

Editoriale

MOLTI LO SANNO ... POCHI LO DICONO

Claudio Cricelli

Presidente SIMG

Pochi lo dicono ma molti hanno la sensazione che sia giunto il momento di porre mano ad una consistente modifica di architettura del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il problema è che non esiste la necessità di un vero processo di riforma. I pezzi del sistema ci sono già tutti ed una riforma, con il relativo dibattito, la discussione ed il processo legislativo conseguente, non è propriamente necessaria.

Siamo quindi di fronte al processo più difficile di tutti: ovvero migliorare il sistema con pezzi già esistenti attraverso interventi gestiti con mano sapiente e che abbiano il coraggio non di inventare nuovi modelli, tutti astratti e tutti teorici, ma di mettere insieme esperienze consolidate sia nostre che di altri, le autonomie locali, la capacità sussidiaria delle professioni, l'organizzazione sanitaria.

Rispetto alle soluzioni possibili è ormai chiaro che la medicina di secondo livello, cioè l'ospedale, deve risolutamente prendere la via dell'alta complessità e dell'alta intensità di cura. Questi concetti debbono tuttavia accompagnarsi ad un aumento di efficienza le cui radici gestionali sono presenti in nuce nel processo di aziendalizzazione e debbono essere portati alle estreme conseguenze.

Non vi sono altresì grandi dubbi sul fatto che il territorio debba essere affidato alle cosiddette cure primarie, meno intense e meno complesse, ma non per questo meno complicate.

Al contrario le cure primarie comprendono una tale congerie di processi di cura, estesi ad una gamma così vasta di individui e di fasce di età e sociali, da prospettare la creazione di una nuova prammatica gestionale sia delle cure primarie che dell'infrastruttura del SSN.

Più che di riforme abbiamo bisogno di coraggio. Decidere e superare lo stantio, il vecchiume della modellistica sociologica è il primo passo verso il nuovo.

Non regge più il vecchio distretto divenuto spesso non il luogo del coordinamento delle unità di cura quanto il vetusto deposito delle resistenze all'innovazione. Non regge una struttura funzionale priva di reale autonomia programmatica e allocativa.

Non regge più, ma è oggetto di discussione, il modello convenzionale che impedisce l'omogeneità dei ruoli tra le varie figure professionali del SSN.

Nasce dunque un nuovo Medico di Medicina Generale, non come pensano alcuni ridimensionato nelle responsabilità ma esaltato nei nuovi compiti di coordinare e gestire processi, professionalità, qualità dell'assistenza e della medicina.

Abbiamo l'acutissima percezione dell'esigenza di superare i modelli attuali che portano con se l'angustia del ruolo.

Se la Medicina Generale dovrà far parte delle cure primarie del territorio, e se le unità operative sulle quali si baserà l'organizzazione sanitaria del territorio saranno le UMG (Unità di Medicina Generale), ebbene ad esse va assegnato oltre che una complessità di servizi e di funzioni, anche la possibilità e la capacità di gestire questi servizi e queste funzioni evolute.

L'organizzazione aziendale va dunque trasferita anche ad esse evitando l'errore di costruire strutture aziendali come le ASL la cui catena di comando e controllo si ferma al livello dell'erogazione dei servizi.

Occorre forse avere il coraggio di dire che chiunque abbia responsabilità direzionale, di unità operativa, di coordinamento di risorse umane ed economiche, deve essere inquadrato come dirigente. Non importa il contratto, che peraltro dovrebbe essere ricondotto alle forme giuridiche uniche del diritto privato, legato all'efficienza, ai risultati ed al merito.

E qui riemerge un tasto dolente che ci affligge ormai da troppi anni. Il merito questo sconosciuto, la competenza clinica affidata ai punti ECM (Educazione Continua in Medicina), l'incapacità o la non volontà di definire obiettivi e valutare i risultati degli individui, la loro capacità di curare, la capacità di organizzare, gli effetti sul sistema sanitario del loro essere medici. Questo dibattito sta portando ad una progressiva trasformazione di molti sistemi sanitari, basandosi sulla cosiddetta Payment for Performance.

Ma non pensiamo – come fanno alcuni – al merito delle persone soltanto, bensì al merito ed all'efficienza delle strutture complesse che i gruppi sapranno configurare e gestire.

Un sistema di cure primarie leggero, orientato dal distretto o chi per lui, e poi interamente affidato ad obiettivi di sistema da perseguire e raggiungere con uno qualunque dei molti strumenti e forme organizzative già sperimentate o in sperimentazione .

Dove si investe solo sugli stipendi dei medici si crea una separatezza tra obiettivi e retribuzione. Dove si investe sul successo dell'azienda o della struttura aziendale, si produce un movimento nel quale la retribuzione degli individui è funzione diretta del successo dell'azienda o dell'unità operativa.

Qualunque dibattito ometta di dire con franchezza quale soluzione si darà a questi e ad altri problemi derivati, è destinato a restare impantanato nei nominalismi della modellistica astratta concentrata sugli slogan e lontana dagli interessi delle persone, degli operatori, della società.

