

LA SFIDA DEL SSN E LA LEZIONE DI UMILTÀ

Trent'anni fa la riforma. De Rita: "Più ombre che luci, quel piano ha fallito"

*di Giuseppe De Rita**

La sfida di trent'anni fa, quando venne approvato dal Parlamento il nuovo Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833 del 1978, era sostanzialmente quella di passare dalla vecchia logica mutualistica a quella del diritto di cura per tutti. Quella legge rappresentò il traguardo di una grande battaglia condotta negli anni precedenti con l'obiettivo di sostituire la preoccupazione di un'azienda di garantire salute esclusivamente ai propri iscritti con il passaggio a un servizio nazionale generalizzato, basato sul diritto di cittadinanza per garantire a tutti un posto letto in ospedale, una prestazione in ambulatorio, una ricetta medica.

Il nuovo Servizio Sanitario aveva l'ambizione di proporre "una mission" articolata su tre punti: garantire un equilibrio tra cura e prevenzione; stabilire un legame con il territorio, contestualizzando nella dimensione locale il rapporto tra cittadino e sanità; personalizzare la cura, in una visione olistica del paziente, inteso cioè come unità inscindibile di psiche e corpo.

A distanza di trent'anni, se vogliamo fare una valutazione seria della riforma sanitaria non possiamo prescindere da questi tre aspetti. E ci sono valutazioni positive, ma ce ne sono altrettante che destano invece perplessità...

Una grande legge con grandi motivazioni

La 833 fu una grande legge, perché aveva grandi motivazioni. Alle tre già indicate se ne aggiunge una quarta, più di "governance": la 833 prefigurava un "sistema", puntando cioè a controllare la spesa, creare un sistema informativo, avere flussi di informazioni, conoscenze, decisioni legate alla possibilità di responsabilizzare i singoli settori, segmenti e operatori. Naturalmente, nel corso di questi tre decenni la dialettica, le polemiche, le riflessioni, come è facilmente immaginabile, si sono legate principalmente alla quarta motivazione, quella economica: troppe spese, troppi sprechi, troppe regioni che saltano, commissari *ad acta* per chi ha sfiorato... Si tratta di temi oggi più che mai ricorrenti nel dibattito politico italiano e nei media.

Il motivo è semplice: quei meccanismi che avevamo pensato e che in qualche maniera abbiamo anche cercato di mettere in atto qualche problema lo hanno creato. Dal '78 dobbiamo arrivare agli anni '90 per avere le Aziende Sanitarie; dobbiamo arrivare alla fine degli anni '90 per avere i Livelli Essenziali di Assistenza. In generale siamo arrivati tardi a disciplinare un minimo di riorganizzazione delle decisioni (chi comanda e su che cosa decidiamo) e non sempre i meccanismi hanno funzionato.

Questa mancanza di governo - che ha riguardato tutti i governi, di centrosinistra e di centrodestra, prima repubblica e seconda repubblica, a livello nazionale, regionale, comunale, Asl e via dicendo - ha impedito una corretta gestione di tutto il sistema. Il sistema informativo applicato al sistema sanitario è arrivato tardi e a mio avviso non è neppure di grande qualità. Tanto per dare una cifra, in un anno ci sono in Italia 13 milioni di ricoveri ospedalieri, che si traducono in 78 milioni di giornate di degenza: è dunque molto difficile, di fronte a una mole di dati del genere, gestire un sistema informativo applicato al complesso universo sanitario.

Ci sono troppi medici e tanti piccoli ospedali

Noi oggi abbiamo un sistema informativo che funziona poco, un Piano Sanitario Nazionale che è diventato nei fatti un documento poco indicativo, un meccanismo di responsabilizzazione delle Asl e di controllo della spesa che in qualche caso ha retto, ma in molti casi ha creato moltissimi problemi. Il sistema non è governato. Non si riesce a tenerlo. Perché?

In parte perché l'asse portante del governo della sanità ha più di una carenza a livello gestionale. È un sistema di cui in qualche modo siamo tutti responsabili: basti pensare al fenomeno dell'aumento progressivo dei piccoli ospedali. I dati del ministero parlano chiaro: in base alle graduatorie

mondiali, noi abbiamo in Italia il più basso tasso di percorrenza per arrivare in ospedale (20 minuti), ma questo equivale spesso a bassa qualità e costi spaventosi.

Nel Mezzogiorno abbiamo ospedali da 20 posti letto, con primari, medici, infermieri e tutto quanto e guai ad andare a toccarli. Vicino a Roma, troviamo un ospedale a Nettuno e uno ad Anzio, distanti tra loro due chilometri e mezzo. Tutto ciò ha finito per generare un aumento di spesa, che oggi appare per molti aspetti incontrollabile.

Un altro punto dolente è rappresentato dal personale: in Italia abbiamo il più alto tasso di medici per abitanti in tutto il mondo occidentale. Qualche perfido dice che gli interventi nella scuola o nella sanità sono stati fatti per dare posti di lavoro ai laureati figli dei borghesi e non per dare istruzione o sanità ai figli degli operai. Il risultato è stata la negazione dell'efficienza del sistema in favore di una presunta equità sociale con le storture che ritroviamo.

