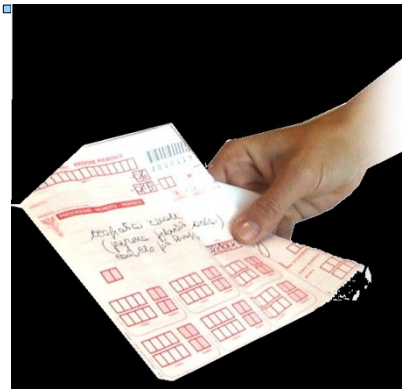




EDITORIALE

Caos esenzione



Di **Carlo Di Stanislao**

*"La sporgenza dell'essere sul pensiero, che pretende di contenerlo,
è il miracolo dell'idea di infinito"*

E. Lèvinas

Dal 1° maggio le autocertificazioni sul reddito per ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici dovranno essere validate dai medici.

Ma i medici non ci stanno e chiedono che siano le Asl ad effettuare i controlli, mentre tra i cittadini regna la confusione, come conferma il segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), **Giacomo Milillo**.

Obiettivo, encomiabile, delle nuove norme è combattere l'evasione in questo settore considerando che, secondo alcune stime, ammonta a oltre un miliardo di euro l'anno l'evasione sui ticket sanitari e sarebbe esentato senza diritto **circa il 40% dei malati**.

Ma non si vede perché a operare controlli debbono essere professionisti con precise funzioni e formazione di diagnosi e cura.

A godere dell'esenzione dei ticket dovrebbero essere le fasce con reddito più basso e per questo è richiesta una autocertificazione per non pagare la tassa su visite ed esami.

La confusione deriva anche dalla diversità delle procedure regionali. Il medico deve, infatti, rilevare il codice di esenzione tramite i sistemi regionali e indicarlo sulla ricetta.

Se però il paziente non risulta presente negli elenchi, la Regione Lazio, per esempio, ha stabilito che fino al 30 giugno 2011 si potrà ancora ricorrere alla autocertificazione, ma nel frattempo il cittadino dovrà comunque recarsi presso le asl per rendere l'eventuale autocertificazione.

Iter diversi in altre regioni: in Emilia Romagna, sono ad esempio le asl o i patronati a rilasciare i certificati di esenzione che il cittadino dovrà presentare al medico.

In Campania, invece, sono previsti meccanismi attraverso i quali la Regione provvede ad aggiornare i programmi dei medici, per cui il codice di esenzione del cittadino compare in automatico.

Intanto un'Ansa di oggi, ci informa che 636 assistiti della ASL di Perugia, sono stati denunciati a

pie' libero dai carabinieri del Nas per avere dichiarato un reddito inferiore a quello reale, al fine di ottenere l'esenzione al pagamento del ticket sanitario.

L'indagine - denominata "Furbetti del ticket" - ha interessato tutte le Asl dell'Umbria.

Il danno al Servizio sanitario regionale è stimato in circa 250 mila euro per il 2010. Le indagini, iniziate a ottobre dello scorso anno, preso in esame circa 10.000 dichiarazioni dell'anno 2010, delle quali il 6,5% circa è risultata falsa. In alcuni casi è stato accertato come il reddito effettivo del nucleo familiare del dichiarante fosse di oltre 100.000 euro, ovvero circa tre volte il tetto massimo previsto per ottenere l'esenzione.

Nel corso delle operazioni sono state poste sotto sequestro penale circa 900 prescrizioni mediche relative alle false dichiarazioni attestate.

Con tutte le principali sigle di categoria, anche noi riteniamo che il problema delle false dichiarazioni sia una piaga da sanare, ma anche che non si può chiedere ai medici di svolgere ruoli che non ha e per cui non è preparato, con un aggravio per il lavoro con la sottrazione di tempo all'assistenza dei pazienti, oltre alla esposizione ad errori poiché i medici non hanno, né debbono avere, una competenza giuridico-economica tale da potersi districare in questo settore.

