

Care e cash: istituzioni, sanità, cittadini

di Paolo Corsini*

1 La crisi dello stato sociale e – al suo interno – dei sistemi sanitari universalistici costituisce un fenomeno comune a molti Paesi avanzati: frutto non solo del processo di internazionalizzazione e di «mondializzazione» dell'economia che i grandi poteri transnazionali vorrebbero completamente slegato dalle responsabilità della politica (fino a porre in alternativa tra di loro sviluppo economico, cultura dei diritti e tutela delle garanzie), ma anche di un'altra serie di fattori che esercitano una profonda influenza sulla domanda di salute da parte dei cittadini:

- le dinamiche demografiche – che vedono ampliarsi la platea delle persone in età avanzata e nella fase improduttiva della propria esistenza, mentre si contrae il numero degli occupati sui quali grava un eccessivo onere di mantenimento;
- le dinamiche epidemiologiche che accompagnano l'invecchiamento

delle popolazioni, con un progressivo incremento della quota di patologie ad andamento cronico degenerativo;

- le trasformazioni sociali, che vedono da un lato un'attenzione crescente dei cittadini alla propria salute, in forza di un benessere ormai diffuso e di una coscienza e una cultura dei diritti di cittadinanza che appaiono soggettivamente sempre meno rinunciabili, dall'altro lato una difficoltà, anch'essa crescente, per il cittadino ad onorare il patto sociale e a contemperare le proprie esigenze individuali con il bene comune e l'interesse generale.

Gli indubbi, spesso straordinari progressi della scienza e della tecnologia medica, nonché le pressioni del mercato, che orientano pesantemente le aspettative degli utenti oltre a condizionare spesso le scelte degli stessi operatori della salute, concorrono a loro volta a far lievitare incessante-

* Sindaco di Brescia. Il testo costituisce la relazione introduttiva al convegno «Istituzioni, sanità e cittadini», tenutosi a Brescia il 9 maggio 2002

mente la spesa sanitaria.

Quale risposta a questa «crisi» dello stato sociale e della sanità pubblica sia più efficace, compatibile con i principi che fondano la convivenza ed il vincolo comunitario, quali siano i percorsi decisionali e quale ruolo siano chiamati a giocare i cittadini – attraverso le loro rappresentanze istituzionali e gli organismi della società civile –, nonché gli operatori della salute: questo il tema del convegno di studio che l'Amministrazione comunale di Brescia ha inteso oggi promuovere.

A partire da una convinzione forte, precisa, dichiarata: vale a dire che la direttrice della risposta offerta a questi problemi dalla Regione Lombardia con la recente approvazione del Piano socio-sanitario per il prossimo triennio, direttrice che sembra ripercorsa anche dal Governo centrale con il Ministro Sirchia (pur nella frammentarietà, nella confusione, talora anche nella contraddittorietà delle dichiarazioni rese quotidianamente ai giornali) non sia affatto condivisibile.

2 Non è condivisibile innanzitutto, per i motivi che cercherò di chiarire, un'impostazione che tende a trasferire semplicisticamente nella sanità le regole del mercato, trasformando la salute in merce: un'opzione che a me appare fortemente ideologica e al tempo stesso funzionale a tutelare corposi interessi economici – realtà che, d'altra parte, non ci si premura

nemmeno più di tanto di celare.

Una cosa è infatti invocare l'introduzione nella Sanità – così come, più in generale, nella pubblica amministrazione – di strumenti propri della gestione e del management aziendale al fine di migliorare l'efficienza e l'economicità del sistema, per garantire il rispetto delle compatibilità economiche, perseguendo al tempo stesso la qualità delle prestazioni e la soddisfazione degli utenti; un'altra è assumere l'azienda come ideologia, trasformare la sanità in mercato, tradurre i servizi in beni, «care» in «cash», le prestazioni in merci scambiabili e competitive, «le malattie–i bisogni–i pazienti in variabili da ricondurre a categorie di costo e a capitoli di spesa» (G. Tognoni, 1998).

