

OSSERVAZIONI ANAAO ASSOMED AL PATTO PER LA SALUTE

ARTICOLO 1

AnaaO Assomed esprime netta contrarietà alla clausola di salvaguardia. Il finanziamento del SSN è già all'ultimo posto tra i paesi del G7 e non può andare al di sotto della media OCSE, rappresentando il definanziamento pubblico una delle maggiori determinanti della crisi di sostenibilità.

In particolare, nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi, mentre l'aumento nominale del fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è stato di soli € 8,8 miliardi, con un incremento medio annuo dello 0,9%, inferiore a quello dell'inflazione (+1,07%). Il DEF 2019 riduce progressivamente il rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% nel 2019-2020 al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

L'Italia è il paese dell'OECD dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, all'ultimo posto nel G7, sia in rapporto al PIL che pro capite, inferiore del 37% alla media. Con risultati di salute, però, non inferiori, ed in diversi aspetti anche migliori. Un paradosso di cui dovremmo essere orgogliosi, visto che facciamo le nozze con i fichi secchi, non un lusso che non possiamo permetterci e nemmeno quel sistema con le mani bucate che molti si ostinano a raccontare.

ARTICOLO 2

L'impegno che va apprezzato a superare le diseguaglianze territoriali appare generico e debole in assenza dell'esplicitazione di tempi e strumenti. A partire dalla revisione dei criteri di riparto del FSN che oggi realizzano un modello ad assistenza inversa dando di più a chi ha minori bisogni.

Del tutto condivisibile appare anche l'intento di rivedere la governance del SSN, e quindi il modello aziendalistico mettendo mano al Dlgs 502/92. Un'operazione del genere non può, però, avvenire senza il punto di vista dei professionisti e senza fare tesoro dell'esperienza degli ultimi 25 anni.

Il neo centralismo regionale ha cambiato la geografia istituzionale delle originarie aziende sanitarie riducendo il loro numero, imponendo un gigantismo istituzionale, con relative turbolenze organizzative, che allontana i territori dai loro referenti istituzionali ed affida ad una diarchia tra Assessore e/o Presidente e Direttori Generali la politica sanitaria fino alle carriere dei professionisti, creando enti intermedi tra Regione ed aziende.

Un nuovo equilibrio deve ridefinire i confini dei ruoli e degli assetti istituzionali tra Stato, Regioni, e Comuni, o città metropolitane, in materia di produzione e tutela della salute.

La GOVERNANCE delle aziende è completamente da modificare.

Il processo di aziendalizzazione inaugurato dal Dlgs 502/92 è giunto al capolinea e l'adozione degli strumenti della gestione privatistica non ha migliorato né il saldo economico né la qualità del servizio reso. Anzi, le organizzazioni sanitarie sono diventate strutture in cui il prodotto passa in terza linea e chi lo produce è a sua volta il costo maggiore.

Si è aperto un profondo conflitto tra organizzazione e professione, due universi, diversi e distinti, di valori e di vocazioni, che una cultura aziendalista di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o quantomeno a far convergere in modo efficace.

In buona sostanza, l'Azienda sanitaria si è trasformata in un contenitore di anonimi fattori produttivi (i professionisti), costosi processi di produzione (le cure e l'assistenza) e consumatori sempre più esigenti (gli utenti), in un mix di costi in crescita e ricavi in diminuzione con bilanci che bisogna far quadrare comunque. Oggi la mission principale, se non unica, delle Aziende sanitarie, è il governo dei costi di produzione attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi.

Per di più, la cornice legislativa degli assetti gestionali del SSN non ha né scoraggiato né impedito la possibilità per i decisori politici di invadere la sfera gestionale della sanità, piegando alle esigenze della politica quelle della gestione e rendendo possibile il ramificarsi di interessi

clientelari e spartitori, ai quali è stato subordinato il riconoscimento del merito e delle competenze professionali.

La complessità del mondo sanitario non può, però, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità è accaduta raramente.

