

DIFENDERERE E INNOVARE IL SISTEMA SANITARIO

Con l’impoverimento del ceto medio e delle fasce più svantaggiate della società vi è il concreto rischio di un regresso dei buoni indicatori di salute che abbiamo in Italia. Nell’ordine del discorso di questi anni vi è stata una prevalenza degli obiettivi economici rispetto a quelli di salute. I valori fondamentali della 833 del ‘78 mantengono la loro validità politica, scientifica e culturale: centralità della salute intesa nella sua complessità, prevenzione come fine, programmazione come strumento, partecipazione come metodo, universalità, globalità ed integrazione dei servizi sociali e sanitari. Un sistema che si basa essenzialmente sulla fiscalità generale e l’universalità del servizio (tendenzialmente di qualità e per tutti, ricchi e poveri). Siamo contrari a misure che favoriscono la “secessione dei ricchi” dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Vogliamo impegnarci per contribuire ad una politica per la *salute*, non soltanto per la *sanità*. La politica deve impegnarsi per una difesa ed un rinnovamento della sanità pubblica, a partire da un forte controllo sulle diffuse illegalità cui è esposto un sistema che gestisce una ingente quantità di risorse.

Sono state dette tante bugie circa la presunta insostenibilità di costi per la sanità. Il livello attuale di spesa è inferiore a quello medio dei principali paesi occidentali. Dati OECD 2010 dicono che la spesa totale in Italia corrisponde al 9.3% sul PIL. A parte la grande spesa USA (17.6 % sul PIL), la gran parte dei grandi paesi sviluppati impiegano in sanità una quantità di risorse superiore alla nostra (Canada 11.4, Francia e Germania 11.6, Giappone 9.5, Spagna 9.6, Svizzera 11.4, ...). Il 5° rapporto ISTAT *Noi Italiani, 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo* riporta che nel 2011 una spesa sanitaria pubblica italiana 7,1% del PIL che equivale a 1842 € anno /abitante. Ma la famiglia italiana contribuisce per una quota pari al 19,5% con spesa privata.

Le ultime politiche governative

Sappiamo che in una comparazione tra i vari stati omogenei per livello di sviluppo non vi è una relazione lineare “più spesa sanitaria-più salute” (principio dei rendimenti decrescenti). Però è certo che i tagli lineari mettono in crisi ogni sistema e peggiorano le condizioni della cura. I tagli lineari e la chiusura di servizi e strutture senza un dialogo con gli operatori e senza una valutazione delle performance sono sbagliati e contrari alla costituzione. La mancanza di un qualsiasi finanziamento in conto capitale (investimento) rende obsolete le strutture e le apparecchiature. Anche le riconversioni che avvengono dei cosiddetti piccoli ospedali (in Case della Salute o centri di salute con poliambulatori, degenze brevi, RSA..) sono totalmente definaziate.

La riduzione del finanziamento operata dal governo Monti, che si è aggiunta a quella disposta dal governo Berlusconi, è stata pesante. La CGIL ha stimato una riduzione di circa 30 miliardi negli anni 2011-2015 (il costo annuo del SSN è 112 miliardi). Il Governo ha affermato “l’invarianza dei servizi” scaricando sulle regioni la responsabilità di attuare provvedimenti senza una certezza di risorse; ma in questo modo le regioni non sono più in grado – anche quelle più virtuose - di integrare con risorse proprie i minori finanziamenti statali. L’“invarianza dei servizi” appare così quasi canzonatoria. Con l’incremento dei ticket già oggi si stima che il 55% delle visite ambulatoriali è pagata privatamente.

Il messaggio spicciolo che abbiamo spesso sentito in questi mesi e che rischia di diventare luogo comune è: i soldi sono finiti ed allora devono pagare i cittadini, non possiamo più dare tutto a tutti. La spirale infinita recessione-rigore-recessione sta facendo sentire anche in questo campo i suoi pesanti effetti. Un tratto generale accomuna le “due destre” nel nostro paese: l’idea del “secondo pilastro”, accanto alla sanità pubblica universalistica. Assicurazioni sanitarie per i più abbienti in modo che si autosostengano ed il mantenimento, per chi non se le può permettere, dell’assistenza sanitaria pubblica e gratuita (e di anno in anno più indebolita). Più privato e più forme assicurative. Polizze assicurative individuali sul mercato e polizze di gruppo, tipiche del welfare contrattuale e/o

aziendale. Il SSN dovrebbe garantire solo la copertura dei “grandi rischi”. Tutte le altre prestazioni sono a carico dei singoli e delle famiglie. Linee, queste, che derivano da luoghi familiari del premier, come l’Università Bocconi che dagli anni 90 ha costruito una delle più potenti sovrastrutture ideologiche in questo campo. Ma noi sappiamo che l’assicurazione copre rischi non certezze. Come ci dicono autorevoli economisti sanitari, se ci si ammala, la patologia di cui si soffre cessa di essere assicurata al rinnovo della polizza. Ed inoltre: quale potrà essere la copertura di un welfare contrattuale/aziendale in un paese dove le imprese con più di mille addetti sono meno di 500 e oltre 3 milioni sono le imprese con meno di 15 addetti? Ancora un tratto tipico della disuguaglianza odierna: far passare come a vantaggio di tutti posizioni a favore soltanto di una piccola minoranza (*E. Granaglia, www.lavoce.info - 2013*).