Allo stesso modo, anche in sanità l'ingresso sul mercato di gestori privati e la competizione tra diversi soggetti può rappresentare per tutti – in particolare per il pubblico – uno stimolo al miglioramento ed alla crescita della qualità, a tutto vantaggio dei cittadini utenti. Non si tratta tra l'altro di una novità, dato che qualificate strutture del privato sociale – penso all'Ospedale Sant'Orsola dei Fatebenefratelli, o alla Poliambulanza delle Ancelle della carità – da molto tempo arricchiscono la sanità bresciana di uno specifico contributo, forti di una professionalità cui si affianca la costante valorizzazione della dimensione dell'ospitalità, dell'accoglienza, della «com-passione», della «comunione» spirituale ed umana.

La competizione pubblico/privato de-

ve tuttavia svolgersi a pari opportunità; ed il processo di apertura del mercato – sul versante dell'offerta delle prestazioni – non può dimenticare la salvaguardia degli equilibri complessivi del sistema. A meno che, ovviamente, gli obiettivi reali non siano diversi, siano il riequilibrio tra offerta pubblica ed offerta privata, a vantaggio di quest'ultima (a vantaggio, soprattutto, del privato non sociale, ma for profit), o il superamento del servizio sanitario unico per tutti i cittadini e l'apertura dell'interessante «mercato» della sanità alle Compagnie Assicuratrici, con la creazione di un doppio sistema: l'uno, a copertura più ampia, destinato a chi può sostenerne i costi e l'altro, quello pubblico, residuale, destinato ai soggetti economicamente più deboli (i Livelli Essenziali di Assistenza divenuti, nella prima versione del Piano socio-sanitario della Regione Lombardia, livelli assistenziali minimi...).

Non ci indigna soltanto, si badi bene, la volontà di affidare al passato, come orpelli ormai logori, i principi dell'universalismo, dell'equità e della solidarietà, che sono parte integrante della Costituzione posta a fondamento dello spirito repubblicano.

Suscita in noi profonda contrarietà l'utilizzo che si è fatto – in questi anni – di due argomenti pur molto vicini alla sensibilità diffusa (e senz'altro remunerativi sul piano elettorale), quali la libertà di scegliere il presidio sanitario a cui accedere e la totale «liberalizzazione» delle prestazioni diagnostiche; un utilizzo a nostro avviso strumentale, per almeno due

motivi:

– perché tali scelte hanno comportato un macroscopico ampliamento del «buco» del bilancio della sanità lombarda, al cui riempimento non sono bastati né l'aumento dei trasferimenti statali – 6000 miliardi tra il 1996 ed il 2001 – né i tagli applicati in altri settori del bilancio regionale (anche il fondo sociale regionale ha subito una riduzione dell'8%), riempimento cui si è dovuto sopperire attraverso l'aumento dell'IRPEF;

– e perché attraverso questa politica di espansione delle spese sanitarie si è cercato di contrabbandare come vantaggiosa per i cittadini la scelta di un sistema sanitario – quello che vede un ruolo crescente per le assicurazioni private – che i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'OCSE segnalano tra i più costosi ed i meno efficaci in termini di grado di copertura della popolazione, di salute prodotta e di soddisfazione degli utenti. Non sembri inutile ricordare che negli Stati Uniti, paese al quale si ispira il modello della sanità privatizzata, a fronte di una spesa sanitaria quasi doppia di quella italiana – il 14% del prodotto interno lordo, contro il nostro 7.5% complessivo, di cui solo il 5.8% sostenuto dalla tassazione generale – 40 milioni di cittadini non godono di alcuna tutela sanitaria!

In realtà il modello sposato dalla Giunta regionale lombarda con la legge 31 del 1997 prima ed ora con il Piano socio-sanitario di per sé favo-

risce un eccesso di produzione e di consumo delle prestazioni sanitarie. Già forti perplessità aveva suscitato, sulla base dell'esperienza internazionale in materia, la modifica delle modalità di finanziamento degli Ospedali introdotta nel nostro ordinamento dai decreti 502 del 1992 e 517 del 1993, non più a giornata di degenza ma a prestazione (i cosiddetti DRG), finalizzata a contenere la durata delle degenze, a contrastare un uso improprio degli ospedali stessi (in particolare per l'accoglienza di anziani in condizioni di cronicità) e a ridurre per questa via la spesa ospedaliera. In realtà l'esperienza condotta da altri Paesi, pur dotati di strutture organizzative e di capacità di controllo molto più efficaci di quelli storicamente propri del nostro, avevano segnalato un forte rischio di aumento – piuttosto che di diminuzione – dei costi complessivi. Anche in Italia, a fronte dell'espulsione precoce dalle corsie ospedaliere degli anziani affetti da patologie croniche – talvolta in condizioni tutt'altro che stabilizzate, e a prescindere dalla disponibilità di sistemazioni alternative, con un aggravio degli oneri assistenziali per le famiglie e per i Comuni – non si è verificata la possibilità ipotizzata di trasferire risorse dal comparto ospedaliero a quello territoriale, possibilità resa necessaria dal mutare del quadro epidemiologico e dal continuo aumento della quota di patologie ad andamento cronico. Nella nostra Regione le scelte condotte in questi anni, quali