Di qui la necessità di ripensare l'attuale modello di governance, di fatto un potere monocratico su cose e persone, in una azienda diventata, dalla sua istituzione e nel decorso storico, un mero esercizio di creatività dei gruppi dirigenti regionali di turno, valutando con correzioni ed integrazioni l'ipotesi di una azienda speciale che renda partecipi delle decisioni i portatori degli interessi del territorio di riferimento (in primis gli Enti Locali e cittadini), oltre che i medici e gli altri professionisti, tarata sulla complessità clinica e sul riconoscimento di un management professionale.

cambiare modello di gestione, superando la gestione con organo monocratico per istituire un sistema duale, con un organo di sorveglianza ed indirizzo ed un amministratore delegato, dallo stesso nominato non basta se non si assicura agli organismi collegiali rappresentativi dei medici un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, anche attraverso la espressione di pareri vincolanti e nella selezione e verifica delle carriere, troppo discrezionali ed autoritarie, alleggerendo l'insopportabile deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell'appropriatezza clinica. Il modello dipartimentale può essere organo di governo delle carriere e della riduzione del disagio professionale, ri-collocando i medici all'interno della organizzazione come garanti anche della sostenibilità della spesa.

Un diverso equilibrio, o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale è questione centrale e cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario, quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, nella salvaguardia dell'universalismo e dell'equità, anche per riallineare diritti e risorse. Non basteranno a vincere queste sfide pur necessarie iniezioni di meritocrazia, in assenza di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che arrivi alla matrice gestionale ed organizzativa.

Un sistema complesso come quello sanitario non cambia perché qualcuno concepisce e quindi impone una soluzione progettata allo scopo. I meccanismi top down, come le pesanti ristrutturazioni organizzative, l'introduzione di nuove regole e di più stringenti indicatori di performance sono destinati al fallimento. Il cambiamento imposto dalla politica non ha mai lo stesso peso del cambiamento clinicamente guidato.

ARTICOLO 4

I piani di rientro sono stati un insuccesso perché, anche laddove hanno conseguito positivi risultati finanziari, lo hanno fatto a scapito dei LEA e con la metodologia delle tre T, più ticket, tasse, tagli.

ARTICOLO 5

Il capitolo dedicato alle risorse umane appare debole e contraddittorio se non riconosce la fatica, anche psichica, del lavoro dei medici, il disagio crescente, l'imbarbarimento delle condizioni di lavoro. Da tempo il lavoro professionale nel SSN ha perso valore economico e negoziale e tutele normative, subendo un impoverimento, anche numerico, nella subordinazione dei valori professionali a quelli gestionali. A questa sofferenza il patto della salute nega ogni diritto di cittadinanza e non propone rimedio. I medici, e tutti i professionisti sanitari, hanno cessato di essere una risorsa su cui investire per diventare un costo da ridurre, ed appare evidente la pericolosa distanza dei valori di riferimento di chi produce rispetto a quelli di chi gestisce le aziende sanitarie. Il paradosso del modello di governo delle risorse professionali è tutto qui: catene di comando sempre più corte, distanze tra i valori di riferimento sempre più larghe.

L'art.5 ben rappresenta la leggerezza progettuale e soprattutto la disinvoltura con la quale si intende affrontare questioni delicate e complesse, quali l'ingresso nel SSN ed il futuro dei giovani.

Il sogno di disporre di regole che consentano nuovi e variegati mansionari professionali sempre più *low cost*, e di personale con stato giuridico frammentato in etnie, il cui confine è rappresentato da misteriose “funzioni non specialistiche” da riservare a neo laureati pagati come un caposala, è svelato dalla possibilità dell’ingresso nel SSN di laureati senza specializzazione.

Secondo la Corte dei Conti, il costo del personale dipendente, precipitato al di sotto del 30% della spesa complessiva, con un risparmio di 2,6 miliardi solo negli ultimi 5 anni, è stato, insieme con l’imbarbarimento delle condizioni di lavoro, il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del SSN in questi anni.

I nuovi modelli di organizzazione del lavoro, derivati dalla industria automobilistica assumono i medici ospedalieri come bersaglio privilegiato delle disfunzioni organizzative ed esprimono una tentazione forte di un uso opportunistico delle competenze. Dove i pazienti non sono più persone con problemi sanitari ma lavoro, ovvero una pila di cartelle cliniche, ed il medico un prestatore d’opera se non un venditore, in strutture che fanno della vendita sotto pressione la loro ragione di esistere.

Per dirla con parole del Ministro alla Salute *“Il personale sanitario è stato la prima vittima sacrificale della contrazione delle risorse che ha colpito la sanità ed ha tutto il diritto di essere ascoltato e di essere trattato bene per la grande missione che svolge. Se non si interviene immediatamente rischiamo di trovarci solo operatori anziani e demotivati, di non avere giovani pronti al ricambio e quindi di non avere chi sostiene la sanità pubblica”*.

Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie per Cambiare paradigma ed investire sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso, di ordine formativo, tecnologico, professionale e civile, è la strada che può rendere possibile quanto oggi appare impossibile, e cioè le compatibilità della economia con l’esigibilità del diritto unico ed indivisibile alla tutela della salute.

