

# Il Ssn compie quarant'anni, ma non ha un progetto chiaro sulle cure territoriali

Le cure territoriali, a 40 anni dall'istituzione del Ssn, evidenziano la loro stanchezza e la necessità di un nuovo preciso progetto. Quante volte in questi ultimi anni abbiamo sentito parlare di innovazione del sistema delle cure primarie e quasi sempre abbiamo assistito ad una serie di proclami che alla fine, dopo tanto chiasso, venivano abortiti prima della nascita

**Alessandro Chiari** - Centro Studi Programmazione Sanitaria, Smi Emilia Romagna

**D**a quando lavoro come medico ho vissuto una lunga serie di progetti, ora ispirati, se non copiati, soprattutto dal sistema spagnolo o da quello inglese, ma sempre con la caratteristica che cercavano di riprodurre esperienze che, se non dimostratesi fallimentari, erano, quantomeno, poco adatte alla realtà del nostro sistema sanitario. Al tempo stesso non si può negare che un sempre maggior numero di colleghi mostrino un vero e proprio disagio professionale che si manifesta attraverso atteggiamenti di disimpegno, delusione, sfiducia, disinteresse generalizzato. Questa tendenza ha condotto la categoria a perdere progressivamente ruoli professionali ed economici.

## ► Errore genera errore

La verità è che non si è fatto tesoro di queste esperienze "inadatte" e spesso fallimentari. La catena organizzativa ha risposto agli errori di programmazione con altri, nuovi, errori, portando ad progressiva dissoluzione assistenziale territoriale, all'implosione del Ssn, causata da una visione eccessivamente amministrativa della sanità, condivisa solo da pochi

eletti e condizionata da un pensiero pseudo riformista ormai rantolante. La lacerazione e frustrazione professionale subita dai Mmg, ha evidenziato le criticità di una programmazione che avrebbe dovuto difendere strenuamente il Ssn pubblico come un bene comune. Pensiamo alla legge Balduzzi che prometteva una riforma impossibile o al fiasco delle Case della Salute.

## ► Le Case della Speranza

Forse più che Case della Salute (Cds) ormai dovremmo parlare di Case della Speranza nel senso che chi ancora le realizza pensa più ad una contropartita che dia una visibilità politica, piuttosto che ad un'efficienza assistenziale. Ogni Regione e ogni Azienda sanitaria ha seguito una propria progettualità spesso generando derive organizzative nella differenziazione professionale e assistenziale sostenendo una disomogeneità territoriale della sanità pubblica, non riuscendo più a garantire valori di assistenza territoriale ubiquitari ed uniformi. Il medico è diventato un committente della spesa ed un amministratore di una pseudo appropriatezza prescrittiva dettata dalle esigenze

aziendali. Non è la CdS che crea il rapporto, ma il medico che vi opera, non conta la struttura, ma l'operatore. La struttura può migliorare l'accoglienza verso il cittadino, ma non può sostituire il professionista.

## ► Qual è la rotta?

Si è persa anche quella progettualità che poteva avere il medico stesso, inteso anche come imprenditore, che si è trovato ad affrontare un rischio d'impresa assolutamente non trascurabile. In un Ssn non dovrebbero nemmeno esistere gerarchie piramidali o decisioni non condivise, ma tutta la struttura dovrebbe operare in modo da coinvolgere tutte le figure professionali. Quello che meraviglia che da tutte queste menti astute, da cui propongono progetti, non viene mai considerato il merito personale. Ed è anche per questo che nessuno pare essere più disposto a mettersi in gioco, rischiando qualcosa, ma addirittura rimanendo al coperto, in una sorta di navigazione a vista, dove l'imperativo è quello di gestire il problema piuttosto che risolverlo (obiettivo sopravvivenza) perdendo contemporaneamente il senso della *vision* e della *mission*.