

IL MAGGIOR BENE COMUNE

*Considerazioni personali sui problemi emergenti.
(25-09-02; ante Legge Finanziaria 2003)*

Dalla lettura della documentazione raccolta, tutta rigorosamente ascrivibile a fonti ufficiali, recuperabile dal sito Internet del Ministero della Salute, assolutamente priva di commenti, è possibile analizzare l'elaborato governativo.

Gli spunti più discutibili, in contrasto con una visione di società che vede la tutela del più debole, come dovere imprescindibile a cui lo Stato non può sottrarsi, sono:

- 1) il riassetto del sistema sanitario pubblico, così come si verrebbe a definire;
- 2) i Livelli Essenziali di Assistenza;
- 3) i correttivi strutturali proposti per affrontare l'emergenza: "invecchiamento della popolazione";
- 4) l'affidamento dell'attuale sistema sanitario ad alternativi o coesistenti sistemi sanitari privati.

1. Il sistema sanitario pubblico: realtà e prospettive paventate.

Così com'è oggi articolato, il sistema sanitario nazionale, offre gratuitamente, o a basso onere contributivo da parte dell'assistito, tutte le prestazioni diagnostiche terapeutiche indispensabili per il benessere del cittadino.

Il grado qualitativo di bontà sanitaria raggiunto in Italia è certamente elevato, se confrontato ad altre realtà anche europee.

Sono tuttavia registrabili ampie variabilità nella qualità delle prestazioni, osservabili con carattere geografico, talora avvertibili all'interno della stessa città o nella stessa azienda sanitaria.

Tali difformità sono perlopiù attribuibili a due fattori: il primo umano, la diversa capacità degli operatori, migliorabile anche attraverso correttivi proposti dal Ministro; il secondo tecnico-organizzativo, di più complessa interpretazione, spesso originato dalla stessa differenza strutturale esistente.

Fin qui possiamo perlopiù condividere la valutazione del Ministro, precisando ancora come talora l'inefficienza di alcune strutture pubbliche sia in qualche maniera "voluta", dipendente cioè da quanti, per interesse personale, penalizzano la sanità pubblica per privilegiare quella privata. Questa realtà è presente in vaste aree di territorio.

Condividiamo ancora l'osservazione del Ministro circa la presenza di una rete di ospedali con un armamentario terapeutico spesso limitato e con mezzi diagnostici e terapeutici abbastanza rudimentali, affiancati da strutture ospedaliere assai raffinate, in grado di offrire servizi diagnostico – terapeutici di assoluta avanguardia, utilizzati da personale altamente qualificato. Qualche dubbio emerge al contrario confrontando il programma di riassetto della rete ospedaliera, prospettato dal Ministro Sirchia, già nelle prime modalità applicative.

Il Ministro asserisce di voler procedere dapprima organizzando la “struttura di eccellenza” cioè gli ospedali di massimo livello, per prepararli all’impatto che dovranno subire all’atto della chiusura o riconversione degli ospedali di piccole e medie dimensioni; prevedendo solo in una seconda fase la riorganizzazione delle strutture più piccole, di capillare presenza sul territorio, da destinare ad attività diverse da quelle odierne.

Purtroppo così non è. Basta citare un paio di esempi ben noti ai torinesi:

- l’Ospedale S. Giovanni, numero uno in regione, centro di riferimento nazionale per i trapianti d’organo, centro di riferimento regionale per innumerevoli patologie e specialità mediche e chirurgiche. Questo Ospedale di assoluta Eccellenza, si è visto privato del 20% circa dei letti di degenza negli ultimi due anni, accelerando la tendenza già avviata in questo senso sin dal 1998; meno 30 % dei letti di degenza ordinaria complessivamente da allora (da oltre 1800 letti a meno di 1300 odierni).

Più unità operative (Strutture Complesse) hanno subito, negli ultimi mesi, la riduzione dei letti di degenza e successivamente sono stati accorpati e relegati in un unico reparto.

Questa manovra, mirante a ridurre le prestazioni erogate per ottenere una contrazione dei costi aziendali e quindi regionali, comporta disagio nel personale infermieristico, costretto a prestare assistenza a pazienti con patologie diverse e a seguire indicazioni operative provenienti da più Direttori di Struttura, con visione organizzativa del lavoro talora divergente.

Il “sistema lavoro” viene così penalizzato determinando una perdita oltre che numerica delle prestazioni erogate, anche qualitativa, determinando contraddizione con quello che doveva essere l’elemento originariamente obiettivo della manovra stessa: l’Eccellenza Sanitaria.

- l’Ospedale Mauriziano ha già addirittura avviato la politica della totale chiusura di intere Strutture Complesse: prima la Pediatria. Sta proseguendo sulla strada della riduzione del numero di letti (già ridotti di oltre il 20%) e dell’accorpamento di più Strutture Complesse in un unico reparto, chiudendo diversi padiglioni.

Mentre si riduce la capacità operativa degli Ospedali di Eccellenza, si sente parlare di interromperla totalmente a livello periferico, negli ospedali di livello inferiore.

Ma i pazienti dove potranno essere ricoverati in caso di necessità?

