

VerbanoNews

Le news del Lago Maggiore

“La sanità pubblica è in forte pericolo: non è per mancanza di soldi ma per come vengono spesi”

Alessandra Toni · Thursday, March 14th, 2024

Samuele Astuti, consigliere regionale del Partito Democratico e componente della commissione Sanità, parla delle condizioni del sistema sanitario regionale, evidenziando limiti e criticità e dando alcune soluzioni per invertire il declino del modello pubblico.

Come sta la sanità lombarda?

Non siamo noi a dirlo, ma sono i dati che lo raccontano. Ci sono dei seri problemi. La cosa più grave è che chi, in questo momento ha la responsabilità di curare il sistema, sembra preso più dagli annunci che dalla capacità di mettere in atto politiche diverse. Noi abbiamo, per esempio, bisogno di ritornare a investire in maniera massiccia sulla sanità pubblica e invece continuiamo a vedere un progressivo disinvestimento. Di fronte all'incapacità del sistema di oggi di dare risposte, si cerca di responsabilizzare qualcun altro, come il privato accreditato chiamato a dare le soluzioni che il pubblico non dà.

Ma non si è obbligati dalla situazione? Gli ospedali pubblici sono in gravi difficoltà, per la carenza di personale.

Certo, c'è un problema di personale nel pubblico. Ma c'è un dato su cui riflettere: come numero complessivo di medici per 100.000 abitanti, in Italia siamo ben al di sopra di quella che è la media Europea. **Noi abbiamo tantissimi medici che non sono all'interno del comparto pubblico.** Questo è sia per un problema di retribuzione, perchè sono pagati troppo poco, sia per la mancanza di organizzazione nel Servizio Pubblico regionale. Ogni qualvolta che si tenta di affrontare questi temi, però, si cerca qualcun altro che li risolva. A me ha colpito molto **la proposta del ministro Giorgetti di una tassazione extra nei confronti di frontalieri** per recuperare risorse per le Asst di confine: anche in questo caso il problema regionale viene preso e ribaltato su qualcun altro. C'è una mia proposta di legge, depositata ormai da mesi che prende la polvere, che prevede che sia **Regione Lombardia, direttamente con fondi integrativi regionali, a incrementare gli stipendi delle persone che lavorano nelle Asst di confine.** La mia proposta non è neanche stata presa in considerazione, non è neanche stata calendarizzata in commissione. Siamo completamente fermi e cerchiamo soluzioni da riversare su altri.

Torniamo alla questione dell'organizzazione che limita il lavoro dei medici

Questo è un tema che interessa moltissimo la medicina del territorio. **I medici di medicina generale** oggi devono dedicare tantissimo tempo alla **raccolta di dati burocratici che in altre regioni viene fatta dai distretti, dalle ASL**. Invece in Lombardia questo carico burocratico è riversato sui medici che impegnano almeno il 50% del loro tempo a sbrigare queste incombenze. E questo perché sono figure considerate di serie B. Ma sbagliando. Noi abbiamo bisogno di fare in modo che i medici facciano i medici. Dalla fine del secolo scorso si è smantellata la medicina territoriale.



Ma da qualche anno si assiste a un cambio di rotta: ci sono incentivi e agevolazioni per costruire la medicina di gruppo, per assumere figure amministrative. Ma pochi lo fanno.

Per fare questo cambio occorre un salto culturale. Per 30 anni sono stati abituati a lavorare in un certo modo. È evidente che il cambiamento non succede nell'arco di 3/4 anni. **C'è una sfida importante e sono le case di comunità**, questo è il progetto che potrebbe favorire una svolta. Invece io sono molto preoccupato perché, in Lombardia, delle oltre 200 case che dovrebbero essere aperte, ne abbiamo solamente un centinaio e di queste, quelle che sono veramente attive, sono pochissime. Quel che è più grave, poi, è che non **si è ancora riusciti a trovare la chiave giusta per coinvolgere i medici di medicina generale all'interno di queste strutture**. È un percorso difficile, ma va intrapreso.

