DOPPIOZERO

Agenda per il nuovo governo. Soccorso al Pronto Soccorso

Valerio Miselli 14 Settembre 2022

Mi è stato chiesto di scrivere alcune riflessioni sul tema salute e sanità.

Ne è uscito come una specie di pro-memoria per il Candidato X a queste elezioni Politiche 2022, come un “come farsi 7 domande sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN)”.

1. Pubblico e Privato

Una riflessione dopo tutti questi anni, una seria discussione su ciò che ancora funziona, su quello che non ha mai funzionato, su ciò che alcune regioni dicono che funziona, soprattutto alcune regioni del Nord (Veneto, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Lombardia) non è mai stata fatta seriamente. Tendenzialmente si negano i problemi, spesso si registra una auto-celebrazione, senza prendere in considerazione i rilievi critici che gli utenti fanno ogni giorno.

Ma il SSN esiste ancora? O è una istituzione ormai superata e priva di significato? Le Amministrazioni Regionali hanno guidato in piena autonomia le scelte in campo sanitario tentando di far quadrare i conti. I bilanci non sono mai in pari, se non altro perché la popolazione invecchia, le malattie croniche anche e i fondi destinati alla sanità sono sempre quelli.

Come si possono rivedere i conti? Attraverso grandi sanatorie nel bilancio dello Stato oppure con applicazioni virtuose di tutte le Linee Guida prodotte a livello Nazionale. Quasi sempre impossibile. E poi come normare ii rapporto tra pubblico e privato? In alcune Regioni è sempre stato impossibile, perché abbiamo una sanità privata che si occupa spesso delle stesse problematiche, spesso in regime convenzionato, pronta a subentrare e a fornire prestazioni dove il sistema pubblico non dà sufficienti garanzie di efficienza. Il problema è che coloro che garantiscono le convenzioni sono gli stessi che non risolvono i problemi e spesso gli stessi professionisti operano su entrambi i tavoli. Nella migliore delle ipotesi

c’è ancora molta confusione di ruoli e i cittadini non capiscono perché i tempi di attesa del pubblico debbano essere impossibili, mentre nel privato tutto è più semplice, a pagamento. La cornice Nazionale è la stessa, il diritto alla salute dovrebbe essere lo stesso, ma così non è.

2.Le Retribuzioni

Oggi lo stipendio di un Direttore Generale di AUSL è quasi 10 volte quello di un infermiere. Quando il SSN è nato, i Presidenti di AUSL percepivano 2-3 volte tanto, rispetto allo stipendio di un infermiere (lo prendo come modello, ma potrei dire quello di un ricercatore, che è simile).

Che cosa è successo negli ultimi 30 anni per arrivare a questo? Gli operatori sanitari hanno stipendi bloccati dagli anni ’90 e gli amministratori si sono aumentati lo stipendio, nonostante i deficit delle strutture che dirigevano e in più si attribuivano premi di produzione.

È notizia di questi giorni che la Regione Emilia-Romagna, così spesso presa ad esempio di buona amministrazione, elargisce un premio di 29 mila euro ai Direttori Generali per aver così bene gestito l’emergenza COVID, mentre per coloro che hanno dovuto fare molte ore di straordinario (medici e infermieri) e che spesso in prima fila hanno rischiato la vita, non ci sono soldi. Ma come si fa a giustificare un simile atto?

Il SSN sta morendo anche per colpa dei sindacati: la mancata progressione di carriera di tutto il comparto (infermieri, tecnici, dietisti insomma il personale non medico) è loro responsabilità. Hanno permesso che venisse premiata solo l'anzianità e spesso anche la scarsa produttività. Tutto ciò genera una grande perdita di motivazioni nei più giovani e in coloro che vorrebbero progredire nelle conoscenze e nelle tecnologie, ma anche nelle retribuzioni.

