

In odore di sanità

Il recente scandalo del Policlinico Umberto I di Roma ha confermato le opinioni che, nel corso degli anni, abbiamo maturato circa il funzionamento delle strutture sanitarie italiane, sia da un punto di vista “interessato” di pazienti sia da quello più “neutrale” e, sotto certi aspetti privilegiato, di studenti di Medicina, osservatori attenti e, speriamo, critici durante l’apprendistato. Tali opinioni sono confluite in riflessioni di più ampio respiro che rientrano in una critica all’intero modello politico-economico sviluppatista al quale fiduciosamente si ispirano le attuali politiche sanitarie del nostro Paese.

Tanti fattori, chiaramente in contrasto con l’assistenza sanitaria, appartengono a questo modello, espresso chiaramente dall’avvenuta assimilazione della Sanità ad attività economica con trasformazione dell’Ospedale in Azienda Ospedaliera. Tra questi fattori troviamo: riduzione dei costi; depersonalizzazione dei pazienti e dei sanitari; concorrenza fra le diverse strutture basata su di un’immagine artificiale creata con strumenti di marketing.

Riduzione dei costi

Tradizionalmente ottenuta mediante ottimizzazione delle spese. Questo processo è di per sé necessario ed auspicabile in un contesto di risorse limitate. Si esprime però, a nostro avviso, in una logica di facciata che porta inevitabilmente all’inefficienza dei processi e soprattutto della conservazione dei beni durevoli. Ciò ha come risultato la necessità di enormi investimenti pubblici per ricostruire ex novo quello che poteva essere conservato con una manutenzione razionale, solo apparentemente più onerosa. Da un punto di vista economico si fa pesare un costo aziendale (manutenzione) sulla collettività (ricostruzione), mantenendo il bilancio dell’azienda ospedaliera in pareggio ma spendendo molti più soldi pubblici. Senza contare che spesso gli stanziamenti vanno a favore di “spese di rappresentanza” (dalle boiserie degli studi dei primari ai computer portatili ultimo modello) e di incentivi sui maxistipendi dei direttori. Fra i costi, inoltre, non vengono mai conteggiati quelli sociali che quindi tendono ad aumentare in maniera incontrollata. I provvedimenti, poi, difficilmente tengono conto del rispetto dell’individuo, altro elemento fondamentale dell’assistenza sanitaria.

A livello di sistema sanitario uno dei metodi per “risparmiare” più utilizzato è l’accentramento delle strutture. Questa pratica si basa sulle economie di scala: aumentando la quantità di merce (cioè di pazienti) i costi fissi incidono meno su ogni pezzo che quindi costa meno. A prescindere dall’odiosità di considerare i pazienti alla stregua di merci, bisogna anche tenere presente che sopra a certe dimensioni i costi fissi tendono ad aumentare notevolmente. Inoltre, come affermato a propria discolpa da dirigenti dello stesso Policlinico, è impossibile controllare adeguatamente i processi che si svolgono in strutture troppo grandi. La mancanza di controllo si concretizza sempre in sprechi (quindi aumento dei costi e riduzione della produttività).

Nel singolo ospedale è invece una pratica ormai consolidata quella dell’*outsourcing*, o esternalizzazione, cioè l’affidamento di alcuni processi aziendali ad altre imprese. Nel caso degli ospedali vengono affidati a cooperative servizi di pulizia, mensa dei dipendenti, refezione dei degenti, manutenzione e anche interi uffici. Questo fenomeno ha pesanti ripercussioni sulla qualità del lavoro che viene prestato da pochi lavoratori (il cui numero esatto è però ignorato dai vertici aziendali), spesso sfruttati e sottopagati, talora con specifiche istruzioni di eseguire le attività in modo formalmente ineccepibile ma sostanzialmente superficiale (come pulire tre piani con un solo straccio senza cambiare acqua nel secchio). Inoltre, come ampiamente discusso e dimostrato dalla trasmissione “Report”, i costi per l’Azienda Ospedaliera, non diminuiscono, anzi, aumentano. Il risultato è quello di ridurre l’impiego a tempo indeterminato a favore di quello precario; il primo consente di istruire adeguatamente i

lavoratori che possono così dimostrare una vera professionalità, ricavando soddisfazione dalle proprie mansioni; il secondo si rivela invece più costoso, meno efficiente e più soggetto a fatti di corruzione e clientelismi, oltre che fonte di frustrazione per chi lo subisce. Riteniamo che nei confronti della collettività chi favorisce questo sistema dovrebbe rispondere sia per il degrado del mercato del lavoro sia per il degrado delle strutture sanitarie.