Proposte di cambiamento

Tuttavia non possiamo difendere l’attuale stato delle cose. I motivi d’insoddisfazione nei confronti del SSN ci sono: lunghi tempi di attesa presenti in molte realtà; molte strutture ospedaliere carenti dal punto di vista della sicurezza e funzionalità; la questione del secondo lavoro nelle strutture private in concorrenza con il SSN; esperienze di peregrinare fra uffici diversi dovuta alla frammentazione della cura che penalizzano in modo particolare gli anziani; difficoltà di operatori sanitari esposti a contratti di lavoro precari e/o a norme che scimmiettano quelle tipiche delle organizzazioni a scopo di lucro; gravi carenze in materia di prevenzione, assistenza di base e riabilitazione (integrazione socio-sanitaria, assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare) in tante parti del nostro territorio. L’aspetto più evidente è l’annosa “variabilità” dell’assistenza tra le diverse aree del nostro paese come questione storica fondamentale.

Il sistema ha bisogno di innovazione. Ma quale? Sappiamo che sono tre le direttrici d’intervento per una politica organica per la salute: azioni sui determinanti extrasanitari della salute, sanità territoriale, ospedali. Il nostro punto di partenza è che il sistema di protezione sociale non è un “costo” che impedisce l’abbattimento della tassazione, ma un investimento “produttivo” e di civiltà. Si potrà rendere necessaria anche qualche riforma di struttura. Servono riforme delle modalità organizzative del servizio pubblico tese a realizzarne le potenzialità che restano disattese. Pensiamo alla riduzione degli apparati amministrativi e delle direzioni ASL ed alla necessità di una rinnovata considerazione delle attività di prevenzione che da tempo è assai marginalizzate (magari ponendo mano ad un riassetto che preveda una effettiva integrazione con le attività di tutela ambientale). Pensiamo al mantenimento del governo regionale previsto dalla Costituzione, ma accompagnato da un ruolo più forte di indirizzo/controllo del centro (vedi l’esperienza ministro Barca-Regioni con i fondi EU...) con la ripresa dei Patti per la Salute tra stato e regioni, attualmente sospesi. Una strada opposta all’attuale “federalismo di abbandono”.

Con il nostro nuovo governo di centro sinistra dobbiamo impegnarci particolarmente su:

- potenziamento del territorio (da attuare con i necessari finanziamenti, non solo con “leggi-manifesto”, quale l’ultima del ministro Balduzzi) e istituzione, nella misura di almeno una per ogni distretto, delle Case della Salute come strutture flessibili, di prevenzione, cura e riabilitazione, integrazione di servizi sociali e sanitari
- considerata l’evoluzione storica dell’ospedale (orientato tendenzialmente ad urgenze ed interventi di elezione, con strutture ad alta intensità tecnologica..) è opportuna la razionalizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera (anche delle aziende ospedaliere universitarie!) da conseguire gradualmente e coerentemente con la riorganizzazione dei servizi territoriali; l’organizzazione ospedaliera deve rispondere a rigorosi standard tecnici ed a criteri di programmazione di area vasta, i servizi socio sanitari possono diversificarsi per adeguarsi meglio alle specificità territoriali, con i comuni che dovranno tornare ad essere il punto di riferimento fondamentale per la programmazione e la valutazione dei risultati degli stessi servizi
- programma di investimenti mirati per la sicurezza e qualità degli ospedali ed attuazione partecipata dell’organizzazione per intensità di cura, che corrisponda ad un effettivo miglioramento della presa in carico delle persone e non solo a criteri di risparmio

- riqualificazione dei dipartimenti per la salute mentale secondo percorsi adeguati alle specificità culturali e territoriali e capaci di contrastare efficacemente le politiche che cercano di cancellare la riforma basagliana
- monitoraggio e impegno per la riduzione delle diseguaglianze nell'accesso e negli esiti delle cure attraverso la standardizzazione delle attività e procedure a più alto contenuto organizzativo e tecnologico e la valutazione sistematica degli esiti, anche attraverso la costruzione di nuova funzione nazionale di valutazione della qualità
- riduzione dell'impronta ecologica delle strutture sanitarie attraverso la promozione di interventi per la produzione energetica da rinnovabili negli ospedali, la costruzione o la ristrutturazione di strutture sociosanitarie con criteri ecobiocompatibili, buone pratiche per i rifiuti, ecc.
- monitoraggio e valutazione sistematici, a livello regionale, dell'uso più economico ed appropriato dei farmaci in ospedale e nel territorio con forte promozione dell'uso di farmaci generici e fuori brevetto
- centralizzazione acquisti che deve riguardare tutte le ASL e gli Ospedali, a livello regionale o di area vasta
- in un quadro di ripensamento delle modalità di “fare azienda” sono necessarie regole più stringenti per la scelta dei direttori di ASL, Aziende Ospedaliere e IRCS pubblici attraverso procedure di formazione-selezione dei candidati affidate ad organismi qualificati non politici (magari valorizzando le scelte che a questo riguardo hanno fatto alcune regioni come la Puglia)
- contrasto alla precarizzazione del lavoro ed assunzioni a tempo indeterminato