- l'indiscriminata apertura all'ospedalità privata – anche in Provincie, come la nostra, già dotate di un eccesso di posti letto ospedalieri;
- la completa separazione dalle ASL di tutti gli Ospedali, trasformati in Aziende cui è stata affidata anche la gestione dell'intera medicina specialistica pubblica;
- il ritardato avvio di meccanismi di contrattazione tra il soggetto pagatore – l'ASL stessa – e le aziende produttrici di interventi sanitari (la sperimentazione a Brescia di questi meccanismi, peraltro previsti dalla legge 31, sta prendendo le mosse solo in questi mesi, dopo oltre due anni di attesa),

hanno determinato un continuo aumento di prestazioni diagnostiche spesso inutili; un'espansione talora del tutto ingiustificata di interventi specialistici fortemente remunerativi – la stessa Regione è stata costretta a prendere atto dell'anomalia rappresentata da un aumento esponenziale delle prestazioni cardio-chirurgiche – e, per questa via, un lievitare costante dei costi del sistema.

La scelta della Regione di abdicare al proprio ruolo di programmazione e di governo del sistema, di porre riparo allo sfondamento dei tetti di spesa con l'abbattimento ex post delle tariffe, finisce per creare serie difficoltà anche alle case di cura private accreditate della nostra Provincia, che proprio in questi giorni – attraverso i loro organismi rappresentativi – denunciano una situazione di profondo disagio. Un appello che non ci lascia certamente indifferenti e che suscita

viva apprensione.

Ho fatto riferimento a prestazioni diagnostiche superflue e ad interventi specialistici di dubbia necessità: sono, mi rendo conto, affermazioni pesanti, che emergono peraltro dalle analisi di studiosi indipendenti e sui quali ognuno di noi può documentarsi; già da tempo l'OCSE ha segnalato un divario ingiustificato nel ricorso ad alcune procedure diagnostiche e chirurgiche tra i Paesi che adottano diverse modalità di finanziamento della sanità, con una forte influenza del tasso di remuneratività della singola procedura sulle decisioni assunte dai medici.*

Non voglio certo, con questa osservazione, indulgere ad una facile demagogia, né mettere sul banco degli imputati la classe medica; conosco – per frequentazioni personali – il profondo disagio di molti seri professionisti costretti ad una navigazione faticosa tra la tutela delle esigenze del malato ed il rispetto delle compatibilità dell'azienda all'interno della quale operano con serietà e dedizione.

Quello che voglio mettere in discussione è il modello di sanità che si è scelto, un modello che impone ai medici forti dilemmi etici (non l'attenzione – doverosa – al corretto utilizzo delle risorse pubbliche); è l'assenza della volontà, non certamente della capacità, di controllare gli effetti distorsivi di questo modello e di introdurre i necessari correttivi, in nome di un «mercato» sbandierato come panacea di tutti i mali.

Se l'unico vincolo per chi eroga prestazioni sanitarie è quello del bilan-

cio, se non vi è alcuna continuità tra gli ospedali ed il territorio, se le diverse fasi della prevenzione, della cura e della riabilitazione non sono tra di loro connesse in un più globale progetto di salute per la popolazione, quello che ne esce, inevitabilmente, è un sistema che disincentiva gli ospedali dalla riduzione dei propri costi, penalizzando i percorsi – domiciliari e territoriali – di educazione sanitaria, di prevenzione, di assistenza continuativa; è, in poche parole, un sistema che premia la malattia anziché premiare la salute.

