

La FP CGIL Nazionale e la FP CGIL Medici presentano il convegno



PER LA SALUTE BENE COMUNE QUALE GOVERNO CLINICO?

una risposta delle professioni sanitarie
contro la deriva politico-aziendalistica

IL DOCUMENTO



Roma, 31 maggio 2012 ore 9,30-13,30
Hotel Nazionale Sala Capranichetta
Piazza Montecitorio

Introduzione

La nostra bussola che ci deve indicare la strada da percorrere è la salute bene comune con al centro la persona.

In questo percorso si inseriscono le scelte politiche, il modello aziendale, il ruolo e le funzioni dei professionisti della salute (medici, psicologi, biologi, infermieri, tecnici, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, ostetriche, etc.) che costituiscono un fattore imprescindibile per la tutela della salute.

La crisi economica e la spesa sanitaria

I tagli al welfare - quale conseguenza della crisi economica e di una scelta politica assunta nei libri bianco e verde del Governo Berlusconi - rischiano di scardinare le fondamenta del servizio pubblico con i cittadini spinti sempre più verso il privato con crescenti diseguaglianze tra chi può permetterselo (sempre di meno) e chi no (sempre di più).

La cattiva politica degli aumenti dei ticket e i tagli lineari dei servizi e delle prestazioni stanno allontanando i cittadini dalla struttura pubblica. Il paradosso è che ormai vi sono prestazioni che costano di meno presso il privato rispetto al pubblico.

L'analisi della riduzione dei posti letto negli ultimi dieci anni indica in modo chiaro che vengono chiusi principalmente i letti pubblici e in circa la metà delle Regioni i privati - accreditati e quindi pagati con i soldi pubblici - sono incredibilmente aumentati.

La giusta chiusura di diversi ospedali pubblici - piccoli e pericolosi per chi ci lavora e per chi vi si reca per farsi curare patologie gravi e complesse - non è stata accompagnata dal contemporaneo potenziamento di strutture territoriali aperte 24 ore su 24 e da una indispensabile riorganizzazione e potenziamento delle cure primarie.

E neanche dal rafforzamento dei servizi - dsm, sert, cad, consultori, etc.- deputati alla prevenzione e cura di segmenti di popolazione particolarmente fragile, più esposta ai rischi di emarginazione.

Sono state cancellate le risorse per un piano nazionale di aggiornamento strutturale e tecnologico degli ospedali di medie e grandi dimensioni, costruiti secondo vecchi modelli non più funzionali (basti pensare ai Policlinici a padiglioni).

Il precariato è diventato in troppe aziende una prassi consolidata e rappresenta una risposta impropria per garantire i livelli essenziali di assistenza, a partire dai pronto soccorso.

Il blocco del turn over, in particolare nelle Regioni sottoposte ai piani di rientro, ma non solo, sta minando la funzionalità dei servizi e la qualità del lavoro.

E' questa una politica di tagli scellerata e non giustificata dalla spesa sanitaria effettiva nel nostro paese.

Certamente i casi di malasantità, gli sprechi e soprattutto la corruzione sono da combattere senza sconti.

Ma non dobbiamo spendere di meno: dobbiamo spendere meglio se vogliamo conservare un servizio universalistico, bene prezioso ed unico da difendere e da rilanciare, partendo da una politica sanitaria finalizzata a colmare il divario regionale nord-sud.

La nostra spesa sanitaria è nella media dei paesi industrializzati (se non più bassa) e con una qualità complessiva ancora tra le più apprezzate nel mondo.

Gli indici relativi all'aspettativa di vita, alla mortalità e ai costi sanitari procapite vedono l'Italia tra i primi posti nel mondo occidentale.

Migliori rispetto alla stessa Germania o al Regno Unito, nettamente superiori agli USA.

Eppure, a fronte dei 17 miliardi di tagli che già stanno colpendo la sanità pubblica, le notizie di questi giorni relative alla spending review ci parlano di una dirompente iniziativa del Governo Monti volta a considerare rivedibili 97 miliardi (l'89% del totale), con la possibilità di rimandare al privato attività pubbliche e con l'inaudito rinvio del riparto del fondo sanitario 2012 (108 miliardi).

Si tratta di una iniziativa sbagliata e inaccettabile, che va ben oltre la condivisa attivazione dei prezzi di riferimento per gli acquisti.

Una manovra di tali dimensioni, unitamente ai tagli già operanti, si rifletterà drammaticamente sul Patto per la Salute con la conseguenza di mettere definitivamente in discussione il Servizio Sanitario Nazionale e il diritto alla salute.

La deriva politico-aziendalistica

Il punto non è tagliare le risorse alla sanità per fare cassa, infatti appare sempre più necessario un riallineamento alle tendenze europee.

