

La riforma sanitaria a Brescia dieci anni dopo

di Sandro Albini

A dicembre la Legge 833 con la quale è stato riformato il sistema sanitario nel nostro Paese compirà 10 anni. L'occasione pare opportuna per tentare un primo sommario bilancio, anche con riferimento a ciò che è stato fatto nella nostra Provincia, e proporre alcune considerazioni per il futuro.

Ad evitare miopi letture della complessa vicenda conviene ricordare, per sommi capi, come era articolato il sistema sanitario nel nostro Paese prima della Riforma:

- il diritto alla assistenza sanitaria derivava dall'essere iscritto ad un Istituto o Cassa Mutua in funzione dell'attività lavorativa o professionale esercitata.

- Le competenze in materia erano suddivise verticalmente ed orizzontalmente producendo in tal modo una molteplicità di interventi scoordinati (l'assistenza di base e specialistica ambulatoriale alla cassa mutua, l'igiene a Comuni e Provincie, le malattie mentali alla Provincia, la cura e riabilitazione agli Enti Ospedalieri ecc.)

- il sistema così frammentato finiva per concentrare le risorse prevalentemente sulla causa delle malattie poco riservando alla iniziativa di prevenzione e riabilitazione.

I principi della Legge 833/78

Il legislatore innova radicalmente e ridisegna le strutture sanitarie secondo i seguenti principi:

- il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria in quanto tale, a prescindere dalla sua posizione lavorativa o professionale;

- la gestione di tutte le attività sanitarie viene affidata ad un unico soggetto (le Unità Sanitarie Locali) le quali dovranno governare tutte le strutture in modo coordinato sulla scorta di criteri e indici stabiliti dalla pianificazione nazionale e regionale; tutti i precedenti enti gestori di attività sanitarie dovranno conseguentemente essere estinti;

- uno spazio e risorse adeguate dovranno essere indirizzate al

Dopo l'intervento dell'avv. Giulio Onofri dedicato ai problemi degli Spedali Civili (pubblicato in due puntate sui n. 7/8 e 9 della rivista) Sandro Albini riprende il tema della riforma sanitaria tracciandone un primo bilancio dopo 10 anni.

potenziamento delle attività di prevenzione (tutela del territorio, dei luoghi di lavoro, educazione sanitaria ecc.) nella convinzione di poter in tal modo limitare l'insorgere di molte patologie;

- le attività sanitarie dovranno integrarsi con quelle socio-assistenziali poiché appare artificiosa una delimitazione netta delle competenze;
- l'organizzazione dell'attività sanitaria dovrà svilupparsi attraverso processi di partecipazione delle forze sociali e dei singoli cittadini;
- le risorse necessarie a finanziare il nuovo assetto verranno prelevate da un fondo nazionale opportunamente costituito e finanziato con contribuzioni, tasse ed imposte.

I limiti della riforma

In diversi tempi e da più parti sono stati indicati quali ostacoli alla realizzazione della riforma, (in concreto attivata sull'intero territorio nazionale con la costituzione nel 1980 delle U.S.S.L. articolate organizzativamente in Servizi), a volte la concezione illuministica della stessa, vista come grande disegno privo però di strumenti e risorse finanziarie concrete per la sua attuazione; altre volte in una supposta carenza di volontà politica a dare concreto seguito a quanto legislativamente disposto come dimostrato dal ritardo (decennale!) nella emanazione di piani nazionali e regionali; altre ancora nella radicale contestualità (tutto e subito) del passaggio dal vecchio al nuovo sistema comprendendo realtà composite, come i grandi ospedali o la omologazione sotto il profilo antinfortunistico (e perciò preventivo!) delle apparecchiature industriali di nuova produzione difficilmente componibili con i rimanenti settori. Infine si è scatenata una vera e propria campagna di stampa contro la politicizzazione della Sanità, l'uso delle strutture sanitarie più in funzione di acquisizione di consenso che non di risposte ai bisogni reali delle popolazioni.

