

NOTA SUL SERVIZIO SANITARIO

PUBBLICO DELLA LIGURIA

Una Premessa

Per le problematiche relative alla sanità (meglio, alle **politiche per la salute** dei cittadini), è particolarmente decisivo porre l'accento su un tema generale, valido in realtà per tutti i settori dell'intervento pubblico. Occorre **rompere** drasticamente **con le logiche di separatezza**: ciò vale all'interno di ogni istituzione, dove va superata l'abitudine a trattare isolatamente gli interventi di "competenza" dell'uno o dell'altro assessorato o area dell'apparato burocratico, e vale a livello interistituzionale; quando si affrontano problemi sui quali opera una pluralità di Enti, una sistematica e ben regolata collaborazione deve infatti sostituire la tradizionale tendenza a rispondere attraverso uno "scaricabarile" alle domande dell'utenza.

Per il caso specifico della salute, come risulta chiaro da ciò che segue, il settore regionale "Sanità" deve intrecciarsi con Ambiente, Urbanistica, e probabilmente altri; e gli interventi della Regione devono svolgersi d'intesa con i Comuni, sia per le specifiche responsabilità che al riguardo hanno i Sindaci, sia per tutte le connessioni con la problematica del *welfare*.

* * * * *

Il perseguimento di un alto livello di salute non si identifica esclusivamente con gli obiettivi della gestione dell'assistenza sanitaria ma coinvolge aspetti economico-sociali, ambientali e culturali. L'organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria contribuisce alla sua realizzazione in ragione del 15/20 %. Pertanto la salvaguardia della salute, diritto fondamentale del cittadino (art. 32 della Costituzione) deve rappresentare un elemento con cui si devono necessariamente confrontare tutti gli interventi politico-amministrativi degli organi istituzionali in ogni settore. A tal proposito si sottolinea il ruolo di indirizzo della politica sanitaria affidato ai Sindaci (come espressione della partecipazione dei cittadini) dalla legge istitutiva del SSN: tale fatto è stato e continua a essere ampiamente disatteso dal sistema di gestione della organizzazione sanitaria assegnato alle Regioni con criteri e finalità sempre maggiormente indirizzate a valutazioni di economia e finanza sanitaria. In tale quadro, va anche sottolineato che i Sindaci devono, a loro volta, assumere pienamente le proprie responsabilità: nei casi, molti in Liguria, di città "portuali", non devono -in particolare- disinteressarsi di ciò che, in termini di salute e sicurezza, viene determinato dalle attività dei porti presenti nelle loro città.

Nella presentazione del "Libro Bianco della Sanità ligure" si è affermato che questo documento della Regione "sarà approfondito e analizzato in incontri tematici, a partire da questi giorni e fino ad aprile: conferenze dei Sindaci, focus con associazioni e incontri con operatori". La scadenza è ormai superata, ma occorre soprattutto che vi sia un confronto non formale, bensì

reale (cioè disponibile a rilevanti modifiche della proposta): si deve osservare che, finora, un vero rapporto con i Comuni, i sindacati e le associazioni è stato sostanzialmente assente.

La lettura delle *slides* del “Libro Bianco” evidenzia esclusivamente un elenco generico di problemi e la volontà di in rapporto più ampio pubblico-privato e di una relazione più organica con la Regione Lombardia. Il tema del contrasto alla “mobilità passiva” -il rivolgersi dei liguri alle prestazioni sanitarie di altre Regioni- sembra scomparso: quasi come se si pensasse a uno “scambio” tra mobilità dei nostri pazienti in Lombardia, per le patologie acute, e mobilità dei pazienti lombardi in Liguria, per la riabilitazione. Un modello che non reggerebbe, perché scaricherebbe sulla Liguria i costi maggiori. E che implicherebbe una rinuncia all’opera di valorizzazione e miglioramento delle risorse della sanità ligure.

