



aderente a



Audizione presso la Commissione bicamerale

su

“La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”

Camera dei Deputati – 2 luglio 2013

Premessa

La sanità italiana è profondamente cambiata in questi anni, perché non riesce più a garantire omogeneità nei livelli di assistenza e sostenibilità economica con il rischio di pregiudicare seriamente quella universalità delle cure che ha fino ad oggi caratterizzato il nostro Servizio Sanitario.

L'aziendalizzazione, introdotta con la 502/92, ha fallito il suo obiettivo: la spesa sanitaria regionale ha continuato a crescere senza controllo, raggiungendo in alcune realtà deficit elevati. Contestualmente l'entità del Fondo Sanitario Nazionale ha continuato ad essere definita attraverso una trattativa Stato-Regioni, piuttosto che sui costi effettivi dei LEA, e la modifica del Titolo V della Costituzione ha impedito allo Stato di intervenire attivamente nei processi di riorganizzazione delle strutture e dei servizi sanitari regionali mirati ad ottenere un riequilibrio della spesa. Oggi siamo al punto che il sempre maggiore divario tra fabbisogni sanitari e copertura finanziaria pubblica rendono insostenibile l'attuale sistema.

Nel frattempo l'evoluzione della medicina, sempre più multidisciplinare, richiede un diverso modello di assistenza sia ospedaliero che territoriale, con radicale trasformazione della rete degli ospedali e dell'emergenza, anche in termini di organizzazione interna; oggi servono, infatti, Ospedali in grado di rispondere, in tempi rapidi ed in maniera adeguata, utilizzando tutte le risorse umane e tecnologiche necessarie, alle patologie acute.

L'organizzazione va sempre più verso il modello dipartimentale con una condivisione di risorse ed attrezzature.

Al tempo stesso, l'aumento della vita media, delle cronicità e delle non autosufficienze impone una diversa organizzazione dell'assistenza territoriale ad iniziare dal ruolo del medico di medicina generale sino ai nuovi assetti organizzativi che interessano la lungodegenza, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale, le long term care, ecc.

La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

La spesa sanitaria a carico del cittadino è aumentata in modo significativo a causa delle lunghe liste di attesa e degli effetti derivanti dalle recenti finanziarie che hanno fatto lievitare, in modo consistente, il costo del ticket tanto che lo stesso, in molti casi, è superiore al costo della stessa prestazione erogata dal privato.

Oggi si osserva un doppio fenomeno : da un lato il 21,6% della spesa sanitaria corrente è stata sostenuta dagli italiani in "out of pocket", dall'altro sono circa 9 milioni i cittadini che dichiarano, invece, di aver dovuto rinunciare alle cure o aver fatto ricorso al cosiddetto low cost sanitario a causa del basso reddito.

Nei prossimi anni, è previsto dal patto di stabilità un ulteriore taglio del FSN di diversi miliardi. Emerge, quindi, la consapevolezza che, alla lunga, i continui tagli porteranno ad un abbassamento dei servizi pubblici tali da pregiudicare seriamente il nostro welfare. In altre parole, se una buona sanità genera buoni esiti di salute, i maggiori costi diretti sostenuti dai servizi sono compensati dai minori costi intangibili (costo delle famiglie per l'assistenza ai pazienti, giornate di lavoro perse, alla migrazione sanitaria, ecc.).

La stessa Corte dei Conti, nell'ultima relazione del vice Procuratore Generale, ha dichiarato che *"una visione esclusivamente contabilistica del settore sanitario rischia di entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema"*. Ed, ancora, *"a differenza di ciò che magari accade in altri settori, in quello sanitario la validità di una gestione non può essere sempre affermata solo sulla base di conti che quadrano, ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)"*. Proprio per questo la Corte dei Conti esprime non poche perplessità nell'ambito della spending review applicata alla sanità italiana. Certamente la spesa di settore deve essere opportunamente riqualificata, ma *"sarà bene che si faccia anche una attenta riflessione sulle possibili conseguenze negative che una eccessiva contrazione delle risorse potrà avere sul funzionamento del sistema e sull'adeguato mantenimento dei livelli essenziali di assistenza"*. Una vera riforma del S.S.N. si rende, pertanto, necessaria anche alla luce dell'attuale contesto demografico che vede l'Italia invecchiare sempre di più.

