



za rispetto al clima generale. Nell'inviarle i migliori auguri, la saluto cordialmente

— PROF. GIANCARLO BORRA
Bergamo

IPOTESI DI LAVORO

Ci vuole coraggio per intraprendere percorsi nuovi e più adeguati

Caro direttore, ho letto il suo editoriale sui mali della sanità e vorrei consegnarle alcune considerazioni. La sanità può non andare di pari passo con le trasformazioni in atto nella società civile senza che ne sia condizionata la sua capacità di raggiungere gli obiettivi di salute che si prefigge? La

maturità di un sistema sanitario, che giustamente veniva ricordato dal suo editoriale, ha mosso i primi passi sul finire degli anni '70, si è misurata in questo arco di tempo con uno scenario interno ed esterno ricco di cambiamenti. Il contesto esterno è letteralmente dominato, da un progressivo invecchiamento della popolazione e dal relativo bisogno di accudimento, da un'esigenza di trasparenza e di richiesta di informazioni, queste ultime veicolate dai molti modi che caratterizzano le reti sociali («strumento evoluto del passaparola»), e di conseguenza dell'emergere di una sanità diffusa che va oltre i confini abituali dell'ambulatorio, della corsia ospedaliera

o dello sportello di quello che era il distretto socio sanitario (oggi Presst).

E il versante interno? Qui la parte del leone la fa l'evoluzione tecnologica, dotando l'armamentario diagnostico e terapeutico, di mezzi sempre più sofisticati e precisi, con interventi sempre più su misura.

Anche la prevenzione ne ha beneficiato, seppur in una scala inferiore rispetto al suo potenziale, se pensiamo solo agli screening o all'immunoterapia. Robotica, terapia cellulare e genica, trapianti, tecniche mini-invasive di diagnosi e cura (angioplastica, sostituzioni valvolari) sono alcuni esempi di dove si sta spingendo l'applicazione clinica di innovazioni nate anche fuori dai confini strettamente clinici (fisica, chimica, bioingegneria, scienze cognitive). La tensione verso una maturità del sistema ha conosciuto vari step, tutti necessari, e in sequenza: siamo passati da un'attenzione sacrosanta ai criteri di buon funzionamento dei servizi sociosanitari, cioè la fase del cosiddetto «accreditamento» (per poter funzionare devi garantire precisi standard strutturali e organizzativi) – anni '90, a una fase in cui la qualità dei servizi che vengono offerti può essere misurata e, se in difetto, aggiustata (il cosiddetto «sistema qualità» nelle sue varie declinazioni) – anni 2000.

Non è finita: Derek Feeley, ora direttore dell'Institute for Healthcare Improvement di Boston (succeduto a Don Berwick, autentico pioniere della qualità in sanità), parla a ragione di una terza fase, in cui noi tutti siamo completamente immersi, che è quella dell'attenzione al contesto in cui si attuano gli interventi, sia che si tratti della propria famiglia, di un gruppo o di una comunità. Posso aver la miglior tecnica o il più efficace medicinale: se non tengo in considerazione, se non mi informo delle condizioni specifiche del paziente nel suo contesto di vita e della sua qualità non ottengo l'effetto desiderato. Tener conto di questi differenti registri, che sia presente uno solo o una combinazione di essi non importa, porta al maggior beneficio possibile per il paziente.

Per fare questo servono risorse? Noi abbiamo un sistema che ha raggiunto risultati in svariati campi, grazie alle risorse che sono state devolute dagli organi di indirizzo politico a livello regionale. L'impegno dichiarato è di garantirne la continuità. In primis per quanto riguarda la dotazione di personale, di professionisti che sono il vero valore di un'organizzazione così complessa come il servizio sanitario (e che conosce nel periodo attuale una fase di criticità in quanto a reale fabbisogno).

