



FONDAZIONE  
**Anna Kuliscioff**

Fondatore Giulio Polotti

## Osservatorio della salute e della sicurezza sul lavoro - News n.3

La Fondazione Anna Kuliscioff ha ritenuto utile un momento di analisi e di confronto su un tema primario come quello della salute e della sicurezza sul lavoro anche per dare un segno di riconoscimento al medico Anna Kuliscioff, la “dottora dei poveri”, che studiò a Pavia con Camillo Golgi e frequentò a Torino Cesare Lombroso, e che unì alla sua professione una straordinaria capacità di influire sulle vicende politiche del suo tempo con un impegno intenso e instancabile che univa ad un grande realismo una tenace volontà di lotta per emancipazione dei più deboli.

Il nostro Osservatorio si avvale della collaborazione di esperti del settore e di soggetti che ricoprono incarichi istituzionali, di rappresentanti delle forze politiche e sociali. Riprodurremo, con il consenso degli interessati, anche articoli di particolare interesse apparsi sulla stampa. L'Osservatorio è aperto a tutti coloro che intendono contribuire a rendere più efficaci gli strumenti della politica sanitaria, offrendo su una materia oggettivamente complessa una comunicazione chiara ed accessibile ai cittadini che spesso incontrano disagi e difficoltà burocratiche.

---

### Efficacia ed efficienza delle prestazioni: il ruolo del medico

Spesso ho sentito ed ho vissuto in termini di resistenza al cambiamento, nella mia trentennale esperienza di direzione sanitaria, affermazioni circa il fatto che situazioni del tutto inesatte quali quelle che al medico e personale sanitario vengono richiesti compiti e funzioni di natura “burocratico- amministrativa che spesso non corrispondono alla realtà.

“Ma direttore – mi sono sentito dire anche da autorevoli colleghi- Le pare giusto impegnare il mio prezioso tempo per compilare una SDO (Scheda di Accettazione e Dimissione)?” Si purtroppo non solo è giusto, trattandosi di competenza di natura prettamente sanitaria, essendo la SDO un allegato alla cartella clinica che ovviamente il medico, non altri, debbono compilare, ma anche utile in quanto sulla scorta della SDO si genera, in automatico, il finanziamento delle Regioni alle Aziende Ospedaliere, il cosiddetto DRG.

Come può un amministrativo decidere quali e quante procedure diagnostiche o terapeutiche hanno condotto alla diagnosi finale e soprattutto quali, fra esse, debbano essere considerate diagnosi principali o secondarie. Naturalmente l'esemplificazione vale anche per altre situazioni quali l'uso del computer per le diagnosi ambulatoriali, in collegamento con il sistema informativo regionale (SIS).

Ho così esemplificato per illustrare come spesso i colleghi confondano Gestione economica con burocrazia.

Ma attenzione: gestione economica non vuol dire comprare sempre e solo al prezzo più basso. Vuole significare, altresì, analisi di tutti i processi clinico-terapeutici al fine di stabilire cosa rappresenti il farmaco o l'attrezzatura sanitaria più corretta e conveniente per la salute del paziente che sempre risulterà corretta e conveniente anche per l'azienda sanitaria.

Infatti mai è lecito sacrificare l'efficacia del nostro agire sull'altare dell'efficienza occorre sempre trovare la sintesi tra le due.

Occorre, invece esprimere netta contrarietà a quella politica dei “tagli lineari” come emersa negli anni scorsi in attuazione della cosiddetta “Spending Review”. Ciò non significa che non occorra, come già ho sopra detto, risparmiare, ma alla luce di concrete analisi di processo. Ben altri risparmi si sarebbero

conseguiti se si fossero chiusi ospedali o reparti quando a pochi chilometri sussista la stessa offerta, con evidente duplicazione dei costi, realizzandosi in tal modo una vera e propria economia di scala.

Già oggi, inoltre, il clinico, il direttore della struttura complessa o di dipartimento, viene periodicamente coinvolto nel processo di “budget” sia nella sua formazione, che nella verifica periodica del suo andamento. È vero non siamo ancora all’auspicato “governo clinico”, ovvero al pieno ed obbligatorio coinvolgimento della componente clinica con la sua partecipazione alle scelte strategiche delle Direzioni delle Aziende Sanitarie attraverso una rappresentanza clinica **eletta e non nominata**.

Già oggi abbiamo comunque i presupposti di tale condizione, attraverso gli attuali strumenti normativi. Abbiamo un collegio di direzione con la presenza dei direttori di U.O e di dipartimento, un consiglio dei Sanitari eletto; il direttore di U.O. sottoscrive il budget annuale in cui vengono fissati e condivisi gli obiettivi strategici sanitari della U.O o del Dipartimento che si traducono, naturalmente, poi in una loro compatibilità economica. Alcuni colleghi pensano che tutti debbano fare tutto, magari 10 di un certo tipo di interventi chirurgici/anno oppure acquistare ogni attrezzatura tecnologica che l’industria internazionale sforna, fortunatamente, ogni anno, senza conoscere che i costi di investimento debbono essere coperti da un “tot” di esami l’anno attraverso quello che gli economisti definiscono “analisi di break-even”.

