

La sanità nella “terra di mezzo”. Ma uscirne non è impossibile

Dall'età dell'oro della politica alla nuova stagione degli scandali e della voracità. E la sanità naviga in queste acque rischiando di esserne travolta. Anche perché la crisi che incombe sul nostro SSN è non solo di natura finanziaria, ma soprattutto di natura culturale. Ed è quello che ruota intorno alla natura del nostro SSN e alla sua mancata comprensione da parte degli attuali policy makers



Roberto Polillo

Da oltre 10 anni la sanità è priva di un progetto riformatore e le politiche dei vari governi si sono limitate a tagli, riduzioni di posti letto e servizi, compressione dei livelli retributivi degli operatori. Una strategia miope e soprattutto improduttiva. Il servizio sanitario infatti non è un albero con radici a fittone su cui operare con la forza della scure tagli dei suoi rami; il SSN è un rizoma la cui dimensione è l'orizzontalità, la molteplicità simultanea; il suo modo d'essere è l'autopoiesi e la sua ricchezza l'emergenza di eccellenze secondo linee intersecantesi in reticoli privi di centro.

L'età dell'oro della politica

Nell'età dell'oro della politica la terra di mezzo tra ideazione e realizzazione, tra il prima e il dopo di ogni progetto di riforma era ancora la “commissione”, l'agorà di quel collettivo che Gramsci chiamava il nuovo principe. In quel mondo la figura più tipica e per certi versi tragica era il responsabile del gruppo di lavoro, l'intellettuale organico, il funzionario di partito; una sorta di mediatore-negoziatore che portando a sintesi il pensiero del gruppo spesso doveva rinunciare a parte del proprio.

Oggi nell'era dell'obsolescenza della politica partecipata la terra di mezzo è il gruppo consociato che progetta solo quell'opera che può realizzare per trarne profitto, totalmente indifferente all'impatto che questa avrà sulla vita materiale dei cittadini. E da qui la sterminata serie di opere pubbliche inutili o incomplete tra cui i numerosi ospedali iniziati e mai terminati, ridotti a scheletri informi che offendono il nostro paese.

In sanità l'età dell'oro è stata la fine degli anni '70 con il passaggio dal sistema mutualistico al servizio sanitario nazionale. E non tanto perché la riforma, la legge 833, fosse perfetta ma perché il processo decisionale che l'aveva generata era il frutto di grandi e accese discussioni pubbliche che avevano investito e coinvolto partiti, cittadini, consigli di fabbrica e sindacati.

In quella riforma la logica istituzionale che la informava era il principio di universalità e eguaglianza dei cittadini e gli strumenti erano quelli (purtroppo rimasti invariati) della partecipazione democratica multilivello, della programmazione dei servizi e della loro integrazione funzionale.

Quei bagliori tuttavia, come dirà Tronti nelle sue amare considerazioni sulla politica, non erano l'alba di un giorno incipiente, ma il fiammeggiare del tramonto e la fine di un modo d'essere e di pensare che aveva visto nella fabbrica il suo centro e negli operai il soggetto di ogni possibile trasformazione.

Le riforme della sanità degli anni '90

Il lungo ciclo di riforme degli anni '90, una sorta di epidemia come diranno alcuni sociologi, segna il punto di affermazione di un nuovo paradigma e di una “nuova” logica istituzionale. Il virgolettato non è senza ragione ma demarca la nascita di una specifica strategia istituzionale che utilizza la categoria del “nuovo” come mito istituzionale per ridefinire le regole del giuoco.

In questo caso il nuovo è il “mercato” con le sue leggi e con la mercatizzazione della sanità si vuole introdurre il principio della concorrenzialità, strumento salvifico per realizzare economie di scale e efficientamento gestionale. E' in quel periodo che il cittadino cessa di essere il “paziente” e diviene il “cliente”; il soggetto che attraverso gli strumenti della razionalità (olimpica) massimizza le proprie utilità e che scegliendo l'erogatore (pubblico o privato che sia) determina, senza più interferenze, la corretta l'allocazione delle risorse.