Ogni anno il sistema sanitario recupera 1 miliardo e 605 milioni di euro di ticket. Il 73% della cifra entra direttamente nelle casse delle aziende sanitarie, il resto viene riscosso dal privato convenzionato.

Per avere una prima idea dell'evasione va fatto il rapporto tra incassato e popolazione di ogni Regione.

Le differenze tra le varie realtà sono legate alla maggiore o minore incidenza degli esenti per reddito, perchè non ci sono motivi epidemiologici che facciano pensare a grosse differenze nei dati di quelli per patologia.

Questo tipo di esenzioni, tra l'altro, richiedono un certificato medico e un attestato della Asl, cioè si ottengono con una procedura assai più complessa dell'autocertificazione. Ovviamente esistono i falsi malati, e sono tanti, ma se si parla di ticket pesa di più l'evasione di chi dice di non guadagnare abbastanza. Ebbene, a guardare il dato nel dettaglio si trovano differenze importanti.

Ogni anno in Valle d'Aosta gli abitanti pagano in media 36,3 euro a testa per visite ed esami nel pubblico, in Veneto 36,2, in Emilia 33,9, in Friuli 33,6, in Toscana 32,9, in Piemonte 30,8, nelle Marche 28,8.

Partendo dal fondo della classifica ci sono la Calabria con 15,5 euro versati all'anno, poi la Puglia con 17,5, la Campania con 22,3 euro, l'Umbria 26,1, la Sardegna con 26,5, la Sicilia, 27,7.

Non brillano il Lazio, con 21 (ma il dato non tiene conto di quanto riscosso dal privato convenzionato), e la Lombardia, che si ferma a 27,1. La media nazionale è 26,7 euro.

Si potrebbe dire: valutare la spesa dei cittadini non basta, perchè certe Regioni sono più povere.

Se il sistema si uniformasse e le Regioni facessero maggiore attenzione all'evasione, i soldi recuperati dalle casse delle Asl sarebbero molti di più.

Questo ragionamento è rafforzato da altri dati, ricavati dal rapporto tra l'investimento del sistema per offrire ai cittadini l'attività specialistica e i soldi che rientrano dai ticket per compensare questi esborsi.

Le strutture pubbliche per assicurare ai cittadini italiani esami, analisi e visite spendono circa 13 miliardi e 600 milioni di euro.

Il sistema, si diceva, incassa dai ticket circa 1 e 605 milioni, cioè l'11,8% di quanto spende.

Dunque, se tutte le Regioni, grazie a più verifiche mirate a scovare i furbetti, portassero i loro dati ad un livello ritenuto dai tecnici sanitari plausibile e comunque non irraggiungibile, cioè intorno al 20%, quanto incassato con i ticket salirebbe a 2 miliardi e 722 milioni di euro.

Cioè un miliardo e 100mila euro in più, soldi che presumibilmente oggi vengono evasi.

Al di là dei tentativi delle Asl italiane di fare controlli e recuperare i soldi di ticket perduti, resta fondamentale l'attività delle forze di polizia e illogica invece quella che scarica tutto sulle spalle dei medici, già burocratizzati tanto che la visita, la diagnosi e la terapia, sono agli ultimi posti della sua attività professionale.

Come ribadito mesi fa da Maurizio Benato, presidente dell'Ordine dei Medici di Padova, oggi si tende sempre più a burocratizzare il ruolo medico, con le nuove norme sul ticket che hanno ulteriormente aggravato il carico burocratico già intollerabile della professione, sottraendo tempo e altre risorse come l'attività di diagnosi e terapia, con il risultato di squalificare le prestazioni del medico e di minarne la fiducia da parte del cittadino.

La burocratizzazione della professione, sacrificata sull'altare del risparmio, sta privando la classe medica del controllo della propria attività lavorativa che assume sempre di più la forma di un "prestazionificio" nel mercato sanitario in cambio di un salario.