Vi è probabilmente in ogni rilievo una parte di verità così come la assenza di una pianificazione dell'impiego delle risorse, superando lo sterile criterio della spesa storica, ha condizionato non poco il lavoro delle USSL. Non debbono essere però sottaciute alcune considerazioni che a me paiono particolarmente significative:

1)-le operazioni di smantellamento del vecchio sistema e di allestimento del nuovo si sono rivelate di una complessità tale da impegnare praticamente la prima legislatura, rendendo difficile, in qualche caso, perfino il mantenimento dei livelli di prestazione ereditati dagli Enti disciolti;

2)-la domanda di prestazioni sanitarie è funzione di una molteplicità di variabili (comportamento degli assistiti, dei medici di base e degli operatori sanitari ai diversi livelli, innovazioni tecnologiche, induzione ai consumi di medicinali, insorgere di nuove patologie) da rendere estremamente difficile il dimensionamento della offerta se non in presenza di risorse finanziarie pressoché illimitate;

3)-La carenza, specie in periferia, di funzionari medici dotati di capacità manageriale e quindi in grado di governare i servizi sanitari sulla scorta di aggiornati criteri organizzativi e l'impiego di nuove tecnologie.

Già in corso d'opera il legislatore è intervenuto per trasferire poteri dall'Assemblea dell'USSL all'esecutivo (Comitato di gestione) nel tentativo di rendere più agile il lavoro e più rapide le decisioni. Altri interventi sono di emanazione recentissima come il decreto ministeriale che fissa gli standard per il va-

Tab. 1 - Ripartizione in Ussl dei Comuni della Provincia di Brescia (il numero degli abitanti è quello del 1986).

Ussl 34		Ussl 35		Ussl 36		Ussl 37		Ussl 38	
Castelcovati	Adro	Cortefranca	Angolo Terme	Monno	Bovegno				
Castrezzato	Capriolo	Iseo ○ △	Artogne	Niardo	Bovezzo				
Cazzago S. Martino	Cologne	Marone	Berzo Demo	Ono S. Pietro	Brione				
Chiarì ● △ □	Erbusco	Monte Isola	Berzo Inferiore	Ossimo	Caino				
Coccaglio	Palazzo	Monticelli Brusati	Bienno	Paisco Loveno	Collio				
Comezzano Cizzago	s/Oglio ○ △ △ □	Ome	Borno	Paspardo	Concesio				
Roccafranca	Pontoglio	Paderno	Braone	Pian Camuno	Gardone Val				
Rovato ●		Franciacorta	Breno ○ △	Piancogno	Trompia ○ △ △ □				
Rudiano		Parafico	Capo di Ponte	Ponte di Legno	Irma				
Trenzano		Passirano	Cedegolo	Prestine	Lodrino				
Urago d'Oglio		Pisogne	Cerveno	Saviore	Lumezzane △				
		Provaglio d'Iseo	Ceto	dell'Adamello	Marcheno				
		Sale Marasino	Cevo	Sellero	Marmellino				
		Sulzano	Cimbergo	Sonico	Nave				
		Zone	Cividate Camuno	Temù	Pezzaze				
			Corteno Golgi	Veza d'Oglio	Polaveno				
			Darfo - Boario	Vione	Sarezzo				
			Terme ● △ □		Tavernole sul Mella				
			Edolo ○ △ □		Villa Garcia △				
			Esine						
			Gianico						
			Incudine						
			Losine						
			Lozio						
			Malegno						
			Malonno						
Ab. 70.100	Ab. 47.001	Ab. 50.547		Ab. 84.522	Ab. 98.718				

- Ospedale regionale
- Ospedale provinciale
- Ospedale zonale
- △ Polamb. ex. Mutue
- C.P.A. sez. dispensariale

segue Tab. 1 - Ripartizione in Ussl dei Comuni della Provincia di Brescia (il numero degli abitanti è quello del 1986).