Oltre a quella del personale e del localismo degli interventi, c'è una terza incidenza negativa nel campo sanitario ed è che la "filiera sanitaria" è troppo lunga: la filiera equivale alla sequenza di passaggi tra l'inizio di un intervento e l'esecuzione dello stesso. Nella sanità ci sono almeno 35 passaggi e ogni passaggio assorbe un po' di energia: si comincia dalla ricerca scientifica sul farmaco e si arriva alla badante che lo somministra. In mezzo c'è di tutto (industrie del farmaco, Stato, Consiglio superiore di sanità, Piani regionali, Asl, ospedali, medici di famiglia...) e ognuno si prende qualcosa.

In fondo ci ritroviamo un prodotto finale, che è la cura al paziente, che risulta gravato di spese. Per anni ho insistito sulla necessità di ridurre e accorciare questa filiera e le sue dispersioni, ma non ce l'abbiamo fatta e questo rappresenta un peso enorme. Sapete chi l'ha accorciata, non senza rischi per la propria salute? Quel 40 per cento di italiani che si "auto-prescrive" i farmaci, comprandoli direttamente in farmacia. Solo l'industria farmaceutica è riuscita a tagliare questa filiera, a stabilire cioè un rapporto diretto con il paziente che oggi è pronto anche a sostenere per intero il costo del farmaco pur di "guarire", scavalcando il proprio medico. Una pillola per ogni problema, insomma, con tutti i possibili rischi...

Prevenzione e screening sono rimaste solo parole

Certo, non dobbiamo dimenticare gli aspetti positivi: basti pensare che in Italia, negli ultimi trent'anni, la speranza di vita è aumentata di 6 anni. Abbiamo fatto dei grandi passi avanti, ma c'è chi ha fatto molto più di noi: in Giappone, ad esempio, nello stesso periodo la speranza di vita è aumentata di 17 anni...

Ci sono certamente delle eccellenze, ma il vero discorso oggi ruota attorno alla necessità di capire se il grande disegno del '78 sia stato realizzato o meno: perché non era un disegno di semplice allargamento della macchina sanitaria, ma era un ambizioso disegno di riqualificazione. Non si proponeva "più ospedali, più medici, più infermieri, più farmaci": era una cosa diversa. Le grandi scelte di allora erano prevenzione, il rapporto con le comunità locali, il rispetto dell'unicità del malato.

Alla fine degli anni '60, vedendo i malati di allora, pensavamo che tutto fosse possibile in termini di prevenzione: grandi screening di massa, l'avvio di campagne che fossero in grado addirittura di ridurre preventivamente le degenze e i relativi costi. La legge 833 è figlia di questa cultura e riassume in sé quelle grandi ambizioni. Purtroppo, sulla base dell'esperienza di questi ultimi decenni, dobbiamo amaramente constatare che la parola "screening di massa" è rimasta una parola. Riconosciamolo: non ci appartiene, noi italiani per tradizione aspettiamo che le cose ci arrivino addosso e poi ci adattiamo. Non siamo gente che previene e prevede. Da parte nostra c'è un rifiuto inconscio della prevenzione. Insomma, non ce l'abbiamo fatta.

Il problema vero è la nostra cultura personale. Il ministero della Salute concentra le campagne di prevenzione soprattutto sul fumo o sull'alcol, e qui possiamo dire che alcuni importanti risultati sono stati colti, ma solo grazie all'assorbimento del trend degli americani e dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità. Il discorso cambia radicalmente quando parliamo di prevenzione per i tumori al colon, al seno o delle coronarie...

Un'altra scelta che mettemmo in campo allora era il rapporto con il territorio: abbiamo fatto più ospedali, più medici, più primari, più posti letto, ma non abbiamo fatto una vera territorialità. Abbiamo allargato la macchina e fatto più ricoveri, ma il rapporto con il territorio e con la famiglia è stato lasciato solo ai casi disperati, che peraltro pesano in maniera fortissima sulle famiglie stesse. Un rapporto fisiologico tra la dimensione familiare e quella sanitaria non c'è stato. Lo stesso medico di famiglia è diventato una sorta di certificatore di ricette. Oggi i medici di famiglia sono parte di un sistema, parte di un Servizio Sanitario Nazionale, non sono componenti della vita comunitaria come medici condotti. Il Sistema Sanitario è un meccanismo presente in modo pesante nel territorio, ma che non dialoga con esso e spesso offre risposte eccessivamente burocratiche, o non le offre affatto.

Il “bisogno” ridotto a semplice “desiderio”

Ultima scelta della riforma del '78 era il fatto che bisognava garantire un rapporto con il singolo paziente nella sua specificità. Purtroppo anche in questo caso si è ridotto il significato di “bisogno” in favore del “desiderio”. E' intervenuto purtroppo il desiderio di stare comunque bene da parte dei pazienti e l'idea implicita di “pretendere tutto”, al posto del più corretto “bisogno di stare bene”, con risposte che via via si sono configurate sempre più come farmacologiche.

In definitiva, ripercorrendo questi trent'anni, la riforma è stata al tempo stesso una grande sfida (perché un servizio sanitario tutto sommato ce l'abbiamo e garantisce diritti di cittadinanza a tutti...) che ci richiama a una umiltà ulteriore. Se dovessimo fare oggi una riflessione paragonabile a quella fatta trent'anni fa, non dovremmo più parlare delle nostre ambizioni di prevenzione, di controllo nel processo decisionale, di bisogni e desideri, ma di ottimizzazione e legalità delle risorse nel territorio e nella comunità locale.

** presidente del Censis
(Centro Studi Investimenti Sociali)
AIPAS - Associazione Italiana di Pastorale
Sanitaria - della Cei “Per Giustizia e per
Amore. La cura pastorale tra diritto e carità”.*