C'è invece la indubitabile esigenza, da soddisfare con urgenza anche attraverso il rafforzamento della contrattazione, di lavorare alla riqualificazione della spesa sanitaria.

In questo quadro va ripensato l'attuale azienda sanitaria diventata un crocevia di interessi non più guidati dalla salute bene comune.

Il totem del pareggio di bilancio a fronte di risorse sempre minori - insieme ad una invadenza inarrestabile e insopportabile della politica partitica - stanno minando il servizio pubblico e il tessuto professionale senza il quale il sistema non regge.

Prevale una visione contingente della mission aziendale dove il manager può essere confermato se riduce le spese e/o in alcuni casi se ha risposto alle richieste improprie della politica partitica nella gestione, dagli appalti alle nomine professionali.

Questo è più evidente nelle Regioni sottoposte ai Piani di Rientro - che se non si fermano i tagli saranno tutte - dove troppo spesso si riducono drasticamente i servizi in modo arbitrario e dove si continuano a non toccare interessi precostituiti (dai privati alle baronie).

E la valutazione in riferimento ai servizi offerti ai cittadini ?

Oltre il direttore generale monocratico

Nonostante le criticità evidenziate, i partiti resistono al cambiamento dell'attuale modello aziendalistico.

Al di là delle parole - chi non si ricorda le grida birpatisan sull'ingerenza nelle nomine dei primari da cambiare solo in campagna elettorale - basta vedere le sabbie mobili nelle quali è da diversi anni fermo in Parlamento il Ddl sul Governo Clinico.

In questo rapporto dualistico la figura del direttore generale è sempre più ambivalente.

Da un lato è condizionato da vincoli normativi ed economici più stringenti che cozzano con i principi dell'autonomia e della responsabilità, importanti anche per una azienda pubblica "speciale". Dall'altro lato negli spazi di azione rimasti può assumere decisioni interne arbitrarie, a partire dalla scelta nelle nomine dove dovrebbe prevalere il merito professionale clinico, difficilmente giudicabile da figure non sanitarie.

Basti pensare all'infernale meccanismo dell'articolo 15 septies del Dlgs 502/92 con il quale si possono chiamare ad personam dirigenti a ricoprire posti che andrebbero messi a concorso, oppure al funzionamento anomalo dell'articolo 18 del contratto nazionale del 2000 con il quale le funzioni "primariali" vengono prorogate nel tempo a discrezione.

Carriere, chiusura ed aperture di servizi, esternalizzazioni, consulenze ed incarichi, non possono più essere decisi solo da manager nominati dai partiti. Così come non è più tollerabile che le direzioni aziendali costringano i professionisti sanitari ad effettuare centinaia di ore di straordinario, senza poi neanche pagarle.

Verso l'Azienda sanitaria di comunità (Asac)

La deriva partitica-aziendalistica sta alimentando una insofferenza e un grave disagio non più sostenibile tra chi - a partire dai professionisti - è in prima linea per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini.

Una situazione ancora più drammatizzata dalla crescente carenza di risorse, e da una penalizzazione delle retribuzioni che colpisce trasversalmente tutti gli attori del servizio pubblico.

Sarebbe però uno sbaglio azzerare la scelta del modello aziendalistico con il rischio di cadere dalla padella alla brace, ripristinando, anche se sotto altre forme, il ritorno ai comitati di gestione e alla spartizione partitica.

Così come riteniamo un errore per i professionisti, ed in particolare per i medici, chiedere come soluzione salvifica nuovi stati giuridici: non solo difficilmente realizzabili ma soprattutto illusori e pericolosi.

In primo luogo perché significherebbe consegnarsi mani e piedi alla politica con il lavoro regolato solo dalla legge e non più dalla contrattazione

In secondo luogo perché il necessario cambiamento non può che riguardare tutti i protagonisti della sanità pubblica.

Riteniamo invece che l'azienda debba essere ripensata come modello organizzativo funzionale a garantire la salute con la partecipazione di tutti professionisti sanitari e degli stessi cittadini.

Per questo proponiamo l'Azienda sanitaria di comunità (Asac)

Meno partiti e più professionalità

Si tratta di definire regole e criteri che guidino le scelte aziendali finalizzate sempre alla tutela della salute, in modo tale da non consentire il prevalere dell'arbitrio e della cattiva politica.

La buona politica a livello nazionale e regionale dovrebbe programmare i livelli essenziali delle prestazioni con un finanziamento corrispondente (da mantenere nella media europea), e definire gli indirizzi, scegliere i manager con criteri oggettivi e valutarli in modo obbiettivo alla scadenza dei loro mandati.