Nel “Libro Bianco” non vi è cenno ai dati statistici epidemiologici elaborati da Eurostat a proposito della riduzione degli anni di vita sana nella popolazione italiana negli ultimi 10 anni: la Regione dovrebbe realizzare un osservatorio epidemiologico ligure volto a valutare la condizione regionale. Questo strumento di valutazione dello stato di salute di vari ambiti socio ambientali della regione, rapportato non solo alla esistenza e al funzionamento dei presidi sanitari ma anche a determinanti più ampi dello stato di salute (ambiente, condizione economica, ecc.), potrebbe permettere una migliore valutazione degli investimenti economici finanziari. Per esempio, è meglio implementare le strutture sanitarie o intervenire con sistemi di prevenzione del danno sia sull’ambiente che sugli stili di vita? Un contributo a dare risposte adeguate verrebbe dalla attivazione, e dal successivo sistematico aggiornamento, di **Registri** che documentino, per ognuna delle realtà sanitarie più rilevanti, la situazione (disaggregata per aree territoriali e considerata in relazione alle situazioni ambientali, urbanistiche, etc.).

Il “Libro Bianco” evidenzia il ruolo del medico di famiglia e della appropriatezza delle prestazioni mediche; ciò impone una riflessione “alta” sull’impatto della tecnologia medica nella consapevolezza di una medicalizzazione strisciante della vita (Ivan Illich, “Nemesi medica. L’ espropriazione della salute”, 1976) dalla nascita alla morte e un ripensamento del rapporto fiduciario tra medico e cittadino, impedendo che le decisioni operative mediche siano regolamentate da un sistema burocratico definito da alcuni “medicina amministrata” (Slow Medicine ritiene che la cosiddetta “appropriatezza prescrittiva” secondo regole stabilite da provvedimenti governativi con l’unico obiettivo dichiarato di ridurre i costi, con minaccia di sanzioni per i medici che non le rispettano e per di più difficilmente applicabili, non solo rappresenta un implicito razionamento e un attentato alla professione medica, ma danneggia la relazione medico-paziente e trasmette al cittadino il messaggio che solo grazie a un pagamento extra potrà garantirsi quelle prestazioni). Una riflessione pubblica con i medici di famiglia, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, esperti di bioetica potrebbe contribuire a far emergere nell’opinione pubblica la necessità di una presa di coscienza che la medicina non è infallibile né onnipotente e a contrastare il cattivo uso delle risorse sanitarie e la pratica della medicina difensiva, fonte di mancanza di appropriatezza. Ciò vale anche per i problemi legati all’uso improprio del servizio di Pronto Soccorso, su cui sono scaricate problematiche sanitarie e socio assistenziali.

Un tema su cui il “Libro Bianco” riflette troppo poco è il cambiamento di scenario più rilevante: quello che riguarda l’assistenza clinica e sociale, cioè il passaggio da una medicina prevalentemente impegnata con patologie acute a patologie croniche con decorso lungo e non sempre invalidanti fin dall’inizio. Il luogo privilegiato per la gestione delle patologie gravi acute o per le patologie croniche ma con brevi decorsi gravi è sicuramente l’ospedale. Il luogo in cui affrontare la patologia cronica a lento decorso e senza periodi di grave criticità, al contrario, non può essere l’ospedale, ma lo stesso ambiente di vita normale, il cosiddetto “territorio”. Purtroppo oggi la medicina del territorio è ancora troppo poco strutturata per poter assistere con modalità efficaci, soddisfacenti ed economiche questa sempre maggiore prevalenza di patologie a lento decorso. La figura principale di cui dispone è il medico di medicina generale che però, spesso, non ha ricevuto una formazione adeguata a fare fronte alle nuove esigenze: una nuova impostazione circa il ruolo e i compiti di tali medici, anche in termini contrattuali, rappresenta una esigenza prioritaria, con ricadute positive anche rispetto all’eccesso di pressione sulle strutture ospedaliere. Il tema del “territorio”, dei servizi sul “territorio”, del coinvolgimento dei medici di medicina generale, dell’integrazione tra sanitario e sociale è oggi infatti un tema centrale, ma è del tutto marginale nel “Libro Bianco”.

