



La Spezia, 13 maggio 2020

È urgente riformare la Sanità del nostro Paese!

Programma di AvantiInsieme per il miglioramento dei servizi sanitari

Assetto istituzionale e governo della Sanità

La Pandemia da Coronavirus ha certificato, ove ce ne fosse stato bisogno, l'inadeguatezza conclamata della struttura istituzionale Stato-Regioni che, specie sul versante sanitario ha prodotto un protagonismo delle Regioni e una confusione decisionale che, accanto alla evidente incompetenza di troppi personaggi apicali della politica e della Amministrazione, ha aggravato ulteriormente il bilancio dell'epidemia.

La palese insufficiente risposta data all'emergenza sanitaria da alcune Regioni ha immediatamente risvegliato i critici della riforma dell'articolo quinto e i nemici di qualsiasi forma di autonomia.

In realtà da sempre, nel nostro Paese, si oscilla nella scelta del livello dei pubblici poteri a cui attribuire competenze in materia sanitaria, fra un sistema accentrato che fa capo allo Stato, che eventualmente ne demanda la gestione a organi decentrati (come avveniva 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, ritengo sia necessario un **breve excursus storico**.

Il sistema accentrato (post-Riforma 833/78) era imperniato su appositi organismi, le Unità sanitarie locali (USL), configurate, 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. L'USL era 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 i Comuni.

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.

Da quel momento si è progressivamente attuato un **processo di Regionalizzazione e di aziendalizzazione della Sanità** che ha comportato un sostanziale svuotamento delle funzioni comunali in sanità. Le competenze regionali sono state poi consolidate nel 2001 dall'approvazione della **Riforma del Titolo V della Costituzione**.

Alla luce di questa mutazione del Servizio Sanitario Nazionale che abbiamo sopra sintetizzato, la prima domanda che dovremmo porci è se questo forte processo di decentramento avviato con la Riforma del Titolo V della Costituzione abbia avuto in questi 19 anni un impatto significativo nell'attenuare le differenze fra



sistemi sanitari regionali. La Pandemia in atto ha dimostrato infatti come non vi possa essere sicurezza sanitaria reale solo attraverso un rafforzamento di singole comunità, siano esse regionali o sovra-regionali. La risposta a questa domanda dovrebbe essere più articolata, ma, in estrema sintesi, possiamo dire che le distanze fra Centro-Nord e Sud non si sono affatto ridotte e, anzi, in alcuni casi si sono accentuate.

Considerando, per esempio, infatti il tasso di ospedalizzazione degli acuti, il numero di posti letto in alta intensità e in Rianimazione, l'incidenza dei parti cesari sul totale dei parti effettuati, la capacità di sostenere i bisogni sociosanitari degli anziani non autosufficienti tramite strutture residenziali, ci accorgiamo come sia in atto, in realtà, un allargamento delle distanze fra Centro-Nord e Sud, in un contesto in cui il divario era già spesso molto rilevante.

Quindi una ulteriore spinta autonomista con un ulteriore accrescimento delle competenze regionali in sanità e una riduzione del ruolo dello Stato, che conseguenze avrebbe sulle disuguaglianze territoriali, in un paese in cui, probabilmente come nessun altro in Europa occidentale, sono già forti le differenze fra regioni in termini di sviluppo economico e di funzionamento delle amministrazioni pubbliche?

Certamente si impone oggi di rivedere l'attuale assetto istituzionale ed organizzativo della Sanità; ma qualunque scelta venga compiuta, sia essa più centralistica, oppure più decentrata, occorre salvaguardare due pilastri che devono essere messi al centro del sistema:

- **l'universalismo**, che **deve continuare ad essere il pilastro fondante del nostro SSN**. Ciò sembra scontato, ma, in realtà, questo assioma 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 disuguaglianze. 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 disuguaglianze 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.

- **il ruolo dei Comuni**. 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.

Ruolo del Medico di Famiglia e della Medicina Territoriale.

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.



È 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 quella 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 scoperchiato 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.**

È evidente che una tale innovazione può portare qualche svantaggio ai medici di famiglia; per esempio l'introduzione di un rapporto gerarchico e la necessità di lavorare in gruppo.

Ma sicuramente darebbe loro anche molti vantaggi, come il riconoscimento dei diritti tipici di qualunque lavoratore (ferie, gravidanza, maternità, paternità, malattia, trattamento di fine rapporto, ecc.). Inoltre, eviterebbero di trovarsi nella condizione di essere gli "imprenditori di sé 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.

Certo, ci sarebbero alcune resistenze, ad esempio da quei medici di famiglia che difendono l'anacronistico sistema di accesso alla convenzione che favorisce il perpetuarsi di vere e proprie dinastie.