In tutto questo si scorge il chiaro, imminente pericolo di creare una divaricazione tra gli scopi della

medicina e quelli dell'apparato sanitario, con una costante delegittimazione dei contenuti scientifici e metodologici propri della medicina e di conseguenza anche del medico.

Il problema della limitazione nelle risorse va considerato dal punto di vista dell'appropriatezza della risposta sanitaria e non dovrebbe, come accade, arrecare gravi danni alla professionalità degli operatori in nome di risparmi ottenibili con altri mezzi.

Nell'opera *Un altro giro di giostra*, relativo alla reazione emotiva dell'autore di fronte alla notizia del cancro quale nuovo compagno di vita nei giorni che gli sarebbero rimasti da vivere, Tiziano Terzani, come Cosmacini in altre pagine, offre interessanti riflessioni sull'attuale percezione del medico, attraverso quel progressivo allontanamento dell'"anima antropologica" della medicina-ovvero la dimensione attenta al vissuto, alla "illness" del malato- dall' "anima tecnologica", tesa all'efficacia delle terapie, impersonale tuttavia, priva cioè di ogni compartecipazione emotiva da parte del medico nei confronti del paziente; fatta di tecnicismo spinto e freddo ed invadente burocrazia.

Infatti, oltre che freddo e tecnico, il medico che si vuole oggi è burocratizzato, un "burocrate reso grigio e stanco", "un funzionario che fa domande per riempire formulari", che si appropria del "disease", il danno organico non condividendo tuttavia la "illness", il vissuto emotivo; in altre parole se ne appropria da un lato formale, istituzionale, al fine di farne un problema del tutto tecnico, tralasciando il lato confidenziale, per mancanza di tempo, di voglia, di formazione.

Amara è, in definitiva, l'attuale assenza di dialogo tra medico e malato, a cui da sempre veniva attribuito un notevole valore non soltanto diagnostico, poiché la Medicina è molto più di una scienza applicata, come ancora oggi generalmente si ritiene, ma è invece l'insieme armonico di tecnologia medica e antropologia medica, dove accanto all'applicazione delle scienze di base deve sussistere, con pari dignità, il rapporto interumano tra medico e paziente: un rapporto di dualità che diventa pluralità coinvolgendo medico, paziente e società".

È un dato di fatto che il medico nella sua quotidiana attività si trova nella condizione di dover scegliere tra una diagnosi clinica, di cui deve sopportare tutta la responsabilità non solo morale, affidandosi ai dati raccolti, magari con perizia, con l'aiuto della semeiotica medica tradizionale relativamente affidabile, oppure ricorrere al dipartimento dell'immagine ed al laboratorio, certamente più sbrigativo e deresponsabilizzante.

Pertanto, facilmente prevedibile è stato il crescente ricorso alla semeiotica sofisticata, in un primo tempo esclusivamente per corroborare la diagnosi clinica e successivamente, per la diagnosi stessa, provocando l'involuzione della diagnostica clinica e il sovraccarico del laboratorio.

Il medico ha vissuto, così, l'impoverimento delle sue capacità diagnostiche e l'opacamento dell'acume mentale, mentre l'ammalato ha perduto la sua individualità e la sua connotazione umana. La dignità della professione medica in tale modo ha pagato un pesante tributo.

La povertà della semeiotica medica tradizionale, accademica ed ortodossa ha svolto un ruolo non certo secondario nello sfrenato, incontrollato, eccessivo sviluppo della semeiotica strumentale e di laboratorio, che a modo di circolo vizioso, ha decretato il tramonto della semeiotica fisica.

A questo punto, esplicitando il senso di quanto precede, è opportuno sottolineare il fatto che, per quanto sofisticate, le metodiche diagnostiche strumentali sono il frutto della "ragione" umana e, quindi, di valore pure sempre limitato per quanto concerne la indagine sulla "natura", nel nostro caso il corpo umano, sano o malato.