In questa situazione, con i fondi che ci sono, con la cultura dominante, quale può essere la soluzione?

I problemi del nostro sistema sono talmente radicati che per riuscire a scardinarli bisogna iniziare a monte e non a valle. Il primo problema è che non dobbiamo più pensare di avere un sistema organizzato sulla base di **meccanismi di concorrenza tra strutture pubbliche e**

strutture private accreditate, ma dobbiamo fare in modo che ci sia una vera e propria programmazione. Invece la Lombardia ha demandato questo compito alla concorrenza. Quindi la prima cosa da fare è quella di **restituire alla direzione generale Welfare una vera capacità di fare programmazione, superando il sistema dell'ATS**, realtà che, per come le abbiamo conosciute, sono molto spesso inefficienti e soprattutto inefficaci. Abbiamo bisogno di **centralizzare la programmazione**, abbiamo bisogno di prendere e investire in maniera forte nel pubblico perché ritorni a essere centrale.

Un esempio: **nella diagnostica per immagine è ormai da anni che il privato eroga più prestazioni rispetto al pubblico**. Oggi le prestazioni sono erogate in modo paritario, circa 50 e 50. Invece per la diagnostica per immagini siamo ben oltre il 50% erogato dal privato. Per riequilibrare il sistema ci vorrà almeno un decennio, ma occorre almeno iniziare progressivamente a tornare a un rapporto di 70% pubblico e 30% privato. E per fare questo, si deve riportare al centro della sanità il pubblico, come ente gestore, se vogliamo salvare il servizio sanitario. Invece, **sembra che la giunta Lombardia vada in una direzione completamente opposta**. E il fatto di aver aperto ai privati accreditati la possibilità di gestire le case della comunità è un segno evidente dello sbilanciamento attuale verso il privato. La cosa assurda è che la maggioranza, a parole, dice di essere contraria allo smantellamento del pubblico ma è ciò che sta facendo con i fatti.



C'è anche un problema oggettivo di erogazione dei servizi. Ben venga il privato se il pubblico non è sufficiente

Ma chiediamoci perché il pubblico non è più attrattivo. Ve lo dico io: **la sanità pubblica ha perso attrattività** perché abbiamo vissuto decenni in cui **le nomine più importanti non sono state fatte con trasparenza ma rispondendo a filiere politiche**. Questa cosa, molto spesso, non ha premiato i migliori che se ne sono andati. La seconda cosa è che spesso all'interno degli ospedali, **le direzioni generali, non sono state in grado di costruire dei veri e propri percorsi di carriera e**

questo, evidentemente, disincentiva le persone preparate. Inoltre, **le attività di tipo amministrativo sono demandate agli stessi operatori sanitari**: medici, infermieri, tecnici. Il centrodestra continua a parlare di sburocratizzazione della pubblica amministrazione in maniera particolare della sanità, in realtà non fa nulla.

I medici devono tonare a fare i medici e le questioni amministrative affidate agli amministrativi, a livello centrale ma anche in corsia. **Questa disorganizzazione** si riflette su tutto il sistema e pone **problemi di rispetto degli orari di lavoro**, alimenta la **necessità delle reperibilità**, dei **turni obbligati nei PS**, delle **rotazioni nei diversi plessi** e strutture di un'azienda. Alla lunga sono tutti elementi che pesano sul lavoro quotidiano e così si cerca una via di fuga, la Svizzera o il privato.

Perchè ha detto che le Ats sono strutture inefficienti e inefficaci?

C'è un problema di fondo. Regione Lombardia, per non dover programmare, ha demandato il ruolo alle 8 Ats che coprono poco più di un milione di abitanti ciascuna. È evidente che, quando hai a che fare con dei gruppi molto grossi, addirittura internazionali, se tu metti il singolo direttore di un'Ats, al posto del DG regionale, a contrattare, il suo potere è decisamente inferiore. E questo porta con sé il fatto che **le ats diventano succubi dei grandi gruppi**.

