

Sanità*colloquio con... Raffaele CALABRÒ*

Raffaele Calabrò è nato a Lucera nel 1947. Svolge l'attività di cardiologo presso l'Azienda Ospedaliera Monaldi di Napoli, dove è Primario del reparto di cardiologia pediatrica. Dopo la laurea, ha cominciato all'estero la sua esperienza lavorativa. È professore ordinario di cardiologia alla II Università di Napoli. Nel 1995 viene eletto Assessore alla Sanità nella giunta regionale di centrodestra. Ricopre l'incarico per due anni e mezzo e fino al 2000 è Presidente del Consiglio Regionale. Nel 2000 viene eletto nelle liste di Forza Italia alle nuove elezioni regionali. Attualmente è Segretario della Commissione Sanità del Consiglio Regionale.

Qual è il panorama attuale nel settore sanitario?

Da circa dieci anni, nel nostro Paese stiamo assistendo all'apertura di scenari che sostanzialmente hanno modificato il sistema sanitario e le stesse esigenze della sanità. In un decennio è stato possibile osservare alcune evoluzioni di tipo epidemiologico, come l'aumento della popolazione anziana, la ridotta natalità e l'aumentato bisogno di benessere della popolazione. Quest'ultimo aspetto non va confuso con l'aumentato bisogno di salute. Da un po' di tempo a questa parte, l'idea di salute che si costruisce nella mentalità della gente va trasformandosi costantemente ed è un'idea molto più vicina al benessere che all'essere fuori da uno stato patologico di malattia. Il cittadino, pur non essendo malato, vuole vivere meglio anche attraverso la valutazione di aspetti di ordine estetico. A questo si affiancano i progressi legati all'evoluzione della tecnologia, sia in campo diagnostico, sia in campo terapeutico. Con il grosso boom dell'imaging (radiologia, ecografia, TAC, risonanza) si è andato incontro all'utilizzo di tecniche ad altissimo costo, ma al tempo stesso di grande qualità diagnostica. Oggi è inimmaginabile non ricorrere a questi mezzi, nonostante l'elevato sacrificio economico. Lo stesso avviene anche in campo terapeutico. La ricerca sui farmaci necessita di ingenti capitali e il farmaco ha, ovviamente, i suoi alti costi. Per non considerare, poi, l'attuale notevole sviluppo nel campo delle protesì. Da quelle ortopediche alle valvole artificiali utilizzate in campo cardiologico, dagli stent coronarici ai device per eliminare difetti interventricolari, fino ai pacemaker realizzati con tecniche avanzatissime.

Tutti questi fattori portano inevitabilmente a un aumento della spesa sanitaria...

Esattamente. Ottenendo i presidi diagnostici per anticipare i rischi della malattia, nonché i presidi terapeutici, di conseguenza si è di fronte a un aumento dell'età della popolazione. Questa catena porta tutti a un miglioramento della qualità di vita, ma anche a un aumento notevole della spesa. Nel 1995 nel nostro Paese è entrato in vigore il sistema delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. I presupposti avrebbero fatto pensare alla costruzione di una sanità con particolare attenzione alla spesa sanitaria, dal momento che la stessa sanità viene concepita come un'azienda che deve produrre e che deve avere, però, anche un suo margine. In realtà non è così. Sappiamo tutti che la spesa è in progressivo aumento. Il cittadino vuole avere sempre maggiori risposte dalla sanità, non chiede solo di superare la malattia acuta del momento.

Come affronta la sanità questo discorso propriamente economico?

Si parla molto di efficienza ed efficacia dell'azienda sanitaria. L'attenzione all'economia è sempre più sviluppata. Ciò impone, di conseguenza, da parte del sistema sanitario, una revisione della spesa sociale, reinquadrando e definendo politicamente quale debba essere il welfare sanitario di cui necessita il nostro Paese. Diversamente si avrebbe una enorme uscita a fronte di bassissime risorse. Lo Stato deve trovare i mezzi per avere la capacità di investire una quantità di risorse enormemente superiore a quella attualmente prevista. Appare ovvio che la crisi economica della sanità sia legata alla mancanza di coraggiose scelte politiche che permettano di decidere quale deve essere la risposta delle istituzioni, in particolare delle regioni. Non è possibile assistere a delle incongruenze che non consentono di poter disporre di fondi per far fronte a spese primarie in un ospedale. Di fatto le regioni fissano dei tetti di spesa. Ma, una volta sforata la soglia, qualora giungesse un paziente bisognoso di determinate cure, ci si troverebbe costretti a negare a quel paziente il servizio di cui necessita. Le scelte non sono affatto chiare, perché se da una parte si pone un tetto, dall'altra si investe, magari in medicine alternative, laddove ancora non vi sono dati scientifici certi per alcune terapie.

Che cosa propone per arginare il problema?

Innanzitutto la compartecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini, attraverso il ticket. Si tratterebbe di una forma di solidarietà da parte dei cittadini, logicamente prevedendo esenzioni per i malati cronici, per chi percepisce un basso reddito, per chi è in età avanzata. Ma sono del parere che chi ne ha la possibilità, deve contribuire alla spesa sanitaria attraverso il ticket e deve farlo nell'interesse di tutti. Ne risulterebbe un sistema virtuoso che porrebbe dei limiti, ad esempio, ad affrontare spese superflue. Oggi anche chi ha un semplice mal di testa va a fare la TAC. Se dovesse pagarla, ci penserebbe due volte. Evitare di sottoporsi agli esami non necessari significherebbe anche far funzionare meglio il sistema sanitario. Oggi nell'ospedale, accanto a chi ha forti esigenze, arriva chiunque, talvolta mandando in coda il paziente che è in uno stato acuto, il quale spesso rimane sulla barella perché il posto è occupato da chi ne poteva fare a meno. Se si prescrivesse un ticket sui ricoveri, la gente prima di occupare un letto solo per degli accertamenti, ci penserebbe bene. E poi per alcune patologie, occorrono fondi integrativi da affiancare al fondo pubblico.