In realtà, queste metodiche frequentemente conducono, per vari motivi, a diagnosi non precise o persino errate, quando impiegate per eccesso di entusiasmo oltre i confini del loro dominio oppure allorché i dati offerti sono accettati come validi, in modo acritico, anche se contrastanti con i rilievi clinici.

Un aspetto da non trascurare è una specie di *nemesi* storica, evidente quando queste metodiche, certamente preziose sul piano diagnostico, sono sofisticate al massimo.

Infatti, l'impossibilità economico-tecnica di una loro applicazione, non diciamo *routinaria*, ma su di una sufficientemente vasta scala, comporta una necessaria selezione dei pazienti; questa selezione è attuabile esclusivamente in modo "clinico", cioè con una corretta raccolta anamnestica e con un affidabile esame obiettivo del malato.

Tutto questo con l'aggravante della tempo rubato alla professione per supposti e soproggiungenti obblighi burocratici.

In definitiva io credo che la natura profonda della crisi dei sistemi sanitari di tutto l'occidente industrializzato è di natura culturale e che sono in crisi i paradigmi della medicina scientifica contemporanea, incapace di gestire decentemente le malattie croniche, con cui deve cimentarsi sempre più spesso.

Alla base della crisi stanno, fra le altre cose (tecnicismo e burocratizzazione) concezioni sbagliate di tante idee: come quelle di potere, verità, scienza, progresso, salute, malattia, servizio e via dicendo.

Sicché, quella della medicina e del medico, è un problema soprattutto culturale che, anche nel campo della salute, punta sul mercato e moltiplica bisogni e desideri, rendendo le persone più dipendenti e massificate, sostituibili in ingranaggi disumani e spersonalizzanti.

Dovremmo tutti rileggere e con attenzione, gli scritti di Giulio A. Maccararo (1924-1977) - medico, scienziato, organizzatore sociale e culturale, fondatore di Medicina Democratica, rinnovatore del sistema sanitario italiano - ci interrogano sui doveri del medico in una società attraversata da ingiustizie, conflitti e contraddizioni che si riflettono anche negli interventi in difesa della salute.

Scritti in cui Maccararo mostra la realtà della medicina come dottrina sociale, oltre che tecnica, e ne mette in questione lo status, presunto, di scienza "neutrale".

I suoi scritti danno risalto al carattere universale e solidaristico delle discipline mediche, portando al rifiuto di ogni separazione tra medici e pazienti a favore di un concetto ampio di partecipazione e costruzione della salute come bene e diritto collettivo, frutto in primo luogo dell'azione politica e sociale, senza tecnicismi estremi ed impaiostoiante burocrazia.

Letture consigliate

- AAVV: L'umanità di uno scienziato. Antologia di Giulio Alfredo Maccararo, Ed. Dell'Asino, Roma, 2011.
- Alfieri R.: Le idee che noccono alla sanità e alla salute, Ed. Franco Angeli, Milano, 2007.
- Brauman R. (a cura di): Utopie sanitarie. Umanità e disumanità della medicina, Ed. Feltrinelli, Milano, 2002.
- Cagli V.: La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica, Ed. Armando, Roma, 2007.
- Calandra R.: Il cogito ferito di R. D. Laing e la crisi della conoscenza scientifica del soggetto nel '900, ed. Zephyro, Milano, 2006.
- Good J.B.: Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Ed. Einaudi, Torino, 2006.
- Lippi D., Baldini N.: La medicina, gli uomini, le teorie, Ed. Clueb, Bologna, 2000.
- Marano P.: Crisi della medicina accademica. Condivisione, cambiamento e innovazione, corresponsabilità, Ed. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Merini A.: Euripilo e Patroclo. Saggio sulle attuali problematiche del rapporto del medico con il paziente. Con videocassetta, Ed. Clueb, Bologna, 1993.
- Pennac D.: La lunga notte del dottor Galvan, Ed. Feltrinelli, Milano, 2004.
- Terzani T.: Un altro giro di giostra, Ed. TEA, Milano, 2008.