

Una buona legge per una buona sanità

Giovanni Berlinguer

Parlamentare europeo

**1978-2008 Trentennale della
Riforma Sanitaria**
**Legge 833: una grande conquista,
un impegno da attuare**

Roma 18 dicembre 2008



Mentre i nostri concittadini godono in genere dei buoni risultati di cure efficaci, la sanità italiana è sempre più nell'occhio del ciclone perché gravata dalla lottizzazione politica, da ricorrenti notizie di errori, e da una crescente conflittualità tra paziente e medico. La deriva verso sprechi e sfiducia nell'operato del medico rischia di divenire un fenomeno allarmante.

Gli episodi di “malasanità” sembrano frequenti perché scalfiscono la reputazione dei medici e rimbombano nei giornali, ma non sono più numerosi che per altri professionisti. Quel che brilla, però, sono le fattispecie.

Non serve qui ricordare queste o quelle intercettazioni, questo o quel caso di corruzione per avere la conferma che la politica ha allungato le mani sulla sanità. A volte padiglione per padiglione, reparto per reparto, corsia per corsia. Nell'occhio del ciclone vi è il rapporto abnorme tra sanità e politica, meglio sarebbe definirlo tra “malapolitica” e “malasanità”.

Da molte parti si sollecita il varo di misure in grado di limitare l'ingerenza della politica nelle procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari, ma le regioni rivendicano l'autonomia sancita in materia dalla riforma costituzionale del 2001. Spesso, nella loro visione, la politica della salute si identifica con la gestione dell'apparato. Tante e ricorrenti le denunce di un vero e proprio assalto dei segretari, dei padroni delle tessere, dei capicorrente considerando il territorio un luogo dove distribuire piaceri per raccogliere consensi. Vale per il Sud, vale per il Nord. Per le regioni d'un colore o di un altro.

Per carità, non c'è solo la politica. Ci sono le lobby universitarie, le cordate, e perfino le ingerenze dei sindacati. E gli interessi delle comunità locali. La drammatica sequenza delle morti in Calabria è esemplare proprio di questa situazione: una rete ospedaliera progettata per immettere risorse sul territorio attraverso micro-ospedali, che non sono poi in grado di assicurare la sicurezza delle cure neppure per interventi con modesti livelli di rischio.

Vorrei qui solo ricordare per sommi capi la condivisibile proposta di Mario Pirani, che ha approfondito le distorsioni del sistema sanitario nazionale e può contribuire a spezzare la catena di comando della partitocrazia negli ospedali. Adottando i seguenti criteri: le nomine e i compiti generali di indirizzo spettano alla politica (presidenti delle giunte e assessori); i direttori generali, una volta accertato il loro livello professionale, sono chiamati ad applicare gli indirizzi generali e a tradurli in piani aziendali; la selezione dei dirigenti di secondo livello deve tassativamente esser sottratta alla politica se si vuol riportare la cura del malato al centro del sistema.

Salta all'occhio il fatto che le evidenti disfunzioni e valutazioni contrastano con l'ottimo apprezzamento internazionale del servizio sanitario italiano, e con l'alta longevità del nostro paese.

Questo risultato è dovuto a vari elementi, non tutti riconducibili ai servizi assistenziali. Uno dei fattori determinanti è il comportamento delle persone. Nonostante alcuni eccessi e costumi malsani, perdura una visione della vita meno subordinata a pressioni pubblicitarie, ad esempio nell'alimentazione. La capacità di godersi la vita, di forti relazioni di vicinato, di parentela e di vivere in modo comunitario, crea una situazione favorevole a combattere le malattie.

In più, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha dato ai cittadini la possibilità di fruire di assistenza universale, solitamente di buon livello; ed è rarissimo che qualcuno sia abbandonato a se stesso, e non sia oggetto di cure quando ne ha effettivamente bisogno.