Ussl 39	Ussl 40	Ussl 41	Ussl 42	Ussl 43	Ussl 44
Agnosine	Bedizzole	Azzano Mella	Barbariga	Alfianello	Acquafredda
Anfo	Calvagese della Riviera	Berlingo	Borgo San Giacomo	Bagnolo Mella	Castenedolo
Bagolino	Desenzano del Garda ● △	Borgosatollo	Brandico	Bassano Bresciano	Calvisano
Barghe	Gardone Riviera ●	Botticino	Corzano	Cigole	Calcinate
Bione	Gargnano ○ △	Brescia ● ○ △ △ △ △ □	Dello	Fiesse	Carpenedolo
Capovalle	Limone s/Garda	Capriano del Colle	Lograto	Gambara	Ghedi
Casto	Lonato ●	Castegnato	Longhena	Gottolengo	Isorella
Gavardo ○ △	Magasa	Castelmella	Maclodio	Leno ● △	Montichiari ○ △
Idro	Manerba d/Garda	Cellatica	Mairano	Manerbio ● △ □	Remedello
Lavenone	Moniga d/Garda	Collebeato	Orzinuovi ○ △ □	Milzano	Visano
Mura	Muscoline	Flero	Orzivecchi	Offlaga	
Odolo	Padenghe s/Garda	Gussago	Pompiano	Pavone Mella	
Paitone	Polpenazze d/Garda	Mazzano	Quinzano d'Oglio	Ponteveco ●	
Pertica Alla	Pozzolengo	Montirone	San Paolo	Pralboino	
Pertica Bassa	Prevalle	Nuvolento	Villachiera	San Gervasio Bresc.	
Preseglie	Puegnago s/Garda	Ospitaletto		Seniga	
Provaglio Val Sabbia	San Felice d/Benaco	Poncarate		Verolanuova △	
Proè Volciano	Salò ● △ □	Rezzato		Verolaveccchia	
Sabbio Chiese	Sirmione	Rodengo Saiano			
Serle	Soiano al Lago	Roncadelle			
Treviso Bresciano	Tignale	San Zeno Naviglio			
Vallio Terme	Toscolano Maderno	Torbole Casaglia			
Vestone △ □	Tremosine	Travagliato			
Villanuova s/Clisi	Valvestino				
Vobarno △					
Ab. 53.469	Ab. 89.426	Ab. 324.574	Ab. 43.533	Ab. 74.736	Ab. 69.268

- Ospedale regionale
- Ospedale provinciale
- Ospedale zonale
- △ Poliamb. ex Mutue
- C.P.A. sez. dispensariale

ro delle piante organiche definitive del personale ed il piano sanitario regionale, strumento necessario per la localizzazione dei livelli di offerta di prestazioni sanitarie sull'intero territorio regionale.

Il Ministero della Sanità, dal canto suo, ha presentato un disegno di legge di modifica della L.833/78 tale da cambiarne, se approvato, la struttura in modo significativo. In sostanza le novità consistono sinteticamente:

- nell'affidare la Sanità ad agenzie regionali in modo da consentire gestioni snelle non condizionate dalle alterne vicende delle istituzioni regionali;

- nel trasferire maggiori competenze, particolarmente assunzioni e acquisti, alla struttura manageriale limitando il compito degli amministratori, costituiti in agili "Consigli di Amministrazione" alla più propria definizione delle linee programmatiche;

- scorporo dalle USSL delle grandi strutture ospedaliere, dei presidi provinciali di igiene, dei complessi specializzati in attività di riabilitazione, nella convinzione che la complessità di tali strutture richieda una gestione autonoma pur in un quadro programmatico definito in ambito regionale;

- potenziamento delle attività di prevenzione (tutela del territorio, dei luoghi di lavoro, educazione sanitaria ecc.) nella convinzione di poter in tal modo limitare l'insorgere di molte patologie;

- le attività sanitarie dovranno integrarsi con quelle socio-assistenziali poiché appare artificiosa una delimitazione netta delle competenze;

- l'organizzazione dell'attività sanitaria dovrà svilupparsi attraverso processi di partecipazione delle forze sociali e dei singoli cittadini;

- le risorse necessarie a finanziare il nuovo assetto verranno prelevate da un fondo nazionale opportunamente costituito e finanziato con contribuzioni, tasse ed imposte.

