

**Come ulteriore approfondimento sul tema dell'editoriale proponiamo un articolo, scritto da una Pediatra, la Dott.ssa Clementina Isimbaldi, che contribuisce ad un dibattito positivo e costruttivo senza limitarsi alla rassegnazione o all'accusa.**

## I fatti della clinica Santa Rita: la sussidiarietà non è solo una questione organizzativa

6

di C. Isimbaldi

Il problema della sanità italiana è innanzitutto culturale, ma inserito in una cornice istituzionale e politica di cui si deve tener conto. Il nostro tipo di sistema sanitario nazionale, istituito con la 833 nel 1978, è "universalistico", come quello anglosassone. "[...] Fino alla metà degli anni settanta, il servizio pubblico non era statale, ma fatto di ospedali costituiti come enti morali, governati localmente, e di un numero piccolo di cliniche private. Ciò rappresentava l'esito di una tradizione che, nei secoli, aveva visto nascere i servizi pubblici non dallo Stato, ma dalla iniziativa dei singoli e, più frequentemente, di forme associative, soprattutto di matrice cattolica" [...] Con la riforma sanitaria del 1978 e la successiva riforma Bindi del 1999 lo Stato (con la collaborazione delle Regioni, seppur ad autonomia limitata) si è affermato come il soggetto che definisce il bisogno di salute, la risposta complessiva a questo bisogno e come il garante verso tutti di tutta l'assistenza sanitaria necessaria (visite mediche, farmaci, ricoveri, prevenzione). La salute è divenuta un diritto (garanzia di assistenza sanitaria gratuita a tutti) come un diritto è divenuto l'ingresso alla facoltà di medicina. [...] Vi furono anni i cui gli iscritti al primo anno della sola facoltà di medicina di Milano superavano le 2.000 unità, contro i circa 4.000 studenti accettati da tutte le scuole di medicina del Regno Unito<sup>1</sup>. In Italia tra il 1960 e il 2000 il trend di crescita del personale medico è stato del 8.57% a fronte del 2-3% degli altri Paesi Europei; nel 2000 in Italia i medici sono 6 ogni 1000 abitanti a fronte dell'1-3 per mille nelle altre Nazioni Europee<sup>2</sup>. Nel 1992 viene avviato il processo di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie

Locali e degli Ospedali (viene attribuita autonomia amministrativa alle Regioni sui propri presidi, vengono introdotti i DRG - Diagnosis Related Groups - cioè il pagamento sul peso della patologia e delle relative giornate di degenza); "[...] In base alla riforma del pubblico impiego - DL 29/1993 - si è passati poi da un rapporto di lavoro di tipo pubblicistico a uno privatistico, regolato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, ma questo cambiamento giuridico non ha di fatto cambiato il vecchio modello garantista nell'attuazione da parte dei vari contratti, legati a una logica ancora formale di sistemi incentivanti (anzianità di carriera, esclusività di rapporto con il SSN). Così i medici hanno assunto l'atteggiamento del dipendente statale perché non c'è meritocrazia né remunerazione differenziata in base a responsabilità, complessità, efficacia ed efficienza delle loro prestazioni"<sup>3</sup>.

La sanità italiana oggi soffre in primis di queste due anomalie: l'evidenza che il sistema universalistico e statale non può garantire risorse adeguate a una domanda sempre in crescita (non si può garantire tutto a tutti) e la scarsa selezione all'iter di studi (nessuna verifica dell'idoneità del dottorando alla professione: umanistica, non meccanicistica!). Il sistema dei DRG ha introdotto la sottile tentazione di "gonfiare" le diagnosi per aumentare il fatturato o eseguire interventi inappropriati, là dove non si sarebbe dovuto; a tutto questo si deve aggiungere il ruolo devastante della medicina cosiddetta difensiva: il medico richiede sempre più accertamenti ed effettua interventi non appropriati per difendersi da eventuali cause legali, divenute sempre più frequenti.



Quali le possibili soluzioni? Forse non ce ne saranno mai, la sanità è un campo difficile, uno dei più complessi nella gestione. Non ci sono formule perfette. Sicuramente occorre "[...] un sistema contrattuale più flessibile che investa sulla persona come avviene in altri Paesi europei dove esistono già varie differenze nel contratto dei medici, dall'orario settimanale, ai criteri di selezione, all'esercizio della libera professione, al riconoscimento del merito e della capacità professionale (introdurre outcomes professionali, oltre che il raggiungimento dei risultati di esercizio).. In Italia e in Grecia le tipologie di contratto sono quelle del pubblico impiego; in altri (Austria, Francia, Germania, Regno Unito, Olanda, Svezia) i contratti sono privati e i criteri di selezione e il soggetto che conferisce incarichi sono diversi: in alcuni Paesi su chiamata diretta dei medici sulla base del curriculum, con contratti gestiti a livello dipartimentale. Occorre dunque abbandonare il modello contrattuale unico, garantista e con medio-basso riconoscimento economico uguale per tutti. Ma per questo anche le categorie professionali devono essere disposte a misurarsi e a farsi misurare su qualità, responsabilità e competenza. Occorre affrontare anche la questione giovanile, senza più ritardi e parcheggi dei giovani specializzandi con il blocco del turn-over del SSN; ricostruire su basi



nuove le regole del sistema e delle professioni<sup>4</sup>.

Irrrinunciabili: formazione e responsabilità professionale da parte degli Ordini, selezione di chi aspira alla laurea in medicina a partire dalla formazione pre-universitaria e dalle motivazioni umane a questa

scelta, infine recupero del tessuto culturale di riferimento già tradizionalmente solido in passato. Lo scempio che si è fatto della professione medica in Italia forse non è tale negli altri paesi europei e questo spiega il maggior rigore metodologico documentato anche nei numeri (nessuno dei paesi europei ha il 40% dei tagli cesarei come da noi).

Quanto detto sin qui sarebbe inutile se all'origine rimanesse il vuoto. Cioè se il medico, oggi, non conoscesse più lo scopo del proprio lavoro, l'origine della professione. Il motivo per cui ha scelto di lavorare per rispondere al bisogno di salute dell'uomo e, in questo, di spendere la vita.

Oggi all'origine di qualsiasi livello organizzativo sta questo, come ieri. Nessun sistema, anche perfetto, potrà supplire a questo vuoto, anche se in Italia la buona sanità che resiste lo deve proprio alle risorse umane contrarie a ridursi al ruolo impiegatizio imposto dallo Stato.

C'è da ricostruire la professione: perché la professione può esistere solo per un interesse, un amore – diciamo noi – per ciò che l'uomo è.

<sup>1</sup> G. Cesana, Il Ministero della Salute. ed. SEF Firenze

<sup>2</sup> Oecd Health Data 2002

<sup>3 e 4</sup> R.Latocca, Professioni e Sistema sanitario, Il Corriere delle opere Sanità agosto 2006

La segreteria del Collegio IPASVI  
resterà chiusa per la pausa estiva  
**dal 4 agosto al 24 agosto**



La settimana **dal 25 al 29 agosto** resterà aperta  
**solo al mattino dalle 8.30 alle 12.00**

