

- Ai componenti la V Commissione della Regione Marche

Osservazioni alla Proposta di Piano Sanitario Regionale della FP-CGIL Medici (luglio 2007)

Sul metodo

Nelle ultime settimane, prima delle audizioni della V Commissione, si è costruito, come proposta di Piano sanitario, un enorme documento: oltre 60 MB in termini informatici. Dimensioni tali che, sia in termini di leggibilità, di analisi, di oggettiva possibilità di comprensione hanno sostanzialmente reso molto ostica la formulazione di un giudizio adeguatamente articolato. Ciò sia da parte delle OOSS ma anche, inevitabilmente, da parte di tutti gli altri soggetti istituzionali e non (dai Sindaci alle Associazioni di volontariato) che pure avrebbero dovuto essere messi in condizioni di essere "auditi" dalla V Commissione per esprimere quel giudizio. Peraltro è difficile credere che i consiglieri regionali, anche appartenenti alla stessa V Commissione, abbiano avuto maggiori possibilità di giudicare. Ciò significa che la fase di consultazione non può che essersi sviluppata e svolta in modo carente e incompleto.

La composizione del dossier mette in evidenza peraltro una eterogeneità delle fonti, l'assenza di un metodo comune (a parte alcuni aspetti formali, come le pagine iniziali o, in certi settori, la sequenza "crash program"-programmi di medio-lungo periodo), la mancanza di un congruo coordinamento fra le persone/i gruppi che hanno partecipato alla formulazione.

Sul merito

- a) Da un Piano sanitario (febbraio) colmo di critiche impietose verso quanto non fatto negli anni scorsi, di principi, di indicazioni organizzative, di obiettivi (su cui era difficile non concordare, ma che erano in larga misura gli stessi dei Piani precedenti) ma vuoto di azioni concrete per raggiungere quegli obiettivi, siamo passati ad un Piano (giugno), che ha subito progressivi e non tutti comprensibili rimaneggiamenti, colmo di dati (alcuni utili, altri non necessari, altri ancora discutibili), di principi, indicazioni organizzative, di obiettivi ma, ancora una volta, vuoto di azioni concrete. Dunque si è passati dalla difesa ad oltranza del Piano "leggero" ad uno "pesante", ma che rimane sostanzialmente analogo al precedente per l'assenza di interventi concretamente indicati.
- b) E' evidente che i dati siano necessari, per pianificare. Quindi: ben vengano i dati. Naturalmente la questione sta nella affidabilità di essi: se siano corretti, omogenei, sufficienti, ridondanti, se siano proprio quelli che servono e, infine, se la pianificazione che sarà disegnata sia la conseguenza di quei dati. Intanto è opportuno che essi, raccolti in modo omogeneo, siano allegati e/o raggiungibili, estraendoli dal corpo del Piano: comunque, che siano facilmente consultabili. Poi che si comprenda il modo con cui essi siano ricollegabili agli eventuali interventi: cosa deriva sul piano decisionale da una percentuale di cesarei di quasi il 35% (ad Ancona quasi il 40%)? E da un numero di incidenti sul lavoro del 25% più elevato della media nazionale? E da un costo di medici e infermieri per posto letto nei Presidi ospedalieri significativamente più basso della media nazionale? E da un costo per i farmaci (dato 2006 ufficiale AIFA, purtroppo non indicato) più basso della media nazionale? Ne deriverà un cambiamento nella politica sui farmaci e sul personale così risolutamente perseguita negli ultimi mesi, ma evidentemente infondata sul piano del merito, visti i dati, appunto? Ci si aspetterà almeno altrettanta attenzione di quanto non si faccia per la mobilità passiva (giusto) oppure (ben più discutibile sul piano costi-opportunità) per il secondo elicottero?
- c) Il nuovo documento definisce una serie di obiettivi (molti come detto, controllare per credere, già presenti nel Piano precedente), su cui è difficile non concordare: dalla integrazione socio-sanitaria, allo spostamento verso il territorio di risorse, alla attenzione alle fragilità, alla continuità assistenziale, alla creazione delle reti di patologie, alla riduzione della mobilità passiva, a quella dei tempi di attesa e così via. Tuttavia NON definisce le azioni sulla base degli elementari criteri di progettazione: chi fa cosa, perché, con quali risorse, in quali tempi, con quali risultati attesi. Peraltro in non pochi settori di intervento (i

diversi capitoli del Piano) ci si avventura in una distinzione fra "crash program" e programmi di medio-lungo periodo. Il problema è che anche per il primo, dalla necessità di risorse umane e strumentali alle variazioni organizzative, pressoché di regola si ipotizzano cambiamenti (non azioni specifiche, comunque) che ad una analisi appena più attenta si rivelano come possibili in tempi incompatibili con una visione di breve periodo. Se il "crash program" si ritiene, in tal modo, capace di abbattere i costi a breve, sarà opportuno disegnare una proiezione realistica. Data la situazione economica, non ci si possono permettere sogni.

