

«Il Patto per la salute vive di buoni propositi e nasconde compromessi»

Domenico Iscaro

Presidente Nazionale Anaa Assomed

E' sorprendente come il filo conduttore che ha ispirato e lega tuttora insieme i provvedimenti della politica sanitaria di Governo, Ministero dell'economia, Commissioni parlamentari, Conferenza delle Regioni, sia riconducibile ad un unico e identico principio: ridurre in ogni modo e con ogni mezzo il costo del personale. Che poi tradotto in atti di governo, significa blocco del turn-over, blocco delle retribuzioni e dei contratti, massiccia legislazione e manipolazione di norme contrattuali, ed anche, come previsto nel disegno di legge della PA, rottamazione di medici e sanitari.

Il patto per la salute non contraddice questo orientamento prevedendo tagli di posti letto fino ad una dotazione di 3,7 posti letto per 1000 abitanti, di cui 3 per acuti, alla quale far coincidere la drastica riduzione di personale sanitario. Una dotazione di posti letto ben al di sotto della soglia della media europea (5,4 pe 1000 abitanti) e molto lontana dalla dotazione dei maggiori Paesi europei (Germania 8/1000 ab, Austria 7,7/1000 ab. Francia 6,4/1000 ab).

Si continua a proporre un nuovo equilibrio ospedale-territorio centrato sulla riduzione del raggio di azione degli ospedali e sulla maggiore copertura della rete territoriale. Una assistenza di base che dovrebbe garantire prestazioni di primo livello attraverso una rete di servizi che vanno dalla assistenza domiciliare, fino alle unità complesse di cure primarie e alle case della salute ma che è ancora oggi una realtà virtuale per la maggioranza delle regioni, e che riflette una sperequazione che divide in due l'Italia. Oltre la metà della popolazione ultra settantacinquenne soffre di patologie croniche gravi. Il diabete, i tumori, l'Alzheimer e le demenze senili mostrano una dinamica di evidente crescita rispetto al passato e le poli-patologie incrementano complicanze e riacutizzazioni di fronte alle quali l'assistenza territoriale e di base è impotente e deve ricorrere agli ospedali. A questi scenari, ben documentati dalla epidemiologia, la politica sanitaria risponde chiudendo sevizi e cancellando prestazioni ospedaliere o proponendo nuovi standard qualitativi strutturali tecnologici e quantitativi della assistenza ospedaliera. Però si dimentica, colpevolmente, di definire gli standard organizzativi e le relative dotazioni organiche che costituiscono la premessa di qualsiasi trasformazione di assetti organizzativi di sistema.

Non serve a nulla definire le migliori pratiche cliniche ed i migliori itinerari clinico-diagnostici se non si prevede in modo coerente la dotazione di personale che queste pratiche deve adottare.

Si continua ad ignorare che su orario di lavoro siamo ancora lontani dalle indicazioni europee e che i medici e dirigenti sanitari continuano ad accumulare milioni di ore di lavoro non retribuite. Si privilegiano provvedimenti tampone quali i contratti atipici che alimentano il precariato e non consentano nessuna efficace programmazione a medio-lungo periodo.

Il patto per la salute vive di buoni propositi e nasconde compromessi. Rimanda ad un futuro tavolo di confronto ed approfondimento problemi centrali come la revisione dei ticket e l'aggiornamento dei Lea e promette di definire a breve i nuovi costi e fabbisogni standard, che si aspettano da anni, vuole disciplinare i servizi e le attività dell'assistenza socio-sanitaria, a rigorosa invarianza di spesa, dimenticando che le risorse economiche per i fondi per le politiche sociali e della non autosufficienza sono prosciugati da anni.

E le certezze sono poche. Garantisce un finanziamento certo solo per il 2014, subordinando il finanziamento per il 2015 e 2016 ad eventuali modifiche in relazione all'andamento della finanza

pubblica. Anche la volontà di attenuare il blocco del turn-over per le Regioni in piano di rientro e di modificare la previsione del tetto di spesa per il personale, che il DL 85/2011 ancorava a quello del 2004 ridotto del 1,4%, appaiono provvedimenti palliativi stante la gravità dei problemi della sanità pubblica. Sullo sfondo resta minacciosa e non ulteriormente specificata, la volontà di rivedere le modalità di accesso al SSN per medici e professioni sanitarie, trasferendoli in una succursale contrattuale del comparto, in tal modo spaccettando la dirigenza medica e sanitaria in professionisti di serie A e di serie B, ma con uguali funzioni e responsabilità.

Il patto per la salute avrebbe bisogno di un contesto macroeconomico diverso, ma avrebbe anche bisogno di un diverso spirito riformatore che tenesse in conto che l'appropriatezza clinica, intesa come volano di risparmio e qualità delle cure, non può ignorare il valore intrinseco di medici e sanitari ed il loro ruolo centrale in ogni progetto riformatore. Al contrario Stato e Regioni si sono mosse e confrontate in un'ottica centralistica, come due superpotenze concordi nell'escludere a priori di ogni confronto con i professionisti.

Con tali premesse il risultato non poteva che essere insufficiente.