

Considerazioni sull'Accordo di programma.

Quando compero il pane vorrei che a parità di qualità il prezzo fosse identico in qualunque punto vendita. Non mi interessa come sono organizzati i fornai. Analogamente quando mi rivolgo ad un Servizio sociosanitario spero di avere una risposta coerente ed appropriata indipendentemente dall'Ente erogatore. Art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività...". Il 22/10 sarà portato in Consiglio dei Ministri il disegno di legge su una maggiore autonomia alle Regioni in materia sanitaria. Già la riforma del Titolo V ha portato diseguità, una maggiore autonomia le accentuerà smantellando di fatto il SSN basato sull'universalità e l'equità solidale. Già i finanziamenti del FSN sono in progressivo calo. 2017 6,8 % Pil, 2018 6,6%, 2020 6,3 %. L'Italia è tra i paesi che spendono meno in salute. La sanità è il bancomat dei governi.

I privati aumentano gli investimenti, i servizi e gli utili. Gli italiani hanno speso nel privato circa 40 miliardi di euro. La spesa pro capite per sanità è cresciuta dell'8% (ISTAT 2017). Le finalità della sanità pubblica sono opposte a quelle della sanità privata: una cerca di risolvere il problema affinché cessi la presa in carico, l'altra ha l'interesse di mantenerci in carico. La sanità integrativa avallata dal sindacato determina diseguità. La democrazia è rispetto dei cittadini, dare a tutti le stesse opportunità. Il sistema del libero mercato è fonte di differenze, il mercato nella salute è espressione di inciviltà.

Alla lettura dell'Accordo:

Bene valorizzare i territori, la prossimità, l'autosufficienza dei Distretti.....poi trovi Ospedali periferici depotenziati (prima rispondevano alla quasi totalità dei bisogni del territorio di riferimento, ora non più), Case della Salute differenti per funzionamento e servizi, accentramenti di servizi.

Bene valorizzare i servizi di alta specializzazione, IRCCS, formazione, benefici sul territorio .....poi si legge come sia difficile preservare l'equità di accesso ai servizi e prestazioni a causa dello spirito di concorrenza, competizione, egemonia, spirito d'identità e che la normativa preclude l'integrazione tra AUSL e AOU.

Quando si parla di strumenti finanziari: "...difficile tenere in coerenza un sistema dove è presente una pluralità di finanziatori(pubblici, privati)..". Si parla di possibili scelte non appropriate di assistenza per convenienza economica. Il privato ha il problema dell'utile d'impresa, il pubblico no.

Quando affermavo che il filo conduttore dell'Accordo è quello finanziario, l'economia di scala, mi è stato detto che non è vero perchè saranno necessari investimenti. Ma perchè allora le prestazioni sono valutate non per l'esito clinico ma per il peso economico (DRG) ? Perchè nel nomenclatore tariffario nazionale non c'è la visita medica? Perchè il 70% delle prestazioni diagnostiche sono negative? Perchè la corruzione in sanità è stimata in 10 miliardi euro? Perchè nel Regolamento...standard qualitativo...quantitativi...assistenza ospedaliera. Ministero della Salute, Decreto n.70 si legge: per le attività ospedaliere per le quali è definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di criteri di costo-efficacia.(La pratica sanitaria non è una catena di montaggio, una lavorazione in serie. Fondamentale la consapevolezza dell'individualità della persona). Quando parlavo di stress da cambiamento negli operatori della sanità lo consideravo conseguente ad una sperimentazione perenne in ambito organizzativo non certo formativo necessario in una sanità in continuo e rapido progresso.

I primi passi da fare per cambiare:

Una nuova figura di medico, più clinico, più sociale meno burocrate (lamentata riduzione tempo-paziente)  
Prevenzione primaria (da non confondere con la diagnosi precoce)

Rivedere la Convenzione dei MMG

Recuperare l'appropriatezza la cui mancanza è fonte di spreco di prestazioni, di danaro pubblico per investimenti evitabili

Recuperare ascolto, empatia, umanizzazione

Se

c'è integrazione tra sociale e sanitario bisognerebbe unificare anche i bilanci o quantomeno renderli comunicanti

Accreditamento e convenzioni per ogni forma di cura sociale (case famiglia fino a sei ospiti equiparate a esercizio commerciale di tipo alberghiero!) Riconoscere una responsabilità collettiva.

Rivedere la comunicazione interna ed esterna, la partecipazione sia non informata ma in fase progettuale

Più si complica l'organizzazione, più saranno gli organismi di coordinamento, di direzione, più apparati di supporto, più burocrazia, più tempo, più costi. Ora è la Babele organizzativa. Non credo che aumentando la complessità e gli organismi si semplifichino le cose. Chi progetta e fa regia è anche in grado di gestire perchè conosce il percorso. Se gestiscono altri si perde il contatto e la conoscenza; chi vive il processo nella sua interezza conosce il processo (nel Piano Regionale socio sanitario il pubblico si riserva la sola regia!?)

Intanto i cittadini compiono migrazioni per le prestazioni e pagano di tasca loro e il sistema pubblico perde consenso e credibilità.