Depersonalizzazione

I rapporti interpersonali fra dipendenti e fra sanitari e pazienti vengono ridotti a semplici interazioni burocratiche, con l'alibi di una gestione più razionale. In realtà così si favorisce l'intercambiabilità dei lavoratori (e quindi il precariato più spinto) con disaffezione alla propria professione e crescente divario fra dirigenti (fra cui i rapporti interpersonali valgono eccome) ed esecutori.

Il paziente viene inserito in una definizione di utente caratterizzato da necessità ed aspettative standardizzate, il cui soddisfacimento rappresenta una funzione statistica di efficienza e non lo scopo istituzionale.

La mancanza di integrazione fra le attività ospedaliere conduce allo svolgimento caotico delle stesse con conseguente perdita di efficienza e di efficacia, creando disagi ai pazienti ed ai visitatori con una riduzione della qualità del servizio offerto. Risultano lampanti al riguardo i casi descritti nell'articolo di F. Gatti sull'Espresso. La pulizia dei reparti durante gli orari di massima attività e di afflusso di visitatori non risulta soltanto vana, ma comporta anche la diffusione di contaminanti da un reparto all'altro (senza contare il percorso ospedale-bar e ritorno, spesso compiuto dalle calzature dei sanitari!). Questo problema, impensabile con personale di pulizia dipendente dalla struttura, si può far risalire alla mancata coordinazione tra cooperative sottodimensionate e azienda ospedaliera.

La frammentazione del lavoro, inoltre, sfocia in una deresponsabilizzazione generale in cui vengono trascurati semplici interventi manutentivi o segnalazioni ove esista un problema, in quanto di altrui (ma di chi?) competenza (ne sono esempio le feci parcheggiate per giorni nel corridoio del solito Policlinico).

In questo quadro di disordine tendono ad emergere comportamenti individuali censurabili e l'inclinazione alla inosservanza delle regole (come ad esempio il fumare sfacciato in aree di divieto o, peggio, in faccia ai pazienti) fino al trascurare definiti obblighi professionali e norme di sicurezza (materiali pericolosi lasciati in zone non sorvegliate o, esperienza personale, stupefacenti dimenticati in padiglioni abbandonati) e di igiene (provette in bilico su davanzali di finestre aperte al piano terra, lavaggi saltuari e approssimativi delle mani).

Marketing

La soluzione universalmente adottata per questi problemi è il marketing. Convincere l'utente che i disagi sono solo temporanei (e forieri di ammodernamenti vari), creare una falsa immagine per i mass-media, attribuire qualunque difetto di funzionamento all'insufficienza delle strutture, scaricando così su altri enti la responsabilità di ciò che non va nell'ospedale. Con questa moderna metodica è possibile rimandare la soluzione dei problemi a tempo indeterminato, facendo lievitare i costi per la società, continuando però a nutrire il sottobosco clientelare, fare bella figura in televisione (salvo in alcune trasmissioni!) e portare a casa un bello stipendio.

Come la pubblicità dei prodotti di uso corrente, il marketing ospedaliero deve intontire leggermente la sua vittima e poi farle desiderare il prodotto. Il primo obiettivo viene raggiunto dal labirinto di corridoi che si devono percorrere per raggiungere il reparto cercato, condito dai cartelli fallaci o incompleti che rendono più "divertente" la ricerca. La temperatura dell'ambiente (caldissimo d'inverno e freddissimo d'estate) completa l'opera. Il secondo scopo può essere raggiunto in modo più subdolo attraverso un sapiente uso delle notizie sulla malasanità: gli episodi peggiori avvengono sempre

nei piccoli (e poveri) ospedali di provincia (che compiono così un altro passo verso lo smantellamento). Le grandi scoperte e i grandi interventi avvengono invece nei grandi centri, che dimostrano sistematicamente la loro occasionale eccellenza.

Il passo successivo al dominio sull'utente è la possibilità di dirigerne la domanda di salute. Scatta qui la concorrenza sui nuovi esami, nuovi trattamenti d'avanguardia costosissimi (e non necessariamente efficaci anche se vengono dall'America) che penalizza ancora una volta i piccoli ospedali.

