

Intervento del segretario regionale Cimo alla vigilia del congresso, domani a Viagrande

“Burocrazia, male della sanità nonostante le tante riforme”

Una profonda linea di frattura attraversa il nostro Paese e il suo Sistema sanitario. Al Nord ci sono le Regioni con una sanità adeguata e in continuo miglioramento, in grado di erogare livelli di assistenza che la rendono paragonabile, e in alcuni casi anche superiore, ai più importanti Paesi Europei e del Nord America. Al Sud ci sono le Regioni in cui la Sanità deve fare i conti con strutture vecchie e inadeguate, con livelli dei servizi al di sotto degli standard nazionali e talora in peggioramento. Ciò ha determinato nelle Regioni meridionali, un progressivo calo di fiducia da parte dei cittadini nei confronti delle locali strutture del Ssn, come peraltro ancora oggi dimostrato dal fenomeno della mobilità sanitaria passiva. Basti pensare alla Sicilia dove, nel 2013, sono stati 48.382 i cittadini che hanno lasciato l'Isola per recarsi altrove, con un costo per la Regione di oltre 190 mln di euro. E se qualcuno parla di inversione del trend e di contenimento della mobilità, non lasciamoci ingannare perché è probabilmente dovuto anche al mordere della crisi economica e alla minore disponibilità di risorse da parte delle famiglie.

Appare evidente che i cittadini residenti nelle Regioni ove la sanità è adeguata alle esigenze della popolazione, guardano con favore alla regionalizzazione, ma è altrettanto evidente che le popolazioni delle aree più deboli del Paese l'hanno invece vissuta non solo come un'occasione perduta ma anche come l'accentuarsi di differenze e come un'ulteriore penalizzazione. Dobbiamo allora domandarci se la “devolution” ha funzionato, se la sanità è uguale per tutti, se la riforma del Titolo V della Costituzione e la regionalizzazione della Sanità hanno fallito. Certo, se il risultato è stato quello di acuire le differenze fra le diverse aree del Paese, potremmo dire che la riforma ha fallito. Secondo il presidente dell'Anac, Raffaele Cantone, “È stato un disastro aver attribuito alle Regioni la responsabilità a 360 gradi sulla Sanità”.

Negli anni Ottanta, quando si avanzavano critiche al Ssn, si parlava di eccessiva burocratizzazione delle Usl, di rigidità delle procedure, di separazione tra le aree sanitarie e quelle amministrative, di ingerenza della politica nella gestione della sanità, di mancanza di autonomia e direzione manageriale, di remunerazione del personale non correlata ai risultati, di deresponsabilizzazione finanziaria di Usl e Regioni, di ritardi nella definizione e ripartizione del Fsn, di separazione tra responsabilità di spesa (Usl) e finanziamento (Stato), di ripiano dei disavanzi e interventi diretti da parte dello Stato sui processi produttivi degli ospedali. Nonostante le radicali riforme, la regionalizzazione organizzativa e l'aziendalizzazione, non è cambiato nulla. La burocratizzazione è analoga se non peggiore, la rigidità delle procedure amministrative è aumentata, l'ingerenza della politica nella gestione è rimasta tale e quale, con l'aggravante che è sempre più diminuito il senso di appartenenza del personale.

Non c'è dubbio che il sistema possa essere reso più produttivo e che sussistono importanti sacche di inefficienza, ma fino a quando a guidare le scelte di politica sanitaria saranno solo aspetti di natura ragionieristica che non tengono in conto che le evidenze scientifiche e i dati epidemiologici dovrebbero guidare le decisioni dei professionisti ma anche di manager e amministratori, il sistema è destinato a fallire.

Ma è proprio vero che la Sanità italiana è inefficiente ed è possibile ulteriormente contenere i costi? La sanità pubblica è “provata” dalla ripetuta sottrazione di risorse che ci sono state in questi anni, e, di certo, l'Italia non è tra quei Paesi europei che spende di più per la Sanità. Dal rapporto Oece 2015 si evince che la nostra spesa sanitaria, l'8,8% del Pil, è in linea con la media Oece (8,9%), ma ci pone al 18° posto sui 34 Paesi più industrializzati, laddove la spesa più alta si registra negli



Giuseppe Riccardo Spampinato

Stati Uniti (16,4%), mentre quella più bassa in Turchia (5,1%) e che la spesa sanitaria pro capite in Italia è diminuita a partire dal 2011: -3,5% nel 2013 e -0,4% nel 2014. Questi dati dimostrano che non è di certo la sanità che spreca le risorse del Paese, anzi, rispetto ai nostri vicini, Francia, Germania, Svizzera, spendiamo meno anche come spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, paradossalmente anche meno degli Stati Uniti, citati sempre come un esempio negativo di sanità solo privata. Forse allora sono altre le aree

Spoke, che tengano conto dei valori soglia per volumi di attività, indice di complessità, giornate di degenza media per patologia, reale composizione in termini di numero di professionalità e tecnologia presente, correlati agli esiti migliori. Finora, in-

Il cambiamento parta dal percorso formativo con i contratti di formazione specialistica

Il presidente dell'Anac: “Un disastro attribuire le responsabilità alle Regioni”

dove intervenire, bisognerebbe spostare risorse dalla prevenzione verso l'assistenza, meno opere inutili e più servizi al cittadino. Non neghiamo che

Troppi over 55: il lavoro del medico è usurante e dev'essere riconosciuto come tale

al Sud e in Sicilia in particolare esistono inefficienze, ma allora sfruttiamo a pieno le potenzialità collegate al cosiddetto decreto Balduzzi per razionalizzare la Rete ospedaliera, attraverso la piena applicazione del decreto n° 70 del 2 aprile 2015 e degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in esso contenuti.