Si dovrebbe però fermare davanti all'uscio della professionalità dei manager e degli operatori sanitari.

Non è più accettabile, ad esempio, che il nuovo Assessore Regionale alla Sanità possa rimuovere, al di là di ogni criterio predeterminato di valutazione, i direttori generali, e che a cascata questi possano fare altrettanto con i dirigenti e i quadri.

Nell'Asac tutti gli attori ne devono essere parte integrante: direttori, operatori e cittadini.

C'è bisogno di una maggiore collegialità, di un coinvolgimento dei cittadini e dei Comuni, mantenendo l'unitarietà della gestione e la responsabilità manageriale.

Vanno istituiti organismi agili di consultazione e di verifica delle direzioni generali, con un protagonismo attivo dei cittadini.

In particolare va istituita l'Assemblea della Salute, composta da rappresentanti degli operatori e dei cittadini, che annualmente si riunisce per dare una valutazione sull'Asac, della quale la Regione tiene conto nel giudizio della direzione generale.

Le decisioni aziendali di rilievo clinico devono essere obbligatoriamente valutate da organismi istituzionali rappresentativi delle diverse figure professionali, e non solo dei capi dipartimento nominati dagli stessi direttori generali.

Vanno stabiliti criteri inderogabili che tutelino il merito professionale e la qualità dell'assistenza.

Ad esempio la codifica dei requisiti minimi di servizio in relazione agli spazi e alle risorse, soprattutto di personale.

Un'azienda dove tutti i posti di lavoro necessari per garantire i livelli essenziali di assistenza devono essere messi a concorso, superando la piaga del precariato e situazioni inaccettabili.

Basti pensare al numero sempre maggiore di reperibilità sostitutive dei turni di guardia (ben oltre le dieci mensili contrattuali), ai medici con guardie interdivisionali spesso ingestibili per il numero spropositato di letti da seguire, con rischi per la salute delle persone ricoverate.

Ai doppi e tripli turni degli infermieri, al numero spropositato di persone e di prestazioni in carico ai servizi territoriali (dai Dsm ai Sert, dai Servizi Distrettuali ai Dipartimenti di Prevenzione) con rischi per la tutela della salute.

Ai servizi territoriali non più in grado di garantire la presenza del personale necessario nelle 12 ore e costretti a limitare l'assistenza domiciliare, con i fondi sociali ormai ridotti al lumicino.

Un'azienda dove appartenenza significa esclusività del rapporto di lavoro e la sua valorizzazione professionale ed economica. Dove è inconcepibile che i dirigenti possano lavorare anche nelle strutture private. Dove si possa svolgere una formazione di qualità e non di sfruttamento, in primo luogo per gli specializzandi, e dove la ricerca non sia più emarginata.

Un'azienda dove tutti i medici convenzionati siano valorizzati nel lavoro integrato distrettuale, e nelle risposte alle urgenze minori, dai codici bianchi ai verdi.

Un'azienda dove il sistema di emergenza-urgenza veda nei medici del 118 un'alta qualificazione professionale (con l'implementazione delle specifiche specializzazioni) ed un rapporto di dipendenza per tutti.

Un'azienda dove il criterio inderogabile per gli incarichi sia gestionali che professionali deve essere un percorso trasparente senza arbitrarietà, dalla pubblicizzazione alla valutazione comparata della professionalità, arrivando alla graduatoria dove vince il più bravo, cioè il primo, a partire dagli incarichi di struttura complessa.

L'Asac passa anche dal rilancio della contrattazione nazionale e locale, partendo dall'Intesa sul lavoro pubblico del 3 maggio 2012 sottoscritta non solo dal Governo e dai sindacati ma anche da Regioni, Provincie e Comuni.

In particolare a livello nazionale dovranno essere ridefinite con il contratto le possibilità di carriera con aumenti contrattuali che consentano il recupero del potere di acquisto e paletti inderogabili sugli orari dei riposi e sui criteri sull'affidamento degli incarichi.

Il Disegno di Legge che sta circolando non sembra tuttavia riflettere l'intesa raggiunta e questo alla luce della necessità di riorganizzazione appare tanto più grave.

Infatti nell'Asac la contrattazione integrativa diventa uno strumento fondamentale per una condivisione dell'organizzazione, degli obiettivi, della valutazione e della produttività.

Nell'Asac va tenuta in considerazione la prevalenza di genere nel comparto sanità, considerando che anche nella dirigenza i "camici rosa" sono sempre di più.

Nell'Asac c'è la possibilità della libera professione intramuraria in spazi pubblici adeguati senza costringere ad andare nel privato, con prenotazioni e riscossioni gestite direttamente, con una piena trasparenza rispetto alle liste di attesa.

