

SANITÀ e SALUTE: È TUTTO ORO QUEL CHE LUCCICA?

La Sanità in Emilia-Romagna: un fiore all'occhiello, un vanto, un modello invidiabile...ma è davvero tutto oro quel che luccica?

Per rispondere occorre partire da un assunto fondamentale: non dobbiamo parlare soltanto di sanità, bensì di **diritto alla salute**, un diritto che va al di là del concetto di diagnosi e cura e anche di quello di prevenzione. Diritto che investe la condizione sociale delle persone e che non deve essere oggetto di "monetizzazione".

Ebbene, si realizza tutto ciò nella nostra regione?

Non vi è dubbio che la qualità dei nostri servizi regionali Sanitario e Socio-Sanitario sia elevata e significativi traguardi vengano raggiunti ogni anno nelle classifiche di settore, ma è importante, mentre rileviamo questi risultati, non perdere di vista la necessità di nuovi "parametri" di salute: i cambiamenti demografici, sociali e culturali degli ultimi 20 anni determinano, tra gli altri effetti, anche l'invecchiamento progressivo della popolazione, il conseguente aumento delle patologie croniche, la crescente esigenza di un diverso approccio alla salute mentale (solo per citare alcuni esempi), cioè un insieme di bisogni a cui occorre rispondere con precise scelte consequenziali, concrete, inclusive, "pubbliche", di ampio respiro.

Per capire se queste scelte vengono realmente compiute, dobbiamo quindi analizzare alcuni elementi chiave, che evidenziano, invece, un'impostazione politica indirizzata verso:

- una crescente privatizzazione (anche, ma non solo, attraverso la strisciante mistificazione operata sul fronte del welfare integrativo);
- una concentrazione organizzativa improntata esclusivamente al contenimento dei costi, senza una contestuale attenzione né al clima organizzativo e al livello di frustrazione degli operatori dei servizi, né agli impatti sulla qualità percepita e sulla "salute" delle persone (si pensi alle riorganizzazioni, dal punto di vista geografico e logistico, di servizi ambulatoriali e socio-sanitari);
- l'esternalizzazione di servizi, anche importanti, specialmente in campo sociale e socio-sanitario (i numerosi episodi – anche drammatici e clamorosi, che periodicamente balzano agli onori della cronaca, denunciano una situazione non più sostenibile);
- lo sbandierare innovazioni progettuali, organizzative, metodologiche, con proclami sistematicamente disattesi sul piano attuativo (emblematico in tal senso il tema delle Case delle Salute);
- la sistematica esclusione dai processi decisionali di coloro che usufruiscono (in concreto, o potenzialmente) dei servizi stessi, a cui viene preclusa, mediante un modello esclusivamente verticistico, una reale possibilità di contribuire all'identificazione dei bisogni e alla costruzione dei modelli sanitari e socio-sanitari per il soddisfacimento di tali bisogni;
- il sistematico impoverimento di alcuni servizi, attraverso la riduzione di risorse dedicate e il "drenaggio" attuato dalle strutture private accreditate e dal welfare integrativo, con la conseguente "mortificazione" delle rimarchevoli professionalità di chi opera nel servizio pubblico.

Particolarmente rilevanti sono gli ambiti relativi alla privatizzazione (su cui si innesta il tema del regionalismo differenziato) e alle Case della Salute (su cui si innestano i temi degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei costi, anche socio-sanitari, della non autosufficienza).

PRIVATIZZAZIONE, WELFARE INTEGRATIVO e REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Il tema della privatizzazione è strettamente connesso con quello del welfare integrativo: il modello verso cui si vorrebbe fare evolvere (o involvere?) il sistema regionale prevede una sempre maggiore “compartecipazione” dei soggetti privati all'erogazione dei servizi, mascherata da “bonus” e vantaggio per le lavoratrici e i lavoratori.

La Regione Emilia-Romagna, non soltanto si avvale in modo consistente di strutture private accreditate dalle quali acquista servizi sottraendo risorse alle strutture pubbliche e motivando la scelta con la necessità di abbattere i tempi di attesa per le prestazioni (un sostanziale paradosso), ma si fa anche promotrice della diffusione di soluzioni assicurative private (es.: UniSalute) e, più in generale, di fondi sanitari integrativi (ovviamente privati).

L'invasività del modello che vede l'utilizzo diffuso delle strutture private accreditate è tale da generare situazioni, al limite dell'assurdo, di poliambulatori pubblici in cui coesistono servizi erogati in ambito pubblico e servizi erogati in ambito privato (e non si sta parlando di “attività intramoenia”).

Significativa (in senso negativo) è anche la recente istituzione da parte della Regione del nuovo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) “Maria Cecilia Hospital” di Cotignola (Ravenna): per la prima volta in questa regione si è aperta la strada a un IRCCS privato, che potrà concorrere a ottenere finanziamenti statali, sottraendo spazi e risorse a quelli pubblici.

La diffusione delle assicurazioni private e dei fondi sanitari integrativi costituisce un elemento fortemente negativo, principalmente per i seguenti aspetti:

- sul piano dell'equità e dell'universalità del servizio sanitario, perché discrimina tra le lavoratrici e i lavoratori, favorendo chi ha la “fortuna” di appartenere a categorie per le quali è prevista tale forma di welfare integrativo e penalizzando chi invece appartiene ad altre categorie lavorative;
- sul piano dell'appropriatezza sanitaria, perché induce a effettuare prestazioni anche non necessarie (“tanto poi me le rimborsano”), alimentando così una spirale viziosa di consumo, che nuoce alla “salute” complessivamente intesa e serve soltanto a generare nuovi profitti per il sistema privato e nuovi costi per il sistema pubblico (con la deducibilità fiscale dei contributi);
- sul piano, come già sopra riportato, della “sottrazione” di attività al sistema pubblico e alle sue professionalità.

