



INTERVISTA A COSTANTINO TROISE

alle pagine 2-4

IL MODELLO **ASL-AZIENDA** HA FALLITO

Ora tocca ai medici assumere nuove responsabilità nella gestione della sanità. Ma il nostro ruolo va profondamente rivisto

RIPARTO FSN 2012

Le Regioni raggiungono l'intesa. L'incremento medio è dell'1,75%
alle pagine 6-7

RAPPORTO SDO

Meno ricoveri e più appropriatezza negli ospedali italiani
alle pagine 8-9

RAPPORTO CENSIS

Boom della spesa privata cala quella pubblica
alle pagine 10-11

**INTERVISTA A
COSTANTINO TROISE,
SEGRETARIO
NAZIONALE ANAAO
ASSOMED**



“L’AZIENDALIZZAZIONE HA ORA TOCCA AI

↳ Lucia Conti

Per il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise, i medici cercano nella libera professione intramoenia non solo risvolti economici, ma anche un'autonomia e una gratificazione professionale che le aziende oggi gli negano. E se è vero, come dimostrano i dati presentati dal generale dei Nas, che in questo ambito non mancano le truffe, tuttavia Troise sottolinea come “anche i blitz fatti a Cortina e altrove dai Nas hanno dimostrato che un numero notevole di esercizi commerciali non rilasciano lo scontrino fiscale, eppure nessuno ha chiesto di abolire il commercio o che questi esercizi commerciali venissero chiusi”. Per Troise, dunque, non si tratta di abolire la libera professione intramoenia, che è peraltro fonte di incassi pari a 450 milioni all'anno per lo Stato e pari ad oltre 170 milioni all'anno per le aziende. Quello che serve è applicare la legge, che prevede chiaramente anche controlli da parte dell'azienda per scoraggiare le irregolarità e sanzioni fino al licenziamento per chi commette irregolarità. Un richiamo, quindi, alla responsabilità del Direttore generale e dell'azienda, nei confronti dei quali il segretario nazionale del sindacato della dirigenza medica non risparmia critiche: “L'anomalia del modello aziendale è palese. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato

Il sistema di un uomo solo al comando di Asl e ospedali non funziona. Serve un patto con i professionisti. Ma anche la “dirigenza” medica ha fatto il suo tempo. Abolire l'intramoenia? “Nessuno pensa di chiudere i negozi perché qualcuno non fa lo scontrino”. Sono questi alcuni dei punti cardine del pensiero del segretario dell'Anaa Assomed che in questa lunga intervista ha puntato i riflettori sul sistema sanitario analizzandolo a tutto tondo

principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti”. L'aziendalizzazione, per Troise, è quindi da ripensare. Insieme a una riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie con un ragionamento a tutto campo che non esclude, se necessaria, una modifica dello stato giuridico dei medici del Ssn.

Dottor Troise, a venti anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione della sanità, da più parti se ne decreta il fallimento. La pensano così anche i medici?

Direi di sì. Il processo di aziendalizzazione, già in

partenza non privo di ambiguità sia semantiche che sostanziali, ha suscitato in 20 anni delusioni più che risultati concreti, essendo stato inteso soprattutto come recupero della dimensione economica insita nelle prestazioni sanitarie. Le Aziende Sanitarie si comportano in genere come Aziende contabili, tendenzialmente indifferenti al loro finalismo istituzionale, scarsamente orientate verso la dimensione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza, scontando la marginalità della componente professionale medica priva di un coinvolgimento operativo nei percorsi gestionali. Ha prevalso, cioè, l'interpretazione di chi ha pensato solo a riportare in pareggio i bilanci fino a farle identificare con il solo governo



FALLITO. MEDICI"

dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi, senza visione strategica né di prospettiva in termini di risultati di salute. Peraltro, il disastro dei conti dimostra che l'aziendalizzazione non è riuscita neanche a raggiungere l'obiettivo principale per il quale era nata. È mancato uno sguardo lungo, il coinvolgimento dei professionisti presenti nel mondo sanitario, l'armonizzazione di molteplici legittimi interessi. La complessità del mondo sanitario non può, cioè, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità non sempre è accaduta. Serve un patto che recluti tutte le intelligenze professionali rispetto agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Come dicevo al sottosegretario alla Salute Cardinale, non è solo una questione di nome, anche se "nomina sunt essentia rerum". È una questione di mission e di vision, come ci hanno insegnato.

Tutto da buttare, quindi?

Non possiamo negare che l'aziendalizzazione abbia avuto il merito di introdurre strumenti contabili prima ignorati, superare il finanziamento per spesa storica, richiamare l'attenzione dei medici sul piano della responsabilizzazione sui costi connessi alle decisioni cliniche. Perché se è vero che la salute

non ha un prezzo, ha però certamente dei costi che non si possono ignorare. Tuttavia, ben presto sono iniziate ad emergere le criticità, a cominciare dai criteri per la scelta del management e dal legame stretto con la politica la cui invadenza pervasiva si è presto estesa alle carriere professionali.

Il modello aziendale, così come è stato realizzato, non solo non è la soluzione giusta per la sanità italiana, ma forse oggi rappresenta uno dei maggiori problemi.

Però i medici avevano delle aspettative ...

I medici si aspettavano che un cambio di assetto istituzionale favorisse una maggiore partecipazione ai processi decisionali, anche nell'ambito di scelte di tipo economico. Si aspettavano di essere valorizzati per le loro competenze e le loro capacità professionali, necessarie anche ai fini del contenimento dei costi.

I medici hanno creduto in questa sfida e l'hanno accettata, al punto da chiedere una qualifica dirigenziale che ne formalizzasse l'autonomia e la responsabilità sia sul piano professionale che nei processi di controllo della spesa. Invece di una governance più partecipata, si sono trovati a sprofondare in un assetto che ben presto ha smarrito il senso etico di azienda speciale, ove sono stati assimilati a "mac-

chine banali", solo uno dei tanti elementi del ciclo di produzione. Ha prevalso la logica di chi ha visto nell'aziendalismo uno strumento di mero controllo dei costi, un altare sul quale sacrificare meriti e talenti, con un'accentuazione tanto più marcata quanto più la crisi economica e il defianziamento della sanità hanno iniziato a se-

gnare i primi colpi.

Nel frattempo non si è chiarito il problema della natura giuridica della azienda e del rapporto con le Regioni, cui spetta il potere di programmare e finanziare, e con i Comuni, che comunque conservano una autorità in ambito sanitario. Nei fatti il regionalismo in sanità si è tradotto in un neo centralismo che ha marginalizzato sia le comunità locali che la comunità professionale.

Quindi i dirigenti medici non hanno avuto spazio per esercitare la loro funzione dirigenziale ...

Si è affermato il modello dell'uomo solo al comando, il direttore generale, vera e propria figura di "governatore" inviato dalla Giunta regionale, responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni d'organizzazione, di gestione, e di verifica fino alla selezione del management intermedio professionale. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà. L'anomalia del modello aziendale è palese. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti.

Senza contare, poi, che di quelle scelte non deve rispondere a nessuno se non al potere politico che

l'aveva nominato e lo stesso Collegio di direzione ha avuto nella maggior parte dei casi funzioni essenzialmente notarili. Anche i diversi tentativi di cambiare i criteri di nomina dei Direttori di struttura complessa che si sono susseguiti di anno in anno non sono riusciti a sradicare il mito della scelta in base al "rapporto fiduciario", laddove si tratta con tutta evidenza di selezionare competenze professionali.

Ma i medici non hanno nessuna autocritica da farsi rispetto a quanto accaduto?

Sicuramente i medici non hanno avuto la capacità di costruire un'argine efficiente e, pur rendendosi conto che le crepe del sistema si facevano sempre più evidenti, hanno impiegato molto tempo a capirne le dinamiche. Anche a causa di un estremo frazionamento della categoria, tra qualifiche gestionali e professionali, tra tipologie di lavoro a tempo indeterminato e precariato, tra modalità di rapporto di lavoro in esclusiva e non.

Forse una qualche responsabilità può essere loro riconosciuta per essersi impegnati in conflitti orizzontali senza vedere che le logiche organizzative soffocavano i valori professionali e senza misurare la progressiva irrilevanza cui li condannavano. Se la critica dell'Anao parte dal Congresso del 2002, solo negli ultimi anni è iniziata una riflessione più profonda sulla necessità di ripensare il modello di governance in funzione non solo della logica della partita doppia ma anche della qualità del prodotto e della soddisfazione degli operatori. Ed i rapporti tra contenuto e contenitore.

Ad esempio separando il duplice ruolo di clinici e dirigenti?

Indubbiamente, nelle Aziende sanitarie i medici si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che disciplinano l'organizzazione fissando i livelli di subordinazione. Nella crisi dell'identità professionale forte è la tentazione di chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione. Ma per avere un peso occorre imparare a gestire ed accettare un ruolo perché la stessa autonomia professionale nella società moderna è minacciata dalla crescita di altre professioni che aspirano al ruolo dirigenziale. Il guaio è che siamo chiamati a impersonare un profilo di dirigente, cui è collegata una dimensione professionale e una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse, senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali.

Lo stesso stato giuridico del medico ospedaliero è un ossimoro peculiare: dipendente e dirigente, sia per la natura intrinseca di interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà in quanto gestore di risorse anche ingenti. In tutti i medici sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate e comportando ogni scelta clinica una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile.

Ma l'ossimoro disegnato dal D.lgs 229/99 ha probabilmente fatto il suo tempo.

Ci troviamo sempre più stretti nel contenitore del

pubblico impiego nel quale non ci riconosciamo e che tratta allo stesso modo professionisti, cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e l'impiegato comunale. Per dirla con Amedeo Bianco "il disagio della professione è reale e chiede risposte". Occorre riflettere su questa situazione senza illudersi sulla esistenza di scorciatoie, quale mi sembra la separazione di cui parla.

Uscire dalla dipendenza? E per andare dove?

In questo momento non vogliamo né uscire né entrare da nessuna parte. La riflessione è ancora acerba e sappiamo, con certezza, solo che l'attuale contenitore penalizza i medici e non è coerente con la natura professionale, la specificità e la delicatezza dell'attività che essi svolgono all'interno delle strutture sanitarie. Il medico del Ssn oggi è considerato un semplice dipendente che svolge un incarico professionale piuttosto che un professionista che lavora per il Pubblico, tanto è vero che per le aziende non è altro che uno dei tanti fattori produttivi di un modello organizzativo rimasto l'ultima espressione di fordismo, almeno in Italia. Occorre una riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie con un ragionamento a tutto campo che non esclude, se necessaria, una modifica dello stato giuridico.

Mi faccia capire. Un professionista che lavora per il Pubblico come lo sono i medici in convenzione?

Non so ancora dirle come. Oggi possiamo dire solo ciò che non vogliamo senza avere ancora inquadrato un orizzonte. Valuteremo tutte le possibilità per ridisegnare i modelli di organizzazione e gestione all'interno dei quali recuperare un ruolo professionale, sociale e politico che risponda coerentemente a tutte le specifiche caratteristiche della professione e del suo compito primario, cioè la tutela della salute dei cittadini.

Il rapporto medico-azienda è dunque in crisi. Per questo vediamo sempre più medici dichiararsi insoddisfatti nei confronti della propria azienda sanitaria?

Tra i medici non c'è mancanza di affezione alla professione. Però c'è una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza ed una condivisione di valori, complice anche la incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, la irrilevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendalista che pensa di potere costruire maxi aziende con minimedici.

Per invertire la rotta, a questo punto, mi sembra che sia necessario che la categoria decida finalmente cosa vuole diventare.

