



Fondatore Giulio Polotti

Osservatorio della salute e della sicurezza sul lavoro - News n.1

La Riforma sanitaria di Maroni: Luci ed Ombre

Attraverso la legge regionale 11 agosto 2015, n°23 (Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n°33) la regione Lombardia ha profondamente innovato il proprio sistema socio-sanitario sia dal punto di vista degli obiettivi che da quello dell'organizzazione.

Circa il primo punto viene ribadita la "scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture", ma viene evidenziato anche un fattore organizzativo particolarmente rilevante: l'"orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso".

Si pone tuttavia come obiettivo fondamentale la ricerca di un modello che ponga al centro un intervento complessivo ed integrato nei confronti della patologia cronica: l'intervento sulla cronicità, prima suddiviso tra più soggetti operativi, ASL, Aziende ospedaliere e Comuni.

Che la cronicità rappresenti il problema degli anni 2000 in sanità è suffragato da alcune considerazioni di fondo: la proporzionalità diretta tra allungamento della vita e cronicità, gli stili di vita alimentari e quelli legati alla sedentarietà e, paradossalmente, il progresso in campo medico-scientifico e farmaceutico.

Qualche dato statistico relativo alla popolazione italiana pone bene in evidenza la situazione sottesa all'urgenza di intervenire a favore della prevenzione, cura e riabilitazione della cronicità.

In Italia si registra una diminuzione della mortalità in tutte le fasce di età e la vita media si è innalzata a 79,6 anni per i maschi e a 84,4 anni per le femmine nel 2012.

Rispetto a dieci anni prima, la speranza di vita alla nascita ha registrato un incremento di poco inferiore ai 2 anni e mezzo per i maschi, di poco inferiore all'anno e mezzo per le femmine.

Continua a diminuire il numero medio di figli per donna, nel 2014 si attesta a 1,37 mentre occorrerebbero circa 2,1 figli per garantire il ricambio generazionale.

Se pensiamo alla precedente carenza di strumenti preventivi quali i vaccini e la modesta tecnologia della sanità degli anni passati o anche alla povertà dei cibi e la tipologia dei lavori defatiganti che caratterizzavano la vita dei nostri padri e nonni, possiamo vedere la risposta alla attuale situazione della patologia odierna.

Ciò pone la necessità di intervenire in modo differenziato per motivi sia organizzativi sia economici nei confronti delle due tipologie di patologia, quella acuta che ha la sua naturale risposta in Ospedale, quella cronica in un processo di interventi che vedono coinvolti:

- I medici di medicina generale (MMG);
- La famiglia in una logica di sussidiarietà, principio che peraltro è confermato dalla riforma;
- I Comuni con i loro servizi socio-assistenziali;
- Le strutture intermedie quali RSA, IDR;
- L'ospedale di comunità in cui venga privilegiata l'assistenza infermieristica rispetto a quella medica e che nella riforma viene denominato POT (Presidio ospedaliero territoriale);
- L'ospedale tradizionale in cui sia possibile trovare risposta alla richiesta di riaccutizzazione, in altre parole la fase acuta della patologia cronica.

Appare evidente che i soggetti istituzionali devono trovare un preciso coordinamento del processo che è bene individuato dalla riforma Maroni, ma che poi non trova lo strumento di pratica attuazione.

Se, infatti, nel distretto socio-sanitario in cui vengono coinvolti in modo corretto anche i sindaci dei Comuni che lo compongono è relativamente meno difficile trovare un coordinamento tra Comuni, Enti intermedi quando esistono (e questo vale soprattutto per l'ospedale di comunità) ed ospedali, ben più difficile invece appare trovare una sintesi tra il ruolo del medico di famiglia ed il resto dei soggetti coinvolti.

