

Corrado Bedogni direttore generale, parla di medici, infermieri, Amos e del futuro insieme all'Asl

Così funziona il Santa Croce

"Le liste di attesa dobbiamo eliminarle ma non possiamo dare tutto e subito"

Cuneo - Corrado Bedogni, 62 anni, è il direttore generale dell'Aso Santa Croce e Carle. Nelle nuove nomine dello scorso anno, volute dall'assessore regionale Antonio Saitta e dal direttore generale della sanità del Piemonte, Fulvio Moirano, Bedogni ha preso il posto di Giovanna Baraldi, trasferita ad Alessandria. Per lui, ligure di nascita ma cuneese di adozione dal 1986, è "un ritorno a casa", sono sue parole, dopo aver diretto l'Asl 3 di Genova (quattro ospedali e 750 mila persone) per quattro anni. Un ritorno a casa perché Bedogni si sente cuneese e conosce bene sia il suo vecchio ospedale dove era già stato direttore sanitario, ma anche l'Asl cuneese di cui fu, dal 2008 all'unificazione delle tre vecchie Asl 15, 16 e 17, di Cuneo, Mondovì e Savigliano, il primo direttore unico. Fu lui ad inaugurare il nuovo Ospedale di Mondovì.

Nel suo ritorno a casa quale ospedale ha ritrovato?

È un gradito ritorno, cercato e sperato. Ho trovato un'azienda in buone condizioni, certo con le difficoltà di una Regione in Piano di rientro, che significa un ospedale che fa tanto, che è riferimento di tutto il territorio ampio ma che arriva da quattro anni di blocco delle assunzioni e di obblighi stringenti. In questa città e in questa provincia la gente ha una cura e un'attenzione particolare alle proprie cose, specie quelle pubbliche, e considera il Santa Croce un "pezzo" da tenere e custodire gelosamente. È una bella cosa, unica, impensabile in una grande città, anche se, di conseguenza, siamo molto controllati.

La sanità piemontese un malato che è ancora in convalescenza

Quale è lo stato di salute della sanità piemontese dopo le cure di questi anni?

È in convalescenza. Entro maggio usciremo dal Piano di rientro imposto da Roma, non abbiamo risolto tutto ma il Piemonte si è finalmente dotato di strumenti chiari con gli atti aziendali, che garantiranno un'organizzazione più snella e adatta ai tempi e alle esigenze.

Significa che la sanità pubblica ha rinunciato al suo ruolo a favore di quella privata?

Assolutamente no. Fortunatamente il nostro sistema sanitario è universalistico e curarsi è un diritto garantito dalla Costituzione. Ci confrontiamo sempre con le risorse economiche e, ora, sono poche, ma abbiamo obbligo di un servizio per tutti: declinare servizi rispetto alle risorse in campo, è il compito che spetta alle aziende.

Lo state facendo?

Stiamo lavorando in questo senso, non tanto nel tagliare, ma implementando dove si può e si deve, puntando all'appropriatezza degli interventi e degli esami, coinvolgendo anche la responsabilità di chi prescrive gli esami. Il sanitario è un sistema che costa e se non c'è l'apporto di

tutti, si moltiplicano i costi, si diminuisce la qualità e si allungano le liste di attesa.

Le liste di attesa un problema che c'è e che è da risolvere

Alcune liste hanno tempi di attesa a doppia cifra. Esempi: per una colonscopia in gastroenterologia a Cuneo bisogna aspettare 271 giorni, per un'ecografia articolare in radiologia 189 giorni, per la prima visita oculistica 143 giorni! Sono dati reali, non una sensazione dei cittadini che pretendono subito e anche di scegliere dove. È possibile per un'azienda che vuole rispondere alle richieste dei suoi utenti?