Se non conviene effettuare (attenzione anche dal punto di vista della sicurezza del paziente, non solo economico) 10 interventi l’anno o gli esami non coprono neppure minimamente il costo di investimento può essere più utile indirizzare alcuni pazienti in una struttura vicina dove forse si fanno cento o più di quell’intervento oppure in un’altra per effettuare quel tipo di esame.

Mi sono spesso sentito dire: “ma non posso sottrarre tempo alle visite o alla camera operatoria per questi adempimenti burocratico-amministrativi!”.

A parte che burocratico- amministrativi non sono; nessuno mai chiede frettezza nell’adempimento della clinica ma gli aspetti organizzativi, di competenza medica, devono essere considerati aggiuntivi e non sostitutivi; d’altro canto la stessa legge di riforma in senso di aziendalizzazione (D.lgs. 502) afferma quanto sia necessario il raggiungimento degli obiettivi ” anche oltre (se necessario N.d.R.) il normale orario di lavoro” come si conviene ad un dirigente a cui nessuno deve impedire l’efficacia della sua prestazione. Efficacia significa fissare un obiettivo e quanto più lo raggiungi, tanto più sono efficace, Efficienza significa raggiungere quell’obiettivo, utilizzando minor quantità di risorse possibili. Nessuno mai potrà chiedere di rinunciare all’efficacia per raggiungere l’obiettivo che in Sanità che significa: “Salute”.

Consentitemi, infine, un’ultima considerazione, quasi personale. In alcuni casi, mi son sentito dire da qualche collega: “voi amministrativi...”. Bene, fermo restando ovviamente che nessuno ha niente contro gli amministrativi, (naturalmente se operano in modo corretto) occorre però forse ricordare a qualche collega clinico che la direzione sanitaria è costituita da medici, naturalmente laureati in medicina e chirurgia al pari proprio dei colleghi clinici, ai quali, invece, è deputata la funzione igienico-organizzativa.

**Elio Marmondi**

**Già direttore sanitario IRCCS Fondazione Istituto Carlo Besta ed Asl della Provincia di Varese**

*Bibliografia:* Elio Marmondi: “Il ruolo del medico nell’ottimizzazione di costi” in “Economia e gestione delle aziende sanitarie” di Loredana Luzzi e Remo Arduini. Franco Angeli editore

## La riflessione

IL MEDICO E LA LIBERTÀ  
DI NON CONDIVIDERE**Alberto Scanni**

Il giuramento che i neo medici fanno quando si iscrivono all'Ordine recita all'ultimo punto: «Giuro... di prestare in scienza e coscienza la mia opera con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione».

La coscienza del medico è però messa a dura prova quando c'è qualcosa che non va.

E negli ospedali non sono infrequenti le cose che non vanno, segnalate più volte ma sempre senza una risposta. Organici all'osso, liste di attesa esorbitanti, apparecchiature obsolete, ambienti angusti, posti letto insufficienti, sale operatorie non attrezzate al meglio, eccessiva burocrazia, visite contingentate strozzate dai tempi, farmaci costosi e amministrazioni sempre più esigenti nel voler risparmiare. Che fare? Se si continua a lavorare nel disagio si rischia (per sé e per il malato), se si denuncia si incorre in sanzioni della amministrazione con la quale, all'assunzione, è stato sottoscritto un atto di fedeltà secondo un codice di comportamento aziendale. Non è facile la risposta: ma qui c'è in gioco la libertà del medico, la sua responsabilità, l'eticità

della sua professione, la salvaguardia del malato nel rispetto di un giuramento.

Si dice: bisogna spiegare, bisogna raggiungere un rapporto empatico col paziente, bisogna ascoltare, bisogna accompagnare, bisogna porre attenzione anche ai problemi della famiglia. Tutte cose sacrosante e giuste, rivendicate ma il più delle volte inascoltate dal "sistema". Di fronte a situazioni "pesanti" il medico ha difficoltà a tacere e sente il dovere/diritto di esprimere il proprio dissenso rivendicando le ragioni profonde che l'hanno portato a scegliere questo lavoro e i "fondamentali" che non sono legati alle categorie dell'economia, dalla bieca organizzazione, del quieto vivere! Ma come dirlo? Nelle assemblee? Attraverso gli ordini professionali? Attraverso i sindacati? Puntando i piedi con i direttori generali? Sui giornali? Giocandosi in prima persona e assumendosene le responsabilità? Tutte strade possibili, senza però mai offendere, mai denigrare la struttura in cui si opera (che spesso gli affida, sulla fiducia, compiti dirigenziali), ma ribadendo ciò per cui si è studiato. Denunciando le cose che impediscono di offrire un'assistenza congrua, difendendo il diritto del malato ad essere assistito al meglio e a essere realmente preso in cura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

