

Publicato su Odissea il 24.12.2020

http://libertariam.blogspot.com/p/il-giuramento-di-ippocrate_21.html

La tutela della Salute – quo vadis?

La salute venne definita dalla neonata Organizzazione Mondiale della Sanità come lo “*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia*”. Passata la immane catastrofe della Seconda Guerra Mondiale si credeva possibile una pace mondiale duratura in una visione razionale della convivenza tra i popoli. In un tale momento di sogno oltre alla pace mondiale anche lo stato di “completo benessere”, di pace, sociale, fisico e mentale avevano diritto di cittadinanza.

La realtà fece presto a tornare e venne la guerra fredda con i sollevamenti popolari in Germania Est, in Ungheria e Cecoslovacchia, la crisi di Cuba e le guerre calde di Corea, Vietnam e Afghanistan ed infine il palese ritorno dell’oscurità dell’intelletto con il terrorismo mistico e religioso che l’uomo moderno, viziato da trecento anni di illuminismo, non era pronto a riconoscere in tutta la sua valenza.

In campo sanitario il grande sviluppo delle conoscenze mediche aveva fatto sognare che fosse possibile raggiungere, e idealmente garantire a tutta l’umanità, uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia”. Si poteva immaginare che ci fossero solo limiti dettati da problemi economici, culturali e di evoluzione della scienza, e non strutturali e naturali.

Per raggiungere questo sogno nascono allora i sistemi sanitari universalistici ed equi per tutti, si ritiene che sia lo Stato, la *comunitas* di tutti i cittadini, a doversi accolla la gestione delle risorse da destinare alla sanità. E’ necessario ricordare che già esistevano sistemi di distribuzione del rischio sanitario con le mutue, ma mancava il concetto tanto semplice quanto potente: per tutti, ugualmente. Proprio per superare le differenze tra le varie mutue e coprire con assoluta certezza anche chi per vari motivi non fosse coperto da uno dei sistemi previdenziali esistenti, venne elaborata la legge di riforma del sistema sanitario 833 del 1978. La legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale italiano entra così in vigore il 1 gennaio del 1980.

Il principio di fondo era ed è molto semplice: lo Stato garantisce con proprie regole, uguali per tutti i cittadini, l’accesso alle prestazioni sanitarie, sia di prevenzione che diagnosi e cura. Tali prestazioni vengono pagate dal sistema tramite la fiscalità generale.

Va subito detto che tale principio semplice e lineare nella teoria mostra da subito alcuni punti critici importanti nel modo in cui venne realizzato. Erano gli anni in cui dominava una visione della società che dava preferenza della uguaglianza alla qualità. Lo Stato di fatto avvoa a se la gestione degli ospedali, lasciando al privato solo aree residuali prive di una normazione organica, ma tollerate nella speranza di poterne instradare la dismissione e chiusura. Vennero chiusi i reparti “solventi” e iniziò una lunga operazione di restrizione e contrasto alla attività privata dei medici, cosa che fu sempre, fino ad oggi, causa di resistenze notevoli e significative. Il rapporto tra Sanità pubblica e privata nasce così da subito con una conflittualità ideologica influenzata più dalle convinzioni politiche dominanti al momento che da riflessioni di organica coesistenza produttiva, aprendo la strada ai profondi squilibri che osserviamo oggi.

Resta poi il problema di fondo di ogni sistema mutualistico: il soggetto beneficiario della cura, il soggetto erogatore della stessa e quello pagatore, sono diversi, vanificando la possibilità di una regolazione spontanea nell’equilibrio tra domanda ed offerta. Inoltre questi i tre poli non godono di uguali poteri, come sarebbe richiesto da uno schema di libero mercato. Da una parte ci sono realtà imprenditoriali, di proprietà pubblica o privata, dall’altra lo Stato che paga secondo regole autodefinite. In mezzo si trova il soggetto beneficiario, privo di potere diretto ed autonomo: il cittadino che richiede la salvaguardia della propria salute.

Quando poi il servizio pubblico da una logica di erogatore puro passa ad una di contabilità aziendale con il D.Legs. 502/92, il concetto filosofico di “benessere” della persona, caratteristica difficilmente misurabile ed strutturalmente soggettiva, si trova in decisa crisi.