La formazione medica post-laurea è diventata una vera emergenza nazionale, orfana di responsabilità politiche, che non si può affrontare senza mettere in discussione il ruolo dell’Università, variabile indipendente, e parassitaria, del sistema sanitario, sostanzialmente al riparo da tagli e riorganizzazioni, priva di limiti e di obblighi sociali, subordinando le necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, fermi restando per il SSN tutti gli obblighi connessi al finanziamento. L’ingessatura” dello specializzando in un ruolo più simile ad uno studente che ad un medico progressivamente coinvolto in tutte le attività specialistiche, rappresenta una anomalia in Europa. E non è l’unica. Si è strutturato un imbuto formativo nel quale restano prigionieri migliaia di neolaureati (circa 8000 nell’ultimo concorso) cui viene negato l’accesso alla formazione specialistica o a quella di medicina generale, requisiti legislativi per operare in conto e per conto del SSN. Confinati quindi ai margini del mercato del lavoro, in una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale nella quale pescano soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico, a costi più bassi. Sospesi tra sottooccupazione ed emigrazione. Nel periodo 2005-2015 11.000 medici italiani sono emigrati all’estero, portando via risorse e talenti contribuendo a rendere drammatica la carenza di medici specialisti, come di medicina generale, e nei prossimi 5 anni il 50% dei medici lasceranno il posto di lavoro per raggiunti limiti di età, mettendo ulteriormente in difficoltà un sistema già oggi stremato da condizioni di lavoro insopportabili.

Occorre un incremento del numero di specialisti e di medici di medicina generale, insieme con l’inserimento del neolaureato nel SSN, con contratto a tempo determinato finalizzato al completamento del percorso formativo, mandando i Medici negli Ospedali dove sono i malati. Fin dalla laurea, e non dopo un imprecisato periodo di formazione, con un inserimento che comunque è da considerare aggiuntivo rispetto alle dotazioni organiche correnti, e con condizioni di lavoro e job description da definire nel CCNL della dirigenza medica.

Il nodo da sciogliere resta, comunque, quello del rapporto tra SSN-Università ed il livello della loro integrazione sul piano assistenziale e, contestualmente, della didattica e della ricerca. Non si può

continuare a considerare, da parte dell'Università, l'Ospedale come un'immensa riserva in cui collocare in maniera automatica i docenti che "stanno stretti" nell'alveo universitario per mancanza di prospettive di carriera, una operazione a costo zero per dare respiro ad atenei ingolfati da troppe presenze e poche risorse assistenziali. È necessario recuperare una "cultura" dell'ospedale sotto il profilo della didattica e della ricerca applicata in collegamento con la ricerca scientifica accademica, con personale motivato sul piano professionale ed incentivato su quello economico. E per rispondere all'attuale carenza di medici specialisti è auspicabile l'impiego sistematico ed obbligatorio degli specializzandi degli ultimi anni negli ospedali attraverso convenzioni della loro attività libero professionale, al posto dei medici in affitto o dei medici pensionati.

ARTICOLO 9

Positivo il piano di investimenti edilizio e tecnologico per 32 mld.

ARTICOLO 10

Se la programmazione deve essere concertata con le autonomie locali occorre valorizzare il ruolo del Distretto all'interno della organizzazione aziendale.

L'ingegneria istituzionale del SSN ha concepito la organizzazione del rapporto tra rete ospedaliera e territoriale attraverso un unico filo conduttore di programmazione, l'abbattimento della dotazione dei posti letto, con ospedali diventati quinte teatrali per categorie professionali impoverite, anche numericamente, fino a livelli organizzativi che non riescono a fare di un ospedale un ospedale. Sono evaporati in 10 anni oltre 70.000 posti letto, con conseguente crollo del rapporto con gli abitanti sotto la media europea, specie nelle regioni del Sud che nemmeno riescono a raggiungere lo standard nazionale nel vuoto di politiche attive per le cure primarie. L'allungamento delle liste di attesa ed il sovraffollamento dei PS, divenuti luoghi simbolo del fallimento di politiche sanitarie recessive, sono un dramma quotidiano che cittadini e medici devono affrontare costretti su fronti opposti. L'ospedale è diventato un luogo dove è difficile entrare ma ancora più difficile uscire.

