

Ma che bella Sanità

di Stefano Cifiello

Partirò da lontano, precisamente da quando nella seconda metà/ fine dell'Ottocento, col nascere del Regno d'Italia, si contrae, a seguito della *spinta unitaria*, la funzione caritatevole tradizionalmente svolta dalla Chiesa cattolica con le Opere Pie (i ricchi lasciavano alla Chiesa per Carità quote o interi immensi patrimoni, per assicurarsi un buon viatico) e si manifesta una progressiva laicizzazione dell'azione d'assistenza sanitaria.

S'assiste così alla diffusione degli Ospedali per infermi o Nosocomi, sia quelli *specializzati* per malati cronici e/o incurabili (esempio Sanatori, ma anche Manicomi) o *generici*, di Comunità (diciamo oggi).

Si trattava d'apparati organizzativi centrati sulla competenza medica, e su pochi supporti ausiliari a questa, *rivolti ai bisogni di salute della cittadinanza*. Erano i primi Ospedali pubblici, ma fondamentalmente rimanevano Enti di Assistenza e Beneficienza, ricevendo infatti il sostentamento economico ancora da lasciti di Benefattori laici (che precedentemente donavano alla Chiesa), dalle Amministrazioni Comunali e dai singoli cittadini più o meno abbienti, che usufruendo dei servizi ospedalieri pagavano la degenza, in alcuni casi intaccando significativamente il loro patrimonio, se l'avevano. I medici più prestigiosi dirigevano anche piccole Case di cura private.

Solo con la cosiddetta *Legge Mariotti* nel 1968 fu riformato il sistema degli ospedali trasformandoli in Enti pubblici (Enti ospedalieri) e disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale e il finanziamento. La Sanità moderna in Italia ha davvero una storia breve.

Accanto alla prima diffusione degli Ospedali si assiste sempre nel 800 alla creazione delle Casse Mutue, che affondando le proprie radici nelle Società operaie. In una fase storica caratterizzata come si è detto dal pagamento diretto dell'assistenza sanitaria, solo chi aveva risorse economiche poteva ricorrere a cure mediche forse, e solo forse, adeguate. Per tutti gli altri, ed erano la maggioranza, non restava altro che affidarsi alle già citate Opere Pie. I lavoratori salariati iniziarono ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi dell'esistenza (disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia ecc.) generando un esteso e capillare tessuto di Società mutualistiche: un vero e proprio Welfare dal basso. Ciascuna Mutua era però competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso e, in questo modo, fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di

lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti e numerosi casi di mancata copertura.

Vi erano, inoltre, sperequazioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie Mutue. Chi “non aveva una *buona Mutua* non poteva curarsi”, così diceva mia madre, quando ero un bambino e non sono proprio vecchio. E io stesso, nella mia vita professionale, ho ascoltato persone, ancora viventi, che soffrono oggi sul proprio corpo perché i loro genitori allora non ebbero soldi per curarli. C'era chi aspettava il Servizio militare per fare interventi chirurgici, che non si poteva permettere nella vita civile, e ciò non era sempre *un Terno al Lotto*.

Altro perno della Sanità in quegli anni fu il Medico condotto. Pagato dalle Amministrazioni comunali (singole o consorziate), per fornire gratuitamente servizi agli indigenti (vale a dire alla maggioranza della popolazione) e a pagamento diretto agli abbienti. Ricordiamo che era obbligato per tali medici fornire assistenza ai loro pazienti 24 ore al giorno. Se si consultano le cronache della storia locale ogni città, ogni paese, ricorda uno o due di questi medici che davvero spesero la loro vita per gli altri, con un'abnegazione di cui essi non poterono cogliere i frutti, ma che costruì il benessere della successiva a loro, e per noi attuale, classe medica.

Contro un modello di Sanità così sperequata, e in ritardo almeno ventennale, come spesso accade in Italia, rispetto agli altri stati europei o agli Usa, si scagliò con forza rivoluzionaria con la fine degli anni 60, inizio 70 la grande massa delle nuove generazioni e delle nuove professioni, guidate da politici e amministratori locali illuminati, che divennero i rappresentanti di un nuovo sentire. Si deve sempre ricordare (e forse anche ritrovare) l'enorme forza innovativa, che animava la politica e gli operatori dei servizi in quegli anni e che portò all'introduzione del SSN, cioè all'intervento diretto dello Stato alla gestione della Sanità.

Solo in quegli anni il singolo cominciò in Italia a essere un Cittadino (con diritti e doveri singoli e inalienabili). La realizzazione del SSN nel 1978 fu un passo in avanti enorme per il benessere dei cittadini, ma a ciò conseguì un intervento economico a pioggia: il pagamento a piè di lista da parte dello Stato dei servizi determinò per anni l'assenza di un controllo sulle risorse e sui costi. Le prestazioni per la prima volta furono totalmente gratuite, ma con uno scarso o nullo controllo economico. Ciò fu gestito con modalità clientelari da molti partiti politici: l'assunzione in cambio del voto o della progressione di carriera, meno in termini di corruzione, fenomeno invece all'oggi purtroppo maggiormente diffuso.

Pertanto con gli anni 90 dello scorso secolo si cercò con l'Aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali e la regionalizzazione delle responsabilità di raggiungere il migliore controllo sulla produzione di tali servizi, ma ciò determinò solo una progressiva contrazione di quanto erogato, piuttosto che un miglioramento del modello d'efficacia e d'efficienza. La prima contrazione che si realizzò fu proprio sul personale. Il tema del risparmio economico divenne centrale in quegli anni, che ricordiamo però erano anche gli anni in cui, come si dice, finì la Prima repubblica, soffocata dalla corruzione legata ai partiti.