Il problema c'è. Tutto a tutti subito non possiamo darlo. Dobbiamo constatare che la nostra attività non può soddisfare tutta la richiesta. A Cuneo nel 2014 si sono fatte 2.333.494 prestazioni ambulatoriali, quasi 9 mila al giorno, 79.718 passaggi in Dea, 24.074 ricoveri 20.412 in day hospital, 22.396 interventi chirurgici e tra le liste di attesa che ha citato, 7.368 risonanze magnetiche, 28 al giorno, 2.631 gastroscopie, e 5.293 interventi oculistici di cui 3.063 cataratte. Numeri che dicono una mole di lavoro enorme. Ma evidentemente non basta. Negli anni scorsi l'attenzione sulle liste di attesa non c'è quasi stata, c'erano altri problemi, ora è diverso c'è una presa di posizione chiara della Regione e adesso sono tra le nostre priorità, il problema di direttori e aziende. Un problema non facile. All'Aso però, sono sempre i dati che parlano chiaro, e sono stati verificati dalla Regione, sull'urgenza e la classe B, di attesa breve, la risposta c'è e nei tempi previsti: sull'urgenza entro le 72 ore nel 100% dei casi e nell'altra entro i 15 giorni per il 95 dei

casi. Rimane il serio problema di chi deve aspettare.

Per questo state correndo ai ripari? E come?

Ci stiamo lavorando seriamente in tempi di risorse limitate con la scelta di obiettivi più stringenti e risorse mirate e personale in più dove serve, sempre nei limiti di medici e infermieri che non possono aumentare di molto. Tra tagli, la norma delle 11 ore e l'aumento delle attività, tutto si complica di più e sembra andare in direzione opposta all'abbattimento delle liste di attesa. Ma ci stiamo attrezzando, anche se c'è un altro tipo di problema: se aumenti l'offerta aumenta il lavoro e le liste non si prosciugano. Cuneo è attrattiva già di per sé e se aumenti tanto l'offerta aumenteranno anche gli arrivi dalle altre aziende. Dobbiamo fare di più certamente, ma lavorare su appropriatezza e in sinergia con l'Asl, gli altri ospedali del territorio, e i prescrittori di esami che sono i medici di base. C'è poi il problema dell'overbooking, cioè la sovrapprenotazione, con utenti che si prenotano in tutti gli ospedali aspettando il primo che arriva, o meglio aspettando un posto a Cuneo.

Dovremo lavorare meglio come Cup, (centro di prenotazione unico) provinciale. Poi credo che per mantenere il sistema universalistico si dovrà necessariamente andare verso l'aumento di certe prestazioni pagate all'interno di garanzie certe per l'utente e per chi non può farlo. Comunque noi daremo degli obiettivi di budget molto chiari sull'abbattimento delle liste di attesa. Questi sono gli strumenti che abbiamo in mano oggi.

Anche sulle sale operatorie avete avuto ultimamente qualche problema?

La norma del 25 novembre sul riposo sta creando problemi soprattutto agli infermieri, anche per un problema di vecchi accordi sindacali che sono venuti meno. I problemi in effetti si verificano soprattutto sulle sale operatorie che hanno patito di più la riorganizzazione e i nuovi orari. Alcune riduzioni sono state fatte ma non possiamo perdere attività soprattutto sui tumori, operazioni che non possono essere rimandate. Abbiamo problemi sui tumori alla mammella perché il cambio di orari in dicembre ha portato al 20% delle sedute in meno. Ristabilirimo la situazione ma dovremo trovare risorse riorganizzando l'attività e accorpando le sale operatorie, avendo sempre meno piccole équipe che è difficile mantenere.

Infermieri che mancano e medici nel pubblico che fanno altro

E sugli infermieri? Le lettere pubblicate su La Guida individuano un problema di numeri e di competenze. Cosa state facendo?