La categoria deve ritrovare innanzitutto l'orgoglio professionale per riaffermare i valori in cui crede, per i quali ha studiato, per i quali è stata formata ed ha prestato giuramento. E per riaffermarli in maniera unitaria. Questo è un elemento indispensabile per qualsiasi processo di trasformazione, che non può prescindere da una partecipazione convinta della maggioranza dei medici italiani. Tutti i sindacati, intanto, sono uniti nel denunciare un diffuso disagio e una crescente insofferenza verso il modello aziendale. Tanto è vero che abbiamo inseguito per anni un provvedimento legislativo che speravamo attuasse il mitico governo clinico, che non è il governo dei clinici, ma la convergenza di valori, ruoli e responsabilità di professionisti diversi per un governo delle strutture sanitarie finalizzato ad obiettivi di sa-

lute. Il problema che abbiamo di fronte è in sostanza quello di progettare un nuovo sistema che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici, superando la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi se vuole progredire nella carriera.

L'Anaa, insieme agli altri sindacati della dirigenza, sta per lanciare una nuova iniziativa di denuncia. Può anticiparci di cosa si tratta?

Si tratta dell'avvio di una campagna mediatica con la quale denunciemo il peggioramento delle condizioni di lavoro, grazie al blocco del turn over ed all'esodo pensionistico, che determinano flessione del numero di medici a fronte di un aumento dell'attività, come dimostrano gli afflussi al Pronto soccorso. Denunciamo che si sia fatta cassa con le nostre buste paga e con le nostre pensioni. Denunciamo una minaccia alla libera professione intramoenia e agli istituti normativi ed economici contrattuali. Denunciamo l'attacco alla nostra autonomia professionale, previdenziale e contrattuale.



USCIRE DALLA DIPENDENZA?

In questo momento non vogliamo né uscire né entrare da nessuna parte. La riflessione è ancora acerba e sappiamo, con certezza, solo che l'attuale contenitore penalizza i medici e non è coerente con la natura professionale, la specificità e la delicatezza dell'attività che essi svolgono all'interno delle strutture sanitarie

Un po' la sintesi delle battaglie che abbiamo condotto fino ad oggi, anche nei confronti delle direzioni aziendali e delle Regioni, che, con i tagli lineari dei costi fissi, rischiano di affondare il diritto alla salute dei cittadini insieme con le capacità e il know how dei medici.

Intramoenia che, secondo i dati presentati in commissione parlamentare di Inchiesta sul Ssn dal generale dei Nas, Cosimo Piccinno, ha portato nel 2011 a denunciare 356 medici, 337 per attività in intramoenia e 19 in extramoenia, per un danno stimato di 4 milioni di euro...

I blitz fatti a Cortina e altrove hanno dimostrato che un numero notevole di esercizi commerciali non rilasciano lo scontrino fiscale, ma nessuno ha chiesto di abolire il commercio o che questi esercizi venissero chiusi.

L'attività libero professionale intramoenia, anche nella forma allargata, è inserita in una matrice organizzativa fatta di leggi, contratti e regolamenti che rende difficili, ma certo non impossibili, comportamenti opportunistici o truffaldini. Quello che serve sono controlli per scoraggiare le irregolarità e rispetto delle regole che prevedono sanzioni fino al licenziamento. Sia quindi applicata la legge e si metta in atto un sistema che chiami in causa tutta la filiera di responsabilità.

Io non nego che ci siano comportamenti irregolari nell'attività libero professionale, ma ognuno venga richiamato alle sue responsabilità, comprese quelle di chi deve vigilare.

Crede che se i medici fossero più pagati e gratificati dal loro lavoro "istituzionale" rinuncerebbero all'intramoenia?

Al di là di quanto crede qualcuno, tra cui il mio amico Cavicchi, l'attività libero professionale non può ridursi solo ad un nodo contrattuale, essendo anche un problema di gratificazione professionale per chi all'interno delle aziende in cui lavora non riesce ad esprimere e a valorizzare le proprie capacità perché fortemente limitato nella sua autonomia e responsabilità.

I medici cercano e trovano in questa attività non solo risvolti economici ma anche autonomia e gratificazione professionale che le aziende oggi mettono in discussione. Questi due aspetti rappresentano motivazioni forti per la richiesta di esercitare quello che la legge definisce come "diritto". È possibile che se risposte a tali motivazioni fossero trovate nell'ambito del lavoro istituzionale, parte dei medici potrebbe rinunciare all'esercizio libero professionale. Ma occorrerebbe una rivoluzione in sanità di cui oggi non c'è nessuna avvisaglia. Inoltre, esistono ambiti ultra specialisti in cui credo che questo non sarebbe neanche immaginabile, anche perché nessuna azienda sarebbe in grado di sostenere i costi. Con il risultato di spingere le competen-

ze e le capacità maggiori fuori dal sistema pubblico in un settore privato pronto ad accoglierle a braccia aperte per utilizzarle in un sistema di mercato.

In definitiva, credo che negare ai medici questo diritto significherebbe allocare consistenti risorse al settore privato che già oggi registra una spesa dei cittadini di 30 mld. Senza vantaggi per l'azienda, sia in termini competitivi che di ricavi. Non dimentichiamo, infatti, che il lavoro aggiuntivo, e sottolineo aggiuntivo al debito orario contrattua-

le, dei medici permette di fare entrare ogni anno nelle casse dello Stato 450 mln di tasse ed in quelle delle aziende oltre 170 milioni di euro ogni anno cash. Meglio farne a meno? Forse dovremmo evitare di caricare questa materia di significati impropri non privi di venature ideologiche.

A proposito di Patti, avete più volte chiesto di essere coinvolti nella definizione del nuovo Patto della Salute. Avete ricevuto segnali a proposito?

Il ministro della Salute ha riconosciuto che senza la nostra partecipazione e motivazione non si va da nessuna parte, che siamo interlocutori indispensabili del processo di cambiamento della sanità. Tuttavia non abbiamo ricevuto alcuna convocazione. Ma continueremo a chiederla e andremo avanti fino alla noia: i medici non sono un problema, sono una parte della soluzione. Occorre quindi definire un nuovo patto con i professionisti e nessun Patto per la Salute che non voglia ridursi al puro regolamento di conti tra livelli istituzionali può avere possibilità di successo senza e contro i Medici ed i dirigenti sanitari.

Cento giorni di "ministero tecnico". Qual è il suo bilancio?

Impossibile non riconoscere al ministro Renato Balduzzi una sensibilità, un'attenzione e una competenza rispetto alle problematiche del Servizio Sanitario. C'è stato un necessario periodo di ricognizione, nel corso del quale credo che il ministro abbia toccato con mano le criticità che aveva già visto in qualità di presidente dell'Agenas. Ora speriamo sia il tempo di passare agli interventi condivisi.

Ivan Cavicchi scrive a Troise

“Il problema non è solo lo stato giuridico”

Serve un cambiamento complessivo del sistema, cambiare i contenitori senza cambiare i contenuti, l'esperienza lo dimostra, è un finto cambiamento che danneggerebbe sia il medico che la medicina. Così Ivan Cavicchi commenta in una lettera a Costantino Troise, l'intervista al segretario nazionale Anao

Caro Costantino, amico di tante battaglie e di tante discussioni, era un bel po' che aspettavo uno "sbotto" di orgoglio da parte dell'Anao. Certo che c'è ne voluto. Di rospi ne avete dovuti ingoiare tanti e non sempre, fammelo dire per non apparire scioccamente accondiscendente, da vittime innocenti e sprovvedute. Considero sinceramente la tua intervista, politicamente molto importante. Uno dei tanti segni significativi della pesante situazione in cui si trova la sanità.

Quindi benvenuto nel partito trasversale sempre più affollato di chi vuole cambiare perché non se ne può più. Benvenuto tra coloro che non temono di bestemmiare se dicono che la 229 va ripensata, che l'azienda alla faccia della Bocconi che ce l'ha confezionata, fa acqua da tutte le parti, e tra coloro che temerari immaginano perfino nuovi orizzonti giuridici e contrattuali per gli operatori. Benvenuto nel tempo del ripensamento del mondo la famosa post-modernità, ma anche in quello dell'autoripensamento con il quale tutti noi proviamo, non senza difficoltà, a ricontestualizzarci nella storia. Per me, l'ho detto tante volte, l'autoripensamento nel caso dei medici è preliminare a qualsiasi rivendicazione.

Una volta, in un convegno a Padova ospite della Fnomceo, ho sostenuto che aveva poco senso ripensare il medico senza ripensare l'azienda, ma ora che la critica all'azienda cresce aggiungo che avrebbe poco senso ripensare l'azienda senza ripensare anche il medico. È il problema che a me piace chiamare della "coevoluzione" cioè una idea di cam-



biamiento che agisce contestualmente su più leve usando le interconnessioni tra le cose. Resto convinto che avremmo dovuto mettere mano a tale coevoluzione e a tale ripensamento, almeno trenta anni fa, ma il sindacalismo medico del tempo, aggirò lo scoglio e suo malgrado finì con il consegnarci un medico segnato dall'inattualità. La "questione medica" che oggi ci sta scoppiando tra le mani, come tutti sanno, nasce da lontano e da questa tensione irrisolta tra medicina e cambiamento. In questi anni per restare a galla ma affondando sempre un po' di più, si è tentato di tutto, compreso le soluzioni che oggi sono considerate come nefaste, dirigenza e stato giuridico compreso.

Tuttavia, leggendo l'intervista di Troise, di cui sottolineo ancora l'importanza, il dubbio che si voglia continuare a gal-

leggiare, ma senza fare i conti seriamente con i propri ritardi, mi è venuto. L'impressione è che il medico sia in fondo in fondo una vittima della sopraffazione aziendalistica, da risarcire in qualche modo e intorno alla quale si deve ricostruire tutto. Troise dice che i medici soffrono l'insufficienza dello stato giuridico, egli parla di ossimoro tra dipendente e dirigente creato dalla 229, quindi si lamenta che il contenitore del pubblico impiego va stretto ed è penalizzante fino a far intravedere una vaga idea di ridiscussione della dipendenza. Infine egli aggiunge che bisogna ridisegnare i modelli di organizzazione, riprogettare un nuovo sistema al fine di tutelare il ruolo professionale del medico. Va tutto bene ... ma quale medico giustificerebbe tutto ciò? Egli resta quello che è stato sino ad ora e rispetto al quale il mondo si

deve adeguare? Oppure è disposto a cambiare? Di quale ruolo professionale parliamo? Il dubbio a uno come me viene perché, in questi trent'anni, le ragioni pur comprensibili di Troise, ricordo di averle sentite a più riprese e in varie forme (vi ricordate la battaglia per la categoria speciale, per il contratto separato, ecc?). Io credo, lo dico davvero con affetto al mio amico Costantino, che se pensiamo che si possa definire un nuovo statuto giuridico del medico a professione e a medicina invariante sia non solo un ristagnare nell'errore storico, ma per il medico e per la medicina una autentica tragedia. Credo anche che sia possibile superare l'ossimoro dipendente/dirigente. Io stesso ho avanzato un'idea che va in questa direzione ma credo anche che il presupposto sia un altro tipo di medico. Non trovo per nulla velleitario ridiscutere la dipendenza o la convenzione ma credo che la ridiscussione debba poggiarsi su una nuova transazione tra autonomia e responsabilità che presuppone un altro genere di medico e un altro genere di medicina. Inoltre credo che cambiare i contenitori senza cambiare i contenuti l'esperienza lo dimostra è un finto cambiamento che danneggerebbe sia il medico che la medicina. Infine per quanto concerne la libera professione, capisco bene le preoccupazioni di Troise (non dimentichiamoci che lui è il se-

gretario di un sindacato), ma vorrei che si riflettesse sul fatto che quella che Troise stesso definisce la "gratificazione professionale" deve essere prima di tutto nel lavoro prevalente del medico, non in quello "aggiuntivo" della libera professione. Se è vero che il medico nelle aziende non riesce ad "esprimere e a valorizzare le proprie capacità", ebbene forse questo meriterebbe una "rivoluzione", una piccola ... per carità.

