

IL TRIANGOLO DELLA SALUTE

Paziente, Medico e Stato

Di Edoardo Bernkopf edber@studiober.com www.studiober.com

Vari interventi ministeriali, anche recenti, rischiano di aggravare le pesanti interferenze esterne che il potere politico ha progressivamente introdotto nel rapporto medico-paziente. Per essere efficace, questo rapporto dovrebbe sempre essere anzitutto caratterizzato da una libera scelta da parte del paziente di un medico, a sua volta libero di operare obbedendo solo alla propria scienza e coscienza. L'alta tecnicizzazione della medicina e la conseguente lievitazione dei costi delle prestazioni sanitarie hanno in gran parte snaturato questo rapporto, introducendovi una pericolosa triangolazione: ai nostri giorni tra i due tradizionali protagonisti esclusivi del cammino della guarigione si è di forza inserito un Sistema, che come organizzatore è distinto dal medico e come pagatore è distinto dal paziente. L'istituzione di mutue e sistemi sanitari, privati o di stato, ha risposto ad una esigenza fondamentale delle società evolute: l'assicurazione dal rischio-malattia e la solidarietà con chi soffre ma non possiede i mezzi per sostenere le cure di cui necessita. Il supremo interesse del paziente, a cui comunque dovrebbe essere rivolta la strutturazione dell'assistenza, avrebbe richiesto che il sistema fosse comunque congegnato in modo da non turbare il rapporto diretto medico-paziente. Invece, per motivi politico-demagogici il terzo incomodo, cioè la struttura assistenziale, non si è limitata a ruoli organizzativi, ma ha progressivamente occupato uno spazio sempre maggiore, istituendo rapporti Sistema Sanitario - Paziente e Sistema Sanitario- Medico (o Sistema- Struttura di ricovero e cura) - , che finiscono per essere addirittura preponderanti rispetto a quello tradizionale, esclusivamente bilaterale Medico- Paziente. Il cittadino che si vede obbligatoriamente decurtato di proprie risorse a favore del Sistema Sanitario, si sente depositario di un credito, non a caso chiamato "diritto alla salute", quasi la salute fosse un bene di consumo, acquistabile con un corrispettivo economico, che oltretutto ritiene di aver già abbondantemente prepagato. E' di conseguenza portato a esigere la salute dall'operatore o dalla struttura sanitaria cui si rivolge, trascurando le eventuali oggettive difficoltà e l'importanza del proprio atteggiamento personale quale elemento indispensabile nella ricerca (e non nell'acquisto) della guarigione. Ha sempre meno considerazione e rispetto per il medico cui si rivolge, perché sente che la sua scelta non è stata libera, ma amministrata dal Sistema secondo parametri distributivi delle risorse disponibili e del reddito dei medici, non nel rispetto assoluto della libertà del paziente nella scelta di chi può aiutarlo a guarire. Il Sistema intrattiene anche rapporti con il suo datore di lavoro: la trasformazione di una assenza in una malattia può essere ovviamente un elemento determinante per le modalità e i tempi di guarigione. L'"epidemia" che ha colpito nello stesso giorno quasi tutti gli autoferrotranvieri di alcune aziende di trasporto pubblico precettati durante il recente sciopero, paralizzando intere città, si può inquadrare in questo ambito.

Con l'abolizione dell'assistenza con rimborso indiretto, l'attuale rapporto Medico-Paziente non prevede quasi mai il pagamento diretto di una parcella. Si è così cancellato il valore, che non è solo economico (il gallo dovuto ad Esculapio), di un segno tangibile dell'apprezzamento per il servizio ricevuto, componente determinante nel rendere il paziente responsabile delle proprie scelte, come anche della scrupolosa risposta personale alle prescrizioni ricevute. E' del resto paradossale che la pretesa esigenza di evitare un esborso economico diretto da parte del paziente sia un'invenzione delle società ricche: in quelle più povere l'ammalato non concepisce di non sdebitarsi almeno con un dono in natura, che il medico è ben lieto di accettare per quanto semplice. La gratuità della prestazione, a fronte di costi reali che rimangono ignoti ma vengono scaricati sulla collettività, da un lato costituisce concorrenza sleale nei confronti di chi opera ancora in regime di libera professione, che nel confronto appare artificialmente esoso, dall'altro genera scarso apprezzamento per il servizio ricevuto ed è una tendenziale fonte di sprechi e speculazioni. Una lunga stagione dissennata ha promesso e tentato di elargire tutto gratis a tutti, il che, oltre ad essere insostenibile anche se correttamente gestito, era fonte infinita di spreco per irresponsabilità nell'offerta e per assenza di controllo nella domanda di prestazioni mediche, non sempre utili ma certo gratuite.