La necessità di forti adattamenti del nostro sistema di protezione sociale

Il progressivo aumento della speranza di vita ha portato con sé un aumento della prevalenza delle malattie cronico-degenerative con una sostanziale modifica dei bisogni sanitari. Occorre rivedere il nostro sistema di protezione sociale che dovrà essere rivolto alla persona nella sua globalità per soddisfare sia le esigenze sanitarie che assistenziali. Servirà un progressivo aumento degli investimenti dedicati alle assistenza continuativa (Long Term Care). Servizi come l'assistenza sociale, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, i trasporti, la pulizia, l'alloggio, la fornitura dei pasti, la lavanderia, l'occupazione, l'accompagnamento, ecc.

Tutte attività di cura ma anche interventi orientati allo scopo di prevenire o rallentare la disabilità e la perdita di autonomia che sono collegate alle patologie tipiche dell'età anziana. In questa prospettiva occorre potenziare l'organizzazione dei servizi sanitari per aumentare le capacità di risposta ai cittadini affetti da patologie croniche; ma sarà anche necessario il coinvolgimento dei cittadini per diffondere la conoscenza delle malattie e la capacità di autogestione delle stesse, la programmazione degli interventi (prevenzione, diagnosi, cura e controlli) per migliorare la gestione delle malattie croniche in tutti i loro stadi.

Questa programmazione è alla base della cosiddetta "sanità di iniziativa": in essa gli operatori non si limitano ad attendere che le persone con malattie croniche si rivolgano alle strutture sanitarie al momento del bisogno ma operano in modo da prevenire la comparsa delle malattie e, quando esse si manifestino, in modo da gestirle al meglio e prevenirne le complicanze. Sempre più importante sarà il contributo dei privati e/o attraverso forme di welfare aziendale e/o assicurazioni sociali legate alla retribuzione del lavoratore (vedi Germania e Francia).

Spendig review e ristrutturazione della rete

In questi anni si è perseguito il risparmio in Sanità attraverso tagli lineari che non hanno inciso significativamente sulla spesa, ma hanno causato una riduzione dei servizi e della sicurezza con la quale questi vengono erogati. Il decreto sugli standard ospedalieri, fermo da mesi ed oggetto di un braccio di ferro tra Stato e Regioni, è peraltro carente di una parte essenziale: le dotazioni organiche minime delle strutture in grado di assicurare adeguatamente le prestazioni sanitarie ai bacini di utenza di riferimento.

In Italia esiste una rete ospedaliera frammentata in piccoli presidi, rispondenti alle esigenze della medicina di 50 anni fa ed agli interessi clientelari della politica locale; solo alcune Regioni hanno attuato processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale in linea con la necessità di coniugare un'assistenza qualificata e la garanzia di un pronto ed efficace intervento nelle emergenze.

In questo contesto la riduzione delle strutture senza standard di riferimento ed il blocco del turn over stanno creando situazioni di estrema difficoltà operativa, in alcuni casi ormai vicine al collasso, aggravando le differenze assistenziali tra le varie realtà sanitarie.

Occorre quindi una ristrutturazione degli Ospedali e delle strutture territoriali, potenziando l'emergenza ed i servizi ambulatoriali, riabilitativi ed assistenziali, concentrando le attività a più elevata specializzazione nelle strutture in grado di garantirle in assoluta sicurezza di personale, attrezzature, specialità.

Modifica del quadro legislativo

La modifica del 2001 del titolo V della Costituzione si è dimostrata fallimentare; è vero che è mancata nella sua attuazione una responsabilizzazione diretta delle Regioni nella gestione (acquisizione ed utilizzo delle risorse), ma l'esperienza di questi 10 anni ha dimostrato che la tutela della salute deve tornare ad essere competenza esclusiva dello Stato, lasciandone alle Regione la gestione, all'interno di un modello assistenziale ospedaliero e territoriale che sia omogeneo su tutto il territorio nazionale; occorre quindi che sia il Parlamento a stabilire i LEA, introducendo meccanismi di verifica della loro attuazione, e che il Governo possa effettivamente intervenire con i necessari strumenti correttivi laddove i governi regionali dimostrino la loro incapacità a modificare i propri modelli gestionali ed organizzativi.