Altrimenti non si capirebbe perché bisognerebbe cambiare l'azienda o, perché dovremmo ridisegnare modelli, cambiare organizzazioni, e ripensare il sistema. Infine il mio amico Troise teme che il superamento della libera professione non sia un "affare" per lo Stato (450 mln di tasse e 170 milioni di euro per le aziende). Qui di ideologico non c'è proprio niente. Basti ricordare i dati recenti pubblicati dal Censis sulla spesa privata e sul crollo del gradimento dei cittadini. La sanità è il tipico esempio di equilibrio difficile tra interesse generale e interesse particolare. Modestamente dico solo che se si riducesse solo un po' il grado di antieconomicità sommersa del sistema sanitario dovuto soprattutto a inattualità delle organizzazioni, ad arretratezza dei modelli, ad anacronismi dei comportamenti professionali, a costi inutili come la medicina difensiva e il contenzioso legale, a inapproprietezze varie, a rubeie di ogni tipo, soldi per pagare meglio i medici ce ne sarebbero e come. Quindi ripropongo il quesito: quale medico e quale medicina ci propone l'Anao nella post-modernità e nel post-welfarismo?

Riparto Fondo sanitario nazionale 2012

PER LE REGIONI UN INCREMENTO MEDIO DELL'1,75%

La manovra conferma l'impianto 2011 e riconosce l'aumento di popolazione secondo i dati Istat. L'incremento medio è stato dell'1,75%, ma con differenze che vanno dall'1,22% del Molise e della Basilicata al 2,17% della Lombardia. In cima anche Trento e Abruzzo, con il +2,13. Incremento inferiore all'1,5% per Liguria, Calabria, Sardegna, Sicilia e Piemonte



Una scelta di equilibrio e di responsabilità", così il Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani ha definito l'intesa raggiunta sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2012.

Sul piatto 108,779 miliardi di euro, di cui 106,582 ripartite tra le Regioni. Un'intesa raggiunta quest'anno a tempi di record: alle Regioni sono bastate sei ore per trovare la quadra sulla ripartizione delle risorse disponibili nonostante le difficoltà non siano mancate. Infatti, come ha spiegato Errani "a causa della programmazione finanziaria del precedente Governo ci siamo trovati di fronte ad un 'incremento' del fabbisogno rispetto al 2011 dell'1,65%, ben al di sotto del tasso di inflazione e lontanissimo dal tendenziale della spesa sanitaria. La soddisfazione è quindi legata al fatto che, in condizioni difficili e in un quadro di risorse limi-

tate, le Regioni abbiano dimostrato grande equilibrio e senso di responsabilità riuscendo a concordare il riparto delle risorse disponibili e non è certo legata alla dota-

zione finanziaria complessiva che pone non pochi problemi".

A conti fatti il riparto si è chiuso con segno positivo per

tutte le Regioni. Però con differenze che vanno dall'1,22% del Molise e Basilicata al 2,17% della Lombardia. Portano a casa risorse maggio-

te di oltre il 2% anche Abruzzo e P.A. Trento (entrambe +2,13%), P.A. Bolzano (al +2,10%), Lazio e P.A. Bolzano (+2,06%).

In coda, con un incremento di poco superiore a quello di Molise e Basilicata, c'è la Liguria (1,27%), seguita dalla Calabria (1,39%).

Sotto l'incremento dell'1,50% anche Sardegna (+1,41%), Sicilia (+1,45%) e Piemonte (+1,47%).

"Adesso - ha ricordato Errani - ci attende un lavoro importante, relativo al Patto per la salute 2013-2015, che vogliamo basare su un confronto costruttivo con il Governo e che abbia tre macro-obiettivi: sostenibilità finanziaria del servizio sanitario; garanzia dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio; rilancio degli investimenti in sanità per l'ammodernamento delle strutture e servizi migliori per i cittadini".

Il commento di Costantino Troise

"Soddisfatti per l'intesa raggiunta"

■ L'Anao Assomed ha espresso soddisfazione per l'intesa raggiunta fra le Regioni sul riparto del Fondo sanitario nazionale per il 2012, auspicando che tale intesa rappresenti la premessa per un esito positivo del confronto sul Patto per la salute 2013-2015.

Per l'Associazione il nuovo Patto deve rappresentare l'opportunità per coinvolgere i professionisti del Ssn, a cominciare dai medici, nella individuazione

e nel raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità, non solo economica, di un sistema sanitario pubblico e nazionale.

"Non basterà rilanciare le cure primarie - ha affermato Costantino Troise, segretario nazionale Anao Assomed - né sviluppare reti territoriali se non si affronta il nodo della funzione della medicina ospedaliera e del ruolo, non solo giuridico, dei medici e dirigenti sanitari

dipendenti. E non si salverà il sistema operando per compartimenti stagni o favorendo conflitti orizzontali tra categorie professionali o, peggio ancora, senza una visione strategica e orizzonti di sviluppo delle risorse umane. A meno che la politica, anche delle Regioni, non voglia abdicare alla sua funzione primaria di garanzia dei diritti dei cittadini, a cominciare dalla tutela della loro salute".

La Lombardia ha crediti ancora più alti dello scorso anno, mentre il Lazio ha raddoppiato il suo debito. In leggero calo le somme dovute da Campania e Sicilia. Sono questi i risultati emersi dal confronto tra i fondi sulla mobilità per il 2011 e quella per il 2012 utile ai fini del riparto del fondo sanitario.

QUANTO VALE LA MOBILITÀ SANITARIA PER IL 2012

A fare la parte del leone, come sempre, Lombardia ed Emilia Romagna, che vantano crediti rispettivamente per 454 e 349 milioni di euro. I conti più salati, e anche questa non è una novità, li pagano invece Campania, Calabria e Sicilia, che hanno, nell'ordine, 300, 247 e 205 milioni di debiti. Sono invece questi i dati che emergono dall'analisi sui conti della mobilità sanitaria 2011, che pesano ovviamente sul finanziamento 2012, definiti dalle Regioni. Interessante il confronto con lo scorso anno, che mette in evidenza una generale tendenza a ridurre la mobilità interregionale, o almeno a tentare di tenere in equilibrio mobilità attiva

e passiva. Questo vuol dire, in sostanza, che le Regioni creditrici hanno oggi crediti più esigui, mentre le Re-

gioni debtrici hanno contenuto il proprio debito. Per fare due esempi "pesanti", il debito campano si è ridotto di circa il 10% (era di 331 mln lo scorso anno mentre oggi è di circa 300) mentre quello della Regione Siciliana è calato molto meno, ma si è comunque assottigliato (da 208 a 205). In controtendenza alcune Regioni, guidate dal Lazio che ha visto crescere il proprio debito con le altre regioni da 52 a 111 milioni di euro. In crescita, sia pure in misura minore, anche il debito delle Marche (da 19 a 30 mln), della Calabria (da 233 a 247 mln) e della Sardegna (da 50 a 57 mln).

FABBISOGNO - RIPARTO SSN 2012

Regioni	TOTALE FINALE 2012
Piemonte	7.978.163.454
Valle d'Aosta	225.352.335
Lombardia	17.341.184.546
P.A. Bolzano	865.069.407
P.A. Trento	918.244.725
Veneto	8.607.884.968
Friuli Venezia Giulia	2.217.730.512
Liguria	3.053.707.274
Emilia-Romagna	7.901.475.870
Toscana	6.730.346.850
Umbria	1.622.166.222
Marche	2.787.332.179
Lazio	9.982.148.899
Abruzzo	2.383.222.579
Molise	574.623.692
Campania	9.895.417.201
Puglia	7.028.005.338
Basilicata	1.031.973.422
Calabria	3.483.758.281
Sicilia	8.673.970.213
Sardegna	2.911.971.578
ITALIA	106.213.749.544

CONFRONTO RIPARTO SSN 2012/2011

REGIONE	TOTALE 2012	TOTALE 2011	DIFFERENZA PERCENTUALE 2011-2012
Piemonte	7.978.163.454	7.862.042.000	+ 1,47
Valle d'Aosta	225.352.335	221.985.287	+ 1,51
Lombardia	17.341.184.546	16.972.121.580	+ 2,17
P.A. Bolzano	865.069.407	847.255.705	+ 2,10
P.A. Trento	918.244.725	899.079.267	+ 2,13
Veneto	8.607.884.968	8.459.356.257	+ 1,75
Friuli Venezia Giulia	2.217.730.512	2.187.800.839	+ 1,36
Liguria	3.053.707.274	3.015.226.812	+ 1,27
Emilia-Romagna	7.901.475.870	7.741.748.671	+ 2,06
Toscana	6.730.346.850	6.614.542.479	+ 1,75
Umbria	1.622.166.222	1.592.607.863	+ 1,85
Marche	2.787.332.179	2.743.452.885	+ 1,59
Lazio	9.982.148.899	9.779.898.142	+ 2,06
Abruzzo	2.383.222.579	2.333.343.482	+ 2,13
Molise	574.623.692	567.643.811	+ 1,22
Campania	9.895.417.201	9.745.762.549	+ 1,53
Puglia	7.028.005.338	6.920.990.774	+ 1,54
Basilicata	1.031.973.422	1.019.438.171	+ 1,22
Calabria	3.483.758.281	3.435.931.958	+ 1,39
Sicilia	8.673.970.213	8.549.279.757	+ 1,45
Sardegna	2.911.971.578	2.871.398.100	+ 1,41
ITALIA	106.213.749.544	104.380.906.387	+ 1,75

Elezioni FnomCeo: vince la Lista Bianco

I presidenti di tutti gli Ordini provinciali e di tutti i Cao hanno votato per il rinnovo, rispettivamente, del Comitato Centrale Fnomceo e del Consiglio nazionale Albo Odontoiatri. Molto ampia la partecipazione al voto (assenti un solo presidente d'Ordine e due presidenti Cao) e netta l'affermazione delle liste guidate dai presidenti uscenti.

Per il Comitato Centrale Fnomceo hanno partecipato al voto 105 presidenti di Ordine Provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 1940 schede su 1947 possibili (99,6%). Nell'urna erano presenti 121 schede bianche e 6 nulle (complessivamente 6,4%). Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti: Amedeo Bianco (pres. Omceo Torino, 86,4% dei voti), Maurizio



Benato (pres. Omceo Padova, 86,2%), Raimondo Ibba (pres. Omceo Cagliari, 81,4%), Giuseppe Augello (pres. Omceo Agrigento, 80,6%), Sergio Bovenga (pres. Omceo Grosseto, 80,3%), Roberto Stella (pres. Omceo Varese, 80,3%), Luigi Conte (pres. Omceo Udine, 80,2%), Guido Marinoni (Omceo Bergamo, 80,2%), Gianluigi Spata (pres. Omceo Como, 80,2%), Nicolino D'Autilia (pres. Omceo Modena, 78,3%), Bruno Zuccarelli (pres. Omceo Napoli, 77,1%), Antonino Maglia (pres. Omceo Vibo Valentia, 73,9%), Musa Awad (Omceo Roma, 73,9%). Zuccarelli, Magli e Awad sono al loro primo ingresso nel CC Fnomceo. Per la Commissione Albo Odontoiatri hanno partecipato al voto 101 presidenti di Commissione Albo Odontoiatri Provinciale su 106 aventi diritto inserendo nelle urne 336 schede su 346 possibili (97,1%). Nell'urna erano presenti 67 schede bianche e 7 nulle (complessivamente 22%). Hanno riportato voti e sono stati proclamati eletti: Giuseppe Renzo (72,0%), Alessandro Zovi (68,7%), Raffaele Iandolo (60,1%), Sandro Sanvenero (59,2%), che entreranno a far parte del Comitato Centrale, e Giacinto Valerio Bruccoli (54,8%). Revisori dei Conti saranno Ezio Casale, Salvatore Onorati e Francesco Alberti, supplente Antonino Avolio.