I limiti della riforma

In diversi tempi e da più parti sono stati indicati quali ostacoli alla realizzazione della riforma, (in concreto attivata sull'intero territorio nazionale con la costituzione nel 1980 delle U.S.S.L. articolate organizzativamente in Servizi), a volte la concezione illuministica della stessa, vista - riordino della suddivisione territoriale con la costituzione di USSL di maggiori dimensioni.

Segno che il livello di malessere degli assistiti, ancorché ridonato dai mass-media, ha raggiunto i livelli istituzionali più alti inducendoli a disegnare possibili rimedi.

La riforma in provincia di Brescia

Una valutazione, frutto dei livelli soggettivi di conoscenza, mi porta ad affermare che nella nostra Provincia le cose sono andate meglio (o per i pessimisti meno peggio) rispetto ad altre realtà anche lombarde. Ma non tutto ha funzionato e funziona bene anche per ragioni locali, oltre a quelle generali viste prima.

Le strutture sanitarie a Brescia, così come altri comparti, si sono sviluppate difatti su un modello spaziale radiocentrico con le funzioni principali concentrate nella città ed una serie di presidi ospedalieri in Provincia per lo più

Tab. 2 - Dati relativi all'anno 1986 (Fonte Ass. Reg. Sanità).

	Ussl 34	Ussl 35	Ussl 36	Ussl 37	Ussl 38	Ussl 39	Ussl 40	Ussl 41*	Ussl 42	Ussl 43	Ussl 44	Ospedale Civile Brescia**	Ospedale Niguarda Milano**
N. dipendenti per posto letto	2,0	1,7	2,0	1,7	1,7	1,9	2,1	2,1	1,5	1,5	1,6	1,5	2,4
Degenza media	8,7	7,3	8,0	8	9,2	9,4	8,7	20,7	9,1	8,2	8	8,1	8,0
Tasso di utilizzazione posti letto	75,9	73,3	75,1	67,9	60,1	75,4	79,4	80,9	58,4	69,3	63,0	82,2	77,1
N. letti	418	134	166	476	265	210	514	756	172	605	175	2.154	1.641
Spesa corrente (in milioni)	47.181	18.744	23.519	55.821	42.998	27.469	76.192	198.125	20.997	60.875	28.553	166.493	191.542
Indice spesa corrente pro-capite (media reg. = 100)	112	75	88	110	82	97	142	102	91	136	78	73	117
Indice spesa personale dipend. (media reg. = 100)	96	104	98	102	103	106	108	95	108	101	112	64	115

* Compresa la struttura psichiatrica

** I dati del Civile e del Niguarda sono comparabili tra di loro e non con quelli delle Ussl.

sorti in modo spontaneistico, per iniziativa delle comunità locali, alcuni ben organizzati altri pressoché fatiscanti.

La suddivisione in 11 USSL del territorio della Provincia (vedi tabella 1), peraltro di discutibile razionalità soprattutto in direzione ovest, ha sortito come effetto di ulteriormente consolidare sulla città nella USSL 41 e nell'Ospedale Civile (quest'ultimo rimasto autonomo per le vicende già illustrate dall'Avv. Onofri su "Città e Dintorni" n.7-8) la quasi totalità delle prestazioni più significative comprese le attività igienistiche di livello più qualificato.

Ne è risultato, anche sotto il profilo della attribuzione delle risorse, una situazione di squilibrio (v.tab.2) talché un livello accettabile di attività sanitaria è stato possibile soltanto in quelle zone in cui insistevano presidi ospedalieri ben strutturati e quindi dotati di risorse finanziarie manageriali adeguate (in sostanza le USSL 34 - 40 - 43 oltre alla 41). Tutta la provincia, in ogni caso, ha fatto affidamento - e in larga parte ancora oggi si affida - per le attività di diagnosi e cura sulla grande e complessa struttura ospedaliera del capoluogo peraltro inducendo anche in questa segni di affaticamento.

Si deve in ogni caso dare atto agli Amministratori delle USSL bresciane di essere riusciti, pur nella scarsità di mezzi, a utilizzare al meglio le risorse disponibili attivando, in qualche caso, esperienze di prestazioni decentrate a livello distrettuale integrate con le attività socio-assistenziali.

