

La Spezia, 1 Maggio 2020

Caro D'Alfonso,

abbiamo letto con molta attenzione il documento sulla Sanità e **condividiamo** la maggior parte dei contenuti espressi, in particolare per quanto attiene l'analisi di quanto è successo nelle nostre Regioni nelle scorse settimane e le proposte di cambiamento: investire nell'edilizia sanitaria e nel rinnovamento delle dotazioni tecnologiche, potenziare la medicina territoriale, contenere la spesa farmaceutica.

**Non comprendiamo** la proposta di incrementare il numero delle specializzazioni (quali? perché?) e temiamo che la proposta di attivare un "Osservatorio delle Professioni Sanitarie" si traduca nell'ennesima scatola vuota utile solo a nominare qualche nuovo graduato...

**Abbiamo molti dubbi** circa l'opportunità di proporre una suddivisione del Paese in macroregioni. Intanto perchè riteniamo che la realtà delle dinamiche sanitarie non segua spesso le logiche geografiche e/o geo-politiche; ad esempio la quasi totalità delle nostre fughe di pazienti è rivolta verso la Toscana e non verso Genova... Ciò è condizionato, non solo dalla vicinanza geografica ma anche dal fatto che la stragrande maggioranza dei nostri medici si laurea a Pisa o a Parma...

Vi sono poi su questo tema altre considerazioni che leggerai nelle nostre osservazioni.

Per quanto riguarda il **rapporto fra pubblico e privato**, pensiamo che il tema meriti un ragionamento molto più articolato, senza preclusioni ideologiche, ma che definisca meglio ambiti e competenze del Privato e possibilità/capacità di controllo delle istituzioni.

Infine abbiamo segnalato due problemi che secondo noi vanno affrontati:

- uno è quello del **ruolo del Medico di Medicina Generale**, su cui puoi leggere qui sotto le nostre valutazioni.
- Il secondo è la **necessità di un corposo incremento stipendiale degli operatori sanitari**; una remunerazione da fame per una professione che richiede oggi competenze e capacità complesse come quella dell'infermiere, oltrechè immorale, favorisce le crescenti difficoltà del sistema sanitario a reperire nuovi operatori. Al contempo aver permesso al Governo di chiudere la partita del rinnovo del Contratto dei Medici Ospedalieri, scaduto da 11 anni, con 100 euro lorde di aumento stipendiale, è quasi ridicolo, nella sua tragicità.

Un caro saluto,

saremo in diretta con voi Sabato mattina,

Franco Vaira

Vice-Presidente di AvantInsieme

## **Ruolo della Medicina Generale.**

Dal varo della Riforma Sanitaria molte cose sono cambiate; quello che è rimasto sostanzialmente invariato è il mondo della medicina generale convenzionata. A parte qualche piccola innovazione (studi associati, percorso di studi post-laurea), la realtà dei nostri medici di famiglia rimane quella di un professionista semi-libero che non risponde in senso gerarchico a nessuno, il cui operato professionale, a differenza di quanto avviene nel mondo ospedaliero, non viene controllato da nessuno e la cui attività è avulsa dal contesto ospedaliero.

E' del tutto evidente come la parola contratto, applicata nel regime di convenzionamento, rappresenti un ossimoro. Ma fa parte delle mille ipocrisie di questo sistema che non ha il coraggio di affrontare i problemi reali della Sanità. Ci rendiamo conto che, specialmente in questo momento, con i molti medici di famiglia deceduti per il coronavirus e con i tantissimi medici che si sono ammalati, parlare di una revisione del Sistema della Medicina Generale può sembrare una scelta politicamente suicida.

Ma proprio dall'analisi dati di ospedalizzazione a causa della Pandemia che si sono avuti in realtà regionali ritenute le più avanzate dal punto di vista sanitario, come quelle Lombarda, quella Piemontese, quella dell'Emilia, si evince che, al netto di scelte politiche di gestione dell'epidemia sbagliate, il sistema della medicina territoriale e domiciliare non ha minimamente retto !

Che questo impianto fosse anacronistico e lacunoso si sapeva da tempo e la tragica vicenda pandemica ha scoperto la pentola. Ora qualcuno si affretta a dire che l'unico problema è stata la carenza nella fornitura di DPI ai medici di famiglia e nella esecuzione extra-ospedaliera di tamponi naso-faringei. In realtà queste criminali inadempienze sono state favorite anche da un sistema che vive alle soglie del SSN e che è governato dalle ASL con estrema distrazione.