L'inganno epistemico della supremazia del mercato imperniato su equipollenza degli erogatori e libertà di scelta e sulla mistica del *buy sul make*, a cui avevano aderito con convinzione i modernisti della sinistra, durerà lo spazio di un giorno e ben presto si scoprirà che il modello, amplificato dalla insensata

trasformazione federalista dello stato, aveva semplicemente moltiplicato per venti inefficienze e perversa allocazione delle risorse. E' in questo specifico contesto che il *familismo amorale* che impasta il paese diventa l'unica regola di ingaggio per accedere alle carriere, agli appalti, alle commesse e a tutto quello che un'economia dipendente dallo stato come la nostra può mettere a disposizione di quell'esercito trasversale che media e negozia tra i vivi e i morti nella terra di mezzo.

L'occasione mancata della riforma Bindi

La riforma ter del SSN targata Bindi è l'ultimo tentativo (abortito) di ricollocare i processi di riforma nell'agorà del dibattito pubblico. La legge 229/99 prese forma dopo una lunga gestazione che aveva visto nella sua elaborazione la più ampia partecipazione possibile da parte dei diversi soggetti sociali. La sua logica istituzionale era "appropriatezza" e "prioritarizzazione" e conferiva un ruolo di grande rilievo ai professionisti che a quelle logiche avrebbero dovuto dare le gambe per camminare. Alla riforma si accompagnò il rinnovo del CCNL della dirigenza medica e sanitaria, un accordo straordinario a cui dette un contributo fondamentale la compianta Silvana Dragonetti, dirigente dell'agenzia negoziale ARAN.

Ben poco tuttavia venne realizzato di quel progetto ambizioso: responsabili in pari misura l'insipienza dei vari assessori regionali, la sciatteria dei numerosi Direttori generali, spesso semplici funzionari di partito strapagati, il novellato Titolo V della Costituzione che rendeva in poco tempo obsoleto il centralismo che caratterizzava intimamente la riforma ter.

Il vile metallo dell'unilateralismo

Ben presto le vecchie dispute ideologiche che nella loro estremizzazione dicotomica avevano dato senso al nostro universo intriso di modernità, cederanno il posto ad una sorta di unilateralismo prospettico in cui la policromia delle visioni sarà sostituita, indolentemente, dal monocromatismo che uniforma le differenze. Altre parole invaderanno il nostro universo simbolico della sanità: razionalizzazione dei posti letto, lotta alle duplicazioni delle strutture e poi le crociate brunettiane, e di quanti lo hanno sostituito, sulle inefficienze dei dipendenti pubblici, sul parassitismo dei sindacati, sulla inutilità degli strumenti di partecipazione visti come freno alla capacità gestionale dei manager e direttori generali.

Un complesso di dispositivi concettuali, pianificato nel dettaglio e usato con spregiudicatezza, per lasciare inalterate l'infrastruttura materiale del paese. In queste pratiche discorsive si parla di corruzione, di lotta agli sprechi solo per muovere le acque e impedire la visione del fondo dove nuota e trae nutrimento la politica indifferente ai colori e agli odori.

Ed infatti le cifre del paese attuale sono: 60 miliardi di dazi pagati alla corruzione di cui 6 solo nella sanità e poi una cifra incalcolabile per l'evasione fiscale con i tanto vituperati dipendenti pubblici che continuano a sostenere, mal pagati e con gli stipendi tagliati dal blocco dei contratti, i costi dello stato sociale, essendo loro gli unici ed essere tassati fino all'ultimo centesimo.

