

Limitazione del volume delle prestazioni ospedaliere: occorre mettere il paziente al centro

Nelle ultime settimane le nuove regole del finanziamento ospedaliero hanno suscitato ampio dibattito sulle pagine di questo giornale. Il tema, seppur complesso, è indubbiamente di grande importanza per tutte le cittadine e i cittadini. Cercherò di esporre il mio punto di vista, tralasciando volutamente i tecnicismi e limitandomi all'essenziale. Dal prossimo anno, in seguito ad una modifica della Legge federale sull'assicurazione malattia, il finanziamento delle cure ospedaliere avverrà secondo un nuovo sistema. Per dirla in parole semplici, saranno i pazienti stessi ad essere finanziati, avendo poi la possibilità di scegliere liberamente in quale struttura farsi curare fra quelle, pubbliche o private, figuranti su di un apposito elenco allestito dai Cantoni. Per ogni operazione, indipendentemente da dove venga eseguita, sarà a disposizione un importo forfetario, finanziato nella misura di almeno il 55% dai Cantoni e per la rimanenza dalle Casse malati. La Legge cantonale di applicazione, ora in discussione, prevede tuttavia di assegnare a ogni struttura sanitaria riconosciuta in Ticino un volume massimo di prestazioni erogabili. Detto in altri termini, il Cantone fisserà per la clinica X piuttosto che per l'ospedale Y ad esempio il numero massimo di appendiciti o di operazioni all'anca che potranno essere eseguite in un anno. Comprensibile quindi che proprio su questo punto siano nate le maggiori discussioni. Una tale limitazione rischia infatti di compromettere seriamente la libera scelta da parte del paziente e il principio della concorrenza voluti dal legislatore federale. Per meglio intenderci, prendiamo il caso di un paziente che avesse deciso di sottoporsi ad un'operazione, evidentemente necessaria, nella struttura Z, sentendosi però dire che per quel tipo di intervento tale struttura ha già esaurito il proprio contingente. A questo paziente non resterà altro che ripiegare su di un altro istituto, da lui ritenuto "di qualità inferiore", fra quelli cantonali che ancora non hanno raggiunto i volumi massimi assegnati, oppure rivolgersi ad un fornitore di prestazioni riconosciuto in un altro Cantone. Sulla base di questo semplice esempio si possono trarre almeno tre conclusioni: 1) la libera scelta del paziente non sarà garantita; 2) non sarà neppure garantita la parità di trattamento fra pazienti, valendo il principio "chi prima arriva meglio si accomoda"; 3) la misura sarà priva di efficacia anche dal profilo del contenimento dei costi. Infatti, quanto non verrebbe eseguito dalla struttura che ha già esaurito il proprio contingente, verrebbe comunque fatturato da un altro fornitore di prestazioni ticinese o confederato, sempre con costi a carico del nostro Cantone e dell'assicurazione malattia. Se passasse la limitazione del volume di prestazioni, non sarebbe quindi la libera scelta del paziente, fondata sulla qualità offerta, a determinare lo sviluppo delle nostre strutture sanitarie, ma una decisione presa a tavolino dall'Autorità cantonale. Esattamente il contrario di quanto voluto dalla riveduta LaMal. Non si tratta pertanto di una contrapposizione fra pubblico e privato, quanto di mettere il paziente e le sue necessità al centro dell'attenzione, senza creare corsie preferenziali, nel rispetto della legge federale.

Luca Pagani, deputato in Gran Consiglio, Vice Presidente Commissione sanitaria

8.3.2011