

**PARTIRE DAI BISOGNI DEI PAZIENTI E DALL'ASCOLTO DEGLI OPERATORI**

# Meno burocrazia nella sanità per avere decisioni più rapide

**Luigi Capra**

segretario provinciale del Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana (S.U.M.A.I.)

**P**er quanto riguarda la sanità, la strategia perseguita dal Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza) si articola in due aspetti.

Il primo: Reti di prossimità, creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della comunità e gli ospedali di comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Il secondo: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse). Nell'impiego sistematico del Fascicolo sanitario elettronico dovrebbe essere compresa la cartella clinica digitalizzata, come previsto nel 2013 dall'adozione della Tessera sanitaria elettronica, per poter fornire in tempo reale a tutti gli operatori sanitari lo stato della salute delle persone.

Riprendo dalla pagina 225 del Pnrr un testo molto significativo. "La Casa della comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa

della comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali". Per realizzare questo programma è necessaria una profonda riorganizzazione della medicina territoriale, adottando dei criteri di responsabilità, coinvolgendo tutto il personale nella gestione e nel coordinamento dei servizi sanitari. Bisogna poi attivare una valutazione obiettiva dell'attività degli operatori e dei dirigenti in modo circolare, secondo il criterio di reciprocità. Infine tutti i dati delle attività sanitarie devono essere accessibili a tutti gli operatori e a tutti i cittadini, secondo il criterio della trasparenza.

Attualmente l'organizzazione del personale sanitario segue uno schema verticistico con una rigida suddivisione tra medici ospedalieri, medici del territorio, infermieri, amministrativi, ecc.: ogni categoria sanitaria dipende dalla propria struttura gerarchica centralizzata dell'Ausl, con il risultato di lunghi percorsi decisionali burocratici che penalizzano l'efficienza e la rapidità di tutto il servizio sanitario. Bisogna invece organizzare il personale della medicina territoriale in modo "orizzontale", accorciando la "catena di comando", per ridurre i tempi dell'adozione delle decisioni, rendendole più coerenti con i bisogni degli operatori sanitari e anche per respon-



dere in tempo reale alle esigenze dei cittadini-pazienti.

Per realizzare la "medicina dell'iniziativa" si deve partire dai bisogni dei pazienti, passare attraverso la valorizzazione e l'ascolto del personale sanitario, a sua volta inserito nei teams multiprofessionali autogestiti, con una dirigenza apicale unificata per medici, paramedici ed amministrativi. Co-

si l'organizzazione dei servizi sanitari diventa "orizzontale", superando l'attuale organizzazione "verticale", che vede gli addetti al medesimo servizio alle dipendenze di dirigenti diversi di strutture che vanno per conto proprio e in cui prevalgono le esigenze della burocrazia amministrativa su quelle dei servizi sanitari.

Per umanizzare le cure sanitarie è indispen-

sabile impostare i rapporti tra il personale addetto al servizio sul principio di reciprocità, valorizzando così le "risorse umane", che sono il capitale più prezioso di ogni azienda, pubblica o privata che sia. La prospettiva di coordinare i servizi sanitari e sociali con la formazione di teams multidisciplinari, indicata dal Pnrr, è corretta e condivisibile e il modo per realizzarla è quello di attivare subito e su tutto il territorio nazionale le forme organizzative con le rispettive figure di coordinamento previste nella legge Balduzzi 189/2012, art. 1, come le Aft (Aggregazioni funzionali territoriali), che sono mono-professionali e che comprendono un'area di pertinenza di 30.000 abitanti e le Uccp (Unità complesse cure primarie) che sono unità multiprofessionali che operano in forma integrata. I coordinatori delle Aft e delle Uccp dovrebbero mantenere la propria attività clinica e dovrebbero essere scelti non su base fiduciaria dai dirigenti aziendali, ma dai colleghi secondo il principio di co-governance, per responsabilizzare e coinvolgere attivamente il personale nella gestione dell'attività. Per garantire l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario, tutti i professionisti della sanità dovrebbero misurarsi con l'autovalutazione e il confronto con le performance lavorative dei colleghi, promuovendo la valutazione qualitativa, utilizzando indicatori di struttura, di processo, di esito e di gradimento, conoscendo così, oltre alla quantità, anche la qualità delle prestazioni erogate. Bisogna valorizzare anche il gradimento dei pazienti, avvalendosi della professionalità di esperti e coinvolgendo i rappresentanti degli operatori sanitari, che devono poter valutare anche il supporto logistico e amministrativo fornito dalla struttura organizzativa ai servizi di loro competenza. L'obiettivo di tutto il sistema valutativo, realizzato in modo trasparente e "circolare", deve essere quello di promuovere il miglioramento, autodeterminato o indotto, delle prestazioni erogate e del rapporto, oggi sempre più difficile, tra operatori sanitari e utenti.