Se negli anni passati abbiamo assistito a roventi polemiche per la presenza, per giorni, di barelle nei Pronto Soccorso degli Ospedali, in attesa che si rendessero disponibili letti di degenza ordinaria in un reparto, cosa capiterà nei prossimi mesi, quando ai problemi già presenti, legati alla riduzione di letti nei grandi ospedali si aggiungerà a pioggia la richiesta di assistenza da parte di pazienti che fino ad oggi si proponevano, chiedendo assistenza ad un piccolo ospedale?

Ancora rasenta tristemente la comicità o la spudoratezza la dichiarazione del Ministro, se inquadrata nel contesto storico che stiamo vivendo: «*Bisogna organizzare al meglio e concentrare le capacità cliniche e tecnologiche e non disperderle sul territorio, creando poli di eccellenza sanitaria. Il passo successivo è il ridimensionamento della rete attraverso centri sanitari di bassa intensità di cura collegati in telemedicina.*»

Personalmente avrei qualche dubbio circa l'efficacia di una valutazione clinica, laboratoristica e strumentale, eseguita quoad vitam, routinariamente, in via telematica, soprattutto se l'alternativa potrà essere un ricovero presso una Clinica Universitaria di Zurigo o di Parigi, come potrà essere una volta attuata la libera scelta e circolazione dei pazienti in Europa (vedi: punto 5 - Eccellenza Ospedaliera).

Volendo estendere le considerazioni ad altre aree della nazione, possiamo rilevare come per esempio in Puglia, sede di vigorose proteste spontanee popolari contro l'iniziativa di chiudere più Enti Ospedalieri di secondaria importanza, esiste un solo Polo di Eccellenza Regionale, a Bari.

Non è difficile immaginare le difficoltà in cui saranno costretti ad operare i dipendenti di questa Azienda che, oltre a dover fronteggiare crescenti richieste di ricovero, con sempre minore disponibilità di letti, dovranno fare chissà quante diagnosi e terapie in via telematica. Non vorrei che stante l'andazzo attuale, i più illuminati tenutari della arte medica locale, si dirottassero, più di quanto già ora non facciano, verso l'attività privata, lasciando ai loro rampolli ed eredi culturali la più ardua valutazione telematica, con le annesse crescenti responsabilità medico-legali.

A questo riguardo sembra ancora opportuno rimarcare alcune frasi pronunciate dal Ministro, quale: “*garantire il meglio, il miglior trattamento possibile*”.

Premesso che ciascuno di noi desidera per se e per tutti, nel momento del bisogno, le cure migliori e più adeguate al problema, e che il SSN deve prodigarsi per poterle offrire, in questo contesto operativo, con i presupposti reali che si verrebbero a creare, nel quadro di una possibile catastrofe del SSN, simili affermazioni possono risultare devastanti.

Il nostro SSN individua infatti in alcune strutture ed in alcuni specialisti, non necessariamente presenti in tutte le città o in tutte le regioni, quindi di non facile accesso pratico *per tutti gli utenti nazionali*, i maggiori esperti per ciascuna delle numerosissime patologie esistenti. Allo stesso modo, a parità di metodica diagnostica strumentale, le apparecchiature di volta in volta impiegate allo scopo, saranno diverse, così come diversa potrà essere la capacità interpretativa a seconda dell'occhio e dell'esperienza dell'operatore.

Promettere di “garantire il meglio”, oltre che palesemente falso, conduce ad una esasperazione del garantismo sanitario ed ad uno stato di disagio nell'operatore sanitario, che, in un sistema lacunoso, quale quello già presente ma ancor più che si prospetta, potrebbe condurre ad una riduzione della assunzione di responsabilità sia da parte del singolo operatore che dell'intera struttura.

Perché rischiare in un contesto che non mi garantisce più? L'adeguatezza e l'alto livello di professionalità della struttura è garanzia per l'utente che riceve la prestazione, ma anche per chi la eroga.

2. I Livelli Essenziali di Assistenza

Cosa sarà dello smaltimento delle liste di attesa per ricovero o per esecuzione di esami o visite specialistiche a cui molto tiene il Ministro?

I Livelli Essenziali di Assistenza chi potrà garantirli?

Le Regioni, dice il Ministro, poiché sono state dotate degli strumenti più opportuni per aggiornarli periodicamente. Peccato che una volta valutati e aggiornati periodicamente e resi pubblici, bisognerebbe anche applicarli.

Ma con quali risorse economiche? Le Regioni come faranno, dopo i tagli finanziari subiti dal Ministero, a sanare i deficit creati dalle Aziende Ospedaliere e contemporaneamente a incrementare un'attività assistenziale capace di garantire i LEA?

Le possibilità sono fondamentalmente tre:

- il primo, il meno probabile, ridurre il livello assistenziale considerato essenziale, vale a dire garantire un'assistenza più scadente;
- il secondo, più probabile ed immediato, garantirla fino ad un certo punto e poi affidare l'onere gestionale ad enti assicurativi autofinanziati dall'utente;
- il terzo, lo stadio inevitabilmente successivo al precedente, anche in ordine temporale, beneficiare di un SSN in grado di garantire l'urgenza clinica a tutti; quanto non rientra nell'emergenza lo si paga o con la carta di credito o con la polizza assicurativa. Quest'ultimo modello disegna la sanità all'americana.