Nell'Asac fondamentale è l'eHealth (sanità elettronica) uno strumento per una migliore tutela della salute che avvicina i cittadini ai servizi.

C'è l'informatizzazione, con accessibilità estesa, anche on line, con la cartella clinica elettronica, fonte di riduzione dei costi e degli errori.

La stessa implementazione della telemedicina potrebbe ridurre i costi e i disagi per l'assistenza ai cittadini (a partire da chi soffre di patologie croniche).

Nell'Asac, a fronte della crescente complessità specialistica e tecnologica va parimenti rafforzato il rapporto umano con chi soffre.

Una chiave fondamentale per la medicina, in particolare nelle situazioni più gravi, per le quale c'è bisogno di operatori che abbiano il tempo necessario anche per ascoltare.

L'integrazione e la collaborazione tra le professioni

Prima la sanità era centrata sulle figure del medico condotto e del medico ospedaliero che decidevano da soli le cure.

Oggi è diventata un sistema complesso, con innovazioni impensabili trentanni fa, con la partecipazione fondamentale di più figure professionali.

Non solo infermieri, fisioterapisti o tecnici ma anche psicologi o biologi fino ad arrivare alla figura dell'ingegnere clinico.

Dal medico solista si passa all'equipe e ad una rete di saperi in grado di dare risposte più qualificate.

Ma la sanità moderna non può che partire dalla persona, figura centrale intorno alla quale deve ruotare l'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali.

Le diverse figure professionali, a partire dal medico, devono concorrere alla tutela della salute avendo come stella polare i bisogni del paziente in un quadro sempre più innovativo nei processi di assistenza.

Il cambiamento, già in fase avanzata nei paesi anglosassoni, riconosce alle diverse figure professionali sempre maggiori competenze - intese come conoscenze, abilità e comportamenti - sulla base di percorsi formativi ed abilitativi, in una organizzazione più funzionale ai bisogni del paziente.

L'evoluzione della sanità assegna al medico e alle altre professioni sanitarie ruoli, funzioni e competenze sempre più specialistiche e complesse, ma mantenendo l'asse diretto del rapporto con il paziente, non più oggetto di cura ma soggetto con il quale condividere le scelte.

L'affidamento condiviso a diverse figure professionali sanitarie di specifici atti nell'ambito della diagnosi e della cura, con una definizione chiara delle responsabilità non può che migliorare l'appropriatezza e rappresenta una opportunità.

Si devono implementare le competenze e valorizzare le diverse professionalità nella chiarezza delle responsabilità sia delle funzioni assistenziali (infermiere) sia dei singoli atti diagnostici e terapeutici (le diverse professionalità sanitarie) nell'ambito dell'unitarietà del percorso clinico diagnostico-terapeutico (medico), avendo come stella polare la salute dei cittadini.

Figure professionali che devono comunque implementare le proprie specifiche attività professionali, a partire dalla sempre più fondamentale funzione assistenziale di natura sanitaria dell'infermiere.

Basti pensare al modello dell'ospedale per intensità di cure.

I professionisti della sanità pubblica devono infine riappropriarsi della propria autonomia con spazi intangibili ai criteri meramente ragionieristici ed alla invadenza della cattiva politica.

Servono nuove norme chiare a tutela della professionalità e conseguentemente della qualità dell'assistenza ai cittadini. Le decisioni cliniche devono essere assunte con il criterio dell'appropriatezza che non sempre coincide con il postulato del risparmio.

Certamente bisogna tener conto dei costi sempre maggiori dei servizi erogati e della impossibilità di soddisfare tutti i bisogni di salute espressi dai cittadini. Ma è necessario garantire a tutti livelli assistenziali ritenuti irrinunciabili con prestazioni appropriate.

Si tratta di mantenere il principio dell'universalità del sistema senza cadere nella china di un servizio sempre più povero solo per i poveri.

Conclusioni

La nostra proposta di una Azienda sanitaria di comunità vuole rappresentare un rilancio del servizio pubblico rimettendo al centro la tutela della salute del cittadino e il ruolo dei professionisti, a partire da quelli sanitari, oggi colpiti da una deriva politico-aziendalistica da fermare.

Dobbiamo ripartire uscendo dal cono d'ombra di una situazione di profondo disagio di chi quotidianamente opera nel servizio sanitario nazionale. Vogliamo riconquistare le motivazioni perse, sconfiggere le indifferenze e le frustrazioni soprattutto legate alle innumerevoli iniquità.

E' una battaglia che può essere vinta unendo tutti i protagonisti in campo con la consapevolezza che solo una scelta confederale può avere la forza di difendere il servizio pubblico ed il lavoro di tutti gli operatori per una salute davvero bene comune.