3

Appare del resto sintomatica dell'impostazione di questa Giunta regionale – e paradossale nella sostanza – l'idea che anche la prevenzione possa essere affidata ad agenzie esterne. Intendiamoci, non voglio sostenere che tutte le attività di prevenzione debbano essere gestite direttamente dall'ASL; mi preoccupa piuttosto l'opzione ideologica, la scelta netta ed aprioristica per l'esternalizzazione comunque, al di fuori di qualsiasi riflessione rispetto a quanto potrebbe essere più opportuno, più utile, più appropriato promuovere, soprattutto in un'area – quella della prevenzione – in cui vi sono alcuni obblighi di carattere istituzionale di tutela della salute individuale e collettiva, che non possono essere facilmente delegati.

Lo stesso, d'altra parte, si verifica a proposito del Dipartimento assistenza di base, per quanto attiene all'attività dei distretti, i grandi assenti

della politica sociosanitaria di questa Giunta e di questo piano. Al distretto si dedica ben poca attenzione, ma sono soprattutto l'impianto generale del piano e le linee di trasformazione del modello organizzativo che negano spazio e ruolo al livello distrettuale di organizzazione dei servizi territoriali, e perciò al rapporto con i Comuni ed al collegamento delle attività sanitarie con la rete dei servizi socio-assistenziali gestiti dalle amministrazioni locali.

Al di là della denominazione, questo piano è fortemente centrato sulla Sanità e di fatto mortifica la cultura e la pratica dell'integrazione socio-sanitaria che hanno rappresentato una delle peculiarità più significative del modello dei servizi in Lombardia: un'integrazione che noi difendiamo – si badi bene – non certo per ribadire un ruolo di maggior potere per i Comuni, ma perché siamo convinti che la promozione e la tutela della salute non possano essere competenze tecniche delegate ad una sanità di impianto aziendale, ma debbano costituire ad un tempo l'obiettivo ed il prodotto del complesso delle politiche sociali e del territorio che vedono nei Comuni gli attori principali.

Proprio il Distretto – opportunamente individuato come ambito territoriale anche per l'applicazione della Legge 328 di riforma dell'assistenza e per l'attuazione del piano zonale che tale legge prevede – può e deve costituire la sede per la programmazione integrata dei servizi socio-sanitari; la sede in cui l'alloca-

zione delle risorse, l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ed il loro raccordo con le politiche sociali degli enti locali possono meglio modellarsi sui bisogni specifici della popolazione, valorizzando al tempo stesso le risorse presenti sul territorio e favorendo un proficuo raccordo tra la rete formale dei servizi e le reti informali.

Nell'impostazione fortemente centralizzata e «specialistica» prescelta dalla Regione è però difficile ritagliare – per il Distretto – un simile ruolo; così come resta del tutto marginale il ruolo degli Enti Locali e dei Comuni, per i quali si parla di un generico «coinvolgimento nella programmazione delle attività/servizi» delle ASL e di una altrettanto generica «più continua e diretta partecipazione alle decisioni in merito alle risposte ai bisogni espressi dalle comunità locali», salvo far balenare la possibilità di un loro «coinvolgimento nell'azienda accompagnato da una corrispondente responsabilizzazione economica», forse per compensare la riduzione dei trasferimenti da parte della Regione.

Altri dopo di me – a partire dal professor Mozzanica, così come, nel pomeriggio, all'Assessore ai Servizi alla persona, alla famiglia ed alla comunità, la signora Giovanna Giordani Bussolati – riprenderanno con maggiore competenza il tema dell'integrazione socio-sanitaria.

Personalmente voglio solo soffermarmi sul ruolo che questo Piano affida alla famiglia.

Sembrerebbe un ruolo centrale, se si

pensa all'enfasi posta sull'autosoddisfaccimento del bisogno da parte della famiglia, grazie ad un più diffuso utilizzo dei buoni, in analogia con il già sperimentato «buono socio sanitario per gli anziani non autosufficienti», come strumento d'intervento in larga misura sostitutivo dei servizi; o alla costante sottolineatura della libertà di scelta del cittadino, e all'abolizione di ogni «ostacolo burocratico» che si possa interporre tra il singolo cittadino, la famiglia ed il sistema dei servizi.