Il secondo punto è la modifica della 502 e s.m.i. nel modello organizzativo: il Direttore Generale monocratico, diretta espressione della giunta regionale ha esasperato la politicizzazione delle "aziende" sanitarie negli aspetti più deteriori. Riteniamo, quindi, che occorra limitare l'attuale ingerenza politica nella gestione delle strutture sanitarie attraverso la costituzione di organismi tecnici con il compito di dare attuazione alle indicazioni programmatiche della politica

Stato giuridico del Medico

Dall'ultimo Congresso, CIMO-ASMD ha riportato al centro del dibattito la ricostruzione di una carriera premiante per il Medico dipendente, in base all'esperienza professionale acquisita ed al suo mantenimento, con possibilità di raggiungimento dei livelli più elevati per i migliori professionisti.

Dopo il d. Lgs. 229/99, infatti, la carriera del medico si è trasformata in un sistema di incarichi a tempo, con verifiche sia gestionali che tecnico-professionali; in particolare i dirigenti di struttura complessa sono nominati dai Direttori Generali attraverso una selezione basata su criteri "aziendali" tra una rosa di candidati dichiarati idonei da una commissione e la recente parziale modifica introdotta dalla legge Balduzzi non modifica sostanzialmente la procedura.

Il fallimento di questo sistema è ormai riconosciuto da molti, perché gli strumenti di verifica del medico sono quasi esclusivamente indirizzati sul raggiungimento o meno degli obiettivi gestionali, per cui non esiste, oggi, né una verifica sull'acquisizione di maggiori competenze professionali, né una progressione di carriera basata sul merito.

Ne consegue che i Direttori Generali considerano i responsabili di struttura quasi esclusivamente dei manager gestionali e, pertanto, chiedono loro non di essere i leader medici dell'equipe, ma di

rispettare gli obiettivi di budget, che spesso sono avulsi sia dalla reale disponibilità di risorse che dalle reali esigenze assistenziali.

L'evoluzione tecnologica, i nuovi modelli organizzativi, le modalità di accesso e di sviluppo di carriera dei dirigenti del SSN, rendono necessaria una rivisitazione della figura professionale del medico troppo spinta, oggi, verso competenze gestionali e sempre meno verso competenze professionali.

In un modello dipartimentale il Responsabile di Dipartimento assume prevalentemente funzioni organizzative – gestionali, mentre per garantire la funzionalità di un reparto o di un servizio sanitario è necessario, oggi, che l'attuale Direttore di struttura assuma una leadership dell'equipe medica di natura professionale ("primario professional").

Contratto di lavoro

I blocchi dei contratti e delle progressioni individuali, nonché la riduzione dei fondi contrattuali, stanno producendo un effetto distorcente che, se persistesse, procurerà ricadute negative sullo stesso SSN, perché viene impedita la pur minima gratificazione meritocratica prevista dai CCNL, accentuando l'appiattimento economico e demotivazione.

Occorre quindi rimuovere al più presto i suddetti blocchi, prima di tutto consentendo di remunerare e premiare il merito e successivamente aprendo i rinnovi contrattuali, avendo però modificato alcune delle attuali norme.

Il mancato riconoscimento di uno status giuridico autonomo per il Medico ha portato di conseguenza all'applicazione per il lavoro medico di contratti nazionali che progressivamente sempre meno si sono curati di cogliere le specificità del lavoro medico, privilegiando invece i pochi aspetti comuni alla restante dirigenza pubblica che è prevalentemente amministrativo-gestionale. L'obiettivo di ottenere risparmi, condizionando i Medici a privilegiare le scelte economiche, dopo un iniziale successo nel rendergli edotti della possibilità di recuperare risorse anche importanti, adottando modelli legati all'appropriatezza, sta adesso mostrando i limiti di una valutazione e di una carriera che non tiene conto delle effettive capacità professionali.

In questo contesto la riforma Brunetta ha effetti devastanti con la previsione di una valutazione di performance sui soli obiettivi gestionale e sull'esclusione dal confronto con i sindacati di materie come l'organizzazione del lavoro che in sanità rappresenta non una mera distribuzione di mansioni, ma attribuzione di funzioni e modelli organizzativi (guardie, pronta disponibilità) tesi a garantire primariamente la sicurezza delle cure e la garanzia per il cittadino che i suoi bisogni siano trattati tempestivamente da professionisti specifici per la sua patologia.