La cecità della politica attuale

Le condizioni del nostro SSN sono significativamente peggiorate. La riduzione delle risorse ha raggiunto ormai livelli insostenibili (nel complesso circa 30 miliardi) e anche in questi giorni la Conferenza Stato regioni si prepara a tagliare di altri 2.300 milioni il nostro già misero fondo sanitario. La qualità del servizio è in caduta libera come ampiamente certificato dalla associazione di consumatori Health Consumer (EHCI) che nella sua graduatoria sulle performances dei diversi servizi sanitarie europei ci colloca al 22° posto con 648 punti contro i quasi 900 dell'Olanda prima classificata; l'attenzione ai diritti dei malati una pura dichiarazione di principio come drammaticamente denunciato dal giornalista Anselmo Terminelli nel suo e-book "tanto ormai" in cui ricostruisce gli ultimi giorni di vita di sua moglie Chiara Palazzolo nel reparto Ginecologia del Policlinico Agostini Gemelli di Roma, senza che nessun membro delle istituzioni abbia ancora detto nulla; le condizioni di lavoro dei medici e degli infermieri sempre più pesanti per i tagli agli organici e le mancate sostituzioni del personale in congedo.

Ancora peggiore è tuttavia la mancanza di qualsiasi prospettiva di cambiamento che non sia dettata dalla necessità di fare cassa senza incidere minimamente su quelle spese (improduttive ed inutili) che servono ad alimentare la politica e che vengono alla luce solo per l'azione dei magistrati. Sempre di più la politica appare incapace di autoregolazione e pura finzione appaiono i moralisti richiami all'onestà, alla lotta alla corruzione e al resto di cui si vantano senza distinzione i governi succedutisi in questi anni.

Migliorare il nostro SSN è possibile: le immagini del cambiamento

La crisi che incombe sul nostro SSN è non solo di natura finanziaria, ma soprattutto di natura culturale. Questo non vuol dire negare il peso che ha l'aspetto economico-finanziario. La carenza di

risorse e il progressivo de-finanziamento del SSN di cui abbiamo parlato ha delle conseguenze sulla effettiva esigibilità dei Livelli essenziali delle prestazioni (LEA) e tali pericoli sono stati severamente richiamati dalla Corte dei Conti in una sua recente relazione. Esiste però un problema ancora maggiore di natura culturale, ed è quello che ruota intorno alla natura del nostro SSN e alla sua mancata comprensione da parte degli attuali policy makers. Le tre principali questioni che riguardano il nostro SSN e a cui non si danno risposte infatti sono tre e concernono il “cos’è”, il “cosa fa” e il “come lo fa”.

La questione del “cos’è”

La prima questione riguarda dunque la natura del nostro SSN. E la figura che ne deriva non è quella dell’albero da sottoporre a periodiche potature; la figura del nostro SSN è più simile a un rizoma, come dicevo all’inizio, e “Nel rizoma non ci sono punti o posizioni, come se ne trovano in una struttura, un albero, una radice” dice Deleuze. Nel rizoma non ci sono che linee. “Tra la vita e la morte, nelle profonde oscurità della terra il rizoma procede per variazioni ed espansioni, iniezioni e catture, portando in superficie le mescolanze sotterranee” (Palmisano). Riconoscere la natura rizomiforme del SSN significa allora leggerci questi principi costitutivi:

- Il *Principio di Connessione* indicante la connettività intrinseca tra i nodi che costituiscono la Rete.
- Il *Principio di Eterogeneità* attestante la possibilità di collegamento tra sistemi semiotici diversi.
- Il *Principio di Molteplicità* indicante la natura aperta, libera e infinitamente percorribile del sistema.
- Il *Principio di Rottura Asignificante* attestante che la navigazione tra i punti, o dati, provoca l’esperienza d’imprevedibili scoperte da reinterpretare e da riconnettere tra loro.
- Il *Principio della Cartografia* con cui si afferma l’apertura di un percorso di possibilità all’interno della mappa senza obbligo di seguire pedissequamente le indicazioni in essa contenute.

“Un rizoma dunque unisce tra loro fenomeni e concetti molto distanti, ma tali per cui noi possiamo sempre trovarvi relazioni logiche o casuali, e comunque, sempre interagenti reciprocamente”.