La mia sensazione è però che il cittadino, e la famiglia, vengano gravati di ulteriori responsabilità, senza gli adeguati supporti. L'opzione per i trasferimenti economici sostitutivi dei servizi rischia infatti di deresponsabilizzare gli Enti pubblici – ASL e Comuni – scaricando sulla famiglia l'onere principale e la responsabilità stessa del progetto di cura (sappiamo tutti, tra l'altro, che le dimensioni della famiglia sono sempre più ridotte e che il cittadino – penso in particolare agli anziani – può rischiare di trovarsi del tutto solo ad assumere decisioni complesse).

Sul mercato della sanità e dei servizi sociali d'altra parte è fuorviante parlare di libera dinamica della domanda e dell'offerta; in realtà – come ci ha ricordato in un suo contributo Emanuele Ranci Ortigosa – il mercato sociale è – cito le sue parole – «strutturalmente squilibrato ... l'offerta risulta dominante su una domanda debole sul piano delle conoscenze tecniche, fragile per condizione psicologica e relazionale, parcellizzata,

esposta quindi a condizionamenti e manipolazioni».

Mentre sembra scarsamente declinata dal Piano – condizionato dall'urgenza di demolire tutto ciò che è pubblico – la necessaria funzione di consulenza e di supporto ai cittadini ed alle famiglie nell'espressione della loro libertà di scelta, funzione affidata al solo medico di medicina generale o sostituita da processi di «comunicazione» che sembrano trascurare proprio l'asimmetria comunicativa sopra segnalata.

4

Prima di concludere il mio intervento mi permetto di affrontare un ultimo tema, che sta molto a cuore a tutti i bresciani: il futuro dell'Ospedale civile di Brescia. La sua vicenda è emblematica di due orientamenti di fondo: la mortificazione dell'autonomia degli Enti Locali periferici (il «neocentralismo regionale») e la penalizzazione del pubblico a tutto vantaggio del privato *for profit*.

Con la sua trasformazione in Azienda ospedaliera il «nostro» ospedale è stato in prima battuta sottratto a qualsiasi possibilità di indirizzo e controllo da parte dei rappresentanti di quelle comunità (cittadina e provinciale) che ne hanno consentito la nascita e lo sviluppo con le loro generose donazioni; poi lo si è di fatto penalizzato con una politica che, mentre amplia generosamente la possibilità di accreditamento dei privati, nega agli ospedali pubblici le risorse necessarie a reggere la nuova

dimensione concorrenziale.

Il quadro della ripartizione delle risorse statali, previsto come integrazione e riequilibrio nel biennio 1999-2000, ed effettuato dalla Giunta regionale, sembra registrare, infatti, una ingiustificata penalizzazione per le strutture ospedaliere bresciane, al punto da collocare una provincia popolosa come Brescia al penultimo gradino su scala regionale nella ripartizione del fondo integrativo statale di 530 miliardi previsti per l'anno 2000. In valori assoluti uno stanziamento sostanzialmente uguale a quello assegnato alla provincia di Mantova e di Sondrio, come è noto province molto meno popolate, e meno di un decimo rispetto allo stanziamento assegnato alla provincia di Milano. Non meno grave la ripartizione dei fondi di riequilibrio che vede l'Ospedale civile nelle ultime posizioni in termini percentuali, pur essendo una delle strutture più grandi rispetto alla trentina di ospedali pubblici della Lombardia.

Sempre più spesso mi giunge dall'interno dell'Ospedale – da medici ed operatori stimati, orgogliosi di un'appartenenza pubblica cui hanno dedicato professionalità ed impegno – l'eco di una sincera preoccupazione per un presente sempre più problematico e per un futuro ancora più incerto.

Su questo futuro si vanno intanto addensando nubi pesanti, che in forza di una radicale ristrutturazione dell'Ospedale preludono al rischio di un drastico ridimensionamento dei suoi posti letto, di un azzeramento

del suo patrimonio e di una sua sostanziale privatizzazione.

L'Amministrazione comunale e la comunità bresciana – non sono e non possono restare indifferenti al futuro dell'Ospedale civile, presidio fondamentale per la tutela della salute dei bresciani, per la ricerca e per la formazione degli operatori della Sanità; intendono fermamente tutelarne l'autonomia e salvaguardare quel patrimonio tecnico, professionale ed umano che ne fa un punto di riferimento, ben oltre la nostra Regione.