Ma la revisione dell'inquadramento del Medico di Medicina Generale determinerebbe sicuramente grandi vantaggi per il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il superamento della cultura di parte, a favore di una cultura di sistema. Ciò costituisce il presupposto per il rilancio delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale, attraverso la multidisciplinarietà, le aggregazioni multiprofessionali, la piena integrazione del Medico di Famiglia nei percorsi di diagnosi e cura, in risposta al crescente impatto delle multi-cronicità e delle morbosità.

Nella 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. Un esempio può essere l'attivazione di servizi di telemedicina, anche come strumento per ridurre le attese per esami spesso semplici.



Occorre inoltre **potenziare l'Assistenza Domiciliare Integrata, istituendo la figura professionale dell'Infermiere di Famiglia**. Se è vero che l'esperienza di questi giorni porterà a cambiamenti permanenti dei nostri modelli organizzativi, l'assistenza domiciliare ricoprirà senza dubbio un ruolo strategico, che andrà valorizzato con percorsi di cura integrati tra pubblico e privato sociale, che può determinare sia un miglioramento dello stato di benessere delle persone, sia riducendo i costi della loro ospedalizzazione.

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 iniziative eccessivamente localistiche e non coordinate.

Come già abbiamo ricordato, prima dell'introduzione della riforma sanitaria del 1978, la sanità faceva molta più prevenzione sul territorio di ora (con medico scolastico, dispensari e presidi territoriali mutualistici), oltre ad avere due riferimenti importanti alla base della governance della sanità: il primato decisionale del medico e un ruolo decisivo dei Comuni nella prevenzione (Il Sindaco era il vero responsabile sanitario sul territorio con strutture epidemiologiche ai suoi ordini). Bene noi pensiamo che questi due riferimenti vadano integralmente recuperati nella nuova organizzazione, anche se oggi si deve parlare non più solo di centralità della figura medica, ma del medico e del suo gruppo (operatori sanitari e tecnici).

QUESTIONE OSPEDALIERA

Vi è la necessità di un corposo incremento stipendiale degli operatori sanitari; una remunerazione da fame per una professione, come, ad esempio, quella dell'infermiere, che richiede oggi competenze e capacità complesse, oltretutto immorale, favorisce le crescenti difficoltà del sistema sanitario a reperire nuovi operatori.

Non meno grave è la situazione dei medici specialisti ospedalieri, fortemente carenti oggi in molte specialità, gravati da turni di lavoro in genere molto faticosi e premiati con uno stipendio che è mediamente uno dei più bassi in Europa, con differenze abissali nei confronti di quello dei colleghi del Nord Europa.

Da questo punto di vista, 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 stato quasi ridicolo, nella sua tragicità.

Ma naturalmente i tanti problemi degli ospedali non si esauriscono con un incremento stipendiale. **Occorre rimettere mano ad un impianto contrattuale che ha sempre più premiato le funzioni organizzative rispetto a quelle cliniche;** anche questo ha portato, insieme al dato stipendiale e alla scellerata gestione degli accessi universitari alle Scuole di Specialità, ad una carenza preoccupante di specialisti clinici e chirurgici e ad una massiccia fuga di giovani talenti verso altri Paesi europei.



Vi sono inoltre alcune altre misure che non possono essere rimandate:

- 1) il superamento della vecchia organizzazione ospedaliera per specialità.
- 2) l'ammmodernamento tecnologico degli ospedali.
- 3) il potenziamento della ricerca scientifica
- 4) la Riforma della Università di Medicina e Chirurgia.
- 5) l'adeguamento delle piante organiche di ospedali e territorio.

1) È necessario organizzare gli ospedali per intensità di cura. L'attuale emergenza sanitaria ha infatti riproposto un problema: la necessità di concentrarsi sulla cura del malato e non solo della sua malattia. In parole povere questo significa curarlo nella sua interezza e non limitarsi ad affrontare il singolo problema ogni volta che si ripresenta. Questo limiterebbe, ad esempio, soprattutto in realtà come la nostra, caratterizzate da una grossa quota di anziani affetti da varie patologie, la ripetizione di ricoveri dello stesso paziente a poca distanza temporale l'uno dall'altro.

La crisi pandemica ci costringe ad esempio a domandarci se un malato di COVID 19 possa essere curato meglio da un pneumologo, anziché da un infettivologo, oppure da un virologo, e perché no da un medico di medicina internistica, o infine, se anziano, da un geriatra. Nell'incertezza, se si è sfortunati, si rischia di finire nelle mani di un altro specialista, che è il rianimatore.

