

**SALUTE. LO SCENARIO STORICO E L'ESEMPIO INGLESE ■ DI IVAN CAVICCHI**

# Il compromesso storico della riforma sanitaria

■ *"Sanità. Un libro bianco per discutere" di Ivan Cavicchi (Edizioni Dedalo, Bari), esamina quasi trent'anni di scelte politiche in campo sanitario. L'analisi arriva ad individuare possibili scenari ed eventuali correzioni di rotta e metodo, tali da evitare un approccio unicamente "gestionalista" che persegua l'obiettivo del risparmio a scapito della salute dei pazienti e della professionalità degli operatori.*

Di "riforma sanitaria", e più precisamente di "progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano", si cominciò a parlare in Italia nel 1945 in un documento elaborato dalla Consulta veneta di sanità operante in seno al Comitato di liberazione nazionale del Veneto. Il testo prevedeva il decentramento, la questione locale dei servizi sanitari, la creazione del Ministero della sanità. Due i principali assi strategici: superare e ripensare l'assistenza mutualistica e finanziare un altro "sistema" di sicurezza sanitaria attraverso la fiscalità generale. Limitandoci ai passaggi cruciali, ricordiamo poi, nel '47, il varo della Costituzione della Repubblica italiana, che accolse alcune istanze del documento della Consulta veneta e, nel '74, quello delle norme per "l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri" e l'avvio della riforma sanitaria. Infine, nel 1978, l'approvazione della legge di riforma o, meglio, la legge che istituì il Servizio sanitario nazionale e che tradusse in articolato gran parte delle istruzioni del documento del 1945 e della Costituzione. Queste le tappe essenziali di un percorso durato ben trentatré anni, un percorso che stupisce per la "modernità" delle intuizioni, ritenute spesso addirittura "visionarie" e, nello stesso tempo, per la sua imbagliatura di questo paradosso è sufficiente confrontarlo con il percorso compiuto dalla sanità nel Regno Unito, rammentando che gran parte delle suggestioni alla nostra riforma provenivano da quella inglese.

Per restare agli snodi più importanti, notiamo che nel 1948 l'Inghilterra istituiva il National Health System (NHS) mentre in Italia si iniziava allora a riconoscere il diritto alla salute con il suo inserimento nella Costituzione. Trentuno anni

più tardi, mentre da noi si istituiva il Sistema sanitario nazionale (SSN) in Inghilterra si introduceva la "rivoluzione manageriale", che ridiscuteva radicalmente proprio l'esperienza da noi mutuata. E ancora, tra la clinical governance inglese del 1990 e la nostra "riforma ter" del 1999 passano ben nove anni. Arriviamo ai giorni nostri e vediamo che in Inghilterra si cerca l'equità mentre in Italia dilaga la differenziazione. Con la riforma della fine degli anni Settanta si trattava di inferire, pur in ritardo, un'offerta di sanità pubblica dal nuovo contesto socio-economico (e, quindi, da una domanda e da dei bisogni storicamente determinati) ma anche e soprattutto di predire, attraverso la sanità, uno Stato, un ordinamento istituzionale sulla scorta dei principi sorti con la Resistenza e che, non a caso, avevano preso la forma dell'articolo 32 della Costituzione. Ma, regressività a parte, fu quella sanitaria veramente una riforma visionaria? Per comprendere se la riforma, i suoi scopi, fossero plausibili rispetto alle necessità dell'epoca si devono esaminare gli indicatori di sviluppo e le previsioni sull'evoluzione della domanda di salute nei paesi oc-

cidentalmente intorno agli anni Settanta-Ottanta. Ma per valutare il grado di legittimazione sociale e, quindi, politica, della riforma si deve anche valutare il suo grado di coerenza con i valori sanciti dalla Costituzione, ponendo così un quesito sul realismo dell'articolo 32. Chiedersi se la riforma fosse o no realistica è come chiedersi se la Costituzione fosse o no realistica. In realtà, come vedremo, l'insieme delle trasformazioni sociali di quegli anni corrobora non solo l'art. 32 della Costituzione ma anche l'impianto etico, giuridico, funzionale della legge 833. E le ipotesi di "Sanità, la riforma dei '78" più che visionaria fosse fortemente in ritardo rispetto ai processi e alle trasformazioni che ormai riguardavano l'intero Occidente industriale. I dati di previsione sul rapporto domanda/offerta di sanità pubblica nei principali paesi occidentali tra gli anni Settanta e Ottanta attestano che, nonostante la lunga, laboriosa e tormentata gestione normativa e il suo ritardo, la riforma - le sue finalità, i suoi principi, i suoi valori - era del tutto congrua al sistema socio-

