

L'INTERVISTA

Parla il dott. Gianfranco Carnevali esperto nazionale di sanità

Nelle Marche anche buona sanità



Dottore a lei, che è un esperto a livello nazionale di aziende sanitarie, con esperienza in varie regioni, chiedo: si può parlare di omogeneità o no nel trattamento della salute dei pazienti e perché?

Nonostante che la Costituzione preveda che, al fine di assicurare l'omogeneità dei trattamenti per la tutela della salute di tutti gli individui, allo stato compete la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" -cioè i livelli a tutela della salute e che, in attuazione della riferita disposizione costituzionale, periodicamente vengano definiti dal competente ministero, di concerto con le regioni, i livelli essenziali di assistenza (Lea) che ciascuna regione dovrebbe assicurare alla popolazione di rispettivo riferimento, non è assolutamente possibile affermare che l'uniformità auspicata dalla richiamata disposizione costituzionale sia realizzata. Ciò nonostante le reiterate sollecitazioni a promuovere "il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese" formalizzate dal legislatore nazionale a partire dall'emanazione della legge n. 833/1978 con la quale è stato istituito il "Servizio sanitario nazionale" onde dare completa attuazione all'art. 32 della Costituzione secondo il quale "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività... nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana". Tale affermazione trova conforto anche sulle risultanze del "5° Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2007-2009" presentato nei giorni scorsi dal ministero della salute nel quale, tra l'altro, si legge che esistono differenze in più di un settore di attività riferibile

a ciascuno dei tre livelli di assistenza sanitaria (collettiva in ambiente di vita e di lavoro, distrettuale, ospedaliera) in cui si articola l'attività complessiva del Ssn.

In Italia si parla di sanità soprattutto per mettere in rilievo quello che non funziona. Fino a che punto è vero?

Il fatto che le notizie di malasanità hanno grande rilievo sui media non deve farci pensare che il nostro sistema sanitario faccia acqua da tutte le parti. Anzi. Tale affermazione fatta in un momento in cui i media parlano di scandalo per la disorganizzazione dei pronti soccorsi ospedalieri può sembrare fuori luogo od addirittura falsa! In realtà così non è; il nostro sistema sanitario è infatti considerato tra i migliori al mondo. Il fatto è, per esempio, che non si è ancora riusciti a realizzare in ogni contesto un più funzionale collegamento tra le attività territoriali e quelle ospedaliere onde da una parte evitare che solo nel 15% circa degli interventi richiesti al pronto soccorso si proceda alla ospedalizzazione del paziente e da un altro lato assicurare la doverosa continuità assistenziale a coloro che sono dimessi dagli ospedali in quanto non più portatori di patologie in stato di acuzie. A mio giudizio sarebbe auspicabile che i media si facciano carico di informarci sui molti casi di "buona sanità" che su quelli di "malasanità", evitando comunque di presentare questi ultimi come "scandali" considerando che essi sono sporadici, percentualmente insignificanti rispetto al numero complessivo degli interventi praticati dalle strutture del Ssn, fanno diminuire la fiducia dei singoli su un sistema sanitario certamente migliorabile ma non per questo non affidabile, danno infine luogo, nel caso siano dovuti a responsabilità di terzi, a condanne penali piuttosto che a risarcimento dei danni procurati.

A quest'ultimo rilievo che soltanto il 10% delle cause penali intraprese nei confronti dei medici vanno a giudizio e che soltanto una parte di esse si conclude con la condanna degli stessi! **Il mutamento di sigle "Usl, Asl, Aso, Asur" è dovuto anche ad una nuova concezione innovativa di organizzazione?**

Certamente l'intendimento del legislatore nazionale nel momento in cui ha sostituito alle unità sanitarie locali le aziende sanitarie non era solo quello di cambiare il nome ai soggetti pubblici chiamati a tutelare la salute del singolo. La volontà del Legislatore infatti mirava: a superare la forte politicizzazione dei preesistenti organi collegiali di governo e ad attuare un maggior controllo sulla spesa sanitaria che continuava a crescere anno dopo anno in maniera incontrollabile, ad eliminare gli sconfinamenti dei politici in ambiti attribuiti ai tecnici, a superare, od, almeno, ad attenuare l'insoddisfazione crescente sull'andamento del Ssn. Ai tali fini il legislatore reputò sufficiente da un lato configurare detti soggetti pubblici come "aziende" (aziende sanitarie locali ed aziende ospedaliere ovvero ospedaliere-universitarie) dotate di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale (cioè non più configurate come soggetti strumentali degli enti locali) nonché di strumenti propri del sistema privato