Il medico

In questo contesto manageriale compare nella Sanità una figura che non esiste nelle altre imprese: il Medico. Il suo ruolo principale dovrebbe essere la tutela della salute e del benessere dei suoi pazienti, anche i contrasto con gli interessi dell'azienda. In realtà, come tanti esempi della cronaca confermano, spesso anche il medico rientra nella macchina del marketing, privilegiando l'apparenza rispetto al paziente. E' triste vedere patetici baroni negare fatti disdicevoli (magari davanti alla documentazione fotografica), invocando il silenzio per non screditare l'istituzione sanitaria.

Questi comportamenti sono incoraggiati dai vari livelli dirigenziali dell'azienda ospedaliera, livelli in cui si diluisce fino a sparire qualunque responsabilità per le decisioni di politica aziendale (uniformando così gli ospedali alle altre aziende pubbliche italiane). D'altro canto anche il tanto decantato "settore privato" non dimostra certo l'efficienza di questo modello. Non è un caso se le grandi aziende italiane sono perennemente in fase di ristrutturazione foraggiata dai contributi pubblici.

La conseguenza però più grave di questo stato di cose è l'effetto devastante sui numerosi medici che per poter curare i propri assistiti devono combattere prima contro il sistema che contro la malattia. E' facile quindi capire lo scoraggiamento che regna nelle professioni sanitarie, martirizzate dalle frustrazioni oltre che dal degrado materiale dell'ambiente di lavoro; ed è intuibile il disorientamento degli studenti che in questa realtà disintegrata faticano a formarsi professionalmente e umanamente. In queste condizioni, infatti, è oltremodo difficile trovare un Maestro che possa trasmettere il proprio patrimonio culturale ed etico. In gioco, quindi, c'è la salute di oggi e anche di domani.

Il nostro sogno

Tirando le somme di questa critica, pensiamo occorre riformare prima di tutto la figura del medico, dalla cui metamorfosi scaturirebbe un circuito virtuoso che trasformerebbe profondamente tutto il sistema sanitario. Proviamo ad immaginarlo in una visione guidata dalla Decrescita e in parte ispirata ai Centri medici di Emergency.

Studiamo medicina in un piccolo ospedale che serve una rete di comunità rurali. Ci sono due reparti di degenza (medico e chirurgico) con vari servizi specialistici ed ambulatoriali. L'edificio a due piani è circondato da un grande parco in cui i pazienti, oltre che a passeggiare, possono praticare orticoltura e giardinaggio, attività inserite nell'ambito del piano terapeutico. Orto e frutteto garantiscono anche parte dell'approvvigionamento della mensa che fornisce pranzi personalizzati per ogni paziente e dipendente. Nell'ospedale trovano posto dei laboratori, debitamente insonorizzati, di manutenzione e costruzione degli strumenti medici e degli arredi delle camere. Al piano terra vivono le due famiglie dei custodi che, conoscendo perfettamente tutta la struttura, coordinano la squadra di manutenzione, dotata delle attrezzature per mantenere in perfetto stato gli impianti e i fabbricati. In una casetta autonoma vive il giardiniere, sempre disponibile a dare consigli ai pazienti o agli studenti impegnati nella coltivazione. Le operazioni agricole sono effettuate esclusivamente con silenziosi mezzi meccanici manuali nel rispetto della quiete. Competenza dei medici è l'orto botanico da cui si ricavano le erbe usate dalla farmacia per produrre alcuni fitoterapici.

La costruzione, impostata a criteri di bioedilizia, garantisce comodità ai pazienti allettati e spazi di socializzazione accessibili anche ai visitatori. La presenza dei parenti non è regolata a priori ma è sottoposta al giudizio del medico e alla richiesta dei ricoverati. Nei due reparti c'è una cucina a

disposizione dei parenti che possono preparare piatti particolari con cibo portato da casa. E' prevista la possibilità di pernottamento vicino al familiare malato. A volte la presenza dei familiari consente di ridurre il carico lavorativo degli infermieri.