Il rapporto di lavoro del medico di medicina generale è infatti disciplinato dalla convenzione nazionale unica (CNU) che non offre ai gestori della sanità la possibilità d'intervento diretto nei confronti di tale figura. Appare, infatti, non più prorogabile la "riforma" del ruolo e dell'inquadramento formale del MMG che deve essere visto, a mio avviso, o come dipendente del SSN o come vero libero-professionista e, come tale, convenzionato direttamente con i direttori generali delle ATS (ex ASL) o dalle ASST (ex AO). A mio avviso sono proprio questi i motivi del mancato decollo della riforma e del suo principale obiettivo.

Di questo la Regione sembra essersi accorta, in quanto, con la Legge Regionale 22 dicembre 2015, n. 41 che introduce modifiche ed integrazioni alla riforma, si dice, all'art.2: *“La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, (da cui dipende tuttora l’emanazione della CNU) effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi.”*

La modalità per affrontare in termini corretti la cronicità è da ricercarsi:

- Nel superamento della CNU, per la medicina di base;
- Nell’implemento delle strutture intermedie quali gli ospedali di comunità;
- In una maggiore disponibilità a collaborare da parte di tutte le componenti attraverso il primeggiare della cultura dell’io rispetto a quella del Noi e questo vale anche per l’istituzione comune verso quelle sanitarie ed all’interno di quelle sanitarie.

Questi punti costituiscono i nodi fondamentali per una corretta attuazione dei contenuti dell’integrazione ospedale-territorio, vera sfida della politica sanitaria di questo secolo. Un altro nodo affrontato dalla riforma Maroni è rappresentato dall’accorpamento delle Aziende sanitarie; infatti si è proceduto all’accorpamento delle vecchie ASL in otto ATS (Agenzie di Tutela della Salute) e delle ex Aziende Ospedaliere divenute ASST (Aziende socio-sanitarie territoriali).

Se ciò costituisce una necessità di migliore razionalizzazione dell’offerta sanitaria al fine di evitare “doppioni” e quindi sprechi di pubblico denaro realizzando la migliore economia di scala, occorre ridisegnare strutture semplici e complesse, dipartimenti gestionali e funzionali nelle singole “nuove” aziende.

Inoltre tale processo costituisce un accentramento di poteri che necessita, per una migliore gestione delle risorse umane e finanziarie, di una grande competenza manageriale, decisionale ed imprenditoriale. Per condurre tali Aziende, senza nulla togliere agli attuali direttori generali, il DG necessita di una formazione selettiva, ancora molto lontana dai contenuti degli attuali corsi di formazione manageriale previsti dal D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ed obbligatoria per l’accesso all’albo regionale e non dopo la nomina, come oggi avviene. La necessità di tale competenza si dimostrerà quando il DG sarà chiamato a compiere scelte importanti se non fondamentali, quando ad esempio il DG di un’ASST sarà chiamato a decidere quali risorse umane, nel contesto delle professioni sanitarie, fare afferire al polo-ospedaliero ed alla rete-territoriale e quindi attribuire alla direzione sanitaria e/o alla direzione socio-sanitaria.

In ogni ATS viene inoltre costituito un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime e tali distretti hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST.

“Nell’ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all’interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale al fine di procedere all’analisi della domanda del territorio e programmazione delle attività, partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio, coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening. L’erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di base (come assistenza domiciliare, rapporto con i medici di Medicina Generale etc.6) sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSR, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalle presente legge, possono erogare.”

Anche questo elemento se da un lato rientra in un ulteriore accentramento rispetto a quello voluto dalla 33/2009 e ancor prima dalla L.R n° 31 e costituisce un passo che rafforza la componente territoriale, dandole anche autonomia economico-finanziaria, dall’altro allontana sempre più il cittadino dall’istituzione sanitaria ed inoltre l’introduzione di un rapporto oltre che con l’ATS anche con l’ASST può facilitare una confusione gestionale, quando non un conflitto tra le direzioni distrettuali e quelle centrali di ATS e ASST.

Anche in questo caso La Regione ha previsto attraverso la Legge Regionale 22 dicembre 2015, n. 41 sempre all’art. 2, la sperimentazione dell’articolazione in ATS e ASST e afferma:

“L’articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal Titolo I della l.r. 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge, avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione.”

