

Il “modello competitivo” non è adatto per la sanità

FULVIO CAMERINI*

L'INTERVENTO DI

La proposta, sia pure ancora preliminare, di una riforma della Sanità regionale è fonte di un vivace dibattito critico. Gli interventi di questi giorni dimostrano in primo luogo che riforme della sanità, elaborate nelle segrete stanze da un ristretto direttorio tecnico-politico, non possono venir calate dall'alto. Non si attuano infatti politiche per la salute e la cittadinanza sociale senza partecipazione e collaborazione. E ciò vale in particolare per una giunta, che dopo anni di sostanziale immobilismo, potrebbe varare una riforma praticamente alla fine del suo mandato. Una evoluzione privatistica? C'è, all'interno del documento regionale, un'affermazione, di ambigua interpretazione, cioè che esiste una parità tra pubblico e privato e che la futuribile Azienda unica per i servizi sanitari “stipula annualmente accordi con le strutture pubbliche e private accreditate”. Per meglio capire il problema dobbiamo ricordare che il servizio sanitario nella nostra regione (come in molte altre) è fondato sul principio costituzionale della solidarietà sociale ed inoltre l'azienda sanitaria è responsabile dei programmi di assistenza. Al contrario il modello prefigurato nella proposta sembra far riferimento alla sanità lombarda che pone l'accento sulla concorrenza tra pubblico e strutture private. Si è molto discusso e scritto su questa introduzione del mercato e del privato nella sanità, che risale ancora agli anni '89, data di pubblicazione del “Libro Bianco”, fondamento culturale della riforma Thatcher. Numerosi studi hanno però dimostrato che il mercato (così come il sistema dei pagamenti a prestazione) favorisce la moltiplicazione delle prestazioni non necessarie (“più prestazioni maggior profitto”), riduce l'appropriatezza degli interventi e non fa assolutamente risparmiare (anzi il contrario). Ma il fine della riforma non deve essere anche, in un periodo di fabbisogno finanziario crescente e di risorse in diminuzione, il risparmio (là dove possibile) e la garanzia di sostenibilità del sistema? Tutto ciò non pregiudica l'apporto della componente privata al sistema sanitario, visto in termini di sussidiarietà ma è da considerare improponibile un modello competitivo, che affida al mercato la funzione di regolatore del sistema. Il cittadino (e il malato) al centro del sistema: uno slogan? Il documento regionale mette al primo posto la centralità del paziente. Ciò dovrebbe significare che, compatibilmente con le risorse a disposizione, il sistema deve ruotare intorno al cittadino-paziente che deve sentirsi aiutato e accompagnato da un sistema organizzato e coerente e non un oggetto spedito da una struttura ad un'altra, da uno specialista ad un altro, da un ufficio ad un altro. Ora le soluzioni prospettate vanno in una direzione del tutto opposta, con la creazione di un sistema centralizzato, di un'azienda unica lontana dai bisogni e dalle realtà dei vari territori regionali (così difforni, San Giacomo e l'Alta Carnia hanno problemi differenti). È questa la via per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi? E la proposta che le aziende ospedaliero- universitarie di Trieste e Udine incorporino i presidi di Gorizia e di

Monfalcone (Trieste) e ben sette ospedali (Udine), oltre a creare, in quest'ultimo caso, un mostro gestionale non può che mettere in crisi il rapporto tra l'organizzazione territoriale e i piccoli ospedali. Questi infatti, radicati nei territori, sono fattori importanti di continuità assistenziale per i pazienti meno gravi che necessitano però di una più prolungata degenza. E ancora l'affidamento alle aziende ospedaliere di Trieste, Udine e Pordenone dell'assistenza specialistica ambulatoriale intra ed extra ospedaliera (che avrebbe il legittimo fine di integrazione tra gli specialisti ospedalieri e del territorio) non contrasta con l'asserita volontà di potenziare il territorio e i distretti, vere case della salute, dove devono operare delle affiatate equipe multidisciplinari? Ma non è più razionale pensare a soluzioni che prevedono una continuità di percorsi clinico- assistenziali, con una unitarietà tra azienda ospedaliera e azienda territoriale in una determinata area, come del resto suggerito da tempo da Franco Rotelli? Numerose sono dunque le scelte che non è possibile condividere. Diffida sempre dalla "chair medicine", dalle scelte cioè in tema di medicina (e di salute) prese a tavolino, al di fuori di robuste verifiche e dati sperimentali, epidemiologici, comparativi mi ha detto a Londra un illustre docente di cardiologia. È in questo caso un consiglio da seguire. *Cardiologo, ex senatore dell'Ulivo