Tuttavia, la differenza che fa la differenza, in un sistema sanitario evoluto, o in altri termini, più maturo, è che gli interventi che si mettono in atto vanno coordinati tra loro, evitando inutili ridondanze e percorsi frammentati, migliorando la comunicazione tra gli operatori, e tra gli operatori e i cittadini. Questa funzione da «pivot» (che da' anche un'idea di un

lavoro di squadra) oltre che a liberare risorse, molto utili per essere utilizzate in modo più appropriato, fa bene al malato e perché no alla sua famiglia, soprattutto nei casi di incombente fragilità. Si tratta di una sfida non nuova per gli operatori nelle Asst, Ats, medici e pediatri di famiglia, sul tema della presa in carico del paziente cronico, che ha trovato impulso dalla Legge regionale 23: una volta a regime, il Piano di assistenza individualizzato (Pai) può rappresentare un concreto punto di svolta. Lì è chiaramente cruciale il coordinamento delle cure, con un riverbero significativo anche per il percorso per il paziente in fase acuta, come ben rappresentato dall'incipit del suo recente editoriale.

Quali strade? Occorre ad esempio ripensare a una formazione sul campo dei professionisti, in tutte le loro articolate qualifiche, orientata a obiettivi chiari, concreti, perseguibili, in tempi accettabili che danno risultati tangibili. Questo può voler dire rivedere gli schemi attuali, verificare se funzionano e se non funzionano avere il coraggio di intraprendere percorsi nuovi, più adeguati. Questa attività non può essere decisa a tavolino, deve poter contare su dati raccolti in forma attendibile (qui la rilevanza di avere sistemi informativi veramente tali), e con la partecipazione attiva di tutti gli operatori.

L'allineamento agli obiettivi è riconosciuto essere una buona molla per motivare le persone, soprattutto se si collega a un forte orientamento al paziente a partire da come si organizzano un ambulatorio, un reparto, un blocco operatorio, una sede territoriale, se questi sono facilmente accessibili, quanto sono tutelate le persone, se forniscono risposte in tempi accettabili.

L'innovazione tecnologica e strutturale dei piani di investimento, più che mai necessari, in un'epoca come si diceva all'inizio di grandi trasformazioni, si sposa benissimo con una rinnovata spinta motivazionale che genera il cambiamento. Ringraziandola per l'attenzione, caro direttore, le porgo cordiali saluti.

— DOTT. FRANCESCO LOCATI

ANAAO - ASSOMED

La proposta: ristrutturare le Unità operative degli ospedali

Gent.mo direttore sono Stefano Magnone, chirurgo dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e segretario di Anaa-Assomed Lombardia. Condivido fortemente l'appello da lei lanciato nell'editoriale «Senza più risorse la sanità si ammalava» pubblicato su L'Eco di Bergamo domenica 9 febbraio e vorrei condividere alcune riflessioni ma soprattutto lanciare un appello per risolvere le criticità che coinvolgono in modo particolare la Medicina d'urgenza e il Pronto soccorso della quasi totalità degli ospedali della regione, elaborando una serie di proposte con l'obiettivo di rendere sempre più efficienti gli interventi e superare l'organiz-

zazione ormai anacronistica. Il panorama assistenziale lombardo, come da lei evidenziato, presenta delle carenze e dei limiti che mette in mostra quotidianamente, in primo luogo a causa della mancanza di figure professionali adeguate. Secondo Anaa-Assomed l'emorragia di specialisti nei Pronto soccorso è generata dalla presenza di modelli organizzativi obsoleti e professionalmente poco accattivanti, ma la Lombardia ha ampi margini di miglioramento sia nel breve periodo, operando un radicale restyling del lavoro, attraverso l'apertura al soccorso extraospedaliero e al medico unico della Medicina d'emergenza/urgenza sia nel medio, aumentando in maniera importante il numero dei contratti aggiuntivi per gli specializzandi.

In ambito nazionale, esistono soluzioni nel breve periodo. Nella legge di bilancio è stata aperta la possibilità ai medici specializzandi dell'ultimo anno di accedere ai bandi di concorso in graduatoria separata, con chiamata al conseguimento del titolo, conservando le equipollenze e le affinità previste dalle norme.

Il Decreto Calabria e la sua legge di conversione (DL 35/2019 e L. 60/2019) hanno previsto l'assunzione a tempo parziale degli specializzandi, garantendo il completamento del percorso formativo della scuola di specializzazione. Attualmente il provvedimento non è operativo, ma recenti rassicurazioni fanno presagire una prossima risoluzione del problema.