Noi non sfuggiamo al confronto anche su questi temi scottanti, se dobbiamo per forza tagliare siamo d'accordo, ma con raziocinio. E vogliamo anche strutture efficienti e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Un forte impulso all'edilizia ospedaliera, secondo normative di efficienza e sicurezza, sarebbe la vera strategia di rilancio anche economico per la nostra Regione, sempre al di sopra dei vizi di sistema sopra citati. Si deve altresì cogliere finalmente l'occasione per definire le Reti per patologia, ma stabilendo con precisione livelli di responsabilità, dotazioni di risorse e struttura di rete. Per esempio, se definiamo una rete Hub e Spoke dobbiamo con chiarezza stabilire quale è l'Hub di riferimento per un determinato Spoke e una determinata area territoriale, valutando oltretutto il bacino di utenza, la viabilità e i tempi di percorrenza, affinché le ambulanze della Rete di Emergenza non girino a vuoto fra ospedali e vadano realmente nell'Hub di riferimento per il territorio, garantendo così tempestività nell'erogazione delle cure, rafforzando la sicurezza per il paziente. La classe medica è consapevole della necessità di definire criteri non discrezionali per la riconversione della Rete ospedaliera, per l'accreditamento e la scelta dei reparti da individuare nelle sedi Hub e



con le necessità assistenziali della Sanità pubblica, coi bisogni di Salute dei cittadini.

C'è bisogno di risolvere il cronico scollamento tra il “sapere” e il “saper fare”, perché il sapere fine a sé stesso in Medicina serve a ben poco, mentre è indispensabile saper fare ciò che veramente serve ai cittadini del nostro Paese, delle nostre Regioni, dei nostri territori. Spesso i giovani laureati in Medicina non trovano posto nelle Scuole di Specializzazione che sentono di voler privilegiare, ripiegando insoddisfatti verso una seconda scelta, nella migliore ipotesi, altre volte rimanendo del tutto tagliati fuori dalla possibilità di proseguire il proprio percorso formativo.

Ecco la nostra proposta per risolvere il problema: il percorso formativo può essere proseguito anche nell'ambito del Ssn, dell'ospedalità pubblica, arrivando addirittura ad immaginare una carriera mirata post laurea attraverso la formazione di contratti di formazione specialistica a tempo determinato per i neolaureati. Per realizzare tutto ciò servono ovviamente adeguate iniziative legislative basate sulle indicazioni provenienti dalla programmazione sanitaria regionale, sulla rilevazione dei bisogni di assistenziali su base epidemiologica e sullo studio dei flussi di emigrazione ed immigrazione sanitaria. Su tali criteri vanno individuati i

Centri per specialità e, nell'ambito dell'autonomia gestionale e della mission assegnata, le Aziende sanitarie potranno creare al proprio interno l'ospedale di insegnamento e di formazione specialistica. In pratica, se un'Azienda ospedaliera necessita per la sua mission di una particolare figura professionale, potrebbe partecipare, in sinergia con l'Università, alla specializzazione di medici neolaureati nella disciplina richiesta, offrendo loro la possibilità di lavorare e nel contempo formarsi con una retribuzione di ingresso pari a quella prevista per gli specializzandi.

Alla fine del percorso formativo questi medici avranno diritto, previa verifica positiva, al riconoscimento della specializzazione e al rinnovo del contratto con durata di 10 anni come professional, con adeguamento stipendiale per 5 anni nella fascia professionale di base e altri 5 in fascia di alta professionalità della dirigenza medica. Alla scadenza sarà possibile accedere alla carriera “gestionale” (direttore/direttore di U.O. complessa o semplice dipartimentale), o proseguire con contratto professionale, o piuttosto scegliere altre Aziende ospedaliere pubbliche o private presentando il proprio curriculum certificato, nell'ambito della normale prassi concorsuale. Questa sarebbe la vera e utile integrazione del mondo ospedaliero con quello universitario, nel comune intento di formare dei professionisti preparati al servizio del cittadino, dando pari dignità alle due componenti quella assistenziale e quella didattica e di ricerca.

Giuseppe Riccardo Spampinato
 Segretario Regionale CIMO Sicilia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



S.S.N.
 CIMO
 IL SINDACATO DEI MEDICI

“La Nostra Proposta per una Sanità Migliore”



Sabato 22 Ottobre 2016

GRAND HOTEL VILLA ITRIA
 Via Aniante, 3 - Viagrande (CT)

