

COME DISTRUGGERE UN SERVIZIO

di NATALIA MARINO

Per il cronista incaricato di un'inchiesta sulla Sanità italiana scattare un'istantanea del nostro Servizio Sanitario Nazionale costituisce ormai un compito assai arduo.

Lo stesso farmaco costa più a un cittadino calabrese che a uno dell'Umbria, un toscano e un friulano possono ottenere con il ticket visite specialistiche che invece per un napoletano sono a prezzo pieno. In Lombardia si paga il ticket anche per gli interventi di pronto soccorso non urgenti. Come in Sicilia, la prima ad introdurre il provvedimento, dove però nessun ospedale ha ancora ricevuto istruzioni per potersi regolare.

La *devolution* non è ancora legge, ma in Italia esistono già tre modelli di sanità: quello "rosso" delle regioni tradizionalmente amministrate dal centro-sinistra che puntano sul miglioramento del servizio pubblico; quello "verde" padano della ricca Lombardia cui guardano anche Puglia, Calabria e Sicilia; infine la terza via delle regioni del Nord (Liguria, Veneto, Friuli-Venezia Giulia) che, pur rivendicando il federalismo fiscale, hanno tenacemente difeso le strutture pubbliche, a cominciare dagli ospedali.

Lo spezzatino della sanità in salsa "tricolore" si ricompone solo ad ogni cura dimagrante imposta dal governo: le Regioni, di centro-destra e di centro-sinistra, si ritrovano a chiedere soldi tutte insieme.

Come eravamo. Venticinque anni fa, nel 1978, la filosofia ispiratrice della legge 883 che istituiva il Servizio sanitario nazionale (Ssn), abolendo il famigerato sistema delle mutue, recitava pressappoco così: tutti i cittadini italiani hanno il diritto ad essere curati, indipendentemente dal reddito. Lo Stato avrebbe garantito all'ultimo dei diseredati come al primo dei miliardari l'accesso alle cure. Si salutò il

nuovo statuto come l'attuazione del diritto alla salute, sancito come "fondamentale dell'individuo e della collettività" dall'art. 32 della nostra Costituzione.

Sia chiaro, nel glorioso servizio sanitario universalistico non era tutto oro quel che riluceva. Andando a rivangare nel fango della Prima Repubblica, la sanità fu anche incubatrice dei guasti emersi poi con Tangentopoli: teatro di corruzione, scambi di mazzette, clientele di partiti. Proprio sull'onda emotiva dei primi scandali, l'allora ministro della Sanità Francesco De Lorenzo firmò la riforma del 1992: l'atto di nascita delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Si faceva largo il nuovo lessico, le parole magiche erano efficienza, controllo del *budget* e, punto di riferimento, il manager.

Le ragioni della contabilità però non vanno d'accordo con i diritti. Nel 1999 il ministro Rosy Bindi propone nella sua riforma "ter", il ritorno ad un principio di equità, puntellato sul rafforzamento del servizio pubblico. Cardini del nuovo impianto, la garanzia di Livelli essenziali di assistenza (Lea) e l'istituzione del rapporto esclusivo dei medici con il Servizio sanitario nazionale. In totale rottura con la nefasta tradizione dei baroni, dittatori della salute, da quel momento i medici pubblici possono svolgere la libera professione solo all'interno delle mura ospedaliere (la cosiddetta *intramoenia*). Per accorciare le liste d'attesa, un decreto prevede che qualora le ASL non rispettino i tempi stabiliti per una prestazione, il cittadino può richie-



Negli USA chi è senza assicurazione non si cura.

dere in carta semplice che la stessa prestazione gli venga erogata in *intramoenia* o privatamente. Senza costi aggiuntivi. Pochi cittadini ne sono informati e il ricorso a questo strumento è quasi nullo.