Il nuovo Contratto collettivo nazionale prevede per il Pronto soccorso una maggiore remunerazione del disagio (indennità di guardia notturna). È stato messo un tetto mensile di 5 notti al mese, che imporrà riorganizzazioni e assunzioni di personale. Nel medio periodo è invece importante rivedere le equipollenze e la programmazione nazionale dei fabbisogni. Obiettivo è ridurre le equipollenze per indirizzare i medici verso la Medicina d'emergenza-urgenza. Troppe discipline hanno accesso al Pronto soccorso (Ps) e alla Medicina d'urgenza senza una reale «vocazione».

Questa è una conseguenza della vecchia organizzazione che vedeva i Ps privi di un organico proprio, e a turno i medici dei reparti coprivano i turni in Ps. Ora la disciplina è strutturata autonomamente e richiede personale dedicato sin dalla formazione specialistica post-laurea.

È quindi necessario aumentare i contratti e rivedere la distribuzione tra le varie discipline.

In ambito regionale, Regione Lombardia ha inserito nella modifica della legge 33/2009 approvata nel 2018 un finanziamento aggiuntivo a regime per contratti di formazione medica specialistica. In totale il numero di contratti finanziati da altre Regioni del Sud e del Nord, sia in termini assoluti che relativi.

Occorre quindi premere su Regione Lombardia per ulteriori finanziamenti già dal prossimo anno. In questo ambito l'offerta lombarda di specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza è am-

piamente sotto la richiesta, pertanto occorre aumentare di molto il numero di specialisti da formare.

Altro elemento di azione: aumentare le dotazioni organiche dei Pronto soccorso utilizzando le leve delle ultime modifiche normative (decreto fiscale e Mille proroghe) e eliminare le forme di contratto flessibile in essere, ormai vietate dal d.lgs. 75/2017.

La forma ordinaria di rapporto di lavoro è quella di dipendente. Fondamentale e necessaria è anche la piena immissione dei medici di Ps (a prescindere dalla specializzazione) nei servizi di emergenza territoriale, laddove ne facciano richiesta. Nella Medicina d'emergenza-urgenza non è più accettabile il modello che prevede la contemporanea presenza di chirurgo generale e internista, perché nessuno dei due ha iniziato il proprio percorso pensando a quel tipo di lavoro. Il modello più indicato è quello del medico unico con annesso reparto di degenza. Occorre pensare un percorso di medio periodo in cui si trasformano tutte le strutture di Pronto soccorso in Uoc articolate con postazioni per l'osservazione breve intensiva, con un reparto di degenza di medicina d'urgenza e con la possibilità di presenza di letti monitorizzati in funzione dei volumi e delle funzioni del presidio ospedaliero (hub o spoke secondo i modelli previsti dal decreto ministeriale 70/2015).

In questo modo i medici avranno più possibilità di gratificazione e crescita professionale, meno tendenza ad abbandonare la disciplina per «fuggire» nei reparti, più possibilità di carriera. I pazienti avranno a disposizione specialisti più competenti, formati e motivati. Dovrà inoltre essere garantita l'attività di soccorso extraospedaliero dei medici certificati Areu che ne facessero richiesta.

Si propone, sulla scorta di quanto fatto in Regione Toscana, di valutare l'indizione di procedure concorsuali per la copertura di posti a tempo indeterminato nei profili di dirigente medico nella disciplina di Medicina interna ed equipollenti, che prevedano la possibilità di assegnazione temporanea al Ps, accompagnata da un periodo di addestramento, per un periodo non inferiore a 2 anni e non superiore a 3 (salvo diversa volontà dell'interessato di prolungare la permanenza). Il periodo non potrebbe essere più propizio: nell'anno del rinnovo dei Piani di organizzazione aziendali strategici (Poas) e dell'attuazione del decreto ministeriale sugli Standard degli Ospedali, chiediamo infatti alla Regione di investire nella ristrutturazione delle Uoc (Unità operative complesse), nodi nevralgici degli ospedali lombardi, al fine di attrarre sempre più professionisti competenti, formati e motivati. Solo attraverso l'attuazione di questa progettualità si potrà garantire un'efficace medicina del territorio. Grazie per l'attenzione.

Con stima,

— STEFANO MAGNONE
SEGRETARIO
ANAAO-ASSOMED LOMBARDIA