- d) Un Piano sanitario è uno strumento e non un obiettivo. Oggi, come in passato, si sono mobilitati numerosi soggetti, sebbene in ritardo; e molti discettano a lungo, propongono emendamenti al piano, il quale, come il precedente, finirà naturalmente per essere approvato. L'obiettivo di scrivere il Piano sarà stato raggiunto. Se però questo strumento sarà stato davvero capace di cambiare in meglio il nostro sistema diventerà del tutto secondario, rischiando così di perpetuare la storia dei nostri Piani inattuati.
- e) Un Piano, dunque, non si giudica dalle dimensioni né dal numero dei neologismi anglofili: si giudica dalle azioni prefigurate rispetto agli obiettivi esplicitati e dai risultati raggiungibili/raggiunti. Dunque: in fase di stesura, comprendendone la congruità rispetto ai bisogni e la fattibilità; in fase di vigenza, monitorando la corrispondenza dei risultati agli obiettivi dichiarati.
- f) Ma un Piano sanitario nuovo serve davvero, se rimangono disattesi molti degli obiettivi indicati nei Piani precedenti? Alcune Regioni hanno deciso di no e si sono impegnate a concretizzare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi precedenti. Ad esempio l'Emilia-Romagna, dopo il Piano 1998-2001, solo nel 2007 ha messo in cantiere un nuovo Piano, peraltro a disposizione della lettura e delle osservazioni di tutti, compresi i marchigiani, da alcuni mesi sul sito della Regione.
- g) Se davvero si crede che il Piano possa svolgere concreti e verificabili interventi migliorativi, contestualmente DEVONO essere chiarite alcune questioni organizzative la cui ambiguità non può che generare disastri:
- Il ruolo residuale dell'ASUR, cui la Legge n. 13/2003 aveva con tanta leggerezza attribuito funzione taumaturgica sul sistema: è "IL" Centro Servizi? coordina "i" Centri Servizi? cessa nelle sue funzioni sanitarie (che, peraltro, già non svolge da tempo)? le prerogative e l'organizzazione prescritta dalla L. 13/2003 cessano? E cessano quelle fissate dalla normativa nazionale (Leggi 502/517/229)? Ed è legittimo che cessino? E se cessano, o ne cessano alcune, con quali conseguenze organizzative?
 - Il ruolo emergente della Aree vaste: chi le governa? Come le governa? A maggioranza (dove ci sono più Direttori di Zona) ? E, con quali rapporti con l'ASUR? Chi decide cosa, chi delega cosa, a chi e come: non si tratta di questioni che possano essere lasciate alla buona volontà o alla aleatorietà del buon senso o dell'intelligenza collegiale e individuale dei Direttori di Zona. Davvero si crede che la magica parola "coordinamento" risolva tutto? E ancora: basta una (ulteriore) delibera di Giunta per modificare una Legge regionale? Ma bilanci, assunzioni, contenzioso e, soprattutto, salute dei cittadini sono regolate da norme e da architetture organizzative rigorose. E, infine: per quanto ancora può essere accettato il pudico ricorso al termine "area vasta", solo per non ammettere neanche sul piano lessicale che in realtà si tratta delle Province? Proprio le aggregazioni organizzative indicate dalla CGIL già nel 2003 come quelle più appropriate per farne delle Aziende: naturalmente a condizione che la loro configurazione giuridica e funzionale fosse sancita in modo ineccepibile.
 - La partecipazione (dei Sindaci, del volontariato), stante la non applicazione degli articoli da 20 a 24 della L. 13/03, è abbandonata ad una sorta di spontaneismo autogestito e balbettante. Non può non essere ridisegnata e non può ulteriormente continuare a non essere attuata. Anche in questo caso: basterà una Delibera di giunta? E quali strumenti di supporto veri si ritiene debbano essere attuati perché non sia solo un vuoto rito formale la loro partecipazione? Cioè: perché i Sindaci abbiano gli elementi di conoscenza per scegliere e, quindi, non rischino di arroccarsi, come in passato, in posizioni campanilistiche, non sempre coerenti con i bisogni reali dei loro cittadini.