Il “Libro Bianco” nulla dice, infine, della situazione della compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (ticket): eppure la Liguria è una delle Regioni dove questa è più alta. A tale riguardo va sempre ricordato che la fruizione di prestazioni sanitarie appropriate non deve essere considerata come l’acquisto di una merce ma come l’uso (purtroppo) di un servizio da parte di un cittadino che ne ha bisogno, e ciò in nome del principio di solidarietà che costituisce uno dei fondamenti della democrazia costituzionale. La prassi consolidata determina invece la percezione che l’assistenza sanitaria sia una merce e non un servizio, alla cui realizzazione concorrano tutti in maniera proporzionale al reddito, attraverso la fiscalità, come concepito in un sistema universalistico di tutele. Per questo si può far propria, nel rispetto delle disposizioni nazionali purtroppo vigenti, la proposta di convertire il ticket (almeno in parte) in una tassa regionale di scopo. Si potrebbe abolire il ticket sulla attività ambulatoriale e mantenere eventualmente un ticket modestissimo (per esempio 1 € a ricetta o a confezione) e identico per tutti (con esclusione di una limitata fascia di esenti) nella farmaceutica con una funzione unicamente anti-spreco e di segnale che la prestazione farmaco ha un costo per la collettività. In Irlanda, per esempio, è stato introdotto nel 2010 un ticket di 50 cent. per prescrizione nell’ambito del General Medical Service; alcune prime valutazioni danno un riscontro positivo, anche nell’opinione della popolazione. Si dovrebbe introdurre una tassa regionale di scopo per il servizio sanitario, la cui finalizzazione ed entità potrebbe (dovrebbe) essere fra gli impegni di legislatura, indicandone i criteri e le finalità: restituendo quindi un senso e una motivazione alla partecipazione -non a caso ora bassissima- al voto regionale. Una tassa fortemente progressiva per reddito, e pertanto equa, così da non pesare solo su chi è malato. Questa misura andrebbe accompagnata a un’azione di controllo dei costi e a un’opera di riduzione non dei costi sanitari, bensì di quelli amministrativi e tecnici: a tali costi contribuisce in misura rilevante l’elevato numero di ASL, di gran lunga eccessivo rispetto alla popolazione ligure (si confrontino al proposito, i bacini di utenze in altre Regioni, alcune delle quali hanno recentemente eseguito forti accorpamenti).

Il presente testo viene completato da alcuni allegati. In alcuni casi questi rappresentano documenti di organizzazioni o di studiosi che, a livello nazionale o regionale, sono particolarmente

attenti alle tematiche qui esaminate, in altri casi costituiscono contributi individuali di amici che hanno collaborato con la redazione del presente documento e che hanno cortesemente accettato di approfondirne qualche elemento. I contributi sono i seguenti:

Nota sull'istituzione dell'Azienda Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa), di Simonetta Astigiano
Osservazioni e proposte sul Libro Bianco della Sanità ligure, di Cittadinanzattiva Liguria e Tribunale per i diritti del malato

Osservazioni e proposte sul DDL regionale A.Li.Sa, di Cittadinanzattiva Liguria e Tribunale per i diritti del malato

Perché la tutela della salute, un Diritto sancito dalla Costituzione, è oggi un Diritto da difendere?, di Velia Galati

Come si sta a Genova? Referto epidemiologico e possibili determinanti ambientali e socioeconomici, di Valerio Gennaro, Angela Testi e Stefano Poli

Una politica di sinistra per il diritto alla salute, di Forum Salute Italia

Sintesi panoramica della situazione degli anziani fragili o ammalati in Liguria, di Lello Terminiello

Questi testi non vengono uniti alla presente comunicazione per non appesantirla, ma verranno trasmessi a chi fosse interessato a riceverli e inviasse un'e-mail a angelocifatte@gmail.com richiedendoli.