Chiarisco: il fatto che ci sia una quota anche significativa di privato accreditato, non è un male per nulla, è una cosa che fa anche bene al sistema nel suo complesso. Ma sotto determinati parametri. C'è soprattutto una questione che io faccio fatica a spiegare all'attuale maggioranza lombarda, però vedo che i cittadini capiscono molto bene: **noi abbiamo molti enti privati di grosse dimensioni che hanno l'80% di fatturato pagato da Regione Lombardia**. Nel momento in cui io, (regione) ti compro le prestazioni, quelle diventano mie e decido io che cosa fai e quando le fai. Cosa che invece non avviene. Quindi, abbiamo un privato accreditato che apre le liste d'attesa, le chiude, le riapre, le persone che chiamano non trovano disponibilità. Invece si tratta di **prestazioni che deve gestire centralmente chi paga, cioè Regione**: quelle prestazioni pagate dal sistema pubblico devono entrare in un'agenda unica. Invece oggi non abbiamo ancora il CUP unico. **Il pubblico è completamente subalterno rispetto al privato accreditato**. E ciò accade perchè manca la programmazione, lo studio del bisogno, della sua definizione territoriale.

I costi della sanità, oggi, sono lievitati tantissimo, mentre da oltre 20 anni si tagliano i fondi. Avere una sanità che effettivamente sia universale come recita l'articolo 32 della Costituzione è ancora possibile?

Io non penso che il problema siano i soldi. Ma questo è il tema più importante di tutti. Per quale motivo io combatto così tanto sul tema delle liste d'attesa? perché sono il sintomo che racconta come ormai il sistema non sia più universale. Fino a 6/7 anni fa un lombardo su 22 non accedeva alle cure per problemi di liste d'attesa e perchè non aveva i soldi per andare privatamente. **Oggi è quasi un lombardo su 8 che rinuncia**. È la dimostrazione che il sistema ormai non è più universalistico e la cosa peggiore è che la situazione è destinata a peggiorare.

Che cosa ci vuole per invertire il trend?

Oggi spendiamo male i soldi. Ci sono tanti percorsi clinici che costano meno rispetto a 20 anni fa. Abbiamo un mare di finanziamenti legati al PNRR per innovare con la telemedicina, per esempio. Ma rimangono sulla carta.



Parliamo di investimenti in tecnologia, in edilizia, strutturali. Ma i costi correnti della sanità pubblica sono molto più elevati. La quota di PIL non è sufficiente. La coperta è corta, sempre più corta e a qualcosa occorrerà rinunciare...

Io vedo margini di efficientamento che sono giganteschi. Siamo molto indietro rispetto, per esempio, all'utilizzo delle nuove tecnologie che permetterebbero dei risparmi decisamente significativi. Continuiamo a essere eccessivamente sbilanciati nell'ospedalizzazione e continuiamo ad avere costi importanti legati al pronto soccorso, dove si registrano tassi significativi di accessi impropri. **Potremmo evitare sprechi con una gestione diversa, una programmazione vera e con medicina territoriale efficiente.**

Qual è la terapia d'urto per uscire da questa situazione?

Le cose più importanti sono **la programmazione e la medicina territoriale e di prossimità**. Quante cose oggi si fanno negli ambulatori che potrebbero essere fatte direttamente nelle case delle persone? quante nel pronto soccorso che potremmo fare nei reparti? quante nei reparti che potrebbero fare gli ambulatori? Oggi sono ancora **tantissime le inefficienze** perchè, da un lato, **manca la capacità di programmare**, e quindi di avere i servizi dove servono, e dall'altra c'è stato un appiattimento verso il **modello energivo con l'ospedale al centro di tutto**. Quel modello è stato un fallimento ma oggi si fa molta fatica a ricostruire la medicina territoriale, non tanto dal punto di vista delle strutture, ma dal punto di vista culturale sia degli operatori sanitari sia dei cittadini che sono dogmaticamente fedeli a una visione ospedalocentrica.