Trend in netta diminuzione per i ricoveri e le giornate di degenza con circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno rispetto all'anno precedente. A diminuire, in particolare, sono i ricoveri in Day Hospital per acuti, che registrano un -5,1% in termini di ricoveri e -4% in termini di giornate di degenza. Più contenuta la diminuzione per i casi di ricoveri per acuti in regime ordinario (-2,8% i ricoveri e -2% le giornate di degenza). Ferma al -2% anche la diminuzione dei ricoveri in Lungodegenza (-1,4% di giornate di ricovero). È questa la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane nel 2010 scattata dal Rapporto annuale Sdo del ministero della Salute.

A guidare la classifica dei ricoveri per Drg in regime ordinario per acuti è il parto vaginale senza diagnosi complicanti, con 323.412 dimissioni, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock (206.573) e dal parto cesareo senza complicazioni (196.393). Se si considera l'attività di Day Hospital, la causa più frequente di ricovero è la chemioterapia e radioterapia, con 226.000 dimissioni e oltre 2 milioni di giornate di accesso, seguito dalla cataratta (131.439 dimissioni e 232.813 giornate di accesso) e dall'aborto indotto (104.117 dimissioni e 147.626 giornate di accesso).

Nei reparti chirurgici diminuiscono i casi non operati. La riduzione nell'attività per acuti in regime ordinario vede, in particolare, un calo dei ricoveri inappropriati di circa 181.000 unità.

Per quanto riguarda la riabilitazione aumenta leggermente (di circa l'1%) l'attività in regime ordinario mentre diminuiscono i Day Hospital (-2,8%).

Ricoveri per acuti: cosa scende e cosa sale. In particolare, per quanto riguarda i ricoveri per acuti, tra il 2008 e il 2010 quelli in regime ordinario con Drg medico o non chirurgico hanno registrato una sostanziale stabilità (dal 42,7% al 42,8%), mentre la corrispondente attività chirurgica mostra un leggero ma costante incremento, dal 26,2% del 2008 al 28,1%

RAPPORTO SDO 2010

CALANO I RICOVERI LE GIORNATE DI DIMINUISCONO

Circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno nel 2010 rispetto al 2009. Questo il trend registrato dal ministero della Salute con il Rapporto Sdo 2010. In tutto, i ricoveri sono stati 11.277.742 e le giornate di degenza 71.904.063. In calo del 4% i ricoveri per acuti in Day Hospital

del 2010. La quota di Day Hospital medico è ridotta di circa mezzo punto percentuale, mentre il Day Surgery passa dal 14,5% del 2008 al 13,2% del 2010. Osservando il trend della distribuzione dei ricoveri con Drg medico o non chirurgico dal 2001 al 2010, si può rilevare una costante diminuzione dei ricoveri ordinari di un giorno, mentre l'attività di Day Ho-

spital, dopo aver toccato un massimo nel triennio 2004-2006, torna a ridursi. Tuttavia, osserva il Rapporto, "mentre dieci anni fa la bassa percentuale di Day Hospital era indice di una significativa quota di inappropriatazza nel ricorso al ricovero ordinario, la riduzione osservata negli ultimi anni è dovuta ad uno spostamento verso il regime ambulatoriale, e quindi dovuta ad

un ulteriore aumento dell'appropriatezza dell'erogazione dell'assistenza sanitaria". Per i ricoveri con Drg chirurgico spicca la riduzione di oltre il 10% della quota di ricoveri ordinari di più di un giorno di degenza nel 2010 rispetto al 2001, sebbene in lieve aumento nell'ultimo biennio (circa +1% dal 2008). La quota di ricoveri di un giorno, invece, si è mantenuta sostanzialmente

costante dal 2001 al 2008 e ha mostrato un incremento di circa il 3% nell'ultimo biennio; si osserva, inoltre, che la quota di Day Surgery copre circa un terzo dell'attività ospedaliera chirurgica. Il rapporto tra le dimissioni con Drg medico e quelle con Drg chirurgico continua a diminuire, attestandosi a 1,42 nel 2010, "a conferma - secondo il Rapporto - del costante miglioramento

↓ DIMISSIONI E GIORNATE DI DEGENZA PER TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ. ANNI 2008-2010

Tipologia di attività	2008		2009		2010		Variazione 2010/2009	
	Dimissioni	Giornate	Dimissioni	Giornate	Dimissioni	Giornate	Dimiss.	Giorn.
Acuti								
Regime ordinario	7.721.823	52.200.535	7.585.269	50.745.131	7.374.765	49.672.178	-2,8	-2,1
Acuti								
Day hospital	3.489.060	9.433.978	3.184.227	8.797.377	3.021.949	8.443.341	-5,1	-4,0
Riabilitazione								
Regime ordinario	292.436	7.928.700	296.452	8.206.578	299.131	8.228.967	0,9	0,3
Riabilitazione								
Day hospital	64.810	966.836	62.477	838.547	60.704	826.389	-2,8	-1,4
Lungodegenza	109.246	3.474.255	110.384	3.485.598	112.599	3.436.597	2,0	-1,4
Neonati sani	423.323	1.367.485	419.055	1.339.736	408.594	1.296.591	-2,5	-3,2
Totale	12.100.698	75.371.789	11.657.864	73.412.967	11.277.742	71.904.063	-3,3	-2,1

RICOVERI DEL 3,3% DI DEGENZA DEL 2,1%

dell'appropriatezza nell'utilizzo dell'Ospedale".

Riabilitazione. I ricoveri ordinari di riabilitazione, nel 2010, sono stati 298.073, con un incremento di circa 0,9% rispetto al 2009. L'attività erogata in regime ordinario vede una netta prevalenza degli istituti privati accreditati con il 50,9%, con a seguire Irccs privati e fondazioni private (15,1%), ospedali a gestione

diretta (13,7%) e aziende ospedaliere (9,7%); in regime diurno gli Irccs privati erogano poco più del 23% della casistica, seguiti dagli ospedali a gestione diretta (21,6%), dalle case di cura accreditate (20,1%) e infine dalle Aziende ospedaliere (15,3%) e dai policlinici universitari pubblici (10,3%). La durata della degenza per riabilitazione non si protrae oltre 60 giorni nel 94,3% dei casi, e la degenza

media è di 27,5 giorni. L'attività ospedaliera di riabilitazione riguarda quasi esclusivamente tre gruppi nosologici: "malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (42% della riabilitazione in regime ordinario e 20,9% della riabilitazione in Day Hospital), "malattie e disturbi del sistema nervoso" (23% della riabilitazione in regime ordinario e 33,3% della riabilitazione in

Day Hospital), "malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (16,2% della riabilitazione in regime ordinario e 12,9% della riabilitazione in Day Hospital).

Lungodegenza. Pari a 112.559 invece i ricoveri di lungodegenza, con un aumento del 2% del rispetto all'anno precedente. Gli ospedali a gestione diretta (42,5%) e le case di cura private accreditate (45,0%) erogano la quasi totalità dell'attività. I settori nosologici prevalenti per l'attività di lungodegenza riguardano "malattie e disturbi del sistema nervoso" (19,1%), "Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio" (10,9%), "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio" (12,4%) e "Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo" (23,4%).

Ricoveri urgenti e programmati: la distribuzione regionale. I ricoveri urgenti sono poco meno del 54% del totale mentre quelli programmati coprono quasi il 44% della casistica. La variabilità regionale è moderata, con un minimo di 44,5% di ricoveri urgenti in Molise (la media nazionale è del 53,9%) seguita dalla Lombardia con il 47,7% dalla Toscana 48,2% e dal Lazio 49,7 ad un massimo di 68,4% in Val d'Aosta preceduta dalla Sardegna (67,1) e dalla Liguria 65,6). Si osserva che in una percentuale relativamente bassa di schede Sdo (circa 2% a livello nazionale) la tipologia di ricovero non è compilata; la variabilità regionale è molto contenuta, con l'eccezione della regione Piemonte con l'11,3% di campi

non compilati. Questa variabile ha ricoperto finora un ruolo secondario nelle analisi dell'attività ospedaliera, ma con l'introduzione della data di prenotazione nelle Sdo, acquisisce una nuova importanza in relazione all'identificazione dei ricoveri.

Tempi di attesa. Il rapporto ha poi calcolato i tempi medi di attesa specificando che l'attesa media in giorni può essere calcolata unicamente per tutti i ricoveri con data di prenotazione valida (ossia solo per i ricoveri programmati). È emersa un'ampia variabilità regionale (ma per alcune regioni - Lazio, Campania e Calabria - non è stato possibile calcolare il tempo medio di attesa a causa della mancanza di informazioni sulla data di prenotazione per i ricoveri non urgenti). Fra i ricoveri in regime ordinario l'attesa maggiore si osserva per gli interventi per protesi d'anca (83,3 giorni) e per tonsillectomia (76,4 giorni); a seguire i tempi d'attesa per endoarteriectomia carotidea (42 giorni) e intervento per tumore alla prostata (40,2 giorni), infine bypass coronarico (23,2 giorni), tumore alla mammella (22,7 giorni), tumore all'utero (21,5 giorni), angioplastica coronarica (Ptca) (20,6 giorni), tumore al colon retto (20,5 giorni), tumore al polmone (19,6 giorni). L'attesa media per la chemioterapia è di 10,3 giorni, per la coronarografia 29 giorni, per la biopsia percutanea del fegato 23,2 giorni, per l'emoroidectomia 47,1 giorni, mentre per l'ernia inguinale l'attesa media è di 56 giorni.

DIMISSIONI PER REGIME DI RICOVERO E TIPO DRG (VALORI%). RICOVERI PER ACUTI. ANNI 2008 - 2010

	2008		2009		2010	
Regime ordinario						
DRG medico o n.c.	4.784.364	42,68	4.605.056	42,76	4.452.575	42,83
DRG chirurgico	2.937.459	26,20	2.980.213	27,67	2.922.190	28,11
Day hospital						
DRG medico o n.c.	1.869.552	16,68	1.739.623	16,15	1.645.790	15,83
DRG chirurgico	1.619.508	14,45	1.444.604	13,41	1.376.159	13,24
Totale	11.210.883	100,00	10.769.496	100,00	10.396.714	100,00

DIMISSIONI PER TIPO DRG E DURATA DELLA DEGENZA. ANNI 2001 - 2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% Dimissioni con Drg medico o n.c.										
D.H.	25,3	26,2	27,8	29,2	30,0	30,2	28,6	28,1	27,4	27,0
Ordinario di 1 giorno	9,9	9,7	9,3	9,1	9,0	9,2	8,9	8,8	8,7	8,2
Ordinario → 1 giorno	64,8	64,1	62,9	61,7	61,1	60,6	62,5	63,1	63,8	64,8
% Dimissioni con Drg chirurgico										
D.H.	24,2	28,7	32,9	34,9	35,9	35,8	35,1	35,5	32,6	32,0
Ordinario di 1 giorno	10,1	10,2	10,1	10,3	10,3	10,6	10,6	10,5	13,0	12,9
Ordinario → 1 giorno	65,7	61,1	57,0	54,8	53,8	53,6	54,2	54,0	54,4	55,1
Rapporto casi con Drg medico o n.c. su casi con Drg chirurgico	1,84	1,72	1,66	1,58	1,57	1,50	1,50	1,46	1,43	1,42

Rapporto Censis

BOOM DELLA SPESA PRIVATA CALA QUELLA PUBBLICA CORSA AL LOW COST

È stimato in 17 miliardi di euro nel 2015 il gap cumulato totale tra le risorse di cui ci sarebbe bisogno per coprire i bisogni sanitari dei cittadini e i soldi pubblici che presumibilmente il Servizio sanitario nazionale avrà a disposizione. Questo il primo dato messo in rilievo dal Censis che ha presentato a Roma i risultati di una ricerca sullo stato di salute della sanità italiana.

