

Uniformare la Sanità del Mezzogiorno

Contributed by Gero Grassi
venerdì, 25 maggio 2007

La proposta di legge n. 1232 "Interventi straordinari per la sanità del Mezzogiorno", la cui discussione è iniziata in Commissione Affari Sociali della Camera il 17 Maggio 2007, prevede una serie di interventi a favore della sanità del Mezzogiorno, notoriamente bisognosa ...

La proposta di legge n. 1232 "Interventi straordinari per la sanità del Mezzogiorno", la cui discussione è iniziata in Commissione Affari Sociali della Camera il 17 Maggio 2007, prevede una serie di interventi a favore della sanità del Mezzogiorno, notoriamente bisognosa di potenziamento strutturale e tecnologico.

Il tragico evento verificatosi in Puglia, a Castellaneta, che ha avuto precedenti meno drammatici anche in Sardegna, lungi dal consentire sbagliate e contrapposte valutazioni di sciaccallaggio politico, dovrebbe indurre tutti ad immaginare come dare risposte concrete al diritto alla salute. Questo non è un problema solo di chi governa ma un dovere per chi immagina una società nella quale alla persona sia garantito sostanzialmente il diritto alla salute.

Le motivazioni del gap tra Nord e Sud Italia possono essere anche riconducibili sia all'inadeguatezza delle risorse finanziarie destinate alle zone più indigenti, che al mancato rispetto degli standard qualitativi e quantitativi della Sanità. L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". La salute viene considerata un diritto e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Assistiamo spessissimo ad eventi in cui non si riesce a garantire nemmeno la cura della malattia ancor prima di garantire il benessere tout court.

Il gap tra Nord e Sud diventa sempre più consistente, le Regioni del Sud hanno una connotazione geografica ed alcune anche una viabilità che non consente ai cittadini di fruire agevolmente dei servizi esistenti. Spesso i presidi ospedalieri sono molto distanti dai piccoli centri abitati, situati nell'entroterra, pertanto talvolta gli stati di bisogno si sposano con l'impossibilità di avere le cure necessarie nel più breve tempo possibile. A parità di condizioni il cittadino del nord Italia ha più possibilità di sopravvivere rispetto a quello del sud perché può godere di un intervento salvavita più immediato. Il principio di equità del diritto alla salute sembra non poter essere esercitato da tutti i cittadini italiani e i dati statistici ne danno conferma.

Risulta che nel Sud è maggiore la mortalità per malattie cardiovascolari rispetto alle altre Regioni d'Italia mentre è minore la prospettiva di vita alla nascita. In un'Italia che ha raggiunto livelli di anzianità altissimi, accettare passivamente questa prospettiva significa immaginare ancora una volta un'Italia a doppia velocità.

Nel Sud sta diventando rumoroso il silenzio di fronte alla crescente richiesta di assistenza e cura oncologica, sia per l'assenza di centri specialistici per questo tipo di patologie che per l'obsolescenza delle strutture. Si pensi alla Campania che ha un tasso di malati oncologici inferiore rispetto alle Regioni settentrionali ma un tasso di mortalità conforme a quello del nord. Per chi ritiene che lo Stato debba tenere al centro la persona questa semplice constatazione è la perfetta realizzazione di una ingiustizia sociale.

Un altro dato significativo da osservare è quello relativo alla mobilità sanitaria. I cittadini del Sud spesso si dirigono verso centri specialistici del Nord e se prima ciò avveniva solo per situazioni particolarmente complesse, tale fenomeno attualmente, avviene anche per prestazioni ambulatoriali, per day hospital e per ricerche diagnostiche.

Non si può sottovalutare la dispersione finanziaria sia del cittadino, sia di chi lo assiste, sia dei fondi destinati per la sanità pubblica. Questa migrazione sanitaria, di per sé già grave, perché realizzata sulla pelle dei più deboli, crea scompensi anche agli stessi cittadini settentrionali per via del sovraffollamento delle strutture sanitarie.

L'obsolescenza delle strutture del Sud rappresenta la naturale evoluzione della diminuzione della spesa per investimenti, si scontra con una domanda crescente di cura che non ha risposta in uno stato conclamato di malattia.

La sanità meridionale è deficitaria in più ambiti e spesso resiste grazie alla grande professionalità ed umanità di moltissimi operatori. Si pensi all'assenza di servizi di prevenzione, elemento molto grave. Poco sviluppati sono i servizi di medicina di base, per la salute mentale, per la salute della donna, per l'assistenza domiciliare agli anziani e alle persone non autosufficienti e lì dove sono stati fatti dei tentativi di attivazione di tali servizi, si incontra una notevole difficoltà per garantire la continuità degli stessi. Sono servizi erogati "a singhiozzo" e ci si rende conto dei danni arrecati ai cittadini, perché questa alternanza non corrisponde all'alternanza del bisogno.