Esaurite le risorse e gettata l'assistenza in un mare di debito pubblico, si è tentato di governare il sistema impazzito aumentando progressivamente trattenute e imposte e tentando di incidere sulle spese. Si è cominciato a limitare l'incontrollato portafoglio alimentato da denaro pubblico, di cui ogni operatore era in grado di disporre, scegliendo in completa autonomia, ma anche in completa irresponsabilità, come e quando e quanto curare un malato. Relativamente alle strutture di ricovero e cura, il sistema prescelto, che si chiama DRG, mira a fissare l'esborso massimo che il sistema è disposto a erogare per ogni singolo quadro patologico: l'eventuale esubero di spesa, anche se documentato, non viene rimborsato alla struttura che risulta aver di fatto sprecato risorse senza giustificato motivo. Il sistema non ha funzionato, ed è stato abbandonato nei paesi anglosassoni (che, giova ricordarlo, avevano abbandonato anche uno schema di riforma sanitaria analogo al nostro negli stessi anni in cui l'Italia invece lo istituiva): è impensabile che funzioni in Italia. Infatti le intenzioni del geniale inventore vengono vanificate dal fatto che le strutture di cura, managerialmente amministrate oggi anche nel settore pubblico, sono interessate non già a quantificare i costi di una terapia alla luce del DRG relativo, ma ad introdurre, con qualche aggiustamento tecnicamente sostenibile in sede di diagnosi, un malato in un DRG più vantaggioso: tra due possibili terapie la scelta va così tendenzialmente a cadere su quella con un DRG meglio pagato. In questo ambito si inquadrano episodi di cronaca anche recenti, che hanno portato alcuni illustri clinici addirittura all'arresto: è molto probabile però che le ipotesi di reato cadano, giacché emergeranno innumerevoli giustificazioni tecniche e addirittura scientifiche che ne faranno risultare ineccepibili i comportamenti. L'aspetto economico, che affligge politici, amministratori e ruoli medici apicali, potrebbe anche essere secondario, se non finisse per interferire gravemente con i vitali interessi del Paziente: quest'ultimo potrebbe infatti in molti casi giovare di una terapia, che però può non venirci proposta perché non ben remunerata a causa di un DRG sfavorevole. Una variante di questo aspetto deriva invece dalla parcellizzazione della medicina in infinite specialità, strutturate in compartimenti scientifici dal lato culturale, in reparti specialistici da quello operativo, entrambi interessati anzitutto alla propria valorizzazione: la cura migliore risulta anzitutto quella che si potrà svolgere nel "territorio" culturale e tecnico di propria pertinenza, con maggior vantaggio non già del paziente, ma del comparto in cui si opera.

Fallimentare sul fronte della diminuzione delle spese, la mano pubblica ha dovuto ricorrere a progressivi aumenti delle entrate. La Tassa sulla Salute, che ha scatenato una vera rivolta di intere categorie alla sua originaria quantificazione nel 2,5% del reddito, era giunta al 6,6% prima di confluire, con totale confusione contabile nell'IRAP, ma nessuno aveva più nemmeno voglia di protestarne l'esosità e l'incostituzionalità, dopo che la Corte Costituzionale aveva partorito ad hoc l'originale concetto giuridico di "costituzionalità provvisoria", visto che nulla in Italia è più definitivo di ciò che è proclamato provvisorio (vedasi la provvisorietà dell'Inno di Mameli, le cui parole i nostri calciatori non conoscono forse perché attendono di imparare quelle dell'Inno Nazionale definitivo). Poiché un ulteriore aumento del prelievo sarebbe stato impopolare, si è oggi pensato di giocare con le parole, istituendo i "fondi integrativi", che altro non sono che una tassa salute bis. Tali fondi dovrebbero fornire ai cittadini che li sottoscriveranno quei servizi sanitari che il Sistema si è accorto di non essere in grado di erogare. Nessuna sorpresa sul fatto che vengano di fatto richieste nuove contribuzioni. E' invece un'interessante novità il fatto che il nuovo regime assistenziale con un escamotage voglia istituire rapporti di controllo e concessione anche con la residua sparuta componente medica che era rimasta ad operare in regime di libera professione: anche i liberi professionisti, per operare nel sistema avranno l'obbligo di richiedere l'"accreditamento". Si tratta di un nuovo scivolamento del nostro Paese da un sistema di libertà, dove è lecito tutto ciò che non è esplicitamente vietato, a un sistema di concessione, dove tutto è vietato, anche svolgere la professione per la quale studi ed esami hanno già conferito regolare abilitazione, salvo che lo Stato, su debita richiesta, conceda di poterla effettivamente svolgere, ancora una volta non secondo criteri liberamente concordati da medico e paziente, ma arbitrariamente e dirigisticamente fissati.

Edoardo Bernkopf edber@studiober.com www.studiober.com