economico al quale si riferiva. Tutti gli studi sui sistemi socio-sanitari delle società industriali evidenziano trasformazioni profonde sia sul versante della domanda sia sul versante dell'offerta. E gli scenari concordano su almeno quattro variabili principali: o l'evoluzione del profilo demografico della popolazione (tutte le società occidentali subiscono un'evoluzione comune: tasso di crescita, tasso di natalità, durata della vita, invecchiamento, ecc.); o la necessità di ripensare il sistema di prestazioni sanitarie (professioni medico-sanitarie, organizzazione dei ser-

vizi, ruolo dell'ospedale); o il ruolo dell'innovazione tecnologica in campo medico (rivoluzione biologica, specializzazioni, sviluppo del settore diagnostico e terapeutico, ecc.); o l'evoluzione della spesa sanitaria quale problema ricollegabile alle tre variabili su menzionate (aggravio sui bilanci nazionali, crescita dei costi dei servizi, inflazione, prezzi, ecc.).

Fu da questo orizzonte di trasformazioni che in Occidente, in vario modo, e con tempi diversi, presero le mosse i nuovi progetti di sanità pubblica, compreso quello italiano. Mettendo insieme gli studi degli anni di quei due decenni emerge nettamente la necessità di strategie sanitarie alternative per affrontare il nuovo che avanza. Il nodo principale era il modo con cui definire sia la salute che la malattia, al quale ricollegare due tipi di diritti molto diversi tra di loro. Da un lato, l'approccio clinico-riduttivo sulla malattia da curare, dall'altro, l'approccio olistico-ecologico (human ecology approach) con al centro l'idea di salute. Due prospettive che contrapporranno due diverse forme di sistemi sanitari: la public health policy, concepita per curare semplicemente la malattia, e la *healthy public policy* concepita in Italia corrisponde, da una parte, al sistema mutualistico quale esempio da riformare (public health policy) e, dall'altra, all'istituzione del Servizio sanitario nazionale come "riforma" del mutualismo (*healthy public policy*). Tra gli anni Ottanta e Settanta, gli studi sulle ristrutturazioni in essere dei sistemi sanitari occidentali indicavano concretamente comuni

problematiche da affrontare con iniziative di riforma: gli effetti sugli

ospedali, sulla pratica medica e sulla questione dei servizi, la necessità di collegare l'ospedale al contesto sociale, i limiti della forma storica di organizzazione sanitaria, gli equilibri tra la cura e la prevenzione, la comparsa del malato come partner responsabile e come consumatore, la necessità di una medicina comunitaria, di un servizio sanitario riorganizzato in strutture locali e capace di far fronte ai costi crescenti e alla crisi economica, l'esigenza di limitare il gigantismo ospedaliero e di pensare a un'integrazione degli "spazi sanitari" con "spazi non sanitari". Ebbene, si tratta di scenari in buona misu-

ra recepiti dalla riforma sanitaria del '78. Quindi, è difficile sostenere che essa fosse visionaria e spiegare le sue presunte "radicalità" (superamento di un sistema di erogazione dei servizi superframmentato attraverso un unico "servizio nazionale") con il "particolare momento politico", vale a dire il "compromesso storico" tra la sinistra storica e i democratici cristiani. O, addirittura, ricondurre le sue difficoltà anche iniziali a una "impostazione socialista per non dire marxista".

Il quadro politico, indubbiamente, fu determinante - e il suo venir meno, negli anni successivi, portò non poche difficoltà alla discussione sulla riforma stessa - ma lo fu anche in modo negativo. Colpisce, per esempio, che, nel momento in cui in Italia si istituiva il SSN e in Inghilterra si metteva mano alla "rivoluzione manageriale" con l'introduzione dei direttori generali (1978-1979), furono proprio le riserve sul governo Thatcher a impedire nel nostro paese di fare tesoro dell'esperienza inglese, per poi trovarci, dopo circa 14/15 anni, a operare nello stesso modo. ■

■  
Già nel '45 il Cln  
voleva cambiare  
l'ordinamento  
sanitario

■  
In Inghilterra si  
cercava l'equità,  
in Italia c'era la  
differenziazione