- I livelli di contrattazione collettiva delle OOSS. Assolutamente inaccettabile ci siano ambiguità in merito: sia per motivi di rappresentanza degli operatori (e, quindi, di democrazia), sia per la diluizione in tempi "biblici" delle decisioni che prescrivono contrattualmente la partecipazione/consultazione delle OOSS. E la L. 13/2003, finché in vigore, sancisce quali siano tali livelli.
- A chi è affidato l'evocato più volte e mai attuato Governo clinico? L'ASUR, oggi, è priva del Collegio di Direzione previsto dalla Legge nazionale (il Collegio dei Direttori di Dipartimento). Quello esistente è il Collegio dei Direttori di Zona. Si tratta di altra cosa. Le Zone come è noto e in modo avventuroso sono state private del Direttore sanitario (ancora dalla L. 13/03); le Aree vaste, essendo ad oggi solo un ectoplasma, non prevedono un Direttore sanitario di Area vasta. Dunque il governo clinico non ha nessun soggetto abilitato (solo qualche volenteroso Direttore di Zona fa qualche uso del Collegio di Zona); eppure il governo clinico è lo strumento direzionale assolutamente cruciale per rendere operativi gli elementi che lo costituiscono e che sono il nocciolo della salute del cittadino: la progettazione, l'accreditamento, l'appropriatezza, le linee guida, la gestione del rischio clinico, la valutazione delle tecnologie, la formazione, la partecipazione, la tutela dei diritti dei cittadini. Assolutamente connesso con tale scelta è la capacità del sistema di svolgere un servizio alla salute con un equilibrio fra qualità offerta e risorse disponibili (e, quindi, con una razionalizzazione dei costi). Da notare che l'Accreditamento, dalle Marche colpevolmente non attuato, ha un ruolo primario in tutte le regioni avanzate (e nei Paesi moderni) e che in Emilia Romagna si è avuta l'intelligenza di far entrare il Collegio di direzione (quello vero), con una Legge, fra gli organi della Azienda sanitaria. Solo in tale contesto il ruolo, le dimensioni, le caratteristiche dei Dipartimenti e delle reti di patologie possono essere sviluppate coerentemente; al di fuori, come ora, i Dipartimenti e le reti rimangono un'espressione limitata, parziale e sostanzialmente inefficace. Se poi, come da alcuni segnali sembra di cogliere, ci si volesse incamminare verso il "modello lombardo" (sarebbe sorprendente per una maggioranza scelta da elettori di centro-sinistra), si dovrebbe almeno riconoscere l'importanza della versione aziendalistica dell'Accreditamento: la certificazione. Peraltro va ricordato che l'Accreditamento, come l'Autorizzazione, sono normate da Leggi nazionali e regionali.
- Cabina/e di regia. Se debba essercene una a livello regionale, se per ogni "settore di intervento" (i capitoli del Piano) debbano essercene altre, se ogni "settore di intervento" debba generare gruppi di progetto sono argomenti non da congegnare man mano. Che cosa debba/debbano fare deve essere assolutamente chiarito (anche rispetto alle Direzioni aziendali, alle Aree vaste, ai Dipartimenti ecc.). Da rifuggire come la peste è la storica sovrapposizione di ruoli/funzioni, di iniziative scoordinate, di gruppi di lavoro fra i diversi "giganti" del sistema: Servizio salute, ASUR, AAOO, ARS (anche se oggi l'ARS appare come una propaggine del Servizio). Attenzione: con l'aggiunta prossima ventura del gigante intermedio: l'Area vasta. Argomenti dei "tavoli", avanzamento dei lavori, componenti spesso fra loro ignoti e risultati di regola nulli (al punto che alcuni progetti portati avanti dall'ASUR non sono minimamente entrati nel corpolento Piano sanitario proposto). Lo spettacolo di una baraonda infernale senza costruito, finora accaduto, non può continuare. In tale contesto c'è anche il delicatissimo gioco delle deleghe e del decentramento: l'enormità dell'ASUR e le tendenze centralistiche del Servizio salute (almeno, con la precedente gestione) non possono che essere decongestionate con una rete di deleghe che consentano ai diversi livelli di avere ambiti di autonomia espliciti. Una questione elementare in ogni Azienda seria, ma che nel nostro sistema non si è voluto/saputo affrontare. Per assicurare che arrivino alla periferia strumenti, materiali, farmaci, apparecchiature o altro bisogna definire i gradienti decisionali: accade già ora che l'organizzazione a contatto del cittadino si debba fermare in attesa di lontane decisioni, i cui effetti peraltro, a livello centrale, non vengono compresi.

h) Che cosa è possibile/ragionevole fare in tale contesto? Un metodo pragmatico è di estrarre le cose non fatte dai Piani precedenti (nel nostro caso: tante), censirle, selezionare le priorità, valutare le risorse disponibili, disegnare le azioni (nel modo detto: chi fa cosa, perché, come, con quali risorse, quando, con quali risultati attesi, con quali verifiche periodiche e finali). Tale approccio, per la verità seguito anche da altre Regioni, non implica la necessità di un nuovo Piano ogni 3 anni. Infatti spesso, gli interventi, specie quando davvero strutturali, hanno bisogno di tempi più lunghi.