Senza timore di essere accusati di bolscevismo, noi crediamo che l'inquadramento nella dipendenza dei Medici Di Medicina Generale consentirebbe al sistema di agire in rete con quello delle altre realtà sanitarie e di essere finalmente governato. Inoltre questa Riforma darebbe dignità ai Medici stessi, riconoscendo loro i diritti tipici di qualunque lavoratore (ferie, gravidanza, maternità, paternità, malattia, trattamento di fine rapporto, ecc.) ed evitando che si trovino nella condizione di essere gli "imprenditori di se stessi"; si pensi all'attuale all'assurdità per cui il Medico di medicina generale titolare sia costretto a reperire, di volta in volta, e retribuire (di tasca sua) un sostituto, al fine di potersi assentare dal lavoro per le "ferie".

Per non parlare poi del fatto che l'adozione del rapporto di dipendenza limiterebbe il meccanismo perverso secondo il quale il Medico di Famiglia che ha il coraggio di non assecondare alcune richieste illegittime dei propri assistiti (sia in materia prescrittiva, sia in quella certificativa) rischia che parte di questi si affidino ad un Medico più disponibile e meno attento al rispetto dei principi dell'etica e dell'appropriatezza.

Il rapporto di dipendenza può e deve perciò rappresentare il presupposto per il rilancio delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale, favorendo la cultura di sistema e superando la cultura delle parti, affermando la multidisciplinarietà e le aggregazioni multiprofessionali, nonché la piena integrazione dei percorsi e delle cure, in risposta al crescente impatto delle multicronicità e delle comorbidità.

Nel percorso gestionale del trattamento dei pazienti domiciliari sarà inoltre strategico e rilevante sviluppare il ruolo delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) che devono essere fortemente integrate con il MMG e avvalersi di strumenti diagnostici e digitali innovativi .

Per creare una organizzazione così complessa e capillare non ci si può tuttavia permettere una eccessiva variabilità. Certamente andrà creato un meccanismo che sappia raccogliere le esigenze territoriali e tenere conto delle differenze geografiche, ma una situazione di questo tipo, con questo andamento nelle sue dinamiche epidemiologiche, richiede un robusto Piano Nazionale che sappia coordinare gli interventi in maniera efficace, evitando che iniziative eccessivamente localistiche e non coordinate, possano

### **Assetto istituzionale della Sanità.**

Nella scelta del livello dei pubblici poteri a cui attribuire competenze in materia sanitaria nel nostro Paese si oscilla storicamente fra un sistema accentrato che fa capo allo Stato, che eventualmente ne demanda la gestione a organi decentrati (come ai tempi delle USL) e uno decentrato.

Per comprendere il travagliato percorso che ci ha portato all'attuale assetto istituzionale in materia di governo della Sanità, ci venga concesso un **breve excursus storico**.

**Il sistema accentrato (post Riforma 833/78)** era imperniato su appositi organismi, le Unità sanitarie locali, la cui incerta natura giuridica rappresentò probabilmente una delle principali cause del suo sostanziale fallimento. All'epoca il legislatore aveva sottratto alle Regioni il proprio ruolo gestionale nel settore sanitario relegandole a meri soggetti programmatori e regolatori del servizio.

Il legislatore configurò, infatti, l'USL, da un lato, come un'amministrazione autonoma, dotata di propri organi e funzioni; dall'altro, come una struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane. Ciò determinò una prima complicazione, dovuta al fatto che le Usl non erano costituite necessariamente per ogni singolo Comune, bensì per zone o ambiti territoriali determinati dalle Regioni in base a criteri di legge statale ed a scelte politico-amministrative espresse per lo più in leggi regionali.

L'USL era configurata dalla legge del 1978 come una struttura governata da organi non tecnici, ma forniti di legittimazione democratica, cioè organi politici di rappresentanza indiretta del corpo elettorale locale, che dovevano assicurare il raccordo tra l'USL ed il Comune, singolo o associato, o la Comunità montana; ciò avveniva attraverso l'Assemblea generale, avente funzioni di indirizzo generale, costituita dal Consiglio comunale o dai rappresentanti dei Comuni associati, ed il Comitato di gestione, eletto con voto limitato dalla stessa assemblea. Questa ambigua configurazione delle USL dal punto di vista organizzativo e lo scarso ruolo di indirizzo e controllo svolto nei loro riguardi dai Comuni fecero sì che i nuovi organismi si delineassero come poteri locali autonomi, sostanzialmente irresponsabili dei risultati di gestione.

Al fallimento della legge del 1978 contribuirono, altresì, l'eccessiva politicizzazione degli organi, nominati secondo criteri politici, cioè secondo criteri di lottizzazione, e l'estensione delle prestazioni e quindi delle spese, dovuta anche alla mancata approvazione di piani sanitari, incautamente affidati ad una Legge della Repubblica assai difficile da confezionare. Ciò fece lievitare in misura insostenibile i costi del sistema.