- revisione dell'attuale regime di attività medica privata attraverso il superamento delle attività cosiddette extramoenia ed una effettiva regolamentazione dell'intramoenia (eliminazione della cosiddetta intramoenia allargata), per non proseguire con le troppe differenze in tempi di attesa per chi “paga” e chi “non paga”
- riassetto della formazione delle professioni sanitarie e mediche con valorizzazione dell'esperienza nel territorio
- rivisitazione della tipologia di prestazioni a carico del SSN, inserendo nei LEA e nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali quelle attuali, escludendo quelle obsolete e/o inappropriate e promozione dell'accesso a percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra le diverse specialità, al fine di snellire i percorsi di diagnosi e cura
- riorganizzazione dei sistemi sanitari che tenga conto della peculiarità delle donne e delle bambine; contrasto all'eccessivo ricorso ai cesarei, disponibilità gratuita in tutti i punti nascita di analgesia epidurale, promozione di percorsi assistenziali che favoriscano la fisiologia, anche affidati alle ostetriche, possibilità alle donne di scegliere se partorire a casa o in Case del parto
- valutazione degli esiti delle esperienze di attivazione della finanza di progetto per le strutture sanitarie
- attenzione e riordino delle cosiddette medicine complementari
- eliminazione della possibilità di affidare a ditte esterne attività di assistenza, cura ed igiene e limitazione dell'esternalizzazione alle attività di manutenzione;
- le mutue integrative dovrebbero essere limitate alle prestazioni che non rientrano nei livelli essenziali di assistenza (ad es., cure dentali).

Dobbiamo promuovere l'innovazione con criteri gestionali basati su governance partecipative, con un rinnovato impegno per lo sviluppo della collaborazione e interconnessione tra le famiglie professionali. È certo necessario un impegno continuo per il contenimento della spesa corrente ed il mantenimento degli equilibri di bilancio. Nel fare ciò ci vuole un'“intelligenza selettiva” (lotta agli sprechi e non tagli lineari..) ed una *primaria* attenzione a ciò che si “produce” in termini di salute, a ciò che è necessario ed efficace, (ed anche di “non danno” da trattamenti sanitari...).

Un rilancio della prevenzione collettiva si attua potenziando gli interventi contro l'inquinamento ambientale, con la promozione della verifica della compatibilità dei piani urbanistici con le esigenze

di tutela della salute della popolazione, con i processi di valutazione dell'impatto sulla salute dei nuovi impianti produttivi rilevanti, l'assicurazione di sufficienti risorse per la salute e sicurezza dei lavoratori (orientate anche ad azioni di assistenza per le microimprese!), la sicurezza alimentare.... Gli enti locali devono essere chiamati ad un rinnovato sviluppo della linea "la salute in tutte le politiche", attraverso programmi e priorità che incidano sui cosiddetti determinanti extrasanitari ed una reale promozione della salute e miglioramento degli stili di vita fondata su azioni e pratiche di dimostrata efficacia.

Qualcuno ha detto che in sanità, il XX è stato il secolo fondato sul *medico*. Il XXI sec secolo dovrebbe essere quello della *persona*, in quanto "co-produttore" di salute. Da ciò ne discende l'importanza del fattore diffusione delle conoscenze, degli organismi di partecipazione e delle associazioni dei pazienti. Le "conoscenze per la salute", come l'acqua, sono fondamentali beni comuni. Più conoscenza vuol dire più competenza delle persone. Dobbiamo pensare davvero un responsabile della "conoscenza" in ogni struttura.

Infine, ci associamo ad una considerazione importante: "La prima priorità riguarda la crescente diffusa demotivazione degli operatori, sui quali ricadono condizioni di lavoro sempre più difficili e sui quali grava la "responsabilità" di negare o erogare l'assistenza alle persone che accedono ai servizi. Un sistema ad alta intensità di lavoro non può prescindere da una politica del personale che vada oltre il mero ridimensionamento delle dotazioni organiche. Promuovere un coinvolgimento responsabile degli operatori è indispensabile per generare contemporaneamente più efficienza e più qualità, soprattutto in una fase di grandi ristrettezze economiche". (*N. Dirindin – La tutela della salute – www.lavoce.info - 2012*). Gli operatori dei servizi sociali e sanitari hanno bisogno, specialmente in questa fase difficile del lavoro pubblico e della vita collettiva, di ricevere – da rappresentanti politici e da responsabili aziendali - un sostegno e un riconoscimento dell'impegno, insieme a stimoli per il cambiamento ed il miglioramento continuo della qualità. Auspichiamo anche la ripresa di un ordinato processo di rinnovo contrattuale tra governo e sindacati.