

Sanità: abbattiamo il Totem dell’Ospedale

di Luca Romanelli – www.lucaromanelli.it

La Regione Marche sta in questi giorni attuando una coraggiosa riforma dell’organizzazione sanitaria che prevede la riduzione di vari sprechi e la riconversione di molti piccoli ospedali in Residenze Sanitarie Assistite, Centri per la Lungodegenza e Case della Salute, un modulo innovativo ma già sperimentato con successo in Emilia Romagna.

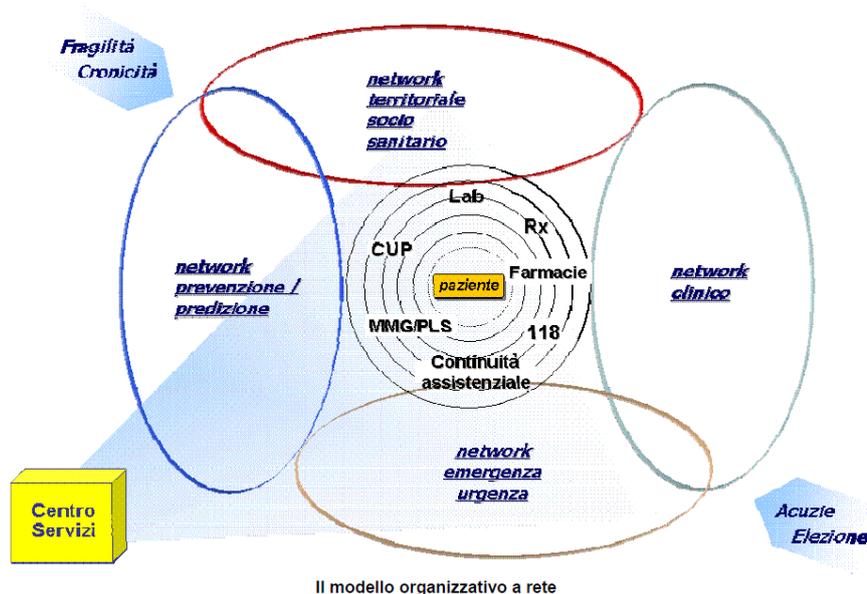
Subito sono esplose resistenze che hanno messo in fibrillazione la politica locale. Queste dipendono sostanzialmente da due fattori:

1. la gente tende erroneamente ad identificare la propria tutela sanitaria con l’icona (o il Totem) dell’Ospedale, non essendo consapevole che l’evoluzione della medicina lo rende inadatto (se non pericoloso) e tremendamente inefficiente per tutta una serie di patologie diffuse;
2. l’Ospedale è anche tradizionalmente un centro di potere e consenso, sia per i medici che lo presidiano che per i politici che ne controllano le dinamiche.

La difesa a tutti i costi dell’Ospedale salda quindi la cattiva informazione dei cittadini con gli interessi delle caste locali.

Occorre invece cambiare radicalmente il “paradigma della sanità”, a cominciare dalla consapevolezza collettiva che la salute è il risultato di una serie complessa di processi e strutture che devono lavorare in rete sul territorio.

Non è l’obiettivo di queste note, che vogliono essere brevissime, entrare nei dettagli, ma questa immagine, tratta dal Piano Sanitario Regionale, può far intuire ciò che voglio dire.