Già alcuni anni fa avevo sommessamente e senza enfasi avanzato l'idea, autorevolmente ripresa da Mino Martinazzoli – di promuovere la costituzione di una Fondazione che, grazie alla partecipazione del Comune di Brescia e di altri Enti Locali ed al coinvolgimento di realtà rappresentative della società civile, potesse salvaguardare al tempo stesso il radicamento territoriale e la proiezione scientifica e culturale internazionale del nostro ospedale, restituendo nuove motivazioni alla generosità ed alla solidarietà dei cittadini, singoli ed associati, che tanta parte hanno avuto nella sua costituzione. In quell'occasione fui deriso da alcuni lungimiranti esponenti politici dell'attuale maggioranza regionale...

Oggi il Piano Socio-Sanitario ipotizza per le aziende ospedaliere la trasformazione in «soggetti di diritto privato, in fondazioni, con la partecipazione di soggetti pubblici, privati profit e no profit». L'Amministrazione comunale di Brescia, è disponibi-

le, da subito, a discutere sul futuro dell'Ospedale, sui suoi problemi strutturali, gestionali, finanziari; siamo convinti che la comunità bresciana detenga le capacità e le risorse necessarie per affrontare questa sfida. Siamo pronti a recitare la nostra parte, ma non siamo disponibili a sancire decisioni assunte in altre sedi e a sottoscrivere impegni che rispondono a logiche estranee al futuro dell'Ospedale e alla tutela della salute dei nostri concittadini.

5 Potrei aggiungere altre considerazioni, segnalare altri contenuti della politica sanitaria della nostra Regione rispetto ai quali è profondo il nostro disaccordo.

A me premeva peraltro segnalare le ragioni ideali del nostro dissenso con l'impianto di fondo di tale politica, sottolinearne la deriva culturale, la confusione degli obiettivi.

Per questo la Giunta municipale ha sentito il dovere di proporre alla cittadinanza un'occasione di approfondimento e di riflessione, di dedicare una giornata di studio ad una materia che entra nel vissuto quotidiano, che rimanda alle promesse, alle attese, alle speranze dei nostri concittadini, che dice della qualità dell'obbligazione comunitaria.

Credo che la battaglia culturale e ideale per la riaffermazione dei valori di fondo sui quali il nostro Paese ha costruito il suo equilibrio tra libertà individuale e benessere comunitario non possa esaurirsi con il varo di una

«legge quadro», peraltro del tutto povera delle indicazioni operative e delle scansioni temporali che dovrebbero essere tipiche di una vero e proprio strumento di programmazione. Né questa battaglia è mancata a suo tempo, sia pure con esiti insoddisfacenti, ad opera non solo delle forze politiche di opposizione, ma di una molteplicità di soggetti oggi qui presenti – dalle organizzazioni sindacali all'Associazione regionale dei comuni, al Forum dell'azionismo cattolico unito intorno alla Caritas regionale, a componenti significative della classe medica, ad autorevoli studiosi.

Con questi importanti interlocutori intendiamo proseguire la battaglia, mantenendo anzitutto l'ascolto e l'interlocuzione costante con i cittadini e con gli operatori della sanità, riaffermando la nostra politica di collaborazione con le diverse articolazioni della sanità bresciana, con l'ASL in primo luogo, con l'Ospedale civile, con le strutture sanitarie del privato sociale: realtà a cui ci lega un lungo percorso di condivisione di obiettivi e di progetti e di costruzione di un prezioso tessuto di integrazione socio-sanitaria.

Restiamo ovviamente disponibili – da soli e con gli altri enti locali – ad un confronto franco e serrato con la Giunta regionale, alla quale non ci stancheremo di rappresentare le nostre convinzioni di fondo e le esigenze concrete dei nostri concittadini.

La difesa dello stato sociale e di un sistema sanitario equo ed universalistico, capace di garantire a tut-

ti i cittadini le stesse risposte a bisogni essenziali, costituisce un impegno che prosegue, un impegno che la nostra Amministrazione intende solennemente sottoscrivere; ma è anche un obiettivo possibile,

se sapremo insieme valorizzare quell'attenzione costante, quella vigilanza, quella progettualità, quella capacità di iniziativa che ha sempre contraddistinto la nostra comunità.