I medici rappresentano la colonna portante dell'ospedale. Oltre al ruolo clinico, infatti, sono i garanti del benessere degli assistiti. Controllano quindi in prima persona il lavoro di tutto il personale sanitario ed ausiliario, definendo modalità e tempi in cui le varie attività devono essere svolte. In questo modo le pulizie vengono svolte (diligentemente) prima della visita e il pasto viene portato (caldo) a debita distanza dalla medicazione. L'autorevolezza del medico è alimentata dal rigore morale e dalla sobrietà dello stile di vita. Verso il primario nutriamo tutti una profonda ammirazione, sia per le capacità cliniche maturate nel corso degli anni, sia per le innate doti di umanità e sensibilità che instancabilmente cerca di trasmettere a noi studenti, grazie anche alla sua vasta cultura. Proprio questa rappresenta un requisito necessario per accedere alla facoltà. Oltre ad insegnare, i professori si preoccupano di indirizzare le capacità naturali degli studenti per esaltarne la professionalità e le doti umane, che possono svilupparsi al meglio solo in un ambiente privo di tensioni e di forzature. Questo rapporto stretto non va però a intaccare la devozione verso i medici. Si lavora quindi in un clima disteso, collaborativo, di profonda stima e fiducia reciproca, che nasce proprio dal rispetto delle regole e dell'autorità. La soddisfazione professionale (che si sviluppa in questo ospedale) sostituisce in parte le gratificazioni economiche, considerate indispensabili in passato, e conforta la convinzione di far parte di un gruppo sì privilegiato, ma tenuto comunque a servire il prossimo con gioia.

I pazienti vengono ricoverati su richiesta dei medici di famiglia oppure giungono dal Pronto Soccorso. Al momento del ricovero viene compilata una cartella clinica che lascia ampio spazio alle impressioni del medico, la cui accurata analisi consente spesso diagnosi inaspettate. Il reparto chirurgico è in grado di affrontare le più comuni patologie. Malattie rare vengono trattate da equipe itineranti specializzate. Gli esami o gli interventi più complessi vengono invece praticati in Centri Regionali che garantiscono però solo una breve degenza che deve poi essere completata fino alla riabilitazione nella nostra struttura. Tutte queste procedure sono eseguite sotto la responsabilità e la supervisione di un unico medico curante. Il ricovero si conclude con una riabilitazione basata su fisioterapia prima ed ergoterapia poi, sfruttando i laboratori artigiani e soprattutto l'orto dell'ospedale. In questo modo ai pazienti portatori di invalidità si garantisce un nuovo inserimento sociale. La visione del verde dalle finestre delle camere è rilassante e agisce favorevolmente sul decorso delle malattie. Prima delle dimissioni il paziente è invitato a sostenere un colloquio con un medico che deve raccogliere le impressioni sul ricovero, pareri sull'operato dei colleghi ed eventuali necessità particolari del paziente una volta tornato a casa, queste ultime da trasmettere al medico di famiglia. La collaborazione con questa importantissima figura è comunque continua per tutta la durata del ricovero.

La ricerca medica è impostata al benessere dei pazienti ed è attuata senza finanziamenti esterni; le conoscenze sono libere e non coperte da brevetto; vi è grande condivisione di informazioni e notizie tra tutti i centri ospedalieri. Gli esperimenti su animali sono stati abbandonati già da tanti anni. Più che nuove terapie si lavora per trovare le cause delle malattie al fine di poter mettere in atto efficaci interventi preventivi sulla popolazione. Questi ultimi sono coordinati e gestiti dai medici di famiglia che godono della piena fiducia degli assistiti. In quest'ottica di prevenzione si inserisce il ruolo del medico nella tutela dell'ambiente, condizione necessaria per la salute e il benessere della persona.

Laura e Riccardo

Fonti:

<http://espresso.repubblica.it/dettaglio/Linferno-nellinferno/1481447&ref=hpstr2> - L'articolo di Fabrizio Gatti pubblicato su L'Espresso

<http://www.la7.it/news/videorubriche/dettaglio.asp?id=819&tipo=13> - la puntata di Otto e Mezzo sull'inchiesta di F. Gatti

http://www.report.rai.it/R2_popup_articolofoglia/0,7246,243%255E1069028,00.html - la puntata di Report sulle esternalizzazioni

<http://www.emergency.org> – Il sito di Emergency

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-Noncommercial 2.5 Italy License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/> or send a letter to Creative Commons, 543 Howard Street, 5th Floor, San Francisco, California, 94105, USA.