In base a questo discorso, la rete sanitaria andrebbe rimodellata con il territorio al centro. Sarebbe anche l'occasione di rivedere la rete

ospedaliera secondo quanto dice il DM 70?

Come dice il principale sindacato dei medici ospedalieri ANAAO, il DM70 va applicato in maniera intelligente.

Che in termini pratici significa?

Si abbia il coraggio di evitare inutili duplicazioni, di concentrare sempre di più le alte specialità e di estendere la rete delle cure. Questa ristrutturazione deve andare di pari passo con una nuova cultura della prevenzione.

E quindi bisogna avere il coraggio di chiudere?

Bisogna avere il coraggio di ristrutturare ma a una condizione: che **il cittadino capisca che il cambiamento non è sottrazione di servizi ma diversificazione ed efficientamento**. Ci vuole una concertazione territoriale. Non è più tempo dell'ospedale sotto casa ma di reti di cura: le alte specialità vanno concentrate sia per ragioni di spesa, perchè la tecnologia ha costi elevati, sia per la sicurezza dei pazienti perchè dove c'è una casistica elevata, c'è maggior esperienza dei sanitari.

I cittadini, però, hanno il **diritto di trovare sul proprio territorio i servizi fondamentali**. Penso al pronto soccorso di Luino che è legato a un territorio particolare. Quello è un servizio essenziale, in grado di salvare vite umane.



Ma il servizio di emergenza urgenza del 118 con ambulanze, automediche, elisoccorso non ha questa funzione? Quanto interviene in emergenza trasporta il paziente in condizioni critiche nell'ospedale più attrezzato e non in quello più vicino.

Il territorio di Luino è particolare perchè ha una sola via d'accesso e i rischi legati a problemi su

quell'unica via impongono l'apertura del PS.

Ma se mancano gli specialisti in medicina d'urgenza, avere un PS presidiato da altri medici, o gettonisti, è garanzia di sicurezza?

Il problema è far diventare attrattivi quei posti con politiche premianti e ritorniamo alla discrezionalità che potrebbe avere Regione con una contrattazione specifica.



In questo momento, con i fondi che ci sono, con le persone che ci sono, in che cosa investirebbe?

La prima cosa è la **programmazione**, la seconda è la **medicina territoriale** con case di comunità e medicina di prossimità e la terza la **prevenzione**.

Se sei bravo a investire su queste cose il problema economico diventa veramente marginale. In più si aggiungerebbe il vantaggio che torneresti davvero a essere attrattivo: oggi molti sanitari si licenziano per andare a lavorare in Svizzera. Non è solo una questione di stipendio ma, innanzitutto, di organizzazione del lavoro. **I nostri sanitari devono scontrarsi ogni giorno con inefficienze, mancanze.** Manca il materiale o non è funzionale. E tutto ciò non è perché non ci siano le risorse per comprare lenzuola piuttosto che aghi o medicazioni, ma a causa di un sistema di approvvigionamento che definirei sciatto. **Se continuiamo a farne solo una questione di soldi, creiamo un alibi a chi non è capace di organizzare il sistema.** Abbiamo pensato che esternalizzare i servizi avrebbe portato un risparmio, invece si sono create inefficienze gravi per mancanza di controlli e, per di più, dispendiose se pensiamo agli scandali emersi.

Davanti a questa situazione possiamo solo essere molto preoccupati per il futuro per il nostro sistema sanitario pubblico. E la riprova è questa dilagante tendenza a inserire nei contratti aziendali le assicurazioni sanitarie come voci di welfare. È un brutto segnale.

This entry was posted on Thursday, March 14th, 2024 at 12:03 pm and is filed under [Lombardia, Salute](#)

You can follow any responses to this entry through the [Comments \(RSS\)](#) feed. You can leave a response, or [trackback](#) from your own site.