“È drasticamente sceso il giudizio sul Ssn, soprattutto a causa dei tagli – i più significativi si sono avuti tra il 2007 e il 2010 (anno a cui si ferma la ricerca) – e in special modo in quelle regioni che a causa dei Piani di rientro hanno dovuto tagliare di più” ha spiegato il presidente del Censis Giuseppe De Rita ricordando come si sia ormai diffusa “la sanità low cost che inizia ad avere una capacità di offerta molto elevata e su cui c’è un problema di controllo di qualità”.

Insomma, poche risorse pubbliche rispetto ai bisogni reali, con tagli inevitabili ai servizi. È quindi questo lo scenario della sanità in Italia se i trend attuali troveranno conferma. Intanto sottolinea

Tocca quota 30,6 miliardi di euro la spesa privata dei cittadini per la salute (+8% nel periodo di crisi 2007-2010). E per il 31,7% degli italiani la qualità del Ssn è peggiorata. Partita la caccia alle offerte del “low cost” sanitario. Questa la diagnosi sullo stato di salute della sanità italiana emersa a Roma dai risultati di una ricerca del Censis

il Censis, già oggi i cittadini spendono molto di tasca propria per la salute: 30,6 miliardi di euro, +8% nel periodo di crisi 2007-2010. Emblematico è il caso della spesa per i farmaci, con un taglio del 3,5% della spesa pubblica e un incremento della spesa privata del 10,7% nel triennio 2007-2010. Per le fami-

glie aumenta il peso dei ticket sui farmaci (a fine anno si supererà di molto il miliardo di euro) e, se non verranno aboliti, arriverà presto la stangata dai ticket su diagnostica, specialistica e pronto soccorso, che unita a quella sui farmaci sarà un nuovo salasso stimabile in 4 miliardi di euro.

Peggiora la qualità della sanità, soprattutto nelle Regioni dove i tagli sono maggiori. Per il 31,7% degli italiani il Servizio sanitario della propria Regione è peggiorato negli ultimi due anni (lo pensava il 21,7% nel 2009), per il 55,3% tutto è rimasto uguale a prima, e solo per il 13% c’è stato invece un miglioramento (ne era convinto il 20,3% nel 2009). I cittadini che parlano di un peggioramento sono il 18,7% in più di quelli che avvertono un miglioramento. Nel Mezzogiorno (38,5%) e al Centro (34,2%) sono più alte le percentuali di persone che lamentano un peggioramento della sanità. Nelle Regioni con Pia-

no di rientro, più del 38% degli intervistati afferma che la sanità è peggiorata nei due anni precedenti e solo meno dell’8% dichiara che è migliorata (con un saldo tra miglioramento e peggioramento molto negativo, pari a -31%). Nelle Regioni senza Piani di rientro i cittadini che parlano di un peggioramento sono il 23,3%, mentre per il 19,4% c’è stato un miglioramento. La sanità peggiora dunque nelle Regioni in cui i Piani di rientro hanno imposto controlli rigidi della spesa e tagli a servizi e prestazioni: in queste Regioni si spende meno rispetto al passato, ma per ora non si spende meglio.

Perché gli italiani spendono di più per la salute. La spesa sanitaria privata è cresciuta del 25,5% in dieci anni. L’aumento non dipende solo dalle recenti manovre di bilancio. Ci sono settori dalla copertura pubblica da sempre giudicata inadeguata, come l’odontoiatria, con il 95% della spesa a carico dei privati, quasi 12 miliardi di euro l’anno. Al moltiplicarsi dei piccoli disturbi, le persone cercano risposte rapide, mol-

Il commento dell’Anaa Troise: “La sanità come una grande Porta Portese”

■ “Ecco cosa succede se si tagliano i servizi e si riducono le prestazioni. La ricerca del Censis fotografa una Italia dove il diritto alla salute è sempre meno esigibile e dove la sanità diventa un mercato a basso costo, una grande ‘Porta Portese’ dilatata dal web, dove la qualità e la sicurezza diventano beni difficilmente controllabili”. Così ha commentato i dati presentati dal Censis, Costantino Troise, Segretario nazionale Anaa-Assomed

“I tagli al Fondo sanitario nazionale e ai finanziamenti alle Re-

gioni, i piani di rientro dal deficit che obbligano nove Regioni ad ulteriori sacrifici – ha dichiarato – non fanno che trasferire sulle spalle dei cittadini il costo di bisogni sanitari che non possono essere compressi o rinviati. Si alimenta in tal modo un mercato privato di 30 miliardi di euro ed una sanità low cost facilmente fruibile, centrata sul basso costo della prestazione, che diventa un qualsiasi prodotto da consumare, anche se il più delle volte di incerta provenienza e di scarsa affidabilità. Una spesa sanitaria pubblica sempre più contratta, l’introduzione dei ticket sanitari spinge i cittadini a risolvere da soli i problemi di salute che il Ssn non è più in grado di soddisfare ed incoraggia una sanità privata colorata ed accattivante che non ci piace, la cui continua espansione – ha concluso Troise – deve preoccupare coloro che hanno il dovere di garantire, sempre e a tutti, la qualità dei servizi e delle prestazioni”.

Balduzzi: “Sviluppare cultura dell’appropriatezza in una più forte governance del sistema”

Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli? Per il ministro della Salute Renato Balduzzi la risposta sta nello sviluppo della cultura dell’appropriatezza e in una più forte governance del sistema. Questi i concetti chiave che hanno caratterizzato l’intervento del Ministro alla presentazione della ricerca del Censis a Roma.

Per Balduzzi occorre in primis capire che “più risorse non significano più qualità”. Messo da parte il tema

‘mantra’ delle risorse il Ministro ha affermato che “non esiste un’unica ricetta” in grado di guarirci da tutti i mali, ma esiste un antidoto culturale: l’appropriatezza, che deve “diventare la divisa mentale non solo di pazienti e professionisti ma anche di chi governa il sistema”. Altro aspetto da affrontare è invece quello che attiene la necessità “di una maggiore governance del sistema, di una migliore distribuzione delle risorse e del personale, con l’abbandono di antiche pratiche fatte di

nicchie, di privilegi, di compartimenti stagni specialmente in alcuni segmenti della sanità e che purtroppo sono ancora presenti nel nostro sistema”. Balduzzi ha poi parlato anche del calo dell’apprezzamento dichiarato dagli intervistati rispetto al federalismo, sottolineando come questa sia “una parola che deve essere usata in modo appropriato e che le disillusioni di oggi sono frutto di una forte illusione precedente” sul tema. Una battuta anche sui Piani di rientro: “Vorrei si

chiamassero in un altro modo come Piani di riorganizzazione o di riqualificazione dentro cui porre il problema delle risorse”. I Piani di rientro per il ministro sono però decisivi perché “nella misura in cui sottraggono autonomia regionale consentono il vero dispiegarsi dell’autonomia perché non è autonomia quella di chi pensa di poter agire in un sistema a rete senza regole e senza vincoli”. Infine il Ministro ha annunciato come si stia “accelerando l’idea di mettere a disposizione i dati del sistema attraverso un portale che metta ogni utente in condizione di conoscere il Ssn”.

to spesso a spese proprie, per continuare a svolgere le funzioni quotidiane in famiglia e al lavoro. Sono milioni gli italiani afflitti da piccole patologie: 19,3 milioni soffrono di ricorrenti dolori muscolari, articolari o di altro tipo (1,4 milioni di giovani, con meno di 30 anni, e 7,6 milioni di anziani), 18,7 milioni hanno problemi alla vista (dalla miopia alla presbiopia, all'astigmatismo: 2,4 milioni sono giovani), 10,7 milioni di persone soffrono di allergie (2,3 milioni sono giovani), 10,6 milioni tendono a ingrassare troppo, 9,1 milioni hanno emicranie frequenti, 9 milioni hanno difficoltà a prendere sonno o soffrono di insonnia. Di fronte ai tanti piccoli disturbi e a sintomi non gravi, il 39% degli italiani consulta subito il medico di base, il 31% tenta di curarsi stando a casa (con riposo, alimentazione corretta, ecc.) e il 15% assume qualche farmaco che in altre occasioni si è rivelato efficace. Un altro esempio di spesa privata è quella per i medicinali non convenzionali, pari a 1,7 miliardi di euro l'anno.

Decolla il "low cost" sanitario, con qualche preoccupazione. Anche nella sanità è partita la caccia alle offerte. Si cercano prestazioni a prezzi più bassi, di qualità accettabile, con buoni tempi di accesso. È stimato in 10 miliardi di euro il valore della sanità "low cost". Questo segmento di mercato crescerà del 25% l'anno. I tagli dei prezzi delle prestazioni sono di solito non inferiori al 30%, ma possono arrivare al 60% e sul web si moltiplicano le offerte (dall'odontoiatria ai servizi di prevenzione) con sconti fino all'85% rispetto ai comuni prezzi di mercato. Nella componente privata del mercato sanitario cresce dunque l'appeal del low cost, stando però qualche preoccupazione a causa della mancanza di controlli di qualità e per la possibile induzione di una domanda impropria con risposte inappropriate. Un esempio è la medicina e la chirurgia estetica, con un milione di italiani (di cui 800mila donne) che vi hanno fatto ricorso nel corso della loro vita, settore nel quale si registrano molte offerte promozionali low cost.

Osservazioni alla bozza sulla rete regionale pediatrica in Toscana



PEDIATRIA: ECCO LA RETE CHE VORREMMO

Flavio Civitelli
Componente Toscana
della Commissione
Nazionale Pediatrica
Anaao Assomed
Maurizio Paparo
Consigliere Nazionale
Anaao Assomed

PREMESSA Il modello di rete pediatrica ipotizzato dalla Regione Toscana ha, a nostro parere, una valenza di carattere generale in relazione alle legittime ambizioni di ruolo guida della nostra politica sanitaria in ambito nazionale.

È interesse della Regione valorizzare il ruolo della dirigenza medica nel governo clinico della rete quale componente fondamentale del Ssr pubblico e universalistico. La dirigenza del Ssr lavora nel sistema

e per il sistema, gli interessi nel difendere il modello pubblico sono coincidenti con quelli istituzionali della Regione. Molti sono gli aspetti di condivisione nel progetto di rete ipotizzato dal documento per le opportunità che offre, a condizione che ogni attore del processo (politica, amministratori, professionisti, utenza) garantisca la sua "parte". Elementi di cui si deve sottolineare il "valore" nel modello proposto:

- razionalizzazione delle risorse

- principio di equità nell'accesso
- risposta ai bisogni dell'utenza
- coinvolgimento di tutte le professionalità
- sviluppo delle competenze professionali
- identificazione dei ruoli e delle responsabilità
- valorizzazione delle professionalità anche in termini di sviluppo di carriera nell'ambito della rete regionale / area vasta di riferimento

Osservazioni e proposte di integrazione del documento in merito al modello di rete proposto:

- Certezza in merito alla dotazione di strutture e organici su cui si costruisce la rete (con validazione anche sotto il profilo di accreditamento - rischio clinico).
- Gestione dei flussi secondari

do regole concordate, validate e verificate.

- Creazione di filtri territoriali (presidi ospedalieri e Pdf) per garantire l'appropriatezza degli accessi sia per l'emergenza che per la rete specialistica.
- Norme applicative che garantiscano certezza attuativa per l'integrazione professionale / gestionale tra ospedale (Dmi) e rete ter-

ritoriale (Pdf).

- Riconoscimento esplicito del ruolo gestionale -organizzativo (dirigenza medica) nell'ambito della rete.

1. Rete neonatologica/degna pediatrica

Il fabbisogno di punti nascita e di Uoc di Pediatria deve nascere dalla valutazione del bacino di utenza della popolazione pediatrica, dal nume-

ro di nati, dalla estensione territoriale dell'area.

È di conseguenza, ineludibile, per le Uoc di Rete, il presupposto di una dotazione, in termini di quantità e qualità di risorse umane, adeguata ai fabbisogni di qualità e sicurezza assistenziale.