Inoltre le direzioni aziendali hanno bisogno di un interlocutore regionale per il quale molto opportunamente si è deciso di accorpate gli assessorati “alla Salute” con quello alla “Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità” in un unico Assessorato alla salute e politiche sociali “Welfare” che costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente alle sopradescritte necessità, in quanto appaiono necessarie la fusione dei rispettivi apparati funzionali, il ridisegno delle loro competenze e l’introduzione di nuovi elementi di provata esperienza “sul campo”, in grado di fornire alle direzioni locali precise risposte in linea con gli obiettivi della riforma stessa.

Insomma, alla luce di ciò che abbiamo finora analizzato, la mancata concreta attuazione della riforma “Maroni” non dipende tanto dai suoi contenuti, quanto da elementi di contorno che indubbiamente hanno fortemente condizionato l’attuale situazione.

Occorreva forse procedere ad alcuni atti preventivi quali la riforma non solo del ruolo da gate keeper (chi avvia il procedimento) a quello di “care giver”, chi prende in carico), ma anche dell’inquadramento di questa figura che, proprio in relazione a quanto si è finora affermato, risulta centrale nel quadro della sanità lombarda e nazionale. La stessa istituzione di strutture alternative all’ospedale per acuti, quali i Presidi Ospedalieri Territoriali, poteva precedere l’emanazione della riforma stessa.

Elio Giorgio Marmondi, 15 marzo 2017

Medici che lasciano gli ospedali pubblici.

La stampa ha riportato qualche tempo fa l'abbandono di alcuni importanti medici del Policlinico di Milano, molto efficienti e ancora lontani dal pensionamento. Non capita soltanto a Milano: quando avvengono queste fughe le ragioni, il più delle volte, non sono di natura economica, ma legate a delusione, a mancata gratificazione della professionalità, al senso di abbandono e ai silenzi delle Amministrazioni. Per un medico che per anni ha investito nella struttura pubblica l'essere ignorato dai vertici, il fare costantemente anticamera, il non vedere accolte proposte di ricerca, di progetti di studio, di riorganizzazione del lavoro, di innovazione, di sviluppo assistenziale, sono tutti motivi di frustrazione e il cercare soddisfazioni altrove diventa quasi inevitabile. A fronte di una assistenza pubblica iperburocratizzata, ossessiva sui budget, che vuole relazioni su relazioni, raggiungimento di obiettivi amministrativi economici, poco attenta a chi fa bene il medico, il privato rappresenta una sirena appetibile.

Un privato che diventa sempre più "colosso", tecnologicamente fornito, rapido nelle decisioni, pronto ad innovarsi, ad accettare proposte ed idee nuove per stare al passo coi tempi, diventando magari anche sede universitaria. Un privato con amministrazioni efficienti, pronte a dare risposte all'interno e all'esterno, informatizzato al meglio, che investe, che stima i propri collaboratori, che esige ma che sburocratizza al massimo il compito dei dipendenti. Un privato così attira le menti e i professionisti migliori, formati nel pubblico dove hanno acquisito fama, competenza e professionalità, ma che non ha saputo trattenerli e premiarli, considerati unicamente macchine da lavoro.

Anche se nelle nuove istituzioni in cui andranno non è tutto oro quello che luccica, si ritroveranno in una nuova sfida.

Certamente il pubblico ha grosse difficoltà economiche e organizzative, ma sarebbero bastate porte aperte, tavoli di lavoro comuni, richieste di pareri per condividere obiettivi, minori imposizioni, maggiori spiegazioni degli eventi, segnali di attenzione alle proposte a mantenere vivi, pur in presenza di risorse limitate, gli ideali che hanno indotto a scegliere di lavorare negli ospedali. Il restarci, a denti stretti, avrebbe prevalso.

Alberto Scanni, dal "Corriere della salute" del 26 febbraio 2017