(esempio: contabilità analitica per centri di costo) e da un altro lato affidare la responsabilità complessiva ad un organo monocratico tecnico: il Direttore Generale da individuare da parte delle regioni tenendo conto esclusivamente -ma ciò non si è sempre verificato- della professionalità ed esperienza possedute dai singoli aspiranti all'incarico. A ciò aggiungasi

che le disposizioni successive hanno trasferito alle regioni la responsabilità piena cioè sia economica che qualitativa e funzionale dell'andamento dei rispettivi sistemi regionali e piena autonomia sulla definizione dei assetti organizzativi dello stesso da cui sono derivati sistemi non sempre coordinati e convergenti; tale situazione normativa ha resa possibile la scelta delle Marche di costituire un'unica Asl e due aziende ospedaliere, di cui una universitarie. Per quanto concerne l'istituzione dell'Asur, precisato che la stessa assume tutte le caratteristiche e competenze attribuite a qualsiasi azienda sanitaria locale, sembra opportuno sottolineare che mentre non ritenevo giustificabile la scelta iniziale che manteneva in funzione le zone territoriali (n. 13) apprezzo la recente loro sostituzione con le aree vaste (n. 5, ognuna coincidente con il territorio di una provincia). Quest'ultima scelta della regione Marche favorisce sicuramente una più funzionale organizzazione delle attività e dei servizi e, tramite la loro ottimizzazione, una maggiore capacità a fornire risposte efficaci ai reali bisogni di salute, a contenere i costi a migliorarne l'efficienza e l'economicità).

Salute, e i prevenzione; nelle attuali difficoltà economiche?

Premesso che: la "prevenzione" è sia uno dei 3 livelli di assistenza finalizzati alla tutela della salute (le altre 2 aree sono quel-

rispetto a quelle della cura e della riabilitazione, mi sembra di poter affermare che, nonostante la limitatezza delle risorse finanziarie messe a disposizione dallo stato, il Ssn è in grado di assicurare la tutela della salute del singolo nell'ambito delle prestazioni comprese nei citati Lea. A conforto rilevo mentre nelle regioni che, a detta di tutti, forniscono il miglior sistema di tutela della salute (Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna, Toscana) i relativi bilanci non presentano disavanzi, in quelle del centro-sud si registrano situazioni di deficit non solo finanziario ma anche organizzati-



vo-funzionale e, quindi, il perdurare di un flusso migratorio verso le strutture sanitarie del nord non essendosi tutt'ora realizzato il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese posto come uno degli obiettivi dell'istituzione del Ssn.

Quanto conta la specificità tecnica e preparazione umana?

Fermo restando l'inderogabilità del possesso da parte di tutti gli operatori del Ssn di una professionalità che consenta loro di assolvere in maniera adeguata al ruolo ed alle funzioni che ciascuno è chiamato a svolgere durante tutto il rapporto di lavoro, non c'è dubbio alcuno che ai medici, agli infermieri ed al restante personale sanitario si chiede di farsi carico dello stato di disagio, fragilità e vulnerabilità che, di norma, colpisce qualsiasi malato e quindi di considerare anche i molti aspetti (relazionali, emotivi, fisiologici) che caratterizzano il contesto e l'ambiente di vita di ciascuno di essi. Pertanto ciascuna azienda sanitaria deve garantirsi che detti operato-

ri si facciano carico da un lato di contestualizzare periodicamente la propria professionalità al fine di poter fornire prestazioni di qualità, appropriate ed efficaci a chiunque manifesti i propri bisogni sanitari e da un altro lato di realizzare comportamenti tipici della così detta umanizzazione dell'assistenza intendendosi per tale la capacità di rispettarne, per quanto possibile, le abitudini, i gusti, le credenze religiose, la condizione sociale, la cultura o, per dirla in una sola parola, comportamenti che ne rispettino la dignità di persona umana.

Un direttore generale di azienda sanitaria quale personalità e professionalità deve

avere per coniugare risparmio ed efficacia?

Premesso che sulla base delle vigenti disposizioni per aspirare all'incarico di direttore generale è necessario possedere: un qualsiasi diploma di laurea, un'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità di risorse umane, tecniche o finanziarie svolta nei 10 anni precedenti la pubblicazione dell'avviso, l'attestato di partecipazione a corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, acquisibile anche entro 18 mesi dalla nomina, ritengo di poter affermare che nessuno dei riferiti requisiti garantisce che il prescelto sia in possesso di competenze (e tanto meno di personalità) adeguate a svolgere le competenze e ad assumere le responsabilità correlate allo stesso in quanto qualsiasi azienda sanitaria ha un elevatissimo tasso di complessità.

Dino Jajani