Un punto nascita, se operativo, deve avere una dotazione di organico minima di otto pediatri/ neonatologi co-

ordinata da un direttore di struttura complessa e inserita in rete in un dipartimento di assistenza e cura materno-infantile integrato.

Non si può parlare di sicurezza ed espertizzazione laddove non si garantisca almeno un turno articolato sulle 24 ore di guardia attiva.

Se il sistema non garantisce la dotazione corretta di risorse appare legittimo rinunciare alla operatività pediatrico neonatologica e, con essa, al presidio.

Un presidio con meno di 500 parti/anno, infatti, nella maggior parte dei casi non corrisponde ad un adeguato bacino di utenza, dovrà essere riclassificato tra i presidi di livello A previsti dalla proposta di Pssi.

Per i presidi di livello B (che andrebbero diversificati in zonali B1 e provinciali B2) le specialità di pediatria, neonatologia, anestesia e rianimazione, medicina, chirurgia, ortopedia, laboratorio, radiologia, ginecologia e ostetrica, pronto soccorso, dovranno essere rappresentate con guardie attive h 24.

La trasformazione in servizio diurno di una pediatria attiva in un presidio di primo livello (A) è esperienza già fatta e per lo più deludente, spesso il servizio è affidato a uno, due professionisti che tendono verso il livello assistenziale della pediatria di famiglia venendo a soffrire della stessa solitudine e degli stessi scarsi stimoli professionali.

2 Il governo della rete

[*] *Un coordinamento regionale (o di area vasta) delle discipline di Pediatria e Neonatologia che preveda la partecipazione del Pdf ed escluda la presenza della dirigenza medica ospedaliera dal livello regionale del governo di rete appare non coerente con l'obiettivo della piena integrazione fra ospedale e territorio nell'ambito del Ssr ed esclude la componente con la maggiore consapevolezza delle specificità operative.*

Il coordinamento del sistema deve essere affidato alla dirigenza medica dipartimentale del sistema di appartenenza che:

- opera diffusamente sul territorio;
- conosce i bisogni della utenza;

- è già orientata ai principi di qualità, sicurezza, appropriatezza, efficacia ed efficienza;
- ha maggiore esperienza gestionale-organizzativa di sistemi territoriali complessi anche se non formalizzati.

Tale coordinamento di area vasta sarà integrato con il contributo degli universitari, dei professionisti convenzionati e di altre figure esterne al Ssr in relazione alle necessità di carattere scientifico-formativo.

3. Emergenza urgenza in pediatria

Il pronto soccorso pediatrico ad accesso diretto incrementano in modo esponenziale gli accessi dei codici bianchi contribuendo a gonfiare l'inappropriatezza dell'utilizzo delle risorse favorendo lo shift dalla pediatria di famiglia, sempre più impegnata nel rispondere ai bisogni del sano attraverso un articolato e complesso sistema di controlli programmati che restringono spazi e tempi alle patologie acute emergenti, a questo va aggiunta la discontinuità assistenziale di giorni festivi che aggrava l'intasamento del pronto soccorso a partire dal semplice consiglio telefonico. Nella prospettiva di salvaguardare l'Aou Meyer da un afflusso eccessivo di bassa complessità occorrerà pensare a ipotesi d'avanguardia come la limitazione dell'accesso diretto al Pronto Soccorso restringendo tale possibilità ai pazienti filtrati dai Presidi di area vasta e metropolitana e dalla rete dell'emergenza urgenza territoriale del 118.

4. Integrazione ospedale territorio nell'assistenza pediatrica

Il nodo irrisolto, del quale il documento non tratta, è quello relativo all'effettiva applicazione del pregevole modello teorico di integrazione ospedale-territorio che non può più limitarsi alle semplici enunciazioni di principio, pena il "collasso" del sistema assistenziale pediatrico. La pediatria di famiglia è una

specificità esclusiva della realtà italiana e drena, dal sistema, specialisti in pediatria formati per attività più complesse riducendo drasticamente la disponibilità di tale professionalità a disposizione degli ospedali.

Si giunge al paradosso che mentre la pediatria di famiglia è il principale punto di assorbimento di specialisti (anche per le diversità di trattamento economico, impegno professionale e responsabilità) negli ospedali tale risorsa viene talvolta a mancare e si devono formare ex novo medici privi di tale specializzazione provenienti da discipline affini.

Strutturare la rete territoriale pediatrica ricalcando l'orga-

- una maggiore flessibilità grazie ad una più ampia platea di specialisti coordinabili.

5. Rete pediatrica specialistica regionale

È una delle più innovative intuizioni del precedente Piano sanitario regionale e, lo scarso sviluppo registrato in questi anni su molti fronti clinici, costituisce motivo di rammarico. La possibilità di creare reti specialistiche pediatriche regionali, dedicate alle varie discipline, con l'obiettivo di rendere diffuse le competenze nell'ambito territoriale e, come tali, capaci di rispondere a quel principio di equità che garantisce a tutti i residenti la possibilità di ac-

con Competenze operative in termini gestionali organizzativi oltre che di Coordinamento scientifico, potrebbe passare attraverso la creazione di tre macronodi di coordinamento al livello di area vasta che, insieme al quarto sito, l'Aou Meyer, potrebbero dar luogo alla costituzione della rete regionale.

La strutturazione in rete garantirà un accesso diretto degli specialisti di base al confronto clinico con i referenti dei nodi sede di dotazioni strumentali e di organico di specialistica di secondo livello e dei pazienti verso i nodi sede di diagnostica super specialistica garantendo la necessaria appropriatezza ad una diagnostica caratterizzata da costi economici particolarmente rilevanti.

Gli obiettivi:

- livello di qualità minimo garantito su tutto il territorio toscano;
- razionalizzazione delle risorse;
- formazione omogenea degli operatori;
- coordinamento in rete delle attività con risparmi legati alla maggiore appropriatezza diagnostico terapeutica;
- maggiore equità nell'accesso alle cure allergologiche.

L'accesso alla rete specialistica sarà determinato dalla pediatria di base attraverso i nodi ospedalieri di competenza territoriale, da qui, l'accesso a diagnostiche più complesse sarà filtrato dallo specialista coerente alla rete. La massa di visite inutili e inappropriate che oggi, letteralmente, intasano l'accesso ai secondi livelli potrà trovare una risposta sul territorio di competenza.

La mobilità (bidirezionale) in rete degli specialisti e dei pazienti sarà un altro punto di qualificazione. Il centro con strumentazione di primo livello potrà spostarsi con un gruppo di pazienti presso il nodo di primo livello concentrando in un giorno l'approfondimento clinico di tutti i casi più complessi selezionati in un dato lasso di tempo, portando all'attenzione del secondo livello pazienti già selezionati e studiati, il successivo follow-up potrà più facilmente essere mantenuto presso la sede di residenza.

Un punto nascita, se operativo, deve avere una dotazione di organico minima di otto pediatri/neonatologi coordinata da un direttore di struttura complessa e inserita in rete in un dipartimento di assistenza e cura materno-infantile integrato

nizzazione della medicina convenzionata porta ad un sottoutilizzo di una risorsa culturale altamente specializzata con costi collettivi elevati. In una fase di riorganizzazione che richiede il massimo dal punto di vista dell'utilizzo delle risorse, appare indispensabile attuare una forte integrazione tra la pediatria ospedaliera e quella territoriale di famiglia.

Al di là delle enunciazioni di principio occorrerà assumere decisioni coerenti all'attuale clima politico economico: un primo significativo passo potrebbe essere quello di ricondurre tutti gli specialisti sotto il coordinamento del dipartimento materno infantile territorialmente competente.

Tale struttura organizzativa porterebbe a un corretto utilizzo delle risorse con:

- una gestione integrata delle emergenze di bassa criticità (codici bianchi);
- una gestione integrata dei ricoveri brevi e di media intensità;
- una gestione integrata delle patologie croniche;
- una applicazione omogenea di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, protocolli e indicazioni terapeutiche e di prevenzione;

cesso a prestazioni di qualità, era e resta un obiettivo di eccellenza. Varie ragioni, tra le quali la mancata disponibilità di risorse e le scarse motivazioni hanno reso vana questa opportunità.

Tra le discipline che presentano una diffusione sulla quasi totalità delle Uoc di Pediatria della Regione e con tutte le potenzialità necessarie ad ottenere una risposta efficace, spicca l'allergologia che può offrire la possibilità di sperimentare un modello applicativo dopo il successo della rete neonatologia.

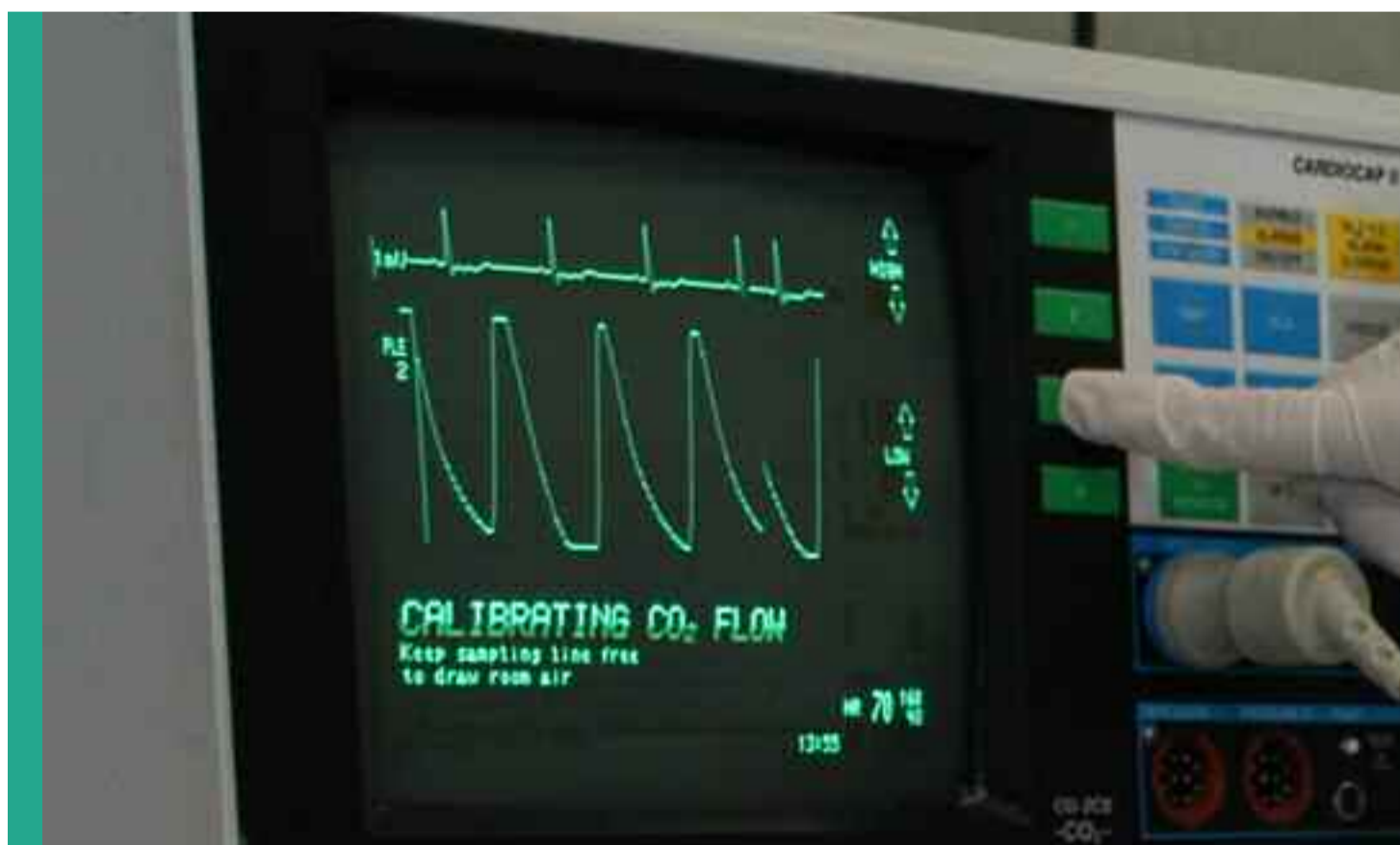
Le patologie correlate a questa disciplina sono:

- ampiamente diffuse (30% della popolazione);
- correlate alla prima, per incidenza, tra le malattie croniche: l'asma bronchiale;
- vedono, nella presa in carico precoce dei pazienti, la possibilità di intervenire in modo efficace sulla progressione naturale della malattia con notevoli ricadute sulla salute generale, sui costi assistenziali e sociali, sulla evoluzione in cronicità nell'età adulta.