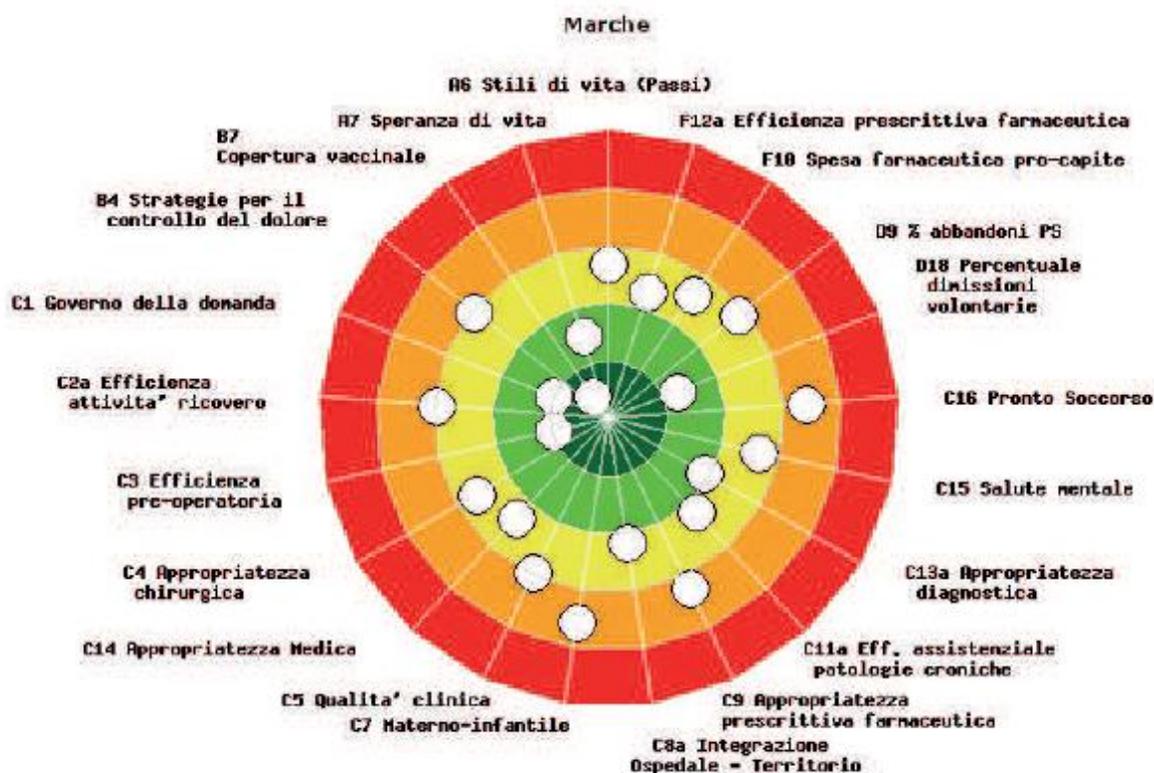


In un sistema sanitario moderno e finanziariamente sostenibile, in una società che invecchia, l’Ospedale è solo uno dei gangli di una rete di servizi costruita intorno al paziente. La sua funzione è intervenire sulle patologie acute non trattabili in assenza di ricovero ed utilizzazione delle tecnologie mediche più avanzate. Queste ultime del resto evolvono continuamente nel senso della non invasività, della focalizzazione e della personalizzazione (si pensi, ad esempio, alle terapie

geniche e alla chirurgia non invasiva) rendendo sempre più critico il “software” diagnostico e terapeutico e meno l’hardware” dei muri-prigione del nosocomio.

L’accesso all’ospedale va quindi filtrato e ottimizzato dalle reti di prevenzione, diagnosi, gestione delle urgenze e delle cronicità e, non ultimo, del disagio sociale come causa scatenante delle malattie. La quota di spesa del 44% dei quasi 3 miliardi totali, prevista dal PSR delle Marche, dovrà scendere in prospettiva.

L’efficienza ed efficacia del sistema va quindi valutata da molteplici punti di vista e parametri, come sta da qualche anno tentando di fare la Scuola Superiore S. Anna, in collaborazione con alcune regioni, inclusa la nostra. Di seguito un esempio “cruscotto” sintetico (anno 2010), dove i bollini più esterni indicano le performance peggiori.



Una parte importante della rivoluzione politica ed economica in atto è infatti cogliere il valore economico, civile e democratico delle gestione reticolare della società e delle sue strutture, in cui il potere è più diffuso e regolato dalla solidarietà civile e dalla partecipazione. Questo paradigma impone di ripensare velocemente strutture obsolete e posizioni di rendita.

La crisi, del resto, non ci lascia alternativa.

2 Aprile 2013