanziamento

Il "concetto ampio di qualità" su cui si basa (1)



Il nuovo sistema di finanziamento Il "concetto ampio di qualità" su cui si basa (2)



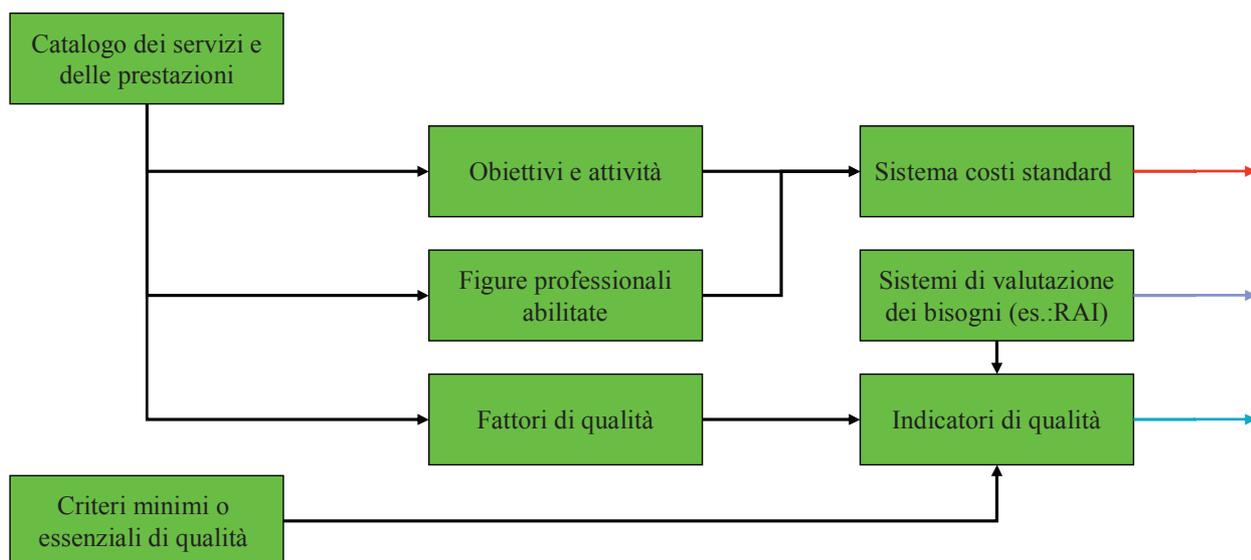
Il nuovo sistema di finanziamento

Problema di bilanciamento tra obiettivi

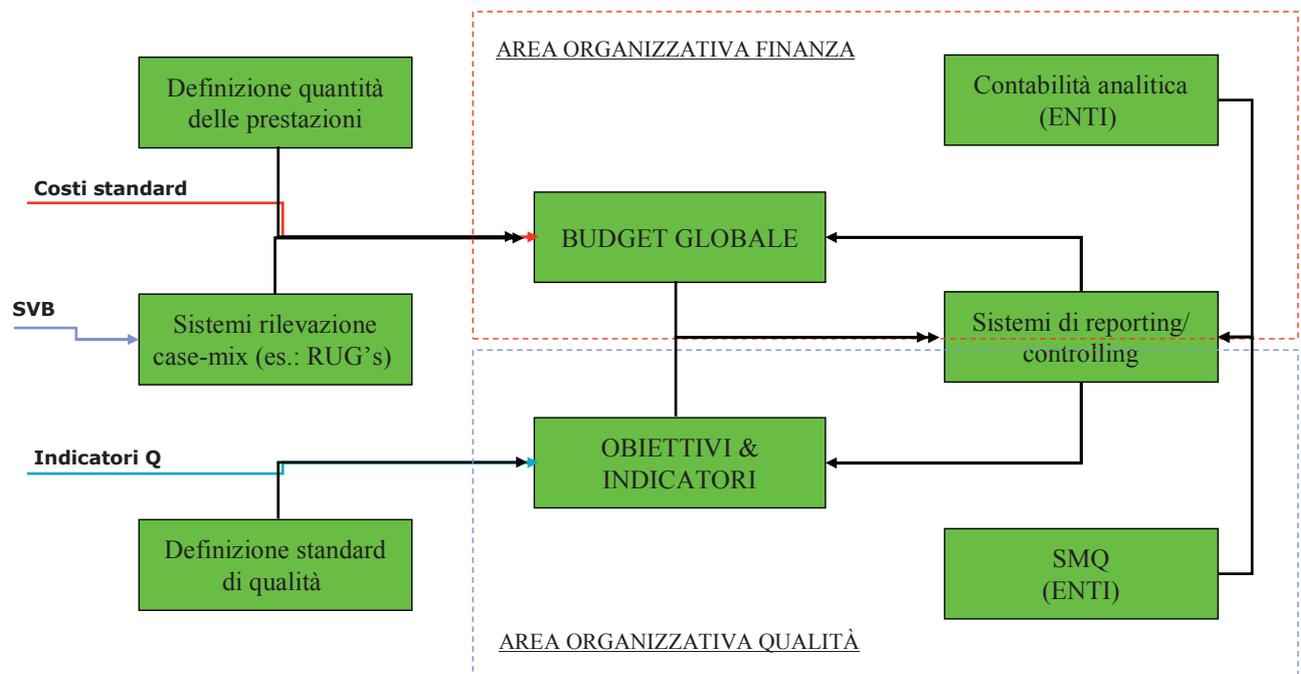
- Quando si è confrontati con un problema di bilanciamento tra obiettivi, la questione di fondo è trovare il **giusto** equilibrio ...
- ... ma quando si utilizzano termini come **giusto, adeguato, sufficiente** ... si pone l'ulteriore e non facile problema di dare un contenuto a questi termini.
- In questa prospettiva, focalizzata da un'ottica non ideologica bensì economica, assume rilevanza strategica lo la ricerca, la sperimentazione e lo sviluppo di **sistemi di management** in grado di dare dei contenuti sostenibili a tali termini, sulla base di **modelli** e **strumenti** sperimentati e riconosciuti sul piano nazionale o internazionale.