Bozza di ipotesi organizzativa per una rete specialistica in ambito pediatrico

Una ipotesi di rete pediatrica

Le caratteristiche e lo stato dell'arte della nuova filosofia organizzativa



L'ospedale per intensità di cure SOTTO LALENTE

↳ Antonio Delvino
e Carlo Palermo

La riorganizzazione degli ospedali secondo il principio dell'"intensità delle cure" è da qualche anno al centro dell'attenzione di chi ha compiti di programmazione in ambito sanitario, soprattutto perché mediante l'implementazione di questo modello si cerca di rispondere alle esigenze di razionalizzazione delle risorse e di una loro maggiore produttività che appare come una condizione ineludibile perché si possa conservare il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi di equità, solidarietà e universalità. Probabilmente proprio tali aspettative hanno determinato alcuni errori metodologici nel processo di trasformazione dalla tradizionale organizzazione degli ospedali nella nuova e soprattutto hanno aumentato il livello di diffidenza e di resistenza da parte degli operatori. Recentemente Federico Lega,

in un pregevole articolo pubblicato sul "Sole 24 ore Sanità" ha opportunamente precisato che "quando si parla di un ospedale per intensità non si deve pensare a un modello preconstituito, quanto a una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale". Proviamo pertanto a delineare sulla base dei documenti prodotti da alcune Regioni, in particolare Toscana, Emilia Romagna e Lombardia, quali iniziative caratterizzano questa nuova filosofia organizzativa e a valutare quale sia lo stato dell'arte in Italia. In un ospedale organizzato per "intensità di cure", proprio per favorire il razionale uso delle risorse e l'appropriato uso delle strutture, ciascun paziente viene indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi; obiettivo prioritario è fornire un'assistenza continua e personalizzata, per cui i pazienti sono raggruppati in base a bisogni omogenei; in tale organizzazione il pa-

ziente è al centro del sistema. Essere preso in carico da un riferimento certo vuol dire avere tempestive informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura, essere ascoltato, rassicurato, accolto in un ambiente confortevole in cui vengano tutelate la privacy ed in senso lato la dignità, affinché egli possa percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi. Per perseguire tale scopo sono previsti blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove insistono in modo paritario e integrato le diverse professionalità specialistiche omogenee o complementari, nel senso che gli operatori appartenenti a tali specialità contribuiscono alla realizzazione delle varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ponendo le esigenze della propria disciplina e dell'organizzazione in posizione subalterna rispetto a quelle del paziente e del suo percorso di cura; viene richiesta peraltro una revi-

sione delle modalità con cui vengono gestiti i rapporti tra le diverse professionalità operanti in ospedale (medici, infermieri, tecnici), nel senso che permane l'esigenza di una ben chiara gerarchia "funzionale", così come definita dall'articolo 15 del D.Lgs 502/92, ma alcuni ambiti di competenza passano ordinariamente dai medici ad altre figure professionali. Vengono superati gli "steccati" tra le unità operative specialistiche favorendo l'integrazione delle risorse, sia mediante una adeguata progettazione degli spazi, sia attraverso la creazione di un apparato organizzativo che faciliti l'integrazione tra gli operatori più frequentemente chiamati a cooperare per la realizzazione dei percorsi assistenziali. Nella pratica l'ospedale è organizzato nei tre seguenti livelli: **Livello 1**, ad elevata intensità: comprende le degenze intensive e sub-intensive; l'accesso avviene prevalentemen-

te attraverso i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza; in tale livello si auspica che, proprio per evitare consumi impropri di risorse preziose e pertanto costose, i letti per terapia intensiva e quelli destinati a pazienti in terapia sub-intensiva, siano collocati in stretta contiguità permettendo il rapido spostamento dei pazienti da un sub-livello all'altro valutando tempestivamente l'evoluzione dei parametri vitali in senso migliorativo o peggiorativo. **Livello 2**, a media intensità: comprende le degenze per acuti, distinte in area medica, area chirurgica e area materno-infantile; l'accesso può essere programmato o avvenire, prevalentemente, tramite i Dipartimenti di Emergenza Urgenza. Nel livello 2, in particolare di area medica, va a confluire la gran parte della casistica, che continua a presentare al suo interno importanti elementi di differenza sia in termini di complessità clinica che assistenziale (severi-

tà clinica, instabilità/stabilità, diversi gradi di esigenze assistenziali). Esistono diverse soluzioni organizzative per fronteggiare questa forte variabilità interna al livello 2. Non è ancora chiaro quali siano le migliori: se sia necessario individuare moduli a diverso grado di intensità di cura (high care con letti monitorizzati, area di degenza per pazienti acuti ma stabili, area di degenza a bassa intensità) o layout per patologia (esempi: ictus, scompenso NYHA III-IV).

Livello 3, a bassa intensità: riguarda le degenze per post-acuzie ed un'ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne; l'accesso avviene prevalentemente tramite Ps, Cup e Mmg.

Rientrano nella logica di tale nuova organizzazione:

- lo sviluppo del Day-Service, che consiste nel fornire prestazioni diagnostiche ambulatoriali, anche complesse, prevalentemente multi-specialistiche, erogate in un arco temporale per quanto possibile limitato (livello 3);
- lo sviluppo del Day-Hospital e della Day-Surgery, che riguardano prestazioni programmate (e pertanto non urgenti) di assistenza integrata e multi-specialistica che impegnano gli operatori per un certo numero di ore (almeno 4 o 5), nel rispetto di un protocollo predefinito (livello 3);
- l'introduzione di reparti a gestione internistica per particolari tipologie di pazienti: i "fragili", gli "ortogeriatrici", quelli "perichirurgici" (livello 2);
- l'organizzazione del Week-Hospital (o Week-Surgery), in cui la degenza (livello 2) è limitata a qualche giorno (massimo quattro o cinque) per cui una corsia può essere chiusa al venerdì pomeriggio o al sabato mattina, evitando così impegno di personale, oltre che consumo di risorse, per 48 o più ore. Anche in tale ambito sono previsti dei precisi protocolli e deve esserci una corsia di riferimento, a ciclo continuo di assistenza, in cui trasferire, al venerdì pomeriggio, eventuali pazienti che, per l'insorgenza di complicanze, non possono essere dimessi (si tratta di una even-

tualità che, nelle realtà in cui da anni funziona la week-hospital, non si determina quasi mai); prevalentemente riguarda specialità chirurgiche e richiede una rigorosa programmazione per evitare tempi morti verso la fine della settimana.

Il paziente è accolto sulla base della tipologia di cure di cui ha bisogno: all'arrivo in ospedale è preso in carico, in modo chiaro e trasparente da un medico tutor, individuato al momento del ricovero in base ai problemi clinici prevalenti del paziente, e da un infermiere referente per i suoi bisogni assistenziali. I nomi dei gestori del caso sono scritti, per ogni paziente, su un foglio che gli viene consegnato affinché i suoi familiari e i Mmg sappiano con chiarezza a chi rivolgersi per eventuali richieste di informazioni.

Il medico tutor è individuato dal Direttore della specialità di riferimento e deve essere incaricato come tutor per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale (30 giorni) ed esonerato dalle attività di guardia e ambulatoriali; egli prende in carico entro 24 ore il paziente ricoverato ed è titolare della stesura, modifica e follow-up del piano diagnostico-terapeutico; può disporre lo spostamento/trasferimento orizzontale del paziente nell'ambito del livello 2 oppure in senso verticale al livello 1 o al livello 3 e garantisce la continuità clinica e la comunicazione con gli altri specialisti e con il Mmg. Ogni tutor non dovrebbe avere in carico più di 14-16 pazienti.

L'infermiere referente è responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e dei risultati del progetto assistenziale. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di "associati": erogano le prestazioni secondo programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'infermiere referente. Ovviamente l'autonomia professionale dell'infermiere rispetto al medico tutor e alla U.O. non deve entrare in conflitto con il lavoro di squadra.

L'approccio descritto supera l'ottica del "curare la malattia"

perché configura quello di "farsi carico dei problemi della persona".

Perché tale complesso meccanismo funzioni veramente è indispensabile una forte gestione operativa, una programmazione rigorosa e capillare con professionisti che curino ogni aspetto e mantengano relazioni efficaci e tempestive con gli operatori da un lato e con i pazienti e le loro famiglie dall'altro; deve essere, con un'approssimazione accettabile, previsto ogni percorso assistenziale, pur avendo sempre pronta la possibilità di trasferire il paziente ad un diverso livello di intensità di cure in presenza di una sottostima dei suoi bisogni o di una complicità o, al contrario, di una sovrastima dei bisogni o di una

stante i tanti presupposti positivi, tutto ciò si è realizzato solo in pochissime realtà in Italia, mentre in altre è stata posta una nuova etichetta ad una organizzazione che spesso solo in una percentuale minima assomiglia a quella che abbiamo provato a descrivere. Innanzitutto dobbiamo parlare di architettura e di logistica; in un ospedale progettato e costruito qualche decennio fa non è possibile innestare la nuova organizzazione; gli spazi ed i percorsi impedirebbero l'allocazione e lo spostamento dei pazienti e degli operatori nel rispetto del principio dell'intensità delle cure; i tentativi di adattare vecchie strutture al nuovo modello fanno tornare alla mente la parabola evangelica del

L'obiettivo è di realizzare un'organizzazione modulare e flessibile capace, se necessario, di riallocare risorse e spazi a seconda dell'evoluzione della domanda.

rapida evoluzione in senso positivo della sua patologia. Questo può avvenire solo entro riferimenti organizzativi certi (Unità operative e Dipartimenti) che non possono essere destrutturati. Infatti, i riferimenti organizzativi tradizionali nelle famiglie professionali dotate di elevate conoscenze scientifiche e sofisticate capacità tecniche sono indispensabili per governare sistemi complessi e pluralistici come gli ospedali.

Quello descritto rappresenta un così profondo mutamento rispetto ai metodi di lavoro attualmente vigenti che ne deriva l'esigenza di prevedere non un semplice "adattamento", ma piuttosto una vera e propria rivoluzione culturale che spinga gli operatori, soprattutto i medici, a rivedere, almeno relativamente agli aspetti organizzativi, la propria visione delle specialità (che hanno rappresentato, a partire dagli anni '60, la necessaria risposta al vorticoso crescere delle conoscenze) e soprattutto le modalità piuttosto individualiste con cui si è finora operato in ospedale ponendo il tutto a disposizione del paziente che diventa, finalmente, il vero "dominus" della macchina organizzativa. Vediamo ora perché, nono-

tessuto nuovo cucito sul vecchio destinato a rompersi senza aver assolto alla funzione richiesta; forse in qualche caso si può avviare una singola iniziativa rientrante nel principio dell'intensità delle cure, come per esempio la realizzazione della week-surgery o del day service, ma non si può assolutamente pensare a traghettare in maniera compiuta verso la nuova organizzazione.

