

Gettar via l'acqua sporca con tutto il bambino...

In Campania sta accadendo..., e tutti abbiamo imparato che qui da noi tutto è possibile, specie se questo "tutto" ha davanti a sé il segno negativo.

Ma veniamo subito al fatto al quale mi riferisco, che offre lo spunto per una riflessione a tutta la classe medica e a tutti i cittadini – utenti del Sistema Sanitario Regionale.

Lo spunto è offerto da un decreto (n. 10 del 12 marzo 2010) a firma del Commissario ad Acta regionale per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario e celato sotto l'asettico oggetto che recita: "Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale – Specialistica ambulatoriale. Rif. Punto n. 5 della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/7/2009".

E' questo uno dei tanti provvedimenti adottati in Campania, così come in tutte le Regioni con i conti sanitari in profondo rosso, per tentare di risparmiare quante più risorse economiche possibile al fine di far quadrare nuovamente i bilanci di una Sanità che, nei lustri trascorsi, è costata ai contribuenti forse un po' troppo.

Cito testualmente i punti chiave del decreto:

Considerato che la deliberazione di giunta regionale n. 460/07, nell'espone gli obiettivi di contenimento del costo del personale dei ruoli, dispone inoltre: *"Obiettivi analoghi sono fissati per gli specialisti convenzionati per evitare che il blocco del turnover dei medici dipendenti sia aggirato attraverso un incremento delle ore di attività di tali professionisti"*:

Ribadito di dover scongiurare il pericolo che il vigente contingentamento del turnover del personale dipendente generi un ricorso distorto, inappropriato e speculativo alla medicina specialistica ambulatoriale.

Considerato

- **che, come specificato dall'Accordo Collettivo Nazionale (*omissis*) la specialistica ambulatoriale ha il *"compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera"* che gli specialisti ambulatoriali *"partecipano al rinnovamento del sistema sanitario assicurando la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche"* che *"il livello dell'Assistenza specialistica partecipa al processo di deospedalizzazione dell'assistenza"*;**
- **che risponde all'interesse regionale l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di modelli organizzativi più appropriati alle mutate esigenze assistenziali, che promuovano**

l'impiego degli specialisti convenzionati in ambito distrettuale – territoriale e che orientino il bisogno di cure verso il *setting* assistenziale più prossimo al cittadino;

Decreta di disporre il divieto assoluto, a partire dalla data di notifica del presente decreto e per gli esercizi 2010 e 2011:

- 1. di trasformazione dei contratti a tempo determinato dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati in contratti a tempo indeterminato;**
- 2. di rinnovo dei contratti a tempo determinato scaduti e non ancora rinnovati o in scadenza;**
- 3. di attivazione e messa a bando di nuovi turni o di conferimento di nuovo incarico per ore di attività;**
- 4. di ampliamento dei turni in atto attraverso la copertura di quelli divenuti vacanti;**
- 5. di conferimento di incarichi provvisori;**
- 6. di conferimento a qualsiasi titolo di ore divenute vacanti.**

Detto in una sola parola, congelamento di qualsiasi possibilità di ampliamento e miglioramento dell'area della specialistica ambulatoriale (medici, veterinari, biologi, psicologi e chimici) per i prossimi due anni.

Tanto per far chiarezza sul fatto che non si tratti di una presa di posizione alla "Cicero pro domo sua", siamo tutti convinti che la risalita dal baratro spaventoso del debito sanitario in Campania richieda dei provvedimenti che comportino le proverbiali "lacrime e sangue".

E tuttavia nostra convinzione che il management in materia sanitaria abbia delle peculiarità rispetto a quello di tutti gli altri settori produttivi. Nella delicatissima gestione della pubblica salute non si ha a che fare con automobili piuttosto che con pratiche amministrative; bisogna tener conto di trattare con la malattia e la sofferenza, con la risposta a bisogni tra i più elementari di una società civile ed avanzata quali l'assistenza, la non autosufficienza, la prevenzione, la cura e la riabilitazione. E non sempre, in questo campo, i tagli al bilancio ed il contenimento della spesa si traducono in risparmio reale in termini economici.

Come già ebbi modo di dire (v. "Sanità: la sfida al territorio" in Sannio Medica n. 03/2009) la gestione di una crescente cronicità generata principalmente dall'invecchiamento della popolazione deve necessariamente essere affrontata mediante il cambiamento di un paradigma che preveda un progressivo processo di deospedalizzazione e di spostamento dell'assistenza sul territorio, al domicilio dell'ammalato. E' riconosciuto come un tale mutamento di gestione dell'assistenza comporti *già di per sé* un risparmio di spesa nella gestione sanitaria, senza tener conto del miglioramento in termini di capillarità, di qualità e di tempestività dell'intervento.

Nonostante il riconosciuto vantaggio legato a tale mutamento paradigmatico, il territorio ha visto, nel corso degli ultimi 20 anni, sempre più assottigliarsi gli spazi e le risorse a sua disposizione. La tabella a fianco riportata, pubblicata ad ottobre 2009 su “Il Sole 24 Ore Sanità” mostra come dal 1991 al 2008 le ore di specialistica ambulatoriale si siano ridotte, in media nazionale, di un terzo.