Comunque vada... Il futuro però si presenta a tinte fosche. Il professor Serafino Zucchelli, cattolico, segretario nazionale dell'Anao, associazione maggioritaria tra i medici ospedalieri è preoccupato: «Il governo ha messo in campo una precisa strategia: bollare il pubblico come un buco nero che risucchia la ricchezza nazionale, a paragone del privato che garantirebbe, per sua natura, il reperimento delle risorse e la buona gestione, evitando gli sprechi. In realtà si vuole sgretolare la sanità pubblica e regalare l'affare salute alle *lobby* dei privati».

Poche settimane fa è stata smossa la prima pietra per far crollare il Ssn. In pochi però se ne sono accorti. A metà aprile l'asse Bossi-Tremonti, volto muscoloso della coalizione governativa, ha suggerito la tregua politica con le colombe centriste, a spese dello stato sociale e del servizio sanitario pubblico. Nell'Aula di Montecitorio la *devolution* targata Lega Nord incassava il secondo dei quattro passaggi parlamentari necessari per approvare una modifica alla Costi-

tuzione. La futura norma, aggiungendo un quinto comma all'art. 117 del Titolo V della Costituzione, accorderà alle Regioni "l'esclusiva competenza legislativa in tema di assistenza e organizzazione sanitaria, gestione delle scuole e della polizia locale". Nel frattempo in un altro Palazzo, il Consiglio dei ministri varava il testo di un altro disegno di legge: la riforma dell'intero Titolo V che nel regolare i rapporti tra Stato, Regione e Comuni dovrebbe assorbire e neutralizzare anche le stesse modifiche dell'articolo 117 volute da Bossi. Secondo lo schema, voluto fortemente da AN e UDC, allo Stato ritornerà la potestà legislativa sulla salute dei cittadini italiani ma saranno tutelati solo i "livelli minimi" di assistenza e non i "livelli essenziali" garantiti finora. In altre parole nella concezione di questo governo, lo Stato esprimerà indirizzi ma investirà il minimo indispensabile.

«Se passerà il concetto di *devolution* – avverte Zucchelli – avremo 21 sistemi sanitari diversi e qualche regione potrà decidere addirittura di non averlo affatto o di curare magari solo i residenti. Se invece prevarrà il concetto dei "livelli minimi", nelle Regioni povere chi non potrà permettersi le cure di tasca propria dovrà arrangiarsi, farsi un'assicurazione privata o sperare



L'ex ministro della Sanità Rosy Bindi.

in versioni nostrane di eserciti della salvezza». Direttore del Centro emergenza-urgenza dell'Asl di Modena, Zucchelli parla con la voce dell'esperienza: «Quando esiste un buon servizio pubblico come in Emilia-Romagna, Toscana e Umbria, nessun cittadino si sogna di andare in una clinica privata. Gli stessi medici preferiscono operare dove esistono attrezzature in grado di affrontare un'emergenza o malaugurate complicazioni».

(Quasi) Campioni del mondo. Periodicamente le Nazioni Unite studiano la qualità dei diversi "sistemi salute": finora la nostra sanità pubblica era tra le migliori del pianeta nella graduatoria stilata dall'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità. I criteri di merito vagliano il miglioramento delle condizioni generali di vita e di salute, la capacità di rispondere alla domanda di cure e la distribuzione delle risorse. «Secondo i massimi esperti del pianeta – chiarisce Mario Falconi, segretario nazionale della Fimmg, principale sindacato dei medici di famiglia – gli unici sistemi capaci di rispondere a queste esigenze sono quelli prevalentemente pubblici poiché raggiungono l'obiettivo più ampio, curare correttamente il maggior numero di cittadini». L'ultimo rapporto (World Health Report 2000), dopo aver messo a confronto 191 Paesi ci ha visti arrivare secondi, battuti solo dai francesi. Nella classifica la Gran Bretagna occupa il quindicesimo posto, la Germania il venticinquesimo, gli Stati Uniti solo il trentasettesimo. Non c'è da meravigliarsi se il Paese che ha mandato l'uomo sulla luna e vanta la scienza medica più avanzata del mondo ha la peggiore copertura sanitaria tra i Paesi industrializzati. **Tu vuo' fa l'americano.** Oltreoceano il Sistema sanitario è molto distante dal modello europeo. L'assistenza sanitaria è frammentata fra decine di migliaia di operatori pubblici e soprattutto privati e un'infinità di imprese assicuratrici. Si spende il 2% del Pil solo per