Il nuovo sistema di finanziamento

Panoramica e relazione tra gli elementi (1)



Il nuovo sistema di finanziamento Panoramica e relazione tra gli elementi (2)



Il nuovo sistema di finanziamento

Personale – Dimensioni considerate nel contratto di prestazione

7. Personale

Disposizioni contrattuali 2006

L'Istituto deve dotarsi di personale in numero adeguato e con i requisiti sul piano della preparazione professionale, delle conoscenze empiriche e delle capacità relazionali richiesti dalle prestazioni erogate.

La dotazione adeguata di personale è indicata:

- nel Catalogo, per quanto riguarda le **figure professionali abilitate** a erogare le prestazioni;
- nell'allegato C, per quanto riguarda l'aspetto **quantitativo**.

L'Istituto assicura al proprio personale **condizioni d'impiego** conformi ai parametri assunti come riferimento per il calcolo dei costi standard.

Allegato B

Indici di turn over, tasso di assenteismo, indicatore di part-time, piani di formazione e aggiornamento professionale, misura della soddisfazione.

SOS Sanità-Socialità- Scuola



Referendum contro il decreto sulla
limitazione dei sussidi per il biennio

2006-2007

Lo scopo del referendum

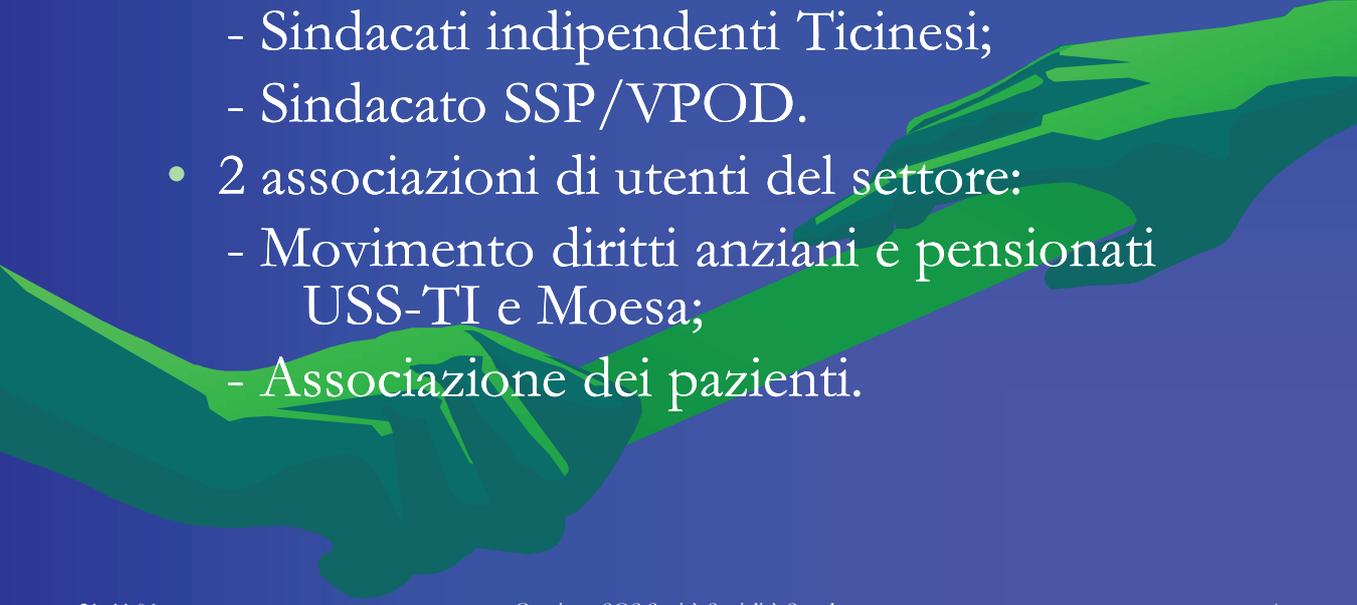
Ci siamo battuti affinché la popolazione dicesse no a una politica finanziaria sbagliata ed in particolare:

- No a tagli antisociali e penalizzanti per i settori chiave del servizio pubblico: meno 40 milioni di franchi per il funzionamento degli enti sanitari, sociali e scolastici nel 2006-2007.

Il comitato referendario

6 associazioni professionali sociosanitarie:

- Ass. Svizzera Infermiere/ri sezione Ticino;
- Ass. geriatria riabilitazione e lungodegenza Ticino;
- Ass. dei tecnici di radiologia Medica Ticino;
- Ass. Vivica (a. familiari e ausiliarie) Ticino;
- Federazione Svizzera delle levatrici Ticino;
- Ass. tecnici di analisi biomediche Ticino.

- 
- 2 associazioni scolastiche:
 - Movimento della scuola;
 - Associazione docenti scuola d'infanzia.
 - 2 sindacati di settore:
 - Sindacati indipendenti Ticinesi;
 - Sindacato SSP/VPOD.
 - 2 associazioni di utenti del settore:
 - Movimento diritti anziani e pensionati USS-TI e Moesa;
 - Associazione dei pazienti.

Il comitato di sostegno

- 9 associazioni;
- 3 case per anziani;
- 10 commissioni interne;
- 3 istituti scolastici;
- MPS, PS Sezione Ticinese;
- 2 sindacati;
- **Diverse persone singole.**

I bisogni

- La popolazione anziana è in aumento e le loro necessità di assistenza pure;
- I disabili sono una realtà e a loro non va negata l'assistenza, l'insegnamento, la formazione e l'inserimento in strutture protette;
- I giovani studenti del settore sanitario hanno diritto ad un luogo di stage.

I bisogni

- I giovani necessitano di una buona formazione a tutti i livelli perché per loro il futuro non è assicurato da impieghi facili e che garantiscono un posto di lavoro per tutta la vita;
- I settori delle cure, dell'assistenza e della formazione non si devono sempre e solo identificare come fonti di costo, ma come una garanzia di benessere, di qualità di vita e di civiltà irrinunciabili per la popolazione.

L'appello

- Tutti abbiamo bisogno di questi servizi, non lasciamoli demolire da tagli ingiusti e sbagliati.
- Il disegno politico concernente le finanze deve tener conto della dimensione generale del sistema sociale per non aggravare con misure scarsamente ponderate la precarietà.

Il rischio spostare i costi e peggiorare la qualità di vita

- Aumentare i costi delle cure a causa della cattiva qualità dell'assistenza;
- Aumentare il rischio di errore a causa della riduzione del personale qualificato e con maggiore esperienza;
- Snaturare il significato stesso di assistenza che si dovrebbe sempre realizzare nell'ambito di una relazione di sostegno e di empatia.

Il rischio spostare i costi e peggiorare la qualità di vita

- Incrementare la perdita di posti di lavoro per i dipendenti più anziani e “più costosi” per il datore di lavoro;
- Non rinnovare i contratti per il personale saltuario;
- trasferire costi a carico dell'assicurazione malattia, della disoccupazione o dell'invalidità.

I curanti contengono le spese

- Ritardano per quanto possibile il ricovero degli ospiti negli ospedali acuti;
- Utilizzano i generici come medicinali di prima scelta;
- Risparmiano attentamente sul materiale monouso;
- Grazie ad un'assistenza mirata prevengono complicazioni e insegnano a mantenersi in buona salute.

Gli insegnanti e gli operatori sociali

- Con la famiglia sono coinvolti in prima linea nella prevenzione del disagio giovanile;
- Favoriscono l'integrazione dei giovani nella società e nel mondo del lavoro;
- Grazie al contatto diretto risolvono le difficoltà prima che diventino problemi.

Il seguito

- Il 12 marzo abbiamo vinto il referendum. Il 64,9% della popolazione ha detto no al risparmio sui sussidi, confermando la preoccupazione riguardo i tagli in settori tanto delicati e sensibili per il benessere sociale.

Le conclusioni

- Le finanze cantonali non sono in buono stato e questa è una realtà. Desideriamo poter partecipare ad un'analisi per trovare forme di risparmio reali e non lasciarci imporre risparmi fittizi e peggiorativi della qualità di vita della popolazione e degli operatori.