Purtroppo ancor oggi il modello organizzativo della Sanità italiana, per quanto articolata a livello regionale, presenta caratteristiche antiquate e persino paradossali.

Benché le professioni infermieristiche abbiamo tentato nel tempo d'affrancarsi dalla sudditanza rispetto alla professione medica (tanto che, sia pure raramente in Italia, costoro erano definiti Paramedici), il SSN, oggi SSR, vede l'assoluta supremazia di figura professionale del medico, non solo nelle funzioni sue proprie di cura, ma anche in quelle organizzative.

Nessuno sembra chiedersi perché a capo della maggior parte delle Aziende sanitarie ci debba essere un medico e non un professionista più qualificato con competenze aziendalistiche: un Manager. Nessuno si chiede perché il medico Primario di un Reparto, il che sotto-intende le sue maggiori competenze professionali, debba essere anche il Direttore di quella struttura. Inconsapevolmente sono ancora vivi i modelli privatistici ottocenteschi: il medico competente nella sua specializzazione e organizzatore della propria Casa di cura privata.

Se il SSN nasce multi-professionale, con tutte le professioni compresenti ad apportare il loro contributo alla nuova idea di salute della cittadinanza, già col Secondo Contratto collettivo di lavoro i medici, chiedono retribuzioni e benefit superiori agli altri professionisti, anche laureati. Con in più la possibilità di svolgere la libera professione intra o extra muraria. Il che oggi sembra stia determinando un allungamento delle liste d'attesa per le prestazioni erogate al solo costo del ticket, al fine di indurre il ricorso appunto alla libera professione.

Oggi la Medicina torna a imporsi, come già nell'800/900 regina delle scienze, in opposizione al processo tentato con la creazione del SSN basato sul miglioramento e la differenziazione delle competenze professionali.

Gli Ospedali oggi tentano di ridurre il costo di gestione con ricoveri sempre più brevi a cui dovrebbe corrispondere la presenza di un adeguato Servizio territoriale o addirittura domiciliare, ma così non è. I degenti espulsi dall'Ospedale, quando sono in una fase di cronicità, non potendo essere adeguatamente accolti nelle famiglie di provenienza o in assenza

di queste, non possono che essere reintrodotti in un circuito assistenziale a maggiore o minore valenza sanitaria (RSSA, RSA, Case protette, Case di Riposo).

Lo stesso Medico condotto è diventato (con l'introduzione del SSN/ SSR) *Medico di Medicina generale* (in quanto specializzato) o *di famiglia* o, nel recente passato, *di base*. Mero prescrittore di farmaci o in grado di inoltrare il paziente verso Medici specialisti, è certo una delle figure all'oggi più controverse.

Per questo si è sentita l'urgenza di rendere le sue funzioni più ampie. Non più un singolo che lavora in proprio, spesso con un orario minimo (24 ore alla settimana) con i pazienti del SSR (mentre nelle restanti ore è impegnato in altre attività libero professionali), ma adesso, ad esempio in E-R deve operare, salvo qualche eccezione, nelle Medicine di gruppo fornendo una copertura, in quanto insieme, che può arrivare alle 12 ore giornaliere.

Resta attiva una domanda, che deve trovare risposta. Perché costoro continuano a essere fondamentalmente dei liberi professionisti, pur con un contratto fisso col SSR, e con un numero di paziente a loro affidati, e non dipendenti con un obbligo di ore settimanali, come i Medici ospedalieri? Non credo per criteri di economicità per il sistema, ma di tornaconto economico per la categoria. C'è molta discussione in tal senso, stime (ma come possono essere stime se sono quasi dipendenti pubblici), parlano per i massimalisti (1.500 pz) di uno stipendio mensile che varia dai 3.500 ai 6.000.

In E-R si sta assistendo inoltre alla trasformazione dei piccoli ospedali locali in Case della salute, che si caratterizzano

- La messa in comune dello spazio fisico e degli assistiti da parte dei medici di medicina generale (MMG) con il fine di garantire la continuità delle cure h24.
- La copresenza degli specialisti ambulatoriali, anche con funzione di consulenza in tempo reale dei MMG.
- La compresenza di personale sanitario: infermieri, fisioterapisti, riabilitatori nel ruolo di *Case manager* e *Disease manager* per i pazienti complessi e affetti da pluripatologie e relative famiglie.
- L'integrazione delle attività sanitarie con quelle socio assistenziali e di educazione ai corretti stili di vita.
- La presenza di personale amministrativo del distretto per l'organizzazione della struttura, i registri dei pazienti, le incombenze burocratiche di vario genere.

Molto c'è da fare per arrivare a erogare Servizi sanitari efficaci ed efficienti. Certo negli ultimi 40 anni si son fatti dei passi notevoli, ma resta ancora molto da fare. Ma soprattutto sovrviene

il dubbio che occorra una nuova e totale riorganizzazione del SSR.

Non mi dilungo in esempi, ma chiunque si è trovato nelle necessità di un aiuto da parte del Sistema sanitario, si sarà chiesto almeno una volta, non sempre, dopo ore di attesa al Pronto Soccorso, o ricerche spasmodiche di medici per ottenere una diagnosi affrettata, dopo scelte gravose e esiziali che com'è, come non è, sono ricadute sul parente e non sul sistema di cura e di assistenza: “Ma siamo proprio sicuri che debba essere così?”