Bisogna aggiungere che esistono sensibili differenze di classe, e che nell'ultimo periodo l'aspettativa di vita del Sud è diventata inferiore rispetto a quella del Centro e del Nord: molti "modi di vita" non reggono alle pressioni e ai mutamenti. Nell'ultimo trentennio, in particolare, il progresso è stato sensazionale. Dal 1974 al 2005 la speranza di vita alla nascita è passata da 69,6 a 77,6 per gli uomini e da 75,9 a 83,2 per le donne. Nel 2008 c'è stato un ulteriore progresso: 80,4 per gli uomini e 85,3 per le donne. Per ogni anno che passa, oggi l'aspettativa di vita aumenta di almeno tre mesi. "E' come se ogni anno durasse per noi quindici mesi, spiega il demografo Antonio Golini. Dodici ci sono dati subito, gli altri tre in un certo senso depositati in banca: ne usufruiremo sotto forma di allontanamento dalla vecchiaia".

Ciò richiederebbe naturalmente uno spostamento verso altre tipologie di servizi, più coerenti con il cambiamento epidemiologico e demografico (riabilitazione, lungodegenza, geriatria), e una guida più forte e più competente in tutto il paese.

La prima decisione che ha assunto il governo, purtroppo, è stata quella di abolire il ministero della Salute che esiste e funziona in ogni parte del mondo. Con l'avvio del federalismo, inoltre, tutta la difesa della salute dei cittadini verrebbe e delegata alle singole regioni, cancellando diritti che devono essere eguali per tutti: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività". A questo si è aggiunto negli ultimi mesi l'aver smontato pezzo dopo pezzo la legge n. 81 (Testo unico sulla sicurezza del lavoro), promosso dal ministro Cesare Damiano e pubblicato il 1 Maggio di quest'anno. Emma Marcegaglia, a nome della Confindustria ha insistito perché fossero alleviate le norme, e il ministro Sacconi, ha già proceduto a introdurre 11 nuove regole di garanzia (per le aziende, ovviamente). Per finire, il sottosegretario Professor Ferruccio Fazio, con delega alla salute, ha in programma l'allargamento delle prestazioni private dei medici negli ospedali pubblici, e Berlusconi ha dichiarato esplicitamente che questi devono essere trasferiti ai privati.

Infine, una considerazione generale. Nella prospettiva globale il quadro delle malattie mi pare caratterizzato, negli ultimi decenni, da una profonda contraddizione: non c'è mai stata tanta salute, come dimostrano in gran parte del mondo l'aumento della vita media e la continua riduzione della mortalità infantile; e al tempo stesso, mai tante persone hanno sofferto o perduto la vita per causa di fame, povertà, ignoranza, esclusione sociale e discriminazioni, e per malattie che sono prevedibili e curabili. Da un lato gli indicatori di salute continuano a progredire, dall'altro si scopre quasi sempre, sia nel confronto tra nazioni che al loro interno, una crescita continua delle differenze nella salute e nelle aspettative di vita, secondo le classi, i generi, le etnie, le comunità, le persone.

A questo si sono aggiunte, da qualche tempo, le preoccupazioni derivanti dai rapidi cambiamenti climatici. I paesi poveri e le persone povere ne soffrono maggiormente: sono loro a subire il 96% dei decessi causati da eventi meteorologici estremi, pur avendo contribuito meno di tutti all'accumulo di gas serra.

Nelle condizioni odierne, i fattori che determinano le ineguaglianze nella salute umana e quelli che sconvolgono gli equilibri necessari alla vita nel nostro pianeta si sovrappongono ampiamente e universalmente. Si accumulano così situazioni disastrose, e si sottraggono possibilità di vita e di salute alle future generazioni. Questa consapevolezza sta cominciando a muovere le coscienze, a cambiare i governi, a smentire l'ubriacatura neoliberista e la dittatura del mercato, a mobilitare i giovani e ad aprire molte speranze.

1. La salute nell'età moderna

Le politiche per la salute sono state sempre associate ad altri obiettivi umanitari e culturali, non solo in Italia.

Nel trentennio che va dalla creazione dell'OMS (1948) alla Conferenza di Alma Ata (1978) la tendenza dominante si esprime come solidarietà tra le nazioni, e si diffuse anche tra i popoli

dimenticati. Gli obiettivi essenziali furono l'assistenza sanitaria di base per tutti, e la rimozione degli ostacoli sociali alla promozione della salute: malnutrizione, ignoranza, lavoro sfruttato, acqua contaminata, abitazioni malsane.