E' pertanto indispensabile che i Medici abbiano una loro area contrattuale autonoma dove poter trattare le specificità dell'attività svolta, quale ad esempio la modalità di copertura H24 dell'emergenza, le competenze e le attribuzioni notevolmente diverse rispetto alla restante dirigenza,

la necessità di una valutazione prevalentemente tecnico-professionale, i modelli organizzativi del lavoro in funzione della sicurezza e dell'appropriatezza delle cure.

Di conseguenza, come richiesta minima, occorre prevedere per legge una specifica area dove le materie di contrattazione siano soprattutto le peculiarità della categoria, compreso un diverso modello di trattamento economico e di valutazione, dai quali non può essere esclusa per motivi sopradetti l'organizzazione del lavoro medico.

Ma la questione dovrebbe essere affrontata in modo più radicale. Oggi i Medici convenzionati trattano avendo come controparte la SISAC, emanazione delle Regioni, mentre i Medici dipendenti fanno il contratto con l'ARAN al pari degli altri dipendenti pubblici. Nella prospettiva di una sempre maggiore integrazione tra Ospedale e Territorio, sarebbe più funzionale e logico che tutti i Medici avessero un'unica controparte ed un'unica sede sia per il rinnovo dei contratti che delle convenzioni.

Libera professione

La legge Balduzzi non risolve il problema originario rappresentato dalla mancata capacità delle aziende pubbliche di gestire l'attività libero-professionale dei medici. A questo aggiunge una eccessiva burocratizzazione con sempre nuovi adempimenti ed oneri a carico del Medico.

Mentre aumentano sempre di più i cittadini che si orientano verso il privato perché gli attuali super ticket rendono le prestazioni ambulatoriali del SSN non più concorrenziali, invece che cercare di recuperare almeno una quota di prestazioni all'interno della libera professione intra moenia, gabelle regionali, oneri aziendali e gravami burocratici la stanno affossando.

Una ventata di massimalismo ideologico reintrodusse alla fine degli anni 90 la divisione tra medici in intra ed extramoenia, abbandonata anni prima perché non portava vantaggi al SSN.

La scelta si è rivelata di nuovo fallimentare. L'esclusività non ha portato vantaggi concreti ai cittadini e le aziende si sono dimostrate incapaci di gestirla, occorre prenderne atto e modificare l'attuale stato giuridico prevedendo un medico più professionista, con la facoltà di esercitare liberamente la professione.

La posizione CIMO è, quindi, che il Medico dipendente debba avere un unico stato giuridico e deve, una volta adempiuti i compiti istituzionali, poter essere libero di poter svolgere l'attività libero professionale nei modi che lui ritiene più opportuno.

Se svolge l'attività nelle strutture aziendali pagherà all'Azienda i costi relativi, se al di fuori non dovrà versare niente. L'unico limite è l'assenza di un conflitto di interessi, inteso sia come indirizzo dei pazienti verso altre strutture, sia come deliberato incremento delle liste di attesa, adeguatamente controllato e prevenuto.

Indennità di esclusività: inglobamento in altra voce tabellare (posizione?) riconosciuta a tutti, di conseguenza conglobamento dei fondi ad essa destinati (che sono extracontrattuali) nella massa

salariale, dal momento che, considerato il decremento del numero dei Medici, sono in grado di coprire la sua estensione a chi oggi non è esclusivo.

In un momento di risorse scarse occorre abbandonare posizioni ideologiche, soprattutto quando si sono rivelate fallimentari ed onerose, e scegliere l'interesse del cittadino e dell'operatore.

Formazione ed accesso

Oggi un Medico, per accedere al SSN, deve prima conseguire una specializzazione della durata di 5 o 6 anni, che è prevalentemente accademica, dopo la quale lo aspetta un periodo di precariato più o meno lungo, che fa sì che difficilmente sia inserito professionalmente prima dei 35 - 40 anni, età nella quale nella maggior parte dei paesi occidentali, il Medico è invece nelle piena maturità operativa.

