

Può esistere l'ospedale organizzato per intensità di cura senza il dipartimento?



Costantino Troise,
direttore dell'Unità
Operativa di Aller-
gologia e Direttore
del Dipartimento di
Medicina Generale
e Malattie infettive
dell'Azienda Ospeda-
liera Universitaria
San Martino di Ge-
nova.

Negli ultimi tempi assistiamo, in troppe Regioni per essere un caso, a un fervore di iniziative in tema di innovazioni organizzative in sanità. Uno sforzo di ingegneria che nasce da importanti determinanti sociali e demografici, dalla transizione epidemiologica ad un soggetto di cura con aspettative diverse rispetto ai servizi offerti, e comincia a impattare fortemente il lavoro e il ruolo dei medici ospedalieri costituendo anche occasione e pretesto per una redistribuzione di competenze tra professionisti.

È bene premettere che noi non crediamo sia in atto un complotto ordito da un grande vecchio contro i medici perché riconosciamo gli ostinati processi, strutturali e sovrastrutturali, che spingono nella direzione del cambiamento. Compresi i segni di una sfiducia generalizzata dei cittadini verso il servizio sanitario ed i suoi attori registrata dal rapporto Eurispes 2011.

La verità è che, dopo trent'anni, il Servizio sanitario italiano comincia a scricchiolare ed è sempre più evidente lo scollamento tra aspettative dei cittadini ed offerta sanitaria.

Quest'ultima è considerata nel complesso di buona qualità, anche in rapporto a costi largamente al di sotto della media OCSE, ma da tempo incapace di migliorare, come se si fosse attestata in una mediocre stabilità. Per di più, le Regioni sono impegnate in larga parte del Paese in piani di rientro non certo neutrali rispetto alla quantità e qualità dei servizi sanitari ed il sistema è afflitto da una persistente inadeguatezza organizzativa ed iniquità di accesso, visto che nei fatti si raziona occultamente la domanda sanitaria smistando una quota importante di utenti verso un privato che oggi copre il 25% della spesa con un trend in crescita, anche come numero di produttori.

Ma è innegabile che una spinta forse decisiva, ancorché non sempre dichiarata, sia rappresentata dalla fatale, e illusoria attrazione, verso una sanità *low cost*, che nel modello di ospedale ad intensità di cure, o complessità assistenziale, oggi di moda, vede una delle diverse modalità di *tank shifting*, di

trasferimento cioè, di settori e segmenti di attività da fattori produttivi ad alto costo, a fattori a basso costo.

COSTANTINO TROISE

Segretario Nazionale Anaa Assomed

L'ospedale organizzato per intensità di cure realizza un cambio di paradigma organizzativo dei luoghi della salute che porta con sé, effetto collaterale ma non sgradito ai decisori, anche una redistribuzione delle competenze tra professionisti, in una situazione in cui già il cambiamento rende più incerti i confini tra le professioni.

I grandi cambiamenti producono inevitabilmente conflitti e tensioni. Proprio per questo, un modello che voglia ridisegnare una nuova logica e nuovi meccanismi organizzativi, non si può sottrarre all'obbligo di reclutare le intelligenze professionali alla logica ed alla cultura del cambiamento, anche perché si vanno a riassembleare aspettative, comportamenti e legittimi interessi delle figure professionali coinvolte. Occorre passare dalla cruna di questo ago esplicitando anche il *trade off* dell'innovazione sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure. Senza trascurare l'obbligo di definire in maniera chiara i profili di responsabilità, anche per l'aspetto medico-legale, e di assicurare la necessaria trasparenza nei confronti degli utenti.

In una epoca di identità confuse e appartenenze incerte occorre evitare, nell'attribuzione delle nuove competenze, sia di alimentare la paura dell'"altro", sia di precipitare in una sorta di manicomio babilonese dove linee professionali e gestionali, in nome della reciproca autonomia, funzionino a canna d'organo. I processi di cura, e anche quelli di gestione, hanno bisogno di conduzioni unitarie. Non appare eliminata insomma, la necessità di una nuova centralità che, per il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e nella terapia, non può essere costruita che intorno al medico, mediatore unico tra malato e malattia, in grado di garantire l'efficacia senza la quale non c'è efficienza, titolare di un duplice ruolo di garanzia verso lo Stato e verso il paziente. I medici, comunque, non possono essere confinati nella cittadella delle competenze cliniche, espulsi dai ruoli organizzativi e gestionali, svuotandone la funzione dirigenziale dopo tanti sforzi e processi formativi che spingevano in senso contrario.

Forti di questa consapevolezza non intendiamo sfuggire alle sfide capaci di produrre miglioramenti di efficacia e sicurezza del sistema, anche per cercare un riposizionamento della professione nel *core* dei processi decisionali dai quali risulta, anche per effetto del declino della dominanza professionale e dello smarrimento della stessa identità, sempre più emarginata. Rilanciando il modello dipartimentale

come sede del governo clinico delle attività sanitarie, dalla formazione alla sicurezza, della loro organizzazione e responsabilità gestionale.

Governare il cambiamento per riallineare l'organizzazione ai bisogni diversi espressi dalla società e dagli operatori per non subirlo, è un compito cui non possiamo sottrarci, ma chi amministra sappia che nessun modello organizzativo potrà produrre risultati positivi senza i medici e contro i medici.

TM