Si dice che non è possibile in un sistema sanitario pubblico. Non è vero! In Inghilterra il sistema è simile al nostro e le carriere sono aperte (un tecnico radiologo può diventare esperto, refertatore, gestire una risonanza magnetica ed avere una retribuzione sulla base delle nuove competenze). Nel nostro sistema è tutto ingessato e spesso sono i sindacati di categoria a decidere le promozioni con avanzamenti e scatti retributivi.

3. Aziende

Si parla di aziende Usl (AUSL) ma nessuna azienda ha il potere di premiare economicamente un operatore sanitario che deve svolgere un ruolo vitale. I

contratti di lavoro sono nazionali e fondamentalmente sono fermi agli anni ’90.Il personale medico e non medico sarebbe il bene più prezioso: la motivazione, la preparazione, la professionalità fanno funzionare il sistema più che tante Linee Guida o protocolli che vengono prodotti a migliaia ogni giorno.

Il SSN produce ottime Linee Guida che non vengono quasi mai applicate con molte scuse e giustificazioni: normalmente la più usata è che non sono finanziate. È vero, ma perché poi ogni Regione, ogni AUSL produce le proprie Linee Guida, i propri protocolli applicativi più o meno involuti, sepolti dalla burocrazia? Abbiamo ridotto la parte clinica e amplificato la parte burocratica. Il concetto che le AUSL devono produrre salute, che la salute è un bene per tutti i cittadini, che gli operatori sanitari sono front line nel rapporto con i cittadini per garantire la loro salute e che, in teoria, il personale amministrativo dovrebbe appoggiare e aiutare il personale sanitario a produrre salute non è né vero, né praticato. Spesso gli amministrativi producono atti burocratici che rendono ancora più difficile il già complesso lavoro dei sanitari e purtroppo vengono premiati economicamente.

Questa distorsione, iniziata oltre vent'anni fa, oggi è alla base di molte frustrazioni dei sanitari e del loro desiderio di andarsene dal SSN, oltre che per motivi di scarsa remunerazione. Questi correttivi non sono mai stati introdotti: anzi, per molti Direttori Generali la burocrazia diventa una forma di controllo e pertanto vengono premiati i generatori di burocrazia e vessati gli operatori che protestano.

Dunque una sanità sempre più burocratica. Un tempo era chiaro chi faceva cosa. Entravo in un ufficio dove era chiaramente espresso la funzione dell'operatore presente e ne uscivo spesso con un problema in meno. Oggi, già diventa difficile capire chi è responsabile di un'area amministrativa, non in un modo formale, perché abbiamo moltiplicato i direttori delle aree amministrative e invece abbiamo ridotto il numero dei Primari Medici, considerati fonte di spesa.

Un tempo bastava una telefonata, adesso viene richiesta la prenotazione via mail anche all'interno della stessa struttura, anche in situazioni di vicinanza fisica. Ma la cosa peggiore è che non si risolve il problema e spesso viene generato dal sistema un ulteriore problema, perché la pratica viene rinviata ad altro ufficio e ad altre carte. Questo, un tempo, era impensabile in sanità. Questo accade oggi ed è peggiorato durante il periodo COVID perché, mentre i sanitari erano in prima fila da subito e molti hanno pagato con la vita, gli amministrativi si tutelavano in varie forme di cosiddetto smart working (traduzione un po' freak di “lavoro da casa”) e alla fine i sanitari hanno accumulato molte ore di straordinario che non verranno mai pagate e alcuni amministrativi riceveranno premi perché sono

tornati ad occupare i loro uffici.



Non esiste azienda senza profitti e fare profitti in sanità può essere non etico. Allora si “gioca” a fare l'Azienda, con stipendi elevati per i vertici e presunti budget imposti ai dipartimenti e ai servizi. Dico presunti perché sono decisi dai vertici, ma mai applicati in modo aziendale. In un'azienda viene premiato chi lavora bene e di più, ma all'interno delle strutture sanitarie pubbliche non succede quasi mai: siamo tutti uguali, una formula distorta di socialismo sanitario che vale quasi per tutti. Tutte le aziende del SSN sono in deficit (chi più chi meno) e tocca allo Stato risanare i conti. Bisogna avere il coraggio di intervenire in modo radicale per cambiare questo trend, ma potrebbe essere penalizzante per chi lo fa, in termini elettorali. Uno dei veri motivi per cui non si riesce a fare progetti a lungo termine, è legato proprio al condizionamento delle scadenze elettorali!