Le immutabilità della carriera, la retribuzione tutta centrata sugli scatti di anzianità, il logorio di chi sale e scende per decenni le stesse scale, la mancata differenziazione delle carriere, sottolineano la stanchezza insopportabile di un sistema che opprime la creatività e la voglia di fare degli operatori.

Il controllo macro economico, le cui congruità finanziarie vengono indirizzate non dalla buona gestione clinica dei professionisti ma dalla decretazione restrittiva sul bilancio, rende ormai moribondo un sistema che potrebbe, senza nulla stravolgere, modificare l'approccio al problema fondamentale: si può gestire un moderno sistema sanitario basandolo anche sulla fiducia accor-

data ad operatori competenti ed affidabili (cioè accountable) garantendo loro libertà di decisione, privandoli delle gabbie asfissianti, restituendo loro il gusto di vivere e praticare la professione, sottraendoli ai turpi burocrati specializzati in occhiuto controllo?

Possiamo in altre parole creare un sistema fondato sulla gestione clinica dei processi?

Noi abbiamo una grande esperienza di selezionare ed identificare quelle qualità della medicina e della sanità alle quali educare i medici.

Abbiamo sostenuto il movimento delle società scientifiche non come astratto momento collaterale all'accademia, quasi scimmiettamento dell'università. Siamo veramente convinti che non esista alternativa possibile ad un sistema sanitario composto da professionisti di alta qualità. Qualcuno crede veramente che si possa raggiungere l'appropriatezza prescrittiva obbligando dei medici inebetiti a rispettare delle note "intelligenti"?

Pensiamo davvero che la prevenzione cardiovascolare possa essere affidata ad una sequenza di quattordici modifiche di nota susseguitesi nell'arco di tredici anni, e che hanno concesso poi privato e poi riconcesso farmaci rimborsati, poi esecrati, poi limitati a patologie inesistenti, successivamente dichiarate estinte?

E non si vede mai la proposta di un obiettivo di sistema da perseguire ed al quale subordinare la prescrizione: tipo lascia perdere le linee guida astratte e decidi persona per persona, condizione per condizione, qual è il miglior percorso di cura, la migliore decisione diagnostica, la miglior terapia e la miglior strategia di prevenzione.

Questo tutto subordinato alle macrodecisioni delle Finanziarie, dei Direttori Generali, la guerra dei generici, i prezzi di riferimento, a parte essere strumenti di gestione ottusi e primitivi, privano il sistema della straordinaria creatività della buona professione, capace di esaltare se stessa con i successi e con l'orgoglio motivante della buona pratica clinica.

In fondo noi siamo specializzati in queste materie: studio, educazione, conoscenza, orgoglio dei buoni risultati, remunerazione per merito, valorizzazione della qualità che fa ripartire l'eterno ciclo dello studio, della ricerca e sospinge il professionista verso l'eccellenza della pratica clinica.

Ecco perché ormai per fare dei buoni contratti occorre che buoni sindacati e buone società scientifiche lavorino insieme.

A tal fine abbiamo avanzato una proposta di documento che presenteremo nei prossimi giorni.

Una sorta di "Addendum" che proporremo alla parte sindacale, alle forze politiche, al Ministero ed alle Regioni.

Non il tentativo di trovare la formula del tutto, ma una chiara ponderazione di come quelli che erano considerati strumenti ancillari della buona pratica clinica possano essere oggi usati per elevare la qualità delle cure, contribuire al riequilibrio allocativo del sistema ed al corretto uso delle risorse, offrire prestazioni selezionate ed individualizzate ai cittadini, senza sottostare alle rigidità di chi indirizza questa creatura delicata che è il SSN con gli strumenti rozzi della punizione, della minaccia e del taglio, senza che peraltro questo bastone e questa carota abbiano mai prodotto risultati apprezzabili.

I cittadini sono stufo di promesse astratte. Si chiedono oggi perché uno dei migliori sistemi sanitari del mondo non riesca a dare a più dei tre quinti di loro cure dentarie decenti e gratuite, prestazioni specialistiche gratuite di alto livello, il ginecologo, l'ortopedico, gli esami di laboratorio senza dover pagare il ticket che sospinge ormai i più verso il privato tout court.

Occorre oggi farla finita con le promesse di modelli sociologici di sanità: diamo fiducia ai professionisti con la finalità di offrire prestazioni di alto livello, sostenibili dal sistema e orientate dalle conoscenze scientifiche e dall'abilità professionale.

Questo in fondo è il nostro modo moderno di praticare la professione al massimo livello, accettando la sfida di cogestire il sistema, mettendo bocca in quelle materie nelle quali siamo competenti ed impedendo che la burocrazia politica se ne appropri tutto ipnotizzando e tutto frustrando.

Pochi ci sperano, segretamente auspicando nel disimpegno e nel disinteresse dei medici.

A dispetto di costoro siamo più vivi, vegeti e determinati che mai.