Va poi considerato che l'organizzazione dei dipartimenti deve essere funzionale alla nuova filosofia e pertanto se è vero, come dice Lega che "non viene meno il ruolo di direzione delle strutture operative o la necessità di avere un'organizzazione dipartimentale" è altrettanto vero che l'architettura dipartimentale deve favorire lo sviluppo dei nuovi percorsi assistenziali; riteniamo pertanto ineludibile la necessità che i dipartimenti siano organizzati per temi clinico-assistenziali, quanto meno negli ospedali di riferimento provinciale o regionale. Nello spirito del nuovo modello logistico organizzativo, i temi clinici non rappresentano strutture ospedaliere a se stanti. L'obiettivo è di realizzare un'organizzazione modulare e flessibile capace, se necessario, di riallocare risorse e spa-

zi a seconda dell'evoluzione della domanda. La gestione e programmazione delle aree produttive (posti letto, sale operatorie, piastra ambulatoriale...) è tolta alla responsabilità dei singoli temi e gestita in modo condiviso ed interdipartimentale.

In tale ottica, in un ospedale di medie dimensioni (> 150/200 posti letto), potrebbero essere previsti:

- un dipartimento di Emergenza-Urgenza che integri la fase territoriale con quella ospedaliera, selezioni la casistica in base a score di gravità per destinarla al livello di competenza;
- un dipartimento delle Terapie Intensive, con un'area di sub-intensiva multidisciplinare. E' opportuno prevedere una vicinanza dei letti per l'alta intensità di cura, anche se assegnati ad Uu.Oo. diverse (Rianimazione, Cardiologia/Urtic ecc.) in base ai dati storici di attività, per avere maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse e integrazione delle competenze;
- dipartimenti di Area (medica, chirurgica e materno-infantile) che ricomprendano tutte le fasi del percorso di cura per i pazienti del livello 2 e 3;





- un dipartimento dei servizi;
- per l'importanza della patologia e per la necessità di integrare le attività di prevenzione secondaria con quelle della diagnosi precoce e terapia tempestiva, può essere utile costituire un dipartimento di Oncologia (o Onco-Ematologia, sulla base dell'incidenza della patologia ematologica).

Tale modello può essere esteso anche agli ospedali di grandi dimensioni (> 500 posti letto), in cui però può essere necessario prevedere un numero maggiore di dipartimenti, anche sulla base di valutazioni relative ai volumi previsti di attività, per evitare di costituire strutture ingovernabili perché troppo corpose; in tal caso vanno previsti più dipartimenti di percorso assistenziale. È fin troppo chiaro che i dipartimenti devono essere "forti" cioè gestionali, con assegnazione reale di risorse, caratterizzati da frequenti riunioni del comitato di dipartimento e da revisioni praticamente continue dei criteri organizzativi per facilitare l'integrazione a tutti i livelli.

In quei presidi ospedalieri in cui sia presente una cospicua casistica di patologia in urgenza-emergenza, il modello dovrebbe essere strutturato se-

condo due percorsi separati riguardanti la patologia in elezione e la patologia in urgenza-emergenza, in modo da evitare il ben noto fenomeno della "cannibalizzazione" dei posti letto destinati all'elezione da parte dell'urgenza.

Uno degli aspetti peculiari dell'organizzazione per intensità di cure è l'assetto variabile dei posti letto, che non sono assegnati alla U.O. ma all'area dipartimentale. Sia un modello di tipo dispersivo (pazienti assegnati ad una specifica équipe "dispersi" in più setting di ricovero), sia uno basato sulla embricazione parziale del pool specialistico (posti letto preassegnati alle singole équipe sulla base dei dati storici di ricovero, con la previsione di letti "polmone" in modo da gestire la variabilità nel tempo dei flussi di ricoveri) sono entrambi compatibili con la definizione. Considerato che proprio la gestione del livello 2 nell'esperienza concreta ha prodotto i maggiori conflitti interdisciplinari ed interprofessionali, da parte nostra raccomandiamo con forza l'applicazione del modello basato sulla embricazione parziale del pool specialistico in quanto è il solo favorevole al mantenimento delle équipe e al miglioramento complessivo dell'as-

sistenza. Non si vede per quale motivo si dovrebbe dare la preferenza al primo, forzando oltre l'utile e il necessario la discontinuità rispetto al passato. Bisogna considerare che l'intensità di cura è "una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative. Queste si riassumono nel lavoro in équipe di medici e infermieri. Il concetto di équipe non ha bisogno di essere illustrato, gli ingredienti del suo valore sono, oltre al raccordo delle competenze e delle pratiche, la conoscenza personale degli operatori e il rapporto di fiducia. Difendere questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza" (Società scientifiche mediche della Toscana, 2010).

La previsione di un medico tutor deve essere compatibile con l'organizzazione complessiva delle Unità Operative, sia per garantire l'equa ripartizione dei carichi di lavoro (turni di servizio, turni notturni e festivi, reperibilità ecc.) che per l'esigenza di valorizzare la professionalità di ogni professionista. È evidente che l'attuale politica di piani di rientro, il blocco, manifesto o occulto (pensionamenti e gravidanze non sostituite), del turn over dei medici ospedalieri e il progressivo sostanziale sottodimensionamento delle dotazioni organiche rende difficile l'introduzione di questa modalità organizzati-

Il passaggio dalla organizzazione tradizionale alla nuova dovrebbe avvenire per gradi (due o tre anni) prevedendo un lungo periodo di formazione e di "allenamento" a lavorare insieme e con una nuova ottica, introducendo progressivamente le innovazioni, partendo dalle più semplici (Week-Hospital, Day-Service e Day-Hospital) fino a giungere alle più complesse (riorganizzazione del livello 2, con revisione dei "confini" tra le specialità). L'errore più frequentemente commesso nelle realtà che hanno adottato questo modello è stato quello di pensare di rinnovare l'organizzazione in pochi mesi; si ottiene solo il risultato di enfatizzare i problemi, sviluppando resistenze ed ostilità che spesso è difficile affrontare negli anni successivi. La formazione deve essere specifica e condotta da chi già opera in ospedali organizzati per intensità di cure e non deve nascondere le difficoltà e i rischi, anche professionali, connessi con la nuova organizzazione. È consigliabile che, nella fase di transizione, vengano previsti incentivi, anche non di natura economica. Ogni cambiamento per consolidarsi ed affermarsi ha bisogno di essere prima capito e poi nel tempo condiviso.

Il rischio è, infatti, quello di concentrarsi su alcuni aspetti di "razionalizzazione" delle strutture, di regolazione e standardizzazione esasperata

solidarietà, la compassione e la coesione sociale. Come detto i rapporti tra professionisti devono essere rivisti; gli infermieri acquisiscono maggiori responsabilità, che in qualche maniera sono anche formalizzati; sbaglierebbero i medici che resistessero a tale innovazione; quello che ci sentiamo di consigliare è che la catena delle responsabilità venga analiticamente e preventivamente descritta in un manuale delle procedure per evitare che, a fronte di nuove prassi, rimanga l'idea che comunque responsabile di ogni cosa è il medico; è sicuramente la figura a più alta professionalità, ma in un ospedale costretto a "correre" ad operare cioè al massimo dell'efficienza, più facilmente possono esserci errori, che vanno evitati proprio chiarendo a priori il "chi fa che cosa"; è poi evidente che viene richiesta una maggiore flessibilità, ma ciò deve accadere senza potenziali maggiori danni per una categoria professionale a fronte di maggiore autonomia per un'altra categoria. L'adozione di una cartella clinica integrata, medico-infermieristica è praticamente indispensabile.

Anche l'organizzazione del territorio deve essere rivista per evitare accessi impropri in ospedale e per garantire la tempestività delle dimissioni senza rischi per il paziente e per la sua famiglia; i modelli proposti sono diversi e certamente tutti prevedono una significativa revisione delle modalità con cui operano i Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta; certamente quelli che interpretano più efficacemente il concetto di Medicina di Iniziativa appaiono migliori; quello che conta è che portino a maggiore efficacia assistenziale e a risposte più tempestive. In conclusione riteniamo che sia giunto il momento di passare dagli slogan alle riflessioni serie e pacate, abbandonando difese corporativistiche e preclusioni ideologiche; in discussione è il futuro del Servizio Sanitario Nazionale e, come operatori e come cittadini, riteniamo che tale bene prezioso vada salvaguardato anche accettando di rivedere radicalmente le modalità con cui finora abbiamo lavorato.

L'errore più frequentemente commesso è stato quello di pensare di rinnovare l'organizzazione in pochi mesi; si ottiene solo il risultato di enfatizzare i problemi, sviluppando resistenze ed ostilità che spesso è difficile affrontare negli anni successivi

va che entrerebbe in rotta di collisione con il diritto al riposo, alle ferie, all'aggiornamento. Forse sarebbe meglio pensare a un sistema di "tutor funzionale", cioè prevedere la costituzione di micro équipe (due o tre medici) che si facciano carico di un setting di ricovero, garantendo la continuità assistenziale per il paziente, il rapporto con i familiari e la comunicazione con i medici di famiglia.

dei flussi dei pazienti, di intensificazione dei tempi di lavoro e taglio dei presunti "tempi morti", in una sorta di organizzazione "neo tayloristica" dei servizi sanitari che inevitabilmente comporterà una scarsa attenzione alla qualità delle cure e agli outcomes. Spesso si dimentica che la medicina e i servizi sanitari non sono attività commerciali e che, al contrario, si basano su valori etici come l'equità, la

LA CRISI DEL PRONTO SOCCORSO È SOLO UN SINTOMO DELLA CRISI DEL SISTEMA SANITARIO.

DENUNCIAMO

■ **Il peggioramento delle condizioni di lavoro**

■ **L'invasione legislativa ai danni della autonomia contrattuale, professionale e previdenziale**

■ **L'assenza di volontà di separare politica e carriere professionali**

■ **La minaccia alla attività libero professionale intramuraria**

■ **L'attacco alle nostre buste paga ed alle nostre pensioni**

VOGLIAMO PROVVEDIMENTI CHE

■ **intervengano sul blocco del turnover che aumenta il rischio professionale, sul rispetto dell'orario contrattuale e dei periodi di riposo, sulla sostituzione delle assenze per gravidanza;**

■ **impediscono il continuo ricorso ai contratti atipici, stabilizzando gli attuali precari;**

■ **recuperino le prerogative contrattuali a livello aziendale a salvaguardia degli istituti normativo-economici;**

■ **garantiscono il diritto alla libera professione intramuraria in spazi idonei;**

■ **restituiscano certezza al sistema di valutazione**

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI - SDS SNABI - AUPI - FP CGIL SPTA - SINAFO

L'Intersindacale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria

(Anaa Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Sds Snabi - Aupi - Fp Cgil Spta - Sinafo) lancia con un Manifesto-denuncia una nuova campagna contro il peggioramento delle condizioni di lavoro della categoria muovendo dalla considerazione che i recenti fatti di cronaca che hanno fatto esplodere la crisi del pronto soccorso siano solo il sintomo della crisi generale del sistema sanitario.

"Denunciamo il peggioramento delle condizioni di lavoro, grazie al blocco del turn over ed all'esodo pensionistico, che determinano flessione del numero di medici a fronte di un aumento dell'attività, come dimostrano gli afflussi al Pronto soccorso.

Denunciamo che si sia fatta cassa con le buste paga e con le pensioni dei medici.

Denunciamo una minaccia alla libera professione intramuraria e agli istituti normativi ed economici contrattuali. Denunciamo l'attacco alla nostra autonomia

professionale, previdenziale e contrattuale". Questi gli slogan che campeggiano sul manifesto e che rappresentano la sintesi delle battaglie condotte dall'Intersindacale fino ad oggi. "Anche nei confronti delle direzioni aziendali e delle Regioni, che - affermano le sigle - con i tagli lineari dei costi fissi, rischiano di affondare il diritto alla salute dei cittadini insieme con le capacità dei professionisti".

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Gianluigi Scaffidi

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di marzo 2012