Queste idee si diffusero ampiamente, ma nel trentennio successivo cambiò il vento. Sul piano politico i due maggiori eventi furono le vittorie parallele di Margaret Thatcher nella Gran Bretagna (1979), e di Donald Reagan negli Stati Uniti (1980), che aprirono la strada all'era neoliberista. La salute fu da allora considerata come una variabile subalterna dell'economia, la sanità pubblica come un ostacolo all'iniziativa privata, i beni comuni come un terreno di conquista aperto a ogni saccheggio.

Parallelamente cambiò il quadro di comando. Il direttore generale dell'OMS Nakajima innalzò la bandiera bianca sul palazzo di Ginevra, e il potere fu trasferito ad altre agenzie internazionali: il Fondo monetario internazionale (FMI), la Banca mondiale (WB) e l'Organizzazione internazionale del commercio (WTO). Queste istituzioni, derivanti principalmente dagli accordi di Bretton Woods (27 dicembre 1945) e prive di ogni mandato relativo all'etica e alla salute umana, hanno dominato per lungo tempo le decisioni di molti governi, imponendo le regole della scuola di Milton Friedman e i successivi interventi di Jeffrey Sachs e di altri loro allievi, che imperversarono in buona parte del mondo.

Fortunatamente, nell'ultimo decennio, c'è stato un forte e originale risveglio della sanità pubblica. Grandi nazioni come il Brasile sono scese in campo per ottenere regole di maggiore accesso ai farmaci, o per produrli direttamente. Anche la Cina, dove era stato demolito un efficace sistema di cure primarie nelle campagne, e prodotte terribili tragedie, ha ricominciato a sviluppare una rete di servizi diffusi.

Nell'assemblea solenne dell'ONU dell'anno 2000, inoltre, sono stati proclamati i Millennium Development Goals (MDGs), che in gran parte riguardano la salute e che devono essere realizzati entro il 2015. Alcuni, come la riduzione della mortalità infantile, sono già in via di miglioramento. Altri obiettivi ritardano sostanzialmente, e sarà difficile raggiungerli.

2. Prima della legge

Gli anni che precedettero l'approvazione della Riforma sanitaria con la legge 180 videro una forte attività e un periodo di intenso e tumultuoso rinnovamento politico e culturale, che comprende anche una data, il 1968. Il dibattito in Italia però, precede quella data, per l'esplosione di un movimento che aveva avuto prodromi lunghi e impegni diffusi.

C'era stata una rielaborazione dei temi della condizione operaia e una rivalutazione della sua soggettività (definizione e validazione delle condizioni di lavoro), che aveva aperto la strada al controllo della salute nelle fabbriche e ai notevoli progressi raggiunti negli anni successivi. C'era stato il movimento femminista, che si era presentato con molto vigore.

C'erano state le anticipazioni della stagione dei diritti civili, che culminò nella rielaborazione del diritto di famiglia, nella battaglia per il divorzio, e poi ancora in quella dell'aborto. E c'erano stati i movimenti per la riforma dei servizi sanitari, con la presentazione delle prime proposte di legge, che videro la collaborazione di forze interne ed esterne alla medicina, come le amministrazioni locali. I comuni italiani vi parteciparono ampiamente, in base a un'antica tradizione di impegno risalente almeno al Rinascimento. I sindacati si mobilitarono, e la prima proposta di riforma sanitaria fu infatti presentata dai parlamentari della CGIL.

Da un'attenta diagnosi dei mali della medicina, e in un clima culturale e politico vivacissimo, nacque così l'ipotesi di creare un Servizio sanitario nazionale fondato sull'integrazione tra individuo e comunità, tra clinica e igiene, tra il medico e gli altri tecnici, tra i sanitari e la popolazione, tra la tutela della salute e i mutamenti sociali.

3. I contenuti della riforma

Il servizio sanitario nazionale si è chiamato così per motivi precisi: è un *servizio*, non un ente o un istituto separato dal corpo statale; è *sanitario*, non solo medico-terapeutico, ma preventivo e ambientale; è *nazionale*, cioè tendenzialmente unificante, anche se amministrativamente decentrato.