Lo sforzo che molte Regioni del Meridione stanno facendo per operare una giusta e sacrosanta deospedalizzazione, con conseguente trasferimento sul territorio di una buona fetta di sanità cozza con la mancanza di risorse.

Analogamente nel Meridione si assiste alla esistenza di tantissimi ospedali vecchi ed obsoleti che costano tantissimo per manutenzione e che restano sempre luoghi dove è impossibile assicurare la salute.

Lo strumento della Cabina di Regia, che con proposta di legge è introdotto, istituisce un team costante che ha come obiettivo quello di garantire che tutte le scelte in ambito sanitario siano fatte nel rispetto dell'applicazione delle leggi del settore sanitario.

La stagione dei diritti, anche in materia di sanità, non può essere scissa o contrapposta a quella dei doveri. Il Meridione d'Italia rispetto a provvedimenti che mirano a recuperare il ritardo atavico deve rispondere con atteggiamenti e comportamenti europei che abbiano al centro la responsabilità ed il dovere di tenere sempre presente che il danaro pubblico va utilizzato con rigore morale ed in modo eticamente irreprensibile.

In tal modo ci si impegna a promuovere l'autosufficienza sanitaria del Mezzogiorno.

Risulta necessario un piano straordinario di azioni per sviluppare i servizi territoriali, per migliorare le strutture sanitarie e per dotarle di tecnologie più avanzate. Gli interventi devono essere, poi, volti a promuovere l'eccellenza e l'alta specializzazione nei vari settori sanitari, nonché la formazione e la qualificazione del personale sanitario ad ogni livello. L'attenzione alla competenza e formazione del personale sanitario è da considerarsi alla stesso livello dell'efficienza

delle strutture ospedaliere. Affinché un sistema sanitario sia veramente moderno ed utile, i cittadini devono diventare il punto focale attorno a cui far ruotare ogni decisione. Purtroppo i cittadini del Mezzogiorno, con le loro esigenze e priorità, non si sentono affatto al centro dell'attenzione del sistema, non vivono come realtà il fatto che il "Sistema Sanitario" pubblico è veramente adeguato a soddisfare le necessità di tutti. Sono i cittadini a chiedere che le impostazioni puramente ideologiche cedano il passo alla necessità di soddisfare anzitutto le loro aspettative, che vogliono sentirsi "accuditi" e non "ballottati"; nel bel mezzo di diatribe tra medici, personale ausiliario, politici, economisti, ecc.

I modelli prescelti devono quindi poter mutare per adattarsi nel tempo alle diverse necessità della comunità.

Pertanto oltre allo stanziamento di risorse economiche, occorre una specifica capacità di analizzare i problemi esistenti, una puntuale opera di programmazione, quindi un monitoraggio costante e la verifica delle azioni avviate e dei risultati ottenuti.

La Cabina di Regia si occupa del "monitoraggio continuo" dei progetti attraverso il controllo costante del loro iter di approvazione e realizzazione, nonché la verifica dei risultati ottenuti. Di rilevante importanza è, inoltre, l'obbligo della relazione annuale, da parte del Ministro della salute, al Parlamento sullo stato di attuazione delle misure previste dalla legge. Un modo quest'ultimo per coniugare diritti e doveri.

La Proposta di legge prevede che il finanziamento del Piano Straordinario di interventi in favore del Mezzogiorno avvenga tramite l'istituzione di un Fondo ad hoc, le cui risorse sono stanziare sia dalla legge Finanziaria, sia con la possibilità di accesso a mutui che le Regioni interessate possono contrarre con la Banca Europea per gli investimenti. Inoltre, dall'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) saranno disposte ulteriori risorse finanziarie, fino al 40% dei fondi disponibili, da destinare all'acquisto o realizzazione di immobili finalizzati a strutture da locare al Servizio Sanitario Nazionale o a centri per la riabilitazione e la cura degli infortunati sul lavoro, anche questi spaventosamente tantissimi nel Mezzogiorno.

L'INAIL, come tutti i gestori di forme di previdenza e di assistenza sociale e come previsto dalla Legge 30 Aprile 1969, n. 153, ha l'obbligo di destinare una percentuale dei fondi disponibili per investimenti immobiliari nei settori della Sanità, della pubblica utilità e dell'edilizia universitaria, con una quota del 15% destinato alla sanità, come previsto dalla Legge 28 Dicembre 1995, n. 549.

L'approvazione, l'entrata in vigore e l'attuazione della legge conseguente a questo percorso legislativo, unitamente ad una realizzazione seria, rigorosa ed efficiente di quanto previsto, realizzerebbe il dettato costituzionale della uguaglianza tra cittadini.