Questa è la vera valorizzazione del SSN e del lavoro medico e sanitario che ne sono la parte significativa. Un lavoro che è fatto di standard, di procedure, di regole di comportamento. Regole che bisogna conoscere sì, ma per poterle superare portando così la sintesi ad un livello superiore. Un sistema che non incoraggia la creatività consapevole dei propri agenti è un lago salato che ipostatizza la medicina e ne spegne ogni stimolo alla trasformazione e al miglioramento. Cosa c’è di tutto questo nelle noiose elencazioni degli standard ospedalieri e nel computo maniacale del numero delle strutture semplici o complesse? E questo dunque il modo con cui si cerca di valorizzare la risorsa umana con tagli ragionieristici decontestualizzati e che scaricano sul lavoro le inefficienze che invece risiedono nel perverso intreccio tra affari e politica.

La questione del “cosa fa”

La seconda questione riguarda il “cosa fa” e la figura di riferimento è quella della “cura”. Una cura nella accezione che Heidegger dà all’*autenticità* della cura in contrapposizione alla sua *inautenticità*. La prima consiste nell’“aiutare gli altri nel divenire consapevoli e liberi per la propria cura” essendo la cura “il rapporto tra *effettività* e *possibilità*: dove il fatto di essere mondo, di essere quell’uomo lì e non altro, rappresenta per l’uomo la condizione della sua stessa progettualità esistenziale: della stessa possibilità di formarsi, di divenire ciò che può, concretamente, ma solo ciò che *lui* può”. La seconda significa invece l’aver cura in un modo che solleva gli altri dalla cura, sostituendosi loro nel prendersi cura, *introrrendosi* al loro posto. Gli altri risultano allora espulsi dal loro posto, retrocessi, per ricevere, a cose fatte e da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui essi si prendevano cura, risultandone trasformati in dipendenti e in dominati, anche se il predominio è tacito e dissimulato”. La cura che i pazienti devono ricevere è quella che non ha ricevuto Chiara Palazzolo e deve invece diventare l’unico modo con cui il SSN si relaziona al paziente. L’unico modo eticamente accettabile e razionalmente perseguibile per limitare il contenzioso medico-legale e ridurre i sovra costi di una medicina difensiva che non si cura del paziente ma lo cosifica e disumanizza.

La questione del “come lo fa”

La terza questione è quella del “come lo fa” e la figura di riferimento è quella della quantità che diventa qualità e della qualità che riflette su sé stessa.

Nel nostro SSN il principale criterio valutativo di performance adottato (tanto a livello macro di regione che a livello micro di singolo professionista) è quello che utilizza come parametro unico il valore numerico di prestazioni effettuate (ricoveri, visite, analisi, accertamenti diagnostico-strumentali, etc.) indipendentemente da ogni riferimento alla loro utilità, appropriatezza e agli esiti di salute ottenuti. Totalmente assente o quasi dal dibattito è il problema dell’abuso di prestazioni, e, ancora peggio dei rischi per la salute derivante da alcuni accertamenti come quelli radiologici (TAC, RX di diverso genere) eseguiti spesso su autoprescrizione. Esiste in sanità una specie di *“feticismo delle prestazioni”*

sanitarie” che attraverso la mitizzazione del loro potere di previsione e controllo degli stati morbosi, ne nasconde la vera natura di “prodotto” socialmente mediato. E così attraverso l’occultamento delle forze di mercato che stanno dietro la realizzazione/esecuzione di tali prestazioni, vengono celati gli interessi economici che esse sottendono. In sanità dunque il criterio “di più è meglio” non solo è privo di efficacia in termini di salute guadagnata ma può essere all’origine di vere e proprie malattie “iatrogene” come la sovra-diagnosi o l’auto-osservazione ansiosa che prosciuga le tasche degli utenti e spreca risorse pubbliche.