La riforma è stata, nelle intenzioni, un terreno d'azione privilegiato, non solo per assistere meglio gli italiani, ma per unirli in un'opera di rinnovamento. Si ebbe chiara la consapevolezza che la salute è un bene comune, inegualmente distribuito tra classi e regioni ma, per alcuni aspetti, indivisibile: da ciò l'obiettivo di influenzare i modelli di vita, la produzione e i consumi, le forme di partecipazione all'attività comunitaria, la guida del governo e le amministrazioni locali.

La riforma ha permesso di avviare un importante processo di trasformazione. Ha stabilito che la sanità è un insieme di misure di prevenzione (a partire dai luoghi di lavoro e dalla scuola), cura e riabilitazione. Ha introdotto il criterio della copertura universale verso tutti i cittadini, che ha sostituito il modello precedente fondato su sistemi mutualistici sostanzialmente diversi tra loro; e deciso che le prestazioni sanitarie devono essere indipendenti dal reddito.

Un altro aspetto innovativo della riforma è stato l'avvio del decentramento, con la gestione non soltanto affidata allo Stato ma anche alle Regioni, alle province autonome e ai Comuni. Vi era l'esigenza che il Servizio Sanitario realizzasse quell'equilibrio di spese e di risultati tra Nord e Sud, tra città e campagna, che la mutualità non era riuscita a creare. Furono anche introdotti alcuni meccanismi, ritenuti irreversibili, derivati da una lunga maturazione dell'opinione pubblica, dei sindacati, dei partiti, delle amministrazioni locali.

4. Gli anni difficili

Dal 1978 i due cardini principali della riforma, il suo aspetto sociale e quello istituzionale, sono stati messi in secondo piano per la prevalenza di scelte ragionieristiche, manageriali e contabili, nonché per l'affacciarsi prepotente di interessi economici privati.

La più profonda revisione avvenne intorno al 1992 con la legge 421/92, l'anno in cui è stato avviato un vasto e continuo processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario pubblico. Essa fu sollecitata da due motivi: da un lato i livelli di costo, in continua ascesa, e con scarsi meccanismi di controllo e con scarsa efficienza delle prestazioni fornite; dall'altro, i servizi offerti presentavano nel complesso modesti livelli di qualità, nella percezione dei cittadini.

Il secondo passo fu la legge 419 del 30 Novembre 1998 "Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale", che fu sempre basato sull'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, sulle modalità di finanziamento delle strutture e sulle loro modalità di gestione.

Dietro il principio di libera scelta della struttura alla quale rivolgersi passò il riconoscimento di soggetti privati, profit e non profit, quali gli erogatori di mercato, l'aziendalizzazione delle strutture di offerta, la profonda innovazione introdotta nel sistema di pagamento delle prestazioni.

Con quei due atti legislativi si affermò il principio secondo cui il costo del sistema deve essere basato sul valore delle prestazioni erogate e sulla "produttività media" delle strutture operanti sul territorio. L'intera gestione, per presunti criteri di economicità, fu nuovamente affidata ad un organo monocratico, il direttore generale, responsabile unico dei risultati conseguiti.

E' ora evidente che il ricorso diffuso ai privati abbia fatto registrare un sensibile incremento, anche in forza dei nuovi regimi di accreditamento, e nella scelta di soggetti ad alto reddito o comunque coperti da assicurazione sanitaria, che si rivolgono a tali strutture pagando direttamente il costo.

Il ruolo del "privato sociale" nella fornitura di servizi all'area sanitaria è ancora più significativo: circa 6.000 tra associazioni e cooperative sociali operano in Italia esclusivamente o prevalentemente nel settore sanitario, svolgendo un ruolo "integrativo e complementare" rispetto al sistema statale, in particolare nel campo della riabilitazione e in quello socio-sanitario, settori in cui il servizio pubblico è carente, e va ora estendendosi. In sostanza, una decisa svolta del sistema sanitario rispetto al modello prefigurato prima della riforma del 1978.