Questo sistema crea un enorme spreco di risorse economiche e professionali; occorre quindi rivedere profondamente il requisito e le condizioni d'accesso al servizio sanitario, trasformando le attuali borse di studio in contratti a tempo determinato con il servizio sanitario, che prevedano il progressivo inserimento del Medico nelle attività assistenziali anche nelle strutture ospedaliere ed una verifica finale, che possa anche comportare il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato.

Colpa professionale

In Italia negli ultimi anni vi è stato un incremento delle richieste di risarcimento con pesanti ricadute sui Medici, in quanto il 95% di tali richieste finisce in tribunale, mentre nel resto d'Europa vengono trattate extragiudizialmente. Oltre il 70% dei Medici viene comunque prosciolto od assolto, ma i processi durano anni e presentano costi elevati, che rimangono a carico del Medico, ma soprattutto ne condizionano pesantemente il comportamento professionale per molti anni. L'obbligatorietà dell'azione penale fa sì che in Italia, a differenza di altri paesi dell'OCSE, la colpa professionale sia un reato perseguibile d'ufficio.

Conseguenze di questa situazione: medicina difensiva, costi elevati, ritardi nei tempi di risarcimento, necessità di individuare un colpevole per indennizzare chi è rimasto vittima di un evento avverso. Anche in questo caso la legge Balduzzi non ha risolto i problemi, in Italia occorrono radicali riforme del sistema, in assenza delle quali ci saranno solo interventi palliativi, spesso stravolti e vanificati dai troppi organismi giurisdizionali che esistono nel nostro paese.

L'atto medico è fallibile e nessuno strumento di risk management potrà mai impedire l'errore, ma solo ridurre la frequenza; dovremmo quindi trovare il coraggio di decolpevolizzare gli atti medici, per evitare al personale sanitario di lavorare in un atteggiamento di giustificazione e di difesa. La questione è comunque complessa e fino ad oggi non ha trovato soluzioni valide, nonostante vari tentativi. Occorre comunque agire su più fronti (prevenzione, copertura assicurativa, normativa civile e penale). CIMO ASMD chiede l'adozione dei seguenti provvedimenti:

- a) Obbligo di copertura assicurativa o di gestione diretta da parte della struttura delle richieste di risarcimento..
- b) Obbligo di percorsi extragiudiziali, con maggiori poteri e penalizzazioni per chi rifiuta l'accordo strumentalmente.
- c) Introduzione del concetto di alea terapeutica e del risarcimento no-fault, sul modello francese.
- d) Obbligo di attivazione in tutte le Aziende sanitarie di una vera prevenzione del rischio
- e) Introduzione un tetto massimo di risarcimento basato su valutazioni oggettive del danno
- f) Azione diretta contro le Aziende Sanitarie, e non contro i Medici, per ottenere il risarcimento dei danni.
- g) Modifica della responsabilità medica limitandola alla colpa grave, definita come azione determinata da negligenza inescusabile, al pari dei magistrati.

Atto medico e competenze delle professioni sanitarie

Un breve accenno, infine, anche ai rapporti tra le professioni per i riflessi negativi che l'attuale situazione di incertezza normativa crea all'interno del servizio sanitario.

Rispetto al passato, le professioni sanitarie hanno acquisito un livello più alto di preparazione ed i Medici specialisti sono sempre meno ed operano ad un livello più alto di complessità.

Ridefinire ruoli e competenze non è più rinviabile, per prevenire e regolamentare le fughe in avanti di molte Regioni, ma anche per tutelare i Medici, i quali sempre più spesso controfirmano prestazioni sanitarie effettuate da altri professionisti; questo non è accettabile: ognuno deve essere responsabile delle proprie azioni e non di quelle effettuate da altri, se non derivanti da una espressa delega.

Ma norme chiare ed uniformi su tutto il territorio nazionale sono soprattutto a tutela della salute dei pazienti: le nuove competenze non possono degenerare in un'anarchia di responsabilità e in questo nuovo scenario la centralità del ruolo del Medico nella diagnosi e terapia non può essere messa in discussione, anche perché deriva dal suo percorso di studi, intenso e almeno tre volte più lungo di qualsiasi altra figura professionale sanitaria.