Contro questo stato di cose la parte più cosciente della categoria ha iniziato ora a ribellarsi dando luogo alla nascita del movimento di “slow medicine”. Un movimento in cui medici, professionisti sanitari, epidemiologici ed economisti vogliono ridefinire le regole del gioco ponendo al primo posto le prove di efficacia e rifiutandosi di eseguire procedure prive di benefici clinicamente dimostrati. Anche per *Slow medicine* infatti “Il sovra utilizzo di esami diagnostici e trattamenti si dimostra un fenomeno sempre più diffuso e importante: da tempo è stato evidenziato che molti esami e molti trattamenti farmacologici e chirurgici largamente diffusi nella pratica medica non apportano benefici per i pazienti, anzi rischiano di essere dannosi. “E’ dunque il momento che le società scientifiche e i professionisti collegati in rete comincino ad autodefinire le procedure inutili rifiutandole di effettuare quelle che non servono alla salute del malato ma solo ai professionisti che le eseguono per aumentare i volumi prestazionali o prevenire il contenzioso legale.

Un approccio diverso che solo i professionisti possono compiere, ma che impegna gli organi preposti alla valutazione ad introdurre nuovi criteri valutativi non più imperniati sulla “quantità delle prestazioni” ma sulla “quantità delle relazioni”. Relazioni tra professionisti e tra professionisti e strutture che migliorano organizzazione e appropriatezza delle prestazioni.

Efficientare il sistema attraverso l’appropriatezza

In una diversa prospettiva del SSN fondamentali sono i temi dell’appropriatezza declinata nelle sue diverse espressioni di tipo prescrittivo e di tipo organizzativo. Lo spazio non ci consente di affrontare quest’altro aspetto nel dettaglio; mi preme tuttavia sottolineare almeno un concetto. L’appropriatezza organizzativa è realizzabile solo in presenza di un sistema rizomatico di strutture, ciascuna delle quali sarà la più indicata dal punto di vista dell’assistenza e della “cura” della persona per erogare quella specifica prestazione (il territorio piuttosto che l’ospedale; il DH piuttosto che il reparto di degenza, etc.); un sistema reticolare a linee parallele tuttavia deve valere anche per i professionisti che devono poter comunicare tra loro e scambiarsi reciproche consulenze in tempo reale. Anche questo è oggi possibile e alcune sperimentazione intraprese nel Nord Europa hanno dimostrato come attraverso il counselling interprofessionale (specie tra medici di famiglia e specialisti) realizzabile semplicemente attraverso messaggi via e-mail o l’apertura di canali di comunicazione formali, si possono evitare esami inutili e prescrivere terapie appropriate, abbattendo così costi e tempi di attesa.

Un modo di procedere *botton-up* ed orizzontale che valorizza le risorse professionali e crea valore aggiunto attraverso la creazione anche virtuale di reti di professionisti. Soggetti che mettono finalmente al primo posto non più la quantità delle prestazioni ma la effettiva capacità di creare salute, rifiutandosi di operare in una logica “quantitativistica” che è al deformazione della medicina clinica come *ars curandi*. Un modello che potrebbe fornire risultati straordinari in termini di salute guadagnata e di corretta allocazione delle risorse, ma che deve vincere le resistenze dei tanti in primis di quelli che traggono vantaggio dal considerare la sanità un mercato sostanzialmente sovrapponibili gli altri.

Sono questi a mio giudizio i temi che dovrebbero entrare nell’agenda di una classe politica interessata al miglioramento continuo del nostro SSN. Un sistema che è un *processo* e non uno *stato* e che come tale deve sapersi adattare alla realtà che cambia. Un cambiamento tuttavia destinato al fallimento senza la definizione di un percorso di coinvolgimento attivo dei due principali attori: i cittadini pazienti e gli operatori sanitari senza i quali il SSN non avrebbe senso di esistere e non avrebbe le competenze per farlo.

Roberto Polillo

quotidianosanità.it
Quotidiano on line di informazione sanitaria

Fonte:

Pubblicato su: 