Nel tentativo di porre rimedio alle inefficienze del sistema delineato dalla riforma del 1978, il Legislatore procedette, dapprima, ad alcuni interventi minori sull'organizzazione interna delle Usl (tra cui, in

particolare, l'inserimento tra i suoi organi del Collegio dei revisori, la soppressione dell'Assemblea generale e la riduzione del numero dei componenti ); successivamente, con la c.d. legge-ponte del 1991, alla sostituzione degli organi politici con un amministratore straordinario nominato dalla Regione, dotato di «tutti i poteri di gestione, compresa la rappresentanza legale», ancorché ancora affiancato da un Comitato di garanti nominato dal Comune, avente funzioni di indirizzo generale.

Tuttavia, nel complesso, la legislazione regionale di attuazione della Riforma fu tardiva e spesso piattamente ripetitiva: soltanto alcune Regioni introdussero elementi innovativi e dinamici ed i pochi piani sanitari regionali approvati risultarono gestiti male e, quindi, scarsamente efficaci.

I tempi erano perciò ormai maturi per un riordino complessivo, che venne varato con il D.L. n. 502 del 1992, cui fece seguito il D.L. correttivo n. 517 del **1993**. Questa riforma ha sicuramente segnato una **netta inversione di tendenza rispetto al modello dell'amministrazione regionale indiretta delineato dalla L. 833 del 1978, individuando nelle Regioni il livello di governo della sanità.**

Regionalizzazione ed aziendalizzazione hanno, quindi, comportato un sostanziale svuotamento delle funzioni comunali in sanità; ma **se era in certo senso scontato che la scelta tecnocratica fosse la necessaria risposta alle inefficienze delle USL, non era altrettanto ovvio che i Comuni fossero privati della possibilità reale di un coinvolgimento nelle scelte regionali.**

Le competenze regionali sono state consolidate nel 2001 dall'approvazione della **Riforma del Titolo V della Costituzione**, che ha bilanciato l'estensione della potestà legislativa concorrente delle Regioni al campo della «tutela della salute» rispetto all'angusta competenza sull'«assistenza sanitaria e ospedaliera», con il solo vincolo del rispetto dei principi fondamentali del SSN e con la competenza esclusiva statale sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEA).

Da quel momento nasce il **c.d. Federalismo Sanitario**; l'obiettivo di rendere virtuoso il federalismo sanitario rappresenta oggi una delle sfide più importanti del nuovo Governo, a cui si chiede, in particolare, di rivedere lo strumento dei piani di rientro – che non dovrebbero servire soltanto a verificare i conti, ma anche a rafforzare la garanzia dei servizi sanitari e di ridurre le attuali differenze di performance dei vari sistemi regionali.

Per far questo, tuttavia, **si deve prendere secondo noi realisticamente atto che:**

- **l'universalismo**, che **rappresenta il pilastro fondante del nostro SSN**, si sta inesorabilmente disgregando di fronte ad uno Stato che lascia i singoli sistemi sanitari regionali liberi di declinare in maniera eterogenea l'offerta di servizi e prestazioni, limitandosi ad assegnare le risorse ed a verificare l'adempimento dei LEA attraverso parametri idonei ad intercettare soltanto le più macroscopiche diseguaglianze. Occorre, quindi, trovare delle soluzioni tecniche idonee per potenziare l'anzidetta capacità di indirizzo e verifica del Governo centrale, pur nel pieno rispetto delle autonomie delle Regioni. Solo in questo modo, cioè superando le diseguaglianze sociali e territoriali, il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali, si potrà garantire quell'equità del sistema che è ancora ben lontana dall'essere stata raggiunta.

- **le Aziende Sanitarie Locali non possono essere gestite esattamente come delle aziende private**; il tema della salute è infatti condizionato da variabili sociali che richiedono un coinvolgimento democratico nelle scelte dell'Azienda Salute. Non si tratta di riproporre organi simili ai Comitati di Gestione, ma, quantomeno, di dare ai Comuni la possibilità di un reale coinvolgimento nelle scelte sanitarie strategiche e di riconoscere ai Comuni il potere vincolante di giudizio nei confronti dell'operato dei Direttori Generali. Vanno anche a nostro avviso rivisti i criteri di nomina dei Direttori Generali che sono ad oggi esclusivamente demandati al

Presidente della Regione, senza nessuna formale condivisione con le realtà locali nelle quali il manager dovrà operare.