3. L'invecchiamento della popolazione.

L'invecchiamento della popolazione ha determinato un oggettivo incremento delle patologie croniche. Tale mutazione di morbilità ha trovato impreparato il sistema sanitario, storicamente impostato a fronteggiare le emergenze sanitarie e non la necessità di lungodegenze riabilitative o i cronicari.

Questo stato di fatto ha condotto alla necessità di trattare patologie croniche, per il cui trattamento erano sufficienti strutture di secondo livello, con un servizio sanitario a maggiore onere gestionale.

Così, dove potrebbe essere sufficiente un'assistenza domiciliare infermieristica, per l'incapacità a portare le cure al domicilio del paziente, si deve ricorrere ad un ricovero.

L'anziano che abbia superato l'acuzie clinica e manifesti postumi richiedenti una lungodegenza riabilitativa, per indisponibilità di adeguata struttura alternativa, vede protrarre irragionevolmente la degenza.

Ma il Ministro ha fortunatamente trovato la soluzione del problema con il suo Progetto 2 ("Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai

malati cronici, agli anziani e ai disabili"): *“Mancano Centri di degenza riabilitativa post-acuta e di sollievo, Centri diurni nei quali gli anziani possono essere assistiti, manca soprattutto un sistema di presa in carico globale dell'assistito che ne risolva i bisogni sanitari e sociali e lo guidi all'interno di una rete di servizi dove spesso egli si sente disorientato. Altre nazioni hanno già provveduto a costituire un adeguato fondo assicurativo contro i rischi della non-autosufficienza o comunque a reperire risorse capaci di assicurare all'anziano divenuto non-autosufficiente e alla sua famiglia la possibilità di continuare una vita dignitosa. Il nostro Paese ancora non ha provveduto ad affrontare questo problema in modo adeguato ed è quindi tempo che ciò avvenga.”*

Questa soluzione non è ovviamente accettabile né per i malati cronici, né per gli anziani non autosufficienti, e tantomeno per i disabili o i pazienti terminali.

Il concetto espresso sembra sia: *“sottoscrivi per tempo un adeguato (questo è il termine impiegato), fondo assicurativo pensionistico se, da vecchio, non vorrai gravare sulla famiglia; la società, quando non servirai più, ti dovrà scaricare”*.

4. La struttura sanitaria pubblica e quella privata.

Che il programma sanitario proposto dal Ministero della Salute si orienti verso una sanità ad indirizzo privato lo dimostrano in maniera più o meno larvata tutti i Progetti proposti. Vengono proposti in maniera esplicita fondi assicurativi, enti privati, fondazioni bancarie e quanti altri si possono in una maniera o l'altra sostituire a quello che fino a ieri è sempre stato considerato un compito dello Stato, garantito dalla Costituzione.

Non si capisce per quale legge economica lo Stato debba sottrarsi ad uno dei compiti fondamentali.

- L'assistenza sanitaria nazionale oggi è garantita dallo Stato attraverso gli oneri fiscali versati dai contribuenti.
- Tutti i contribuenti, almeno in teoria, versano proporzionalmente al reddito, partecipando al budget sanitario.
- I più sfortunati, ammalandosi, beneficeranno più di altri dell'assistenza sanitaria, cui avranno in ogni caso contribuito.
- I più fortunati, quelli che non si ammaleranno mai e moriranno a 100 anni in perfetto benessere, avranno versato contributi per tutta la vita al SSN, senza mai avere beneficiato delle sue prestazioni.

Con l'introduzione di un estraneo, la Compagnia di Assicurazione, in questo equilibrio, cosa cambierà ?

- Nell'ipotesi che tutti sottoscrivano l'assicurazione apparentemente non cambierà nulla salvo che: 1) l'onere complessivo richiesto all'insieme dei contribuenti sarà maggiorato per la parte di agio che spetterà all'assicurazione, e quindi i cittadini verranno a pagare individualmente di più; 2) il bilancio dello stato sarà alleggerito di una voce assai gravosa (certamente dovrà garantire l'assistenza minima a chi non possederà assicurazione o a chi da essa sarà già stato scaricato; tuttavia si tratterà di poca cosa e soprattutto si tratterà di garantire una popolazione di scarso

impatto e risonanza nazionale; per questo capitolo di spesa l'onere impositivo, sul singolo contribuente nazionale, sarà certamente molto minore di quello attuale).

- Chi non avrà sottoscritto la polizza assicurativa, confidando nella buona stella, in caso di necessità dovrà dar fondo alla carta di credito.

Il grosso problema emergerà in misura insopportabile per i pazienti affetti da patologia cronica che, dopo aver pagato premi assicurativi per tutta la vita, potranno vedersi negato il rinnovo contrattuale, dopo aver assistito ad un progressivo incremento dei premi da versare. Cosa sarà di queste persone? Chissà se potranno ottenere “il meglio”, quello che è stato promesso a tutti? O se avranno diritto ad un'assistenza di più basso livello?