Lei è molto impegnato politicamente. Esiste un limite che la politica non dovrebbe oltrepassare?

Credo di no. Sono dell'opinione che le due realtà, quella politica e quella sanitaria, debbano integrarsi fino in fondo. La politica non può fare a meno dei tecnici i quali devono avere chiare le situazioni, le esigenze, le evoluzioni della medicina. Ma deve essere la componente politica a farsi carico delle spese.

Quali limiti riscontra nel sistema politico-sanitario italiano?

È assurdo che in Italia non vengano applicate forme di monitoraggio della spesa, non avendo meccanismi adeguati che possano controllarla. In Gran Bretagna e in altri paesi europei esiste una figura professionale che si occupa del controllo del budget che un'azienda ha a disposizione. Una TAC considerata superflua non

viene fatta eseguire. Per quanto criticabile, il sistema sanitario americano prevede serrati controlli che, ad esempio, permettono alle assicurazioni di non concedere rimborsi per spese considerate non indispensabili.

La società attuale, come dicevamo, contribuisce a creare sempre più dei malati immaginari, ma per il vero paziente che ha bisogno di cure, qual è la situazione?

Purtroppo l'attuale sistema territoriale, dà sempre meno importanza alla persona malata. Il centro dell'obiettivo non è più il soggetto malato, bensì l'organizzazione dell'ospedale. Bisogna saper offrire un percorso al paziente. Il malato, in un sistema plurispecialistico, non sa come muoversi. Se ha palpitazioni va dal cardiologo, senza rendersi conto che quei sintomi potrebbero dipendere dalla tiroide. In questo processo il paziente si perde, non capisce, usa farmaci a volte molto costosi, sospende la cura perché insoddisfatto, tende ad autogestire il proprio stato, laddove si dovrebbe incentrare intorno alla figura del medico internista un lavoro di sintesi, che, invece, sovente viene svolto da uno specialista. Nel piano ospedaliero regionale ho fatto inserire un complesso di reti di organizzazione, che consentono al paziente di recarsi in un ospedale piuttosto che in un altro, a seconda della patologia. Con la creazione di questo sistema teorico di rete di collegamento tra le aziende ospedaliere, da un lato si offre al cittadino un circuito preciso da seguire, dall'altro, c'è una sorta di premialità per le aziende che rispettano la rete proposta, concretizzabile attraverso dei fondi che l'azienda stessa può investire nelle attrezzature, nell'educazione sanitaria, nella riorganizzazione del sistema, nella prevenzione delle patologie.

Lei dirige un reparto di Cardiologia Pediatrica. Che differenza c'è nel trattare un soggetto di pochi anni di età, rispetto a un paziente adulto?

Oltre all'approccio che si deve avere con un bambino, la differenza principale è nella gestione della patologia, che prevede un coinvolgimento dell'intero ambito familiare. Quando in una famiglia c'è un bambino malato, ogni scelta deve essere spiegata ai genitori, alla nonna, ad altri parenti...e non sempre questo facilita il compito di un medico. C'è bisogno di molta dedizione soprattutto nel rapporto umano.

C'è un'immagine alla quale ricorre per identificare la sua *mission*?

Durante le relazioni faccio spesso riferimento a un quadro di Rembrandt che raffigura una madre addolorata accanto alla figlia malata. Il volto sofferente e abbattuto della bimba si affianca al sentimento di preoccupazione che traspare dallo sguardo della mamma. Utilizzo questa immagine proprio per inquadrare l'obiettivo a cui un medico dovrebbe tendere: riuscire a ridare un sorriso alla madre e un buono stato di salute al figlio.

Come si rapportano i giovani con la loro salute?

Nei giovani vedo soprattutto ansie e paure. La sensazione è che tutta questa grande conoscenza della realtà sanitaria, attraverso la diffusione di riviste, di trasmissioni televisive, di informazioni captate da internet, da una parte sono elementi di educazione sanitaria, ma dall'altra parte appaiono come elementi di grande

preoccupazione. I giovani tendono ad autodiagnosticarsi una serie di patologie e non di rado fantasticano sul proprio stato di salute. E questa eccessiva attenzione può causare angosce e preoccupazioni.

Nel panorama nazionale si può parlare di una realtà sanitaria omogenea o si corre a velocità diverse nelle varie aree geografiche del paese?

Non possiamo parlare di una realtà unitaria italiana. Nel sistema regionale campano, ad esempio, esistono dei punti di eccellenza, di largo respiro anche nazionale ed europeo, ma sono situazioni disseminate a macchia di leopardo. Purtroppo non c'è un livello medio paragonabile ad alcune regioni del nord. Ci sono professionalità e strutture di grande valore, ma nella sua complessità, sono ancora grossi i passi da fare.

In merito al tema di cui stiamo parlando, se dovesse stilare un ordine del giorno per *domani*, che cosa porrebbe ai primi punti?

Cerco di guardare sempre con ottimismo a ciò che può avvenire e sicuramente negli ultimi tempi la crescita nell'ambito della ricerca sanitaria è stata di una esponenzialità enorme. Però bisognerebbe prendere coscienza che la realtà della medicina va affrontata con le dovute energie, con significative scelte politiche e sociali. Urge discutere del welfare sanitario, della ricerca di base e della ricerca clinica. Ma anche della revisione dei meccanismi di formazione degli studenti e dei medici, attraverso l'introduzione di una efficace formazione etica.