In 17 anni monte ore a picco			
Regioni	Monte ore settimanali al 31/12/1991	Monte ore settimanali al 31/12/2008	Diff. % ore rispetto al 31/12/1991
Piemonte	25.784	19.856	-29,85%
Valle d'Aosta	744	578	-28,72%
Lombardia	32.666	24.768	-31,89%
Trentino A.A.	3.971	3.029	-31,10%
Veneto	26.645	20.683	-28,83%
Friuli V.G.	5.310	3.588	-47,99%
Liguria	15.156	11.671	-29,86%
Emilia R.	32.311	23.859	-35,42%
Toscana	31.608	23.339	-35,43%
Umbria	4.219	3.253	-29,70%
Marche	13.256	9.971	-32,95%
Lazio	53.183	41.028	-29,63%
Abruzzo	5.364	4.235	-26,66%
Molise	1.708	1.270	-34,49%
Campania	49.330	38.179	-29,21%
Puglia	25.493	17.953	-42,00%
Basilicata	1.615	1.199	-34,70%
Calabria	15.872	12.052	-31,70%
Sicilia	31.794	22.891	-38,89%
Sardegna	14.657	11.108	-31,95%
Totale	390.686	294.510	-32,66%

Fonte: Enpam-Sumai. Elaborazione Centro studi Sumai Assoprof

Ci sembra evidente che un progressivamente crescente processo di assunzione di carichi di lavoro e di responsabilità in termini di gestione in ambulatorio e a domicilio delle patologie fino a ieri trattate quasi esclusivamente nei reparti ospedalieri sia difficilmente conciliabile con una riduzione di risorse. Pur volendo trasferire risorse umane dall'ospedale al territorio, bisogna sempre fare i conti con il fatto che i processi di

prevenzione, cura e riabilitazione dovranno essere distribuiti non più nell'ordine di spazi di centinaia di migliaia di metri quadri (ospedale), bensì in un ordine di migliaia di chilometri quadrati (territorio).

Il territorio non può sostenere tale carico con le risorse attualmente a disposizione e che diverranno sempre minori con tale operazione di “congelamento” a fronte di un crescente impegno assistenziale.

Se lo stesso decreto di cui ci stiamo occupando riconosce e ribadisce che la specialistica ambulatoriale ha il “compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera”, che gli specialisti ambulatoriali “partecipano al rinnovamento del sistema sanitario assicurando la disponibilità a concorrere attivamente al decentramento dell'offerta di prestazioni specialistiche” e che “il livello dell'Assistenza specialistica partecipa al processo di deospedalizzazione dell'assistenza”, ci appare contraddittorio che venga penalizzata, poche righe dopo, da uno “stop” che limita il processo di risparmio finanziario che comporta lo spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio.

Il decreto inoltre punta l'attenzione su un meccanismo a cui si è fatto spesso ricorso negli ultimi tempi in certe zone della nostra Regione: “per evitare che il blocco del turnover dei medici dipendenti sia aggirato attraverso un incremento delle ore di attività di tali professionisti”. Alcune pubblicazioni di ore di specialistica ambulatoriale sono andate infatti a colmare vacanze di organico non solo in ospedali ASL, ma anche in aziende ospedaliere autonome. In qualche caso si è verificato che gli specialisti operanti in un'azienda ospedaliera

autonoma siano stati addirittura retribuiti con il budget dalla ASL in cui quell'azienda territorialmente è situata.

E' vero che l'Accordo Collettivo Nazionale prevede che *“le prestazioni dello specialista riguardano tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ospedaliera, in sede ambulatoriale, domiciliare, di assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, di assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e nelle altre sedi individuate dall'art. 32”* (cioè *“presso le strutture pubbliche del SSN – residenze sanitarie assistenziali, servizi socio – assistenziali di tipo specialistico, ospedali, consultori famigliari e pediatrici ecc – scuole, fabbriche, case protette, comunità terapeutiche, carceri ecc.”*). Ma traspare chiaro dagli articoli dell'Accordo, che il servizio ospedaliero è un completamento, una continuità terapeutica di cui lo specialista può usufruire a vantaggio del paziente, ma non certo un'attività esclusiva di *“tappabuchi”*.

La domanda a questo punto sorge spontanea: ma perché allora, per limitare un *“ricorso distorto, inappropriato e speculativo”*, penalizzare tout court la specialistica ambulatoriale?

Non sarebbe stato più equo compulsare i Commissari aziendali – e i futuri Direttori Generali – ad evitare solo le pubblicazioni *“inappropriate”*, salvaguardando però lo sviluppo dell'assistenza territoriale, primitiva *“vocazione”* e riconosciuta *“mission”* della specialistica?

Riteniamo indispensabile e doveroso, giunti in tale situazione, sfruttare l'unica scappatoia possibile offerta dal decreto ovvero *“che singole deroghe potranno essere autorizzate solo con decreto motivato del Commissario ad acta e nei limiti del budget di spesa assegnato a ciascuna ASL per la specialistica ambulatoriale interna”*.

Il da farsi è dunque chiaro: la ASL di Benevento è la meno indebitata tra le ASL campane. Fintantoché vigerà il blocco, il nostro impegno fondamentale sarà quello di un costante studio ed un attento monitoraggio del budget aziendale di spesa assegnato per la specialistica ambulatoriale interna, affinché possano essere via via individuate da un lato le effettive disponibilità economiche e dall'altro le reali necessità del territorio per far sì che l'assistenza territoriale *“vera”*, che ha sempre caratterizzato senza *“distorsioni”* le pubblicazioni nelle Aziende sanitarie della nostra provincia, possa continuare a svilupparsi in maniera sana, a tutto vantaggio dell'Utenza sannita.

Dott. Maurizio Iazeolla

Consigliere dell'Ordine dei Medici di Benevento

Direttivo Provinciale SUMAI