4. Ideologia

Bisogna eliminare questa visione ideologica della salute, figlia di una filosofia degli anni ’70 dove tutto era per tutti, possibilmente gratis. Non funziona e non funzionerà mai in nessun paese. Sono stati creati questi slogan, che spesso abbondano sulla bocca di Assessori alla salute e Presidenti di Regione, come “Case della salute”: doveva essere il primo grado di assistenza continuativa 24\7 per ridurre gli accessi al pronto soccorso e non hanno mai funzionato.

Sono poliambulatori non eccessivamente specializzati dove non si trova quasi mai quello che si cerca e non esiste l'emergenza-urgenza; la reperibilità telefonica è complessa, a volte inesistente. E tutta l'emergenza, vera o presunta, finisce a sovraccaricare il pronto soccorso degli ospedali le cui prestazioni sono aumentate ovunque. Fa parte dei grandi equivoci del SSN, nazionale per definizione ma gestito dalle Regioni con progetti e programmi spesso diversi, carichi di lavoro, rapporti ospedale-territorio, assunzioni, piante organiche fondamentalmente diversi; soltanto la retribuzione essendo concordata in un contratto nazionale, rimane praticamente la stessa indipendentemente dalle funzioni svolte.

6. Il lavoro e i Contratti

Come si fa ad uniformare un sistema dove i medici di base hanno un rapporto di lavoro autonomo in regime di quasi convenzione e i medici ospedalieri pubblici sottostanno al contratto collettivo nazionale? Il risultato è che mediamente un medico di base (o medico di famiglia che dir si voglia) guadagna oltre il doppio di un assistente medico ospedaliero, senza fare turni di notte o festivi, senza dover giustificare la reperibilità, senza l'obbligo di visite a domicilio, semplicemente con quattro giornate di ambulatorio pubblico, quasi sempre su prenotazione.

Stesso discorso vale per i pediatri di libera scelta (i pediatri di famiglia): guadagnano il doppio di un pediatra ospedaliero a cui è chiesto di turnare giorno e notte al pronto soccorso pediatrico dove finiscono oltre il 50% di emergenze improprie, proprio perché i cittadini non trovano i pediatri di base a loro assegnati (è uno standard al fine settimana e tutte le notti). Ultimamente poi va sottolineato il crescente numero di proteste, a volte insulti e persino aggressioni da famiglie arrabbiate per il lungo percorso diagnostico, le attese e le aspettative mancate, quasi tutto subito dal pediatra di turno in ospedale.

Perché i contratti sono diversificati e gestiti in modo difforme dallo Stato e dalle Regioni, i sindacati medici proteggono le categorie più potenti e nessuno ha mai tentato di risolvere il problema della sperequazione economica? Quando sostengo che un primario chirurgo con tutte le responsabilità le turnazioni e la fatica a cui è sottoposto guadagna mediamente la metà di un medico di base, faccio un esempio semplificato e generico ma molto chiaro sullo stato delle cose.

Allora non ci si deve più domandare perché c'è una fuga di medici degli ospedali pubblici: sono sottopagati dagli stessi enti che riconoscono guadagni maggiori a categorie meno qualificate e con rischi professionali minori. La sanità privata allora comincia a offrire condizioni di lavoro e stipendi più accettabili e in più garantisce una buona libera professione (cioè, più lavori più guadagni) ed è una

forte attrazione dopo anni di "siamo tutti uguali," e “tutti devono saper fare tutto", sintesi perfetta del pensiero dominante e della ideologia nelle strutture sanitarie pubbliche.