Sul questo tema, l'accordo preliminare relativo al cosiddetto “regionalismo differenziato”, siglato nel 2018 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Regione Emilia-Romagna, non induce certamente a ben sperare, perché persegue chiaramente obiettivi di ulteriore espansione dei fondi sanitari integrativi, come esplicitato all'art. 8 dell'allegato “Salute”:
<<1. Nel rispetto dei vincoli di bilancio e dei livelli essenziali di assistenza, è attribuita alla Regione una maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di istituzione e gestione dei fondi sanitari integrativi.>>.

A proposito di equità e universalità, è anche evidente come il suddetto accordo sia “costretto” in orizzonti culturali e politici ristretti, che ovviamente non vanno al di là dei meri confini regionali, come esplicitato all'art. 3 del medesimo allegato “Salute”:

<<1. Nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei vincoli di bilancio, e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, alla Regione è attribuita una maggiore autonomia nell'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione. 2 La Regione assicura che il sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione si applichi solo agli assistiti residenti nella Regione.>>.

CASE della SALUTE, PRONTO SOCCORSO e COSTI IMPROPRI

Le Case della Salute, come dichiarato dalla Regione nella DGR n. 291 del 2010, dovrebbero anche servire per *“garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7”, “migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale”, “promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini”*, ma proprio su questi fronti la politica denuncia i suoi limiti e non persegue gli obiettivi dichiarati, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale (avete mai visto una Casa della Salute aperta “h24 7/7”?).

Investire prioritariamente sul modello “distribuito” delle Case della Salute e sugli Ospedali di Comunità consentirebbe di incidere positivamente e concretamente sulla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, sui ricoveri impropri negli ospedali, sull’adeguato supporto a livello domiciliare per le persone con problemi di non autosufficienza e avrebbe anche una ricaduta economica positiva sui costi della sanità.

Al contrario, la Regione sceglie di continuare a investire su modelli verticistici e anche la recente istituzione del nuovo IRCCS dell’Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna, nel quale concentrare le alte specializzazioni ospedaliere presenti nel Policlinico e nell’Azienda USL, si presenta di fatto come una redistribuzione degli ambiti di potere all’interno della sanità bolognese, a scapito della componente territoriale dell’AUSL.

COSA SERVE

I principali cardini di una diversa azione politica (a maggior ragione in Emilia-Romagna) devono quindi essere:

- il ripensamento del modello, orientandolo realmente a supporto di una sanità universalistica, pubblica e gratuita, col superamento della logica privatistica;
- la reinternalizzazione dei servizi, per garantire un vero ed efficace controllo e una qualità adeguata all’importanza sociale dei servizi stessi;
- un modello organizzativo a rete, non a piramide, che si muova in una logica di processo e in cui chi governa il processo stesso stia nelle Case della Salute, cioè un modello che rafforzi l’interfaccia tra bisogni ed organizzazione delle risposte ai bisogni;
- il forte coinvolgimento dell’Assistenza Primaria (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e della Continuità Assistenziale, nella gestione dei cambiamenti sul piano epidemiologico, dei nuovi farmaci e delle nuove tecnologie, assegnando loro un ruolo attivo sia dentro una logica di ascolto, accoglienza e solidarietà che consenta una presa in carico della persona nel suo insieme e non solo “per organi”, sia nella erogazione di prestazioni di diagnostica di primo livello per contribuire alla riduzione delle liste d’attesa (anche attraverso investimenti tecnologici, come recentemente prospettato dal ministro della Salute Speranza);
- il coinvolgimento attivo di chi usufruisce dei servizi (le “persone”) nei processi di governo dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in accordo con la Carta di Ottawa di 1986 (sottoscritta dagli Stati appartenenti all’[Organizzazione Mondiale della Sanità](#)) che ha codificato il concetto di “promozione della salute”, stabilendo che essa non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, bensì prevede anche un coinvolgimento attivo non solo della politica, dei settori economici e delle parti sociali, ma anche dei gruppi e degli individui.

Insomma, gli investimenti in ricerca, formazione, tecnologia, sono fondamentali, ma se l’azione politica è senza “anima”, se non è guidata dalla concreta volontà di coinvolgere e rendere partecipi le persone, se non è indirizzata all’individuazione e al soddisfacimento dei loro reali bisogni, se non è cioè orientata verso il **diritto alla salute** e, invece, si fa schiava delle logiche finanziarie,

definendo gli obiettivi in funzione di aridi indicatori statistici e del profitto sfrenato che prospera sulla pelle delle persone, se asseconda logiche affaristiche e di compromesso con i centri di potere...se dunque la politica smette di essere <<*amministrazione [...] per il bene di tutti [...] spazio pubblico al quale tutti i cittadini partecipano*>> (citando Aristotele), ecco allora come anche nella nostra regione sia necessario raddrizzare la barra e riportare al centro dell'azione politica **una sanità realmente universalistica, pubblica e gratuita.**