

SALUTE

LA SANITÀ NELL'ERA FEDERALE

Al Sud spesso si parla di una Questione Meridionale per la sanità e gli addetti ai lavori che parlano della loro esperienza a contatto con i malati, non hanno dubbi: siamo di fronte ad una vera e propria emergenza nazionale. Ci fotografa la situazione Domenico Iscaro, Presidente Nazionale di Anaao-Assomed (l'associazione dei Medici Chirurghi).

A distanza di qualche centinaia di chilometri, invece, Milano vuole costruirsi un ruolo da protagonista nel campo della scienza medica, grazie a una serie di progetti ambiziosi. E come, forse meglio di Heidelberg, Berkeley e Bethesda, si candida ad essere capitale della salute. Ugo Garbarini, Presidente di OMCEO Milano (l'Ordine Provinciale dei Medici) ci spiega come e perché.

SANITÀ AL SUD: È EMERGENZA NAZIONALE

Intervista con **Domenico Iscaro**,
Presidente Nazionale di Anaao-Assomed

Anche in ambito sanitario esiste una questione meridionale. Dove ricercare la chiave che crea squilibrio con le regioni del Centro Nord?

A partire dalla riforma del titolo V della Costituzione, con la quale venivano trasferite alle Regioni le responsabilità di spesa in sanità, le differenze tra le Regioni del Nord e quelle del Sud si sono progressivamente accentuate e questo principalmente a causa delle loro differenti ricchezze e della loro diversa capacità di programmazione. Per assicurare la salute dei cittadini le Regioni del Sud devono generalmente impegnare quote maggiori del loro Pil rispetto a quelle del Nord e la qualità della assistenza e dei servizi erogati è condizionata dalle carenze dei piani sanitari e dalla incapacità da parte dei governi locali di approvare adeguati correttivi capaci di ridurre le differenze quali-quantitative con le Regioni del Centro-Nord. La nostra preoccupazione è che con la piena attuazione del federalismo fiscale la differenza tra finanziamenti e fabbisogno in sanità sarà ancora più marcata nelle Regioni con minore capacità fiscale.

Quanto l'istituzione del manager ha avuto, se li ha avuti, effetti positivi sul settore?

Il principio ispiratore della istituzione dei manager alla guida delle Aziende Sanitarie era quello di separare i poteri di amministrazione e gestione delle Aziende sanitarie dall'indirizzo politico e programmatico che rimaneva in capo alla Regione. Quando questo principio è stato rispettato e la politica non ha invaso o sottratto competenze alla "buona" amministrazione si sono registrati importanti successi. Tuttavia la durata media del Direttore Generale alla guida delle Asl, che nel 2007 che è stata pari a 3,6 anni, dimostra una alta mobilità di questa figura e sottintende in generale ancora un diffuso condizionamento della politica ed una confusione dei ruoli. E' infatti quasi impossibile ottenere risultati positivi e guidare la evoluzione di modelli programmatori, organizzativi e gestionali in così pochi anni.

Eppure le strutture pubbliche dispongono, spesso, di attrezzature eccellenti. Perché non funzionano a regime?

Negli ultimi anni si è registrata una crescita del settore privato in sanità, una progressiva riduzione dei ricoveri nei presidi sanitari pubblici ed un incremento del 19% dei ricoveri nelle strutture private. Un'uguale tendenza si è evidenziata nella specialistica ambulatoriale. E questo nonostante una maggiore qualità dei servizi ed una maggiore efficienza tecnologica della grande maggioranza delle strutture pubbliche. Le cause vanno ricercate prima di tutto tra una confusa suddivisione di compiti ed interventi tra pubblico e privato, favorito in molte regioni dalla mancanza di una chiara politica di programmazione, in secondo luogo dalla incapacità di gestire una organizzazione complessa come la sanità regionale, che causa ritardi e vuoti assistenziali che le strutture private in qualche modo coprono.

Nelle strutture private la diagnostica, al Sud, funziona generalmente meglio. Dove sta il segreto?

Le prestazioni di diagnostica private sono maggiori proporzionalmente ai ritardi e alla inefficienza del settore pubblico. Il più delle volte le ragioni sono di ordine strutturale e sono fondamentalmente dovute alla incapacità di go-

vernare le dinamiche della domanda di salute e di organizzare i servizi in rapporto all'equilibrio tra domanda e offerta.

La statistica denuncia anche uno standard qualitativo di prevenzione più basso nel meridione. Cosa pensa in proposito?

Tra le principali differenze nei servizi erogati tra Regioni del Nord e del Sud vanno compresi anche i programmi di prevenzione. Basta pensare che i programmi di screening del carcinoma mammario, del carcinoma della cervice uterina e del carcinoma coloretale rientrano nei Lea e quindi devono essere assicurati in ugual misura a tutti i cittadini in tutto il territorio nazionale, eppure la loro effettiva estensione è fortemente diversificata da Regione e Regione. Relativamente allo screening del tumore della mammella, per il quale negli ultimi anni è molto cresciuta la consapevolezza e la sensibilità della donna, la sua estensione nel 2007 nelle Regioni del Nord raggiunge l'80% mentre si ferma al 30% in quelle del sud. Questo è certamente uno degli esempi di maggiore ingiustizia, perché non è certamente tollerabile che il diritto alla salute sia condizionato dalla zona di residenza.

Che sbocchi ci sono per la sanità meridionale in era federale?

Con la piena attuazione del federalismo fiscale a partire dal 2016 cesseranno del tutto i trasferimenti statali e gli enti periferici saranno dotati di piena autonomia finanziaria con cui finanziare le proprie funzioni in base ai costi standard. Dal quel momento, seppure sarà previsto un fondo perequativo per sanare le differenze, le Regioni meridionali non potranno più eludere una profonda e strutturale revisione del sistema sanitario, che tenga conto della riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di offerta delle prestazioni sanitarie e che sia in grado di promuovere una reale integrazione socio-sanitaria. Al di fuori di questo per le Regioni del Sud non sono prevedibili altri sbocchi se non la fine del Servizio sanitario regionale.