i) La scelta delle priorità e delle azioni corrispondenti deve basarsi su alcuni criteri fondamentali: l'impatto sulla salute dei cittadini, il peso economico, la flessibilità e la gradualità degli interventi (che devono essere sperimentati e, in caso di successo, estesi), la fiducia offerta agli operatori (e, quindi, la spinta verso una ritrovata motivazione professionale contro l'attuale, diffusa, disaffezione al lavoro), la multiprofessionalità e multidisciplinarietà, la trasversalità dei processi (con una funzione quindi esemplare, per aree analoghe). Ciò significa disegnare una strategia complessiva in cui però le azioni si inscrivano in ambiti circoscritti ma percorribili; non si deve raccontare, velleitariamente, di intervenire su tutta l'enorme complessità del sistema: una pretesa del genere non può che fallire.

j) Qualche esempio, che potrebbe utilizzare esperienze già in corso (sia su base volontaristica nella nostra Regione e misconosciute, sia su base istituzionale in altre Regioni): la relazione di continuità Ospedale-territorio (protagonisti medici di medicina generale, medici ospedalieri, infermieri, distretti); i team di presa in carico ambulatoriale (con un approccio finalmente serio ai tempi di attesa e lo sviluppo di sistemi di triage, a superamento della fiducia ingenua nel CUP come soluzione miracolosa); alcune "reti" di patologia più facili da conseguire ma in cui i requisiti di appropriatezza e gli indicatori di risultato (accreditamento!) siano elementi centrali; elaborazione partecipata dei Piani della salute e dei Piani sociali fornendo gli strumenti informativi e decisionali alle istituzioni, ai soggetti interessati e ai tecnici. Si tratta di esempi che, per contiguità, potrebbero studiare/affrontare questioni connesse e interagenti: dal ruolo degli Ospedali di Polo alla rete delle Postazioni per l'emergenza, dalla rapportualità fra servizi sociali e sanitari ai percorsi assistenziali, alla funzione integrata delle lungodegenze e della riabilitazione.

Il voluminoso materiale messo insieme come proposta di Piano può avere una notevole utilità, proprio per estrarre le scelte prioritarie e pianificare le azioni necessarie. Dunque avrebbe senso farne uno strumento istruttorio, in modo che da esso (e qualcos'altro) nasca un Piano rigoroso nel metodo, nella forma e attendibile per obiettivi e pianificazione delle azioni. Approvarlo nella forma attuale, a giudizio della FP CGIL medici, rischia di essere solo un inutile esercizio di facciata. Per il disegno della architettura concreta è evidente che la partecipazione dei professionisti sia necessaria, comprendendo in tale categoria certamente i medici ma anche tutte quelle professioni che concorrono in modo importantissimo al sistema-salute: gli infermieri, gli psicologi, gli ingegneri, i farmacisti, i biologi, gli assistenti sociali, i formatori, i tecnici, gli operatori socio-sanitari, gli economisti, i veterinari, gli impiegati amministrativi, gli informatici e altri ancora. E la partecipazione dei professionisti va distinta dalla partecipazione dei sindacalisti: si tratta di ruoli e di contributi tutti utili, ma diversi. E' evidente che possano esistere sindacalisti che siano anche degli ottimi tecnici (o viceversa) ma va allontanato qualunque dubbio o sospetto di commistione, che possa essere, anche a torto, considerata come una sorta di "captatio benevolentiae". Senza collaborazioni professionali trasparenti e convinte il rischio di fallimento sarebbe molto alto per la Regione Marche, peraltro esito non del tutto immeritato, considerata la storia, ormai una vera e propria commedia dell'assurdo, per cui l'istituzione dell'ASUR, spacciata come un geniale rimedio organizzativo ed esempio per tutto il mondo, viene ora accantonata in modo clandestino, sperando in una sorta di amnesia collettiva.

La CGIL medici è disponibile, come sempre, a dare il suo contributo costruttivo, finalizzato al miglioramento del sistema. Bisogna tuttavia che gli amministratori (politici e tecnici) comprendano che la garanzia degli operatori e dei cittadini, che sono la missione che ci siamo posta, esclude la possibilità di un atteggiamento acritico. Di contro, dovrebbe essere interesse di tutti, e di chi governa la Sanità in particolare, acquisire, oltre ai consensi, non sempre disinteressati, anche argomenti e suggerimenti dissonanti, quando siano, come noi crediamo, solidi sul piano del metodo e rigorosi sul piano della prassi.