Il progetto di piano regionale, recentemente approvato dalla Giunta ed all'esame delle forze politiche, tende a porre rimedio prevedendo una dislocazione di risorse in provincia, peraltro su aree aggreganti in molti casi il territorio di più USSL, tale da allentare la pressione sulla città (v.tab.3). Quali che siano i concreti provvedimenti regionali di ristrutturazione dei servizi sanitari desta preoccupazione la gravissima carenza numerica anche a Brescia di manager sanitari in grado di gestire - ancor più nella prospettiva di un maggior trasferimento di competenze ad essi - un complesso processo di ristrutturazione quale si rende necessario.

I nodi reali dell'assistenza sanitaria

Per comprendere come mai, nonostante le ingenti risorse impiegate, vi sia - anche a Brescia seppure in misura minore - una diffusa insoddisfazione dei cittadini ai quali tocca mettersi in lista di attesa per la quasi generalità delle prestazioni diagnostiche, non sono sufficienti le considerazioni prima svolte riguardo alla difficoltà di dimensionare l'offerta di servizi rispetto ad una domanda non determinabile. Bisogna partire da un assunto, forse ovvio, ma fondamentale: l'attività sanitaria odierna richiede a chi la esercita il possesso di un complesso di conoscenze scientifiche le più aggiornate possibile, e di un insieme di informazioni ottenibili da apparecchiature o sistemi tecnologicamente avanzati.

Da questa considerazione discendono alcuni interrogativi:

- in quali luoghi ed in quali modi si produce o si accresce questa conoscenza in modo sistematico, e con quali mezzi viene resa disponibile;
- se applicandola all'uomo non siano necessarie rigorose verifiche al fine di evitarne usi impropri;
- in quali condizioni, tenuto conto del rapporto costi-benefici, è possibile produrre e accedere alle informazioni utili per esercitare tale attività;
- se e come è conciliabile l'esigenza soggettiva del cittadino di avere la sanità "sotto casa" con la possibilità di offrire un servizio scientificamen-

te appropriato soprattutto in presenza dell'insorgere di patologie richiedenti prestazioni sempre più specialistiche.

Se si considera la crescita esponenziale dell'impiego di nuove tecnologie in medicina (si pensi solo alle cosiddette biotecnologie ma anche alla ormai quotidiana introduzione di nuove apparecchiature e metodiche diagnostiche) riesce facile comprendere come interi comparti della attività sanitaria si trovino in difficoltà: i medici di famiglia, gli specialisti ambulatoriali non collegati a strutture ospedaliere, i piccoli ospedali.

Non vi è dubbio, per calare il discorso nella realtà bresciana, che il compito di accrescere il livello di conoscenza e procedere a verifiche sperimentali spetti principalmente alla Facoltà di Medicina dell'Università ed all'Ospedale Civile. Molte iniziative sono in corso, anche se poco conosciute fuori dall'ambito degli addetti ai lavori, ma molte di più potrebbero essere attuate ove fossero superate riserve e perplessità affioranti qua e là anche in ambienti insospettabili in ordine a tutte quelle iniziative che si configurano come diverse dalla immediata attività assistenziale. È diffuso, in misura maggiore di quanto si creda, un atteggiamento tra il provinciale ed il rassegnato teso a considerare credibili (oppure utili) iniziative di ricerca in ogni altra parte del mondo (e dell'Italia), accettando tranquillamente per la propria terra il ruolo di colonia. Sembra opportuno ribadire invece la disponibilità di risorse umane e tecniche locali per dare ulteriore sviluppo

Tab. 3 - Previsioni di piano per le strutture ospedaliere della Provincia di Brescia.