Restringere la rete ospedaliera concentrando le competenze e le tecnologie non basta se nello stesso tempo non cambia la organizzazione del lavoro, dentro e fuori l'ospedale, anche per rispondere alla transizione demografica, epidemiologica e di genere, ed alla carenza di medici. Contro la logica anti ospedaliera imperante, che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio. Ripensando ruolo, modello e organizzazione del lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica che offra diversi livelli di risposta a differenti setting di domande. E costruendo una prassi fondata anche su processi di misurazione e valutazione delle attività e dei risultati, facilitando la comunicazione ed il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale che sfrutti anche le tecnologie informatiche. Del resto, la letteratura internazionale è unanime nel sostenere la necessità di organizzare modelli di assistenza sanitaria integrati tra ospedale e territorio.

Si tratta di strutturare il rapporto ospedale territorio per gestire il paziente complesso in una logica dipartimentale ed un percorso condiviso tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria. Mettendo fine al gioco di prestigio di fare credere di potere finanziare la riforma delle cure primarie con i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto e dalla riduzione delle strutture gestionali ospedaliere.

Un'integrazione reale aiuta anche a superare la contrapposizione tra due logiche diverse di governo delle risorse finanziarie, quella tradizionale a silos verticale, focalizzata sul controllo degli input per livello di assistenza, o voce di costo, e la logica orizzontale che assegna le risorse per la presa in carico del paziente trasversalmente ai livelli assistenziali.

Occorre rimediare al fallimento di una riorganizzazione che ha trasferito risorse da ospedali a territori senza un riscontro efficiente ed efficace in termini di esiti di salute, scaricandone le spese sui cittadini (meno posti letto, più liste di attesa, strutture spesso fatiscenti, indicatori di salute differenti da regione a regione) e sui medici, in attesa di un adeguamento contrattuale da quasi 10 anni, demotivati dalle pseudo riforme, in preda ad un diffuso burn-out.

La stessa valorizzazione della prevenzione primaria, una pratica povera che non richiede grossi investimenti e rappresenta la modalità più efficace per ridurre la richiesta di cure, rischia di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare nel doppio ruolo di gabelliere e curante, per ridurre i comportamenti a rischio.

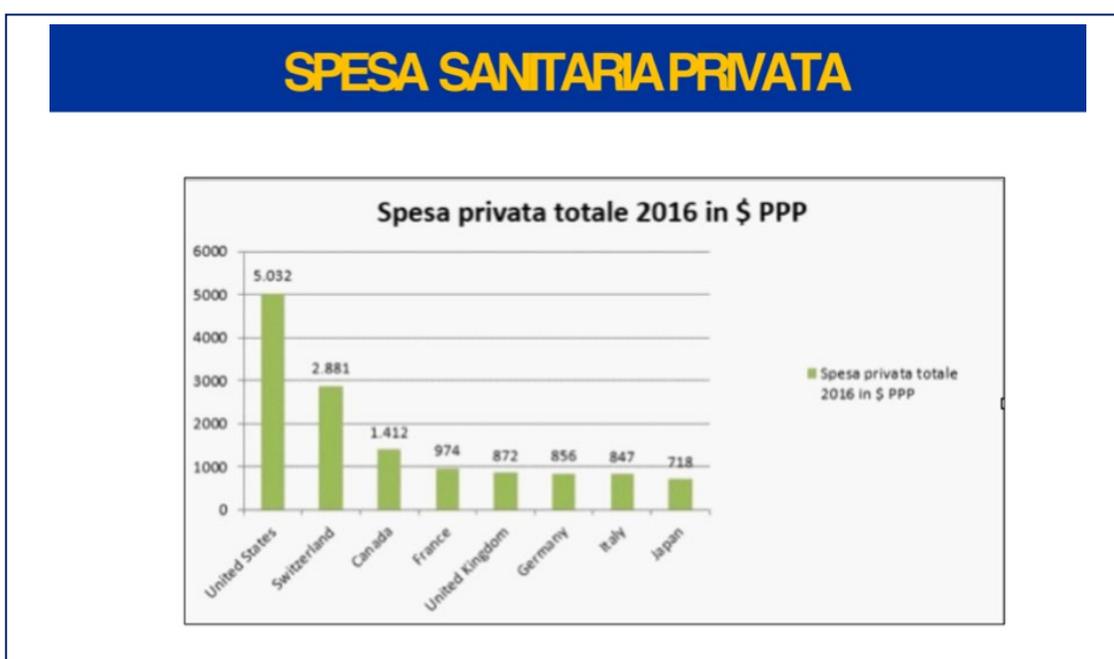
Per quanto riguarda il sistema di Urgenza Emergenza occorre una soluzione straordinaria e pragmatica che unifichi il sistema extraospedaliero con quello intraospedaliero, proviamo ad immaginare almeno un unico rapporto di lavoro con il passaggio alla dipendenza con compiti intercambiabili, per cui il 118 lavora in Pronto Soccorso quando non è impegnato all'esterno.