Con la crisi pandemica vi è stata inoltre la necessità di trasformare molti reparti specialistici in reparti COVID 19 e di potenziare i Pronto Soccorso con dei Pre-Triage; ciò ha costretto le Direzioni Ospedaliere a non rispettare le attuali piante organiche (suddivise per Specialità) ed ha generato, spesso, conflitti con i medici, i quali hanno preteso un ordine di servizio per consentire di essere spostati da un Reparto all'altro ancorché equipollente. Pur comprendendo il timore di questi medici, specialmente per le possibili ripercussioni in sede medico-legale che una scelta di questo tipo può determinare, riteniamo che le "piante attuali organiche" ingessino l'organizzazione della sanità pubblica e che sia sempre più necessario andare ad una divisione delle piante organiche in aree omogenee e/o equipollenti.

In realtà occorre ripensare ad un ospedale nel quale i vari specialisti interagiscano in team nella diagnosi e nella cura dei pazienti, che siano organizzati per settori multidisciplinari variabili a seconda dell'intensità delle cure che il malato richiede, evitando anacronistici steccati che rischiano di portare alle conseguenze di cui sopra.

2) Secondo i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario e quelli della Protezione civile, nel nostro Paese, **6 ospedali su 10 hanno più di 70 anni di vita.** Addirittura 75 strutture risalgono all'era napoleonica, il 15 per cento è stato costruito prima degli anni Venti, il 35 per cento prima che finisse il secondo conflitto mondiale. La Protezione civile, inoltre, sottolinea che la manutenzione è carente nel 60 per cento dei centri ospedalieri, che rischiano di crollare in caso di terremoto.

Per questo motivo la prima necessità è **metter mano all'edilizia sanitaria** non solo ristrutturando quella esistente ma integrando le strutture esistenti con nuove strutture con degenza breve e brevissima, edifici per attività diagnostica e terapeutica che può essere portata a termine in giornata. Non ci sono stime economiche di questi interventi ma si può capire che si parla di decine di miliardi di euro.



Inoltre, è urgente un grande piano di ammodernamento tecnologico dei nostri ospedali. Un'indagine condotta da Assobiomedica, l'associazione delle imprese che producono apparecchiature elettromedicali, rivela che quasi il 40 per cento delle Tac ha più di dieci anni, quando non dovrebbero superare i sette anni di vita. Stesso discorso vale per i mammografi che dovrebbero essere sostituiti ogni sei anni quando in realtà il 66 per cento degli apparecchi ne ha più di dieci. Si pensi poi alla strumentazione, molto costosa, per la terapia intensiva, nella quale un posto letto "vale" circa 80 mila euro tra ventilatore (30 mila), letto (15), monitor (16) e pensile con attrezzature (20); è evidente che attrezzature di questo tipo stanno e potranno fare la differenza in momenti di emergenza come quello che stiamo vivendo e come dimostra la Germania con i suoi tassi di mortalità decisamente inferiori ai nostri.

3) Occorre finanziare in modo appropriato la ricerca scientifica, anche per evitare la fuga dei nostri migliori talenti. Tutti le forze politiche concordano nel ritenere che la ricerca scientifica sia l'asset strategico del futuro. L'Italia però investe in questo settore poco più dell'1% del PIL e distribuisce i fondi a disposizione senza avere criteri guida e priorità. La Germania, ad esempio, investe oltre il 3% del PIL e una volta fissate dalla politica i fondi a disposizione e le priorità da parte del governo, si affida a un'agenzia indipendente l'esame e la scelta dei progetti da finanziare presentati dal mondo della ricerca pubblica e privata.

4) La scuola di medicina è ancora di tipo prevalentemente teorico. Sono rare le occasioni e le possibilità per gli studenti di accedere ai laboratori, di conoscere le apparecchiature che si utilizzano a scopo diagnostico, di lavorare con le proprie mani. Lo stesso vale per l'attività clinica. Ci si può laureare senza aver visto un numero adeguato di ammalati. La tesi di laurea è raramente un'occasione per familiarizzare con la ricerca essendo, spesso, una pura descrizione di quanto altri hanno già fatto o scritto. La parte pratica dovrebbe altresì avere, secondo noi, la stessa dignità di quella teorica.

5) Le risorse umane presenti nei luoghi pubblici di assistenza sanitaria sono ormai insufficienti per garantire continuità ai servizi sanitari. Inoltre, i nostri operatori sono decisamente più anziani rispetto alla media europea. **È necessario perciò un grande piano di investimento sul capitale umano.** Un progetto di questo tipo può riuscire solo se si rivede l'organizzazione del lavoro sanitario che oggi, per molte di queste professioni è non solo poco remunerativo, ma spesso fortemente alienante.

Franco Vaira

Vicepresidente di AvantInsieme.