<i>Discipline</i>	<i>Ussl</i>	<i>34</i>	<i>35</i>	<i>36</i>	<i>37</i>	<i>38</i>	<i>39</i>	<i>40</i>	<i>41</i>	<i>42</i>	<i>43</i>	<i>44</i>	<i>O.Civ.</i>
Medicina generale	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
Chirurgia generale	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•
Ostetricia e ginecologia	•	•	•	•	•	•	•	•			•	•	•
Pediatria	•				•	•	•	•			•	•	•
Ortopedia e traumat.	•	•			•	•	•	•			•	•	•
Cardiologia	•				•	•		•			•	•	•
Neurologia	•				•	•		•			•		•
Oculistica	•				•	•		•			•		•
Otorinolaringoiatria	•				•	•		•			•		•
Psichiatria	•				•	•		•			•	•	•
Urologia	•												•
Malattie infettive													•
Neurochirurgia													•
Nefrologia	•										•		•
Pat. neonatale													•
Chirurgia plastica													•
Maxillo-facciale													•
Chirurgia vascolare													•
Pneumologia					•			•					•
Radioterapia													•
Cardiochirurgia													•
Chirurgia pediatrica													•
Ematologia													•
Chirurgia toracica													•
Dermatologia													•
Endoscopia													•

ad attività sperimentali rivolte alla qualificazione dell'assistenza sanitaria, sempre meno riducibile ad atti pur nobili ed esaltanti di solidarietà umana od a scelte di impegno professionale encomiabile. In via incidentale non va sottaciuta la prospettiva, anche qui vista con sospetti e remore, di una utile collaborazione tra ricerca ed un sistema industriale come quello bresciano in grado di entrare in un mercato come quello delle apparecchiature e prodotti per la sanità ad alto contenuto tecnologico ed alto valore aggiunto.

Tornando agli interrogativi sopra espressi, ed aggiunta una rapida riflessione sui processi di estrema specializzazione per disciplina in atto nella sanità, risulta evidente come adeguati livelli di conoscenza ed informazione possano prodursi e diffondersi soltanto in strutture di adeguate dimensioni: vi è una soglia critica al di sopra della quale - non solo per ragioni di economia di scala ma anche per sinergie tra le conoscenze delle diverse discipline - scatta un circolo virtuoso e al di sotto di esso un circolo vizioso.

Per le strutture ospedaliere tale soglia si colloca ai 4/500 posti letto per cui, calando ancora una volta il discorso nella realtà bresciana, 5/6 ospedali in provincia di adeguate dimensioni offrirebbero sicuramente un livello di prestazioni più qualificate rispetto agli attuali 13 di dimensioni più contenute. Le attività sanitarie così dismesse potrebbero utilmente essere surrogate da servizi diagnostici e ambulatoriali diurni gestiti su un modello dipartimentale con le strutture ospedaliere di riferimento. E così per alcune patologie particolari (diabetologia, ipertensione, oncologia medica ecc.) ove il livello di specializzazione richiesto risulta elevato e di difficile "manutenzione" si può pensare a modelli dipartimentali gerarchici estesi a tutta la provincia, dotati di strutture periferiche molto agili e con un livello di scambio delle conoscenze permanente. Per fare ciò è richiesta una revisione della cultura sanitaria, discendente sia al taumaturgico potere del posto letto, sia alle spinte verso la polverizzazione di iniziative producendo così sperperi di risorse e servizi poco qualificati. Gli stessi medici di famiglia, se vogliono riqualificare la loro attività, non potranno esimersi dal trovare forme di coordinamento e interscambio di esperienze con le strutture dipartimentali.

Conclusioni

Porre mano al riordino delle strutture sanitarie soltanto della Lombardia è impresa non da poco per il rilievo degli interessi localistici o di corporazione coinvolti. Il piano lombardo si muove, con timidezza e qualche contraddizione di troppo, nella direzione che ho cercato di illustrare. Forse sarebbe opportuno, sia a livello nazionale sia a quello regionale, procedere alla sperimentazione di modelli strutturali ed organizzativi nuovi e verificarne i risultati prima di procedere, come spesso è accaduto, a riforme di struttura che scontrandosi con la dura realtà debbono in capo a qualche anno essere nuovamente riviste.

Nonostante le polemiche locali di questi ultimi anni in materia di Sanità continuo a ritenere la Provincia di Brescia come luogo nel quale esistono le condizioni per essere sede di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi. Basta volerlo fare.