Ognuno è libero di esprimere le proprie opinioni ma non è proprio tutto come è stato scritto. Le Aso sono in assoluto le aziende più complesse da gestire nel mondo del lavoro. Il Santa Croce ha 2300 dipendenti e dopo l'Asl Cn1 è la più grande azienda cuneese, con 400 medici, 1500 infermieri 160 amministrativi e i vari tecnici. È cioè un'azienda complessa di professionisti diversi che, ognuno nella propria autonomia e specificità, deve lavorare insieme. È necessaria una catena di comando e la direzione deve essere trasmessa dall'indirizzo dell'azienda. Ma tutti lavorano e non è vero che tra gli infermieri ci sono più generali che soldati: l'8,5% dei medici è primario o ha una posizione dirigenziale; tra gli infermieri solo il 5%. La complessità anche del lavoro infermieristico ha necessità di una dirigenza che è da poco che è stata introdotta, e che si sta in gran parte ancora formando. Altro anacronismo è pensare che il medico debba "comandare" anche l'infermiere così come non basta essere più vecchi per automaticamente avere diritto a dirigere. I tempi sono cambiati: non si può pensare alla vecchia maniera in cui i medici gestivano gli infermieri, e dall'altro fronte, viva la meritocrazia e le competenze. La professionalità degli infermieri si sviluppa con autonomia in collaborazione con

le altre figure con cui è chiamato a lavorare. Tutto va ricondotto a una cornice organizzativa e l'azienda ha scelto che nel dipartimento ognuno sia autonomo ma ci sia comunque una gerarchia, e il direttore medico è gerarchico sul coordinatore infermieristico, ma ognuno ha compiti propri.

Sul fronte medico non c'è un problema di alcuni medici sovraccarichi di lavoro in ospedale e altri che invece si dividono tra libera professione e lavoro in ospedale? Non sarebbe il caso di regolare maggiormente e controllare di più?

Il problema c'è ma non possiamo andare contro la legge. I medici possono lavorare negli ospedali e allo stesso tempo fare attività privata. Sia chiaro, io sono contento come direttore che i miei medici siano professionisti ben pagati e ricercati perché vuol dire che la mia azienda ha i migliori della piazza, ma questo non toglie che ci voglia un controllo serio. Questa attività va controllata e verificata e deve essere coerente con gli obiettivi dell'azienda. L'attività libero professionale (che si svolge in modo privato ma all'interno di regole dell'azienda che controlla tariffe, modalità del servizio, luogo e legami con l'attività dell'azienda, ndr) deve essere incasellata in regole precise e per fissarle useremo le leve del budget, verificando attività svolta e liste di attesa. A Cuneo il problema c'è, soprattutto tra i grandi specialisti, dall'oculistica alla plastica, ma i cosiddetti extra moenia (i medici che sono dipendenti dell'ospedale dove fanno le loro ore di attività ma allo stesso tempo, senza obblighi e senza agganci con l'azienda pubblica, svolgono l'attività privata anche in cliniche e centri staccati, ndr) sono comunque pochi.

In questa carenza di personale, c'è un regolamento, attivato dal suo predecessore, che vieta l'attività di medici volontari e studenti. Non è un controsenso?

Sì c'è, e credo sia stato adottato a seguito della legge Madia. Regolerebbe la presenza di medici in pensione a livello volontario nei reparti per non più di un anno. È una cosa che rivedrò perché l'ospedale è un posto anche di cultura e dunque ci devono essere spazi e tempi regolati anche per ex medici o studenti volontari.

Amos da specializzare e da potenziare anche a Cuneo

Siete soci con le Asl, di Amos. Incrementerete i servizi affidati alla società o ci state ripensando?

Amos è un modello che funziona piuttosto bene. È una società pubblica di diritto privato con meccanismi dunque più agili del pubblico puro. Amos va utilizzata per le cose che sa fare e non per tutto, e su queste cose va potenziata. Si deve sempre più specializzare in servizi utilissimi per la sanità pubblica, a partire dalla logistica. Oggi garantisce



su quel che fa una buona resa e buon servizio, in alcuni casi anche ottimo direi. Noi come soci credo dobbiamo chiedere ad Amos, che oggi ha mille dipendenti, questo, poi sarà la Regione a definirne limiti e mansioni.

È vero che affiderete all'Amos la vostra casa di cura, la struttura della libera professione dove si va a pagamento all'interno dell'ospedale?