mantenere la numerosa équipe di avvocati specializzata in cause di risarcimento per malasanità. I dati relativi allo scorso anno forniti dalle massime autorità statunitensi in materia sanitaria, i celebri *Centres for Disease Control and Prevention* (Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie) denunciano che il 20% dei cittadini non può permettersi un'assicurazione. Così basta avere in famiglia un solo membro privo di copertura per dire addio, in caso di malattia, ai risparmi di un'intera vita. Nel Paese più ricco del mondo, più di un quarto dei bambini fra i 19 e i 35 mesi non viene vaccinato, più della metà dei malati di cancro in fase terminale non ha i soldi per pagare le costose terapie analgesiche e ogni anno 36 mila persone muoiono d'influenza perché non sono in grado di comprarsi il vaccino che in farmacia negli Stati Uniti costa circa 60 dollari. Gli svantaggi cominciano a farsi sentire anche a livello dell'intera comunità e diventa sempre più difficile tenere sotto controllo le epidemie.

Luci e ombre. Se si va poi a calcolare il rapporto tra risorse investite e risultati ottenuti, vale a dire l'efficienza, l'Italia è prima nel mondo tra le nazioni industrializzate. La Sanità pubblica italiana è povera, ma non è peregrina, se ottiene i risultati spendendo solo il 5% del Pil contro il 7% della Francia e l'8% della Germania. «Insomma siamo bravi, ma resta aperta la ferita meridionale – spiega Falconi –. Nel Sud l'attesa di vita è inferiore, ci si ammala di meno ma, rispetto al Centro-Nord, si muore di più per malattie cardio-circolatorie e per tumore. Lo Stato dovrebbe investire di più e stimolare una mentalità di gestione pubblica».

Al contrario la tendenza che prevale in Italia è orientata ad una riduzione della spesa sanitaria. Per compensare le scarse risorse, nemiche della qualità nell'assistenza, si punta, caso unico in Europa, ad un aumento dell'intervento dei privati. In dieci anni, la quota di "pri-

vato" sulla spesa complessiva è passata dal 22 al 33%. «Il rischio è che senza una regia unitaria e solidale, la "questione meridionale" venga completamente derubricata», conclude Falconi.

Abbatte e privatizzare. La spinta alla privatizzazione ha già prodotto un primo risultato: dal gennaio di quest'anno gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) sono stati trasformati in fondazioni. Quindici gioielli della ricerca pubblica italiana sono stati aperti a "privati mecenati". Strutture come lo Spallanzani di Roma, il San Matteo di Pavia, l'Ospedale Maggiore di Milano, avamposti dell'eccellenza italiana dall'oncologia ai trapianti, dalla pediatria all'Aids, dalle malattie infettive alla ricerca biomedica rappresentavano un boccone troppo ghiotto. Solo in Lombardia sono stati devoluti a privati, che ne ricaveranno i profitti, beni per 15 milioni di euro. Proprio nella regione cardine della Padania si sta organizzando da tempo lo smantellamento del Ssn.

Dalla fine degli anni '90, la Giunta ha affidato il funzionamento e lo sviluppo del sistema sanitario ai privati, sbandierando la possibilità da parte degli utenti di scegliere tra pubblico e privato "convenzionato" (cliniche, centri diagnostici, medici associati in società di servizi). Ma nell'edificio del servizio sanitario lombardo progettato dalla coalizione del governatore Formigoni già si aprono le prime crepe. La più vistosa è quella del bilancio. Nel 2001, su un deficit sanitario nazionale di 4.700 miliardi di vecchie lire certificato dalla Corte dei Conti, 3.700 sono da imputare al Meridione: ma il "rosso" della Lombardia (529 miliardi) è il più alto di tutto il Centro-Nord e tende inesorabilmente ad aumentare (a fronte del sostanziale pareggio di bilancio di Toscana, Liguria, Abruzzo e Umbria). Sebbene l'elenco dei privati "accreditati" sia il più lungo della penisola, le liste di attesa non si sono ridotte e i malati cronici sborsano fino a 60 euro al