ARTICOLO 11

Necessario un intervento legislativo che espliciti i criteri per riconoscere a fondi e sms un sostanziale ruolo di complementarietà cui attribuire benefici fiscali. Rivedere tutta la materia sia nel trattamento fiscale, sia nella definizione della natura integrativa delle prestazioni, per decidere se e con quali modalità integrare i canali di finanziamento per assicurare la migliore equità contributiva. Rimaniamo, comunque, contrari ad aumentare il novero dei beneficiari del vantaggio fiscale, che anzi andrebbe ridotto per dirottare i risparmi su interventi mirati a beneficio del SSN.

La spesa intermediata da polizze di assicurazione e fondi integrativi, con il 60% delle prestazioni già previste dai LEA, interessa oggi circa 12,5 milioni di cittadini per un valore di circa 4,7 mld di euro, cui va aggiunta la cosiddetta "spesa fiscale", nell'anno 2016 valutata superiore a 3 mld. Senza contare i costi fiscali legati al boom del welfare aziendale, con evidenti profili di iniquità se il risparmio di imposta per alcuni rappresenta un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.

La spesa privata italiana complessiva ha, però, avuto dal 2000 al 2016 il più basso aumento pro-capite (1,8 %) tra tutti i Paesi OCSE (con l'eccezione della Turchia), e nel 2016 in cifra assoluta è stata la più bassa tra i grandi paesi Europei lontana da quella di Canada e USA. Dunque, l'inarrestabile aumento è solo un allarme procurato.



La letteratura internazionale dimostra che i sedicenti “pilastri” comportano uso inefficiente della spesa, frammentazione dei percorsi assistenziali, sovra-utilizzo di prestazioni, anche futili, fino al 80% in più, incremento della spesa sanitaria totale, sia pubblica, sia privata

Vale la pena di ricordare che un sistema è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia. I sistemi di finanziamento sono, infatti, prima ancora che soluzioni tecniche, scelta politica che esprime i valori della società e del suo sistema sanitario e le priorità dei governi. Il recupero della spesa fiscale potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute. Respingiamo, comunque, al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket.

ARTICOLO 14

Il ticket è ormai diventato, da meccanismo regolatore della domanda, una robusta fonte di finanziamento, per un valore di circa 3 miliardi, ed il superticket di 10 euro è diventato un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata. Condivisibile appare la abolizione di quest'ultimo e la revisione dei primi, anche con tetti annuali e con controlli sul sistema delle esenzioni ormai arrivate a percentuali inverosimili..

ARTICOLO 17 LISTE DI ATTESA

Il problema complesso delle liste di attesa non può diventare lo strumento per attaccare la Libera Professione Intramuraria dei medici. Istituto contrattuale che registra una flessione di volumi di attività in ragione di una domanda che cala, senza però che questo faccia diminuire gli introiti per le aziende e le entrate fiscali, rendendo ancora più speciose le polemiche sulla sua legittimità sociale ed eticità nel sistema pubblico. Polemiche che vogliono portare a chiudere la libera professione intramoenia come soluzione semplice, ma sbagliata, al problema complesso delle liste di attesa. Si preferisce evitare provvedimenti strutturali, e costosi, per continuare a strangolare il sistema depauperato di 10000 medici, spingendo i pazienti verso il privato. Una politica che cerca il capro espiatorio nei dottori (prime vittime di un sistema che li sta sfruttando in termini mai visti), che sembra avere chiaro come spostare nel privato le risorse pubbliche. In realtà, l'intramoenia, che con il lavoro extra orario dei Medici regala alle Aziende 300 milioni all'anno, che potrebbero ben essere utilizzati per ridurre le attese, adottata, magari a gestione privata, come ordinaria attività delle aziende, può diventare il perno di un piano di abbattimento delle liste di attesa, se potesse godere dei benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività nel privato, con specifiche incentivazioni per l'erogazione dei servizi in orari serali e prefestivi. Se invece l'attacco è al doppio lavoro dei medici, ricordiamo che il patto di esclusività, in base al quale nacque l'intramoenia, è già tradito, vista la irrisorietà attuale della relativa indennità, che vogliono esclusa anche dalla massa salariale, e che qualunque proposta di superamento non può avvenire isorisorse.