7. Università

Sede istituzionale della formazione dei medici e del personale tecnico, in questi anni che cosa ha fatto per modificare il trend? Ci siamo ritrovati senza medici, senza specialisti, ma si poteva prevedere da anni e non è stato fatto niente o molto poco.. Continuiamo col numero chiuso per l’accesso alla facoltà di Medicina e alle Specializzazioni. Ma anche qui, chi doveva fare una programmazione seria? Entrando nello specifico poi, senza affrontare in modo sistematico il tema della formazione dei medici, quando mai si insegna ai laureandi a lavorare insieme, insieme alle altre figure professionali, spesso ritenute subalterne al ruolo del medico? Dove sono i corsi sulla cronicità o sulle cure palliative, che ormai sono la base della quotidianità di molti lavori in corsia e sul territorio? Team work e Chronic Care dovrebbero essere centrali nella formazione. Ci sarebbe molto da scrivere anche sui meccanismi di selezione interni all’Università ma sarebbe un discorso troppo lungo e complesso.

Se il fine di questo scritto è una possibile nuova visione per il mondo della politica alla vigilia di queste elezioni, allora bisogna focalizzarsi sui problemi urgenti e il luogo di osservazione più immediato è il Pronto Soccorso di un qualsiasi Ospedale. In una significativa lettera pubblicata dalla stampa, rivolta a un Candidato Ignoto, il Presidente dei Medici di Pronto Soccorso, Dr Fabio Deiaco, lo invita a trascorrere qualche ora al PS durante i vari tour elettorali: “non esiste miglior fotografia del reale perché le necessità sociali ed economiche non soddisfatte diventano inesorabilmente necessità sanitarie; il PS le raccoglie tutte: famiglie che non possono più assistere i propri anziani, adolescenti preda del disagio mentale nel vuoto assoluto di cura, stranieri che sopravvivono e che spesso producono in un limbo di ignoranza e marginalità.

L'emergenza, per definizione eccezionale, non è prevedibile, ma non trovo nulla di imprevedibile in quel che si vive quotidianamente, al PS. Qui si vedono quali dovrebbero essere le priorità del futuro, quelle di cui dovrebbe occuparsi la politica. Non le emergenze perché a quelle vere ci pensiamo noi del PS. Sono gli obiettivi strutturali, sociali ed economici che diventano sanitari solo per disperazione; è accaduto che le difficoltà e le carenze che all'inizio si sommavano in una semplice addizione hanno cominciato a moltiplicarsi e il concetto di crescita esponenziale si è trasformato in una curva che si impenna verso l'alto e siccome non può continuare a salire all'infinito c'è un limite oltre il quale c'è il

crollo. Un fallimento, purtroppo, non si risolve con le stesse idee e le risorse che lo hanno provocato. Servono idee nuove, ispirazioni, progetti che guardino all'orizzonte e non alla punta delle nostre scarpe.

Quali sono le idee che ci propone la politica? Non rispondere sarebbe già una scelta e cioè lasciare che prosegua l'inerzia degli ultimi anni verso la progressiva privatizzazione dell'accesso alle cure. Perché a scandire il tempo della salute dei cittadini viene usato l'orario d'ufficio delle amministrazioni? Perché viene tollerata o ignorata la disequità sanitaria tra i territori? Sappiamo che il compito è difficile, ma noi medici siamo pronti a spiegare quello che pensiamo sia più necessario tipo l'iniezione di risorse nel sistema, il potenziamento della capacità degli ospedali, la riforma della formazione specialistica, la gestione integrata nei contesti pre-ospedalieri e ospedalieri, investimenti su professionisti e competenze ancora prima che su stanze vuote. Vorremmo vedere nei programmi di qualche partito una attenzione al futuro del nostro sistema sanitario...”

L'illustrazione di copertina è di Ilya Milstein.

Se continuiamo a tenere vivo questo spazio è grazie a te. Anche un solo euro per noi significa molto.
Torna presto a leggerci e SOSTIENI DOPPIOZERO