La nuova Cina ha privatizzato la sanità.

mezzo di ticket. Per correre ai ripari si cominciano a tirare i cordoni della borsa. La circolare regionale 51 del 1° dicembre 2002 ha reso noto che 46 prestazioni diagnostiche e terapeutiche "non essenziali" potranno essere erogate solo a chi è lombardo. Niente da fare neanche se possedete una casa, per esempio sul lago di Garda, dove abitualmente trascorrete le vacanze. Le polemiche scuotono il progetto sin dalle fondamenta, la vantata "qualità superiore" delle prestazioni. «Molti medici di famiglia di Milano e dintorni – dice Falconi – hanno denunciato l'aumento di prestazioni mediche remunerative per chi le produce ma di dubbia utilità per chi le utilizza». Si tratta della comparsa di un fenomeno già individuato e studiato da ricercatori svizzeri: quando la sanità si trasforma in un'impresa che deve produrre utili, tende ad emergere addirittura un eccesso di medicalizzazione nei confronti dei cittadini più abbienti. Con due significative eccezioni professionali: i colleghi medici e gli avvocati.

E che pensare se a questo modello si ispirano Calabria, Sicilia e Puglia, tre delle cinque Regioni italiane che si trovano oggi al di sotto della soglia di povertà fissata dall'UE? Un cittadino pugliese possiede un reddito medio quattro volte inferiore ad un lombardo ma si ritrova 374 farmaci "traslocati" dalla fascia A completamente gratuita a quella C, totalmente a pagamento.

La Cina è vicina. Che le logiche di mercato non facciano bene alla salute lo dimostra anche la vicenda

della Sars. L'esperimento più arduo e decantato della globalizzazione, la modernizzazione della Cina attraverso l'economia di mercato, è franato su un piccolo insidioso virus. Mentre il tasso di crescita sventava a livelli stratosferici, il Celeste Impero sceglieva di privatizzare in modo radicale il proprio sistema sanitario. Dai dati dell'Oms risulta che il 63% della spesa sanitaria del Paese è affidato al sistema privato (negli Usa è il 56%). In nome della competitività, un cittadino di Canton (stipendio medio 800 yuan) per ricoverarsi in ospedale deve prima mettere sul banco un deposito di 3.000 yuan. Per questa ragione molti cinesi, soprattutto anziani e strati più poveri della popolazione, rinunciano ad andare negli ospedali e optano per la medicina "fai da te". E oggi, di fronte all'epidemia della polmonite atipica, la stragrande maggioranza dei cittadini è passata dal totale abbandono alla quarantena *manu militari*, fino alla pena di morte per i fuggitivi.

Al punto di partenza. Nell'Europa dell'Ottocento fu proprio l'incremento delle malattie infettive causate dalla rapidissima urbanizzazione a dare la spinta decisiva per la nascita dei sistemi sanitari nazionali. Si era ormai fatta strada la convinzione che per evitare le epidemie bisognava prendersi cura dell'ambiente urbano e dei suoi aspetti igienici aumentando progressivamente il controllo statale sulle attività produttive, commerciali, di convivenza.

Sotto la spinta ideale del secolo dei Lumi, il laboratorio più avanzato fu proprio Milano dove Johan Peter Frank, direttore generale alla sanità nella Lombardia austriaca, introdusse la separazione dell'assistenza medica dal campo della beneficenza. Sarà questo modello, il più moderno del tempo, ad essere "esportato" in tutto l'Imperial Regio Governo Austriaco, perché si era dimostrato l'unico in grado di curare in modo capillare la salute dei sudditi: «uno dei beni più preziosi dell'Impero». ■