Stiamo ragionando su un'ipotesi simile, che sia Amos o qualche altro soggetto esterno. Questo ci permetterebbe di non perderci, recuperare risorse e recuperare personale da utilizzare nel resto dell'ospedale: almeno dieci infermieri e sette oss. Stiamo valutando anche l'ipotesi, già molto frequente negli ospedali della Lombardia, di offrire la possibilità di essere ricoverato in posti letto dove il privato paga solo il trattamento alberghiero. Ma ci stiamo ancora lavorando.

Riceviamo molte segnalazioni di problemi nei day hospital dell'oncologia, legati alle attese, alla disorganizzazione e agli spostamenti continui al Carle. Cosa pensa di fare?

In questo caso non ci sono problemi di personale, forse ci sono questioni logistiche, ma nello specifico non saprei rispondere. Mi riprometto di verificare e intervenire.

Il problema dei due plessi di Cuneo e il sogno ospedale unico

La questione dei due plessi ospedalieri rimane un problema e crea disagi organizzativi. È solo un sogno un nuovo ospedale unico?

L'azienda su due plessi ha costi maggiori e problemi organizzativi, ma il Santa Croce più di così non può fare perché i locali scarseggiano. Sono stati anni difficili di riorganizzazione e ristrutturazione che in parte continueranno ma credo andremo verso le soluzioni più adatte agli utenti. Io penso a due ospedali diversi, uno con elevata intensità di cura e l'altro con minor intensità. Ci stiamo lavorando e dovremo decidere cosa fare, dove mettere e che cosa. Siamo seri e realisti l'ospedale unico sarebbe la soluzione migliore ma è impensabile oggi. Abbiamo dunque il dovere di tenere e far funzionare bene quello che abbiamo.

Ma vuole ritornare al modello intensità di cura, che è stato un fallimento nella sperimentazione degli ultimi anni?

Assolutamente no, l'intensità di cura non funziona così come è stata provata, anche perché deve esserci una struttura adeguata di supporto. Sto pensando a due ospedali diversi, per risposte sanitarie diverse.

Asl e Aso si lavora finalmente insieme per l'unificazione

Lei ha una storia lunga di gestione di tutte le realtà sanitarie del territorio, del Santa Croce prima e dell'Asl Cn1 dopo. È stato scelto per unificare Aso-Asl?

Un mandato vero e proprio dalla Regione non c'è, ma oggi le nostre aziende sono liquide non c'è più una netta distinzione e divisione. Per questo abbiamo messo in comune gli atti aziendali, e questo la Regione lo ha chiesto, con servizi, amministrativi e man mano sempre più sanitari, con tanti percorsi diagnostici e terapeutici in comune. Pensiamo a un'eliminazione dei confini perché le due aziende devono parlarsi. L'importante è che ci sia una regia che governi tutto questo passaggio e con Magni (direttore generale Asl Cn1, ndr) lo stiamo facendo. Il lavoro sulle liste di attesa è un chiaro esempio di questa volontà di collaborazione.

Cioè?

Prenotazione comune, liste di attesa condivise per evitare doppi o triple prenotazioni, e anche sui malati cronici stiamo elaborando un progetto comune che coinvolga i medici di medicina generale per creare dei corridoi preferenziali per i malati di malattie croniche, dal diabete allo scompenso cardiaco per capirci, perché le loro visite necessarie non risultino sempre prime visite e non vadano a rimpolpare le liste di attesa.

Cambi in vista per il personale amministrativo?

Uniremo le competenze sul personale amministrativo di Asl e Aso per lavorare meglio e risparmiare, ognuno rimanendo dipendente delle proprie aziende: il Sid, sistema informativo direzionale, e gli acquisti rimangono in capo all'Aso, il personale e il legale all'Asl Cn1. Anzi il legale sarà un servizio unico per tutta la provincia, anche con l'Asl Cn2.

Quali sono i rapporti con l'Asl Cn2?

Pochi, pochissimi. Stiamo lavorando con l'Asl Cn1 del nostro territorio, ma l'altra Asl è... un'altra repubblica.

Massimiliano Cavallo