Per passare ad una visione “costi/ricavi” nella sanità bisogna tenere conto analitico dei costi e quantificare il risultato della azione sanitaria sulla popolazione, cosa assai complessa. Allora per le prestazioni di ricovero si mutua dalle grandi assicurazioni private statunitensi il sistema dei cosiddetti “DRG”.

Senza voler entrare nei schemi di calcolo di tale sistema si può sottolinearne alcuni aspetti chiave:

1. nasce in ambiente assicurativo e non di servizio sociale. 2. è imperniato sul rapporto costo/beneficio misurabile, molto efficace nella cura di patologie acute, ma strutturalmente inadatto per valutare aree non monetizzabili come la prevenzione, la condizione mentale e l’inserimento sociale. 3. legando i rimborsi alla patologia fisica già manifesta, spinge inesorabilmente verso una selezione dell’offerta che marginalizza le azioni preventive.

Essendo i rimborsi fissati autonomamente dal pagatore pubblico, si assiste ad un progressivo e sempre più pesante spostamento verso una logica di riduzione della spesa. Ma la sanità come servizio sociale è assimilabile a scuole, infrastrutture e forze dell’ordine, non riconducibili a semplici calcoli di costo su produzione. La polizia migliore è quella che con azioni di contrasto e difesa della sicurezza civile evita i delitti, la scuola migliore è quella che forma talmente bene i giovani da non avere bisogno di lezioni supplementari. Così la migliore sanità è quella che con la prevenzione e vigilanza sulle condizioni fisiche e sociali di vita delle persone, riesce a ridurre ad un minimo scientificamente possibile le malattie. Noi invece abbiamo abolito il medico scolastico e i “check-up” periodici sono diventati un fatto privato. Dove una volta c’erano risposte di offerta collettiva, ora si rimanda alla attenzione dei soli genitori. Dove una volta lo Stato si impegnava a spingere le persone a sottoporrai a visite di controllo e preventive, oggi domina il “governo della domanda”, modo nemmeno tanto elegante per descrivere la pressione a dissuadere il cittadino ad accedere ai servizi sanitari.

Cosa fare?

Esistono vari spunti di riflessione positivi da discutere e condividere, il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari è generale e non limitato al nostro paese. La sanità di cura deve essere un sottoinsieme della Salute individuale e globale, affiancandovi sanità di prevenzione e salute sociale, cioè azioni finalizzate sia al controllo sanitario di gruppo che della valutazione della salubrità degli ambienti, delle condizioni di vita e del controllo dello stato di salute, sia fisico che mentale e sociale.

Credo che il Sistema Sanitario Nazionale abbia fatto finora un egregio lavoro. Esso ci ha donato una delle aspettative di vita più lunghe al mondo, ma è arrivato al suo limite operativo. Si deve affermare con forza che si possono ridurre i costi della sanità tramite la prevenzione, ma non tramite la limitazione dell’offerta, altrimenti eccessive diseguaglianze organizzative territoriali come l’imposizione di “ticket”, veri e propri limitatori di prestazioni, uccidono il sistema.

Siamo arrivati, almeno nelle regioni virtuose, al limite della “razionalizzazione” nel suo significato di tagli e riduzione della spesa. Dobbiamo tornare a vedere nella salute un costo sociale puro, come lo è la scuola, la sicurezza e le infrastrutture del paese, un investimento che la collettività sostiene non solo per affrontare un problema specifico emerso, ma per impedire il verificarsi dello stesso. Dobbiamo salvaguardare i principi di buona amministrazione e gestione lasciando l’ingegneria gestionale e aziendale a compiti a loro più consoni. Dobbiamo restituire la gestione della sanità a chi è competente, limitando l’influenza delle ragioni e dei meccanismi di “palazzo”.

L’operatore di Sanità, nelle sue varie articolazioni di Medico, Infermiere e Tecnico, è anche sempre un educatore, un compagno di riflessioni. Esso sa suggerire la prevenzione, curare le malattie e sostenere lo spirito della persona qualora la scienza non offra più cure. Inoltre è parte della collettività e come tale sa segnalare situazioni di criticità sociale, di disagio non ancora emerso, di bisogni reali ma non ancora percepiti. In sintesi: in sanità non va contrastata la domanda, che al contrario va fatta emergere il più possibile anche se aumenta la spesa. Lo Stato deve concentrarsi sulla gestione del sistema più che sulla organizzazione dell’erogazione. Il salute è un bene non solo dei malati, ma collettivo,.