

LILIANA VARESCO, *Appunti sulla riforma sanitaria: tra teoria e realtà*, in «Il Margine. Mensile dell'Associazione Culturale "Oscar A. Romero"», 2/5, (1982), pp. 16-21.

Url: <https://heyjoe.fbk.eu/index.php/ilmarg>

Questo articolo è stato digitalizzato della Biblioteca Fondazione Bruno Kessler, in collaborazione con l'Associazione culturale Oscar A. Romero all'interno del portale [HeyJoe](#) - *History, Religion and Philosophy Journals Online Access*. HeyJoe è un progetto di digitalizzazione di riviste storiche, delle discipline filosofico-religiose e affini per le quali non esiste una versione elettronica.

Il materiale sul sito [HeyJoe](#) è disponibile sotto licenza CC BY-NC-ND 4.0: può essere scaricato, stampato e condiviso per uso non commerciale, con attribuzione e senza modifiche.

This article was digitized by the Bruno Kessler Foundation Library in collaboration with the Oscar A. Romero Cultural Association as part of the [HeyJoe](#) portal - *History, Religion, and Philosophy Journals Online Access*. HeyJoe is a project dedicated to digitizing historical journals in the fields of philosophy, religion, and related disciplines for which no electronic version exists.

The material on the [HeyJoe](#) site is available under the CC BY-NC-ND 4.0 license: it can be downloaded, printed, and shared for non-commercial use, with attribution and without modifications.



Appunti sulla riforma sanitaria

di LILIANA VARESCO

Che cos'è la riforma sanitaria? Pare strano, ma la maggior parte di noi, di questa legge 833 del 23 dicembre 1978 sull'ordinamento sanitario nazionale (vale a dire su come lo stato intende gestire la « nostra » salute), sa poco. Scomparsi i tradizionali enti mutualistici, vaghe e confuse sono le notizie sulla nuova Unità Sanitaria Locale. Di qui l'idea di tracciare un sia pur breve ed incompleto profilo della Riforma Sanitaria, per mettere a fuoco il nocciolo della questione, per capire cioè lo spirito e le esigenze da cui essa è nata.

Delle quarantacinque pagine della Gazzetta Ufficiale tralasciamo, nel nostro discorso, il garbuglio delle competenze tecnico-amministrative (che peraltro costituisce uno dei problemi nell'applicazione della riforma stessa); tratteremo quindi le questioni socialmente più rilevanti.

Premessa storica

Per introdurre l'argomento, una scorsa a quella che è stata la posizione dello stato italiano, di fronte al problema dell'assistenza sanitaria, dalla fine del secolo scorso agli anni '70.

Possiamo individuare tre fasi:

- a) assistenza totalmente privata
- b) assistenza parzialmente pubblica
- c) assistenza mutualistica.

a) Questo periodo è caratterizzato da una più ristretta capacità diagnostica e terapeutica della medicina e dalla difficoltà di usufruire delle uniche strutture pubbliche esistenti, vale a dire gli ospedali. Leggiamo nei romanzi di allora della necessità di molte ore di viaggio, su scomodi birrocci, per giungere al più vicino nosocomio.

b) Con l'allargarsi dell'intervento medico, dovuto ai progressi scien-

tifici e clinici, cresce la spesa sanitaria: lo stato interviene per sostenere la fascia meno abbiente della popolazione, che non è in grado di sopportare questo aumento di costi. Il medico viene compensato dapprima con la concessione di privilegi in natura (sgravi sulle spese di esercizio), poi con l'assegnazione di un compenso fisso in denaro.

c) Negli ultimi cinquant'anni lo stato assicura a tutti i cittadini una assistenza medica di base. Nascono gli enti mutualistici, che gestiscono una specie di assicurazione sulla salute: a seconda del premio pagato l'ente fornisce diversi tipi di prestazione.

Questo tipo di assistenza si presentava però, ai giorni nostri, carente e superata per diversi ordini di motivi.

La « nuova » malattia

La medicina della mutua, per le sue modalità di sviluppo, presentava gravi problemi di sperequazione sociale e geografica: la presenza di diversi enti e l'enorme diversificazione delle prestazioni offerte provocava infatti un differente trattamento a seconda del ceto sociale e della collocazione geografica (nord-sud, città-campagna). In secondo luogo la modificazione delle patologie dominanti nella popolazione mondiale (rispetto agli anni '30) ha portato ad un aumento delle richieste di prestazioni mediche e di conseguenza ad un aumento delle spese sanitarie. In questi anni infatti è avvenuto una diminuzione della morbosità e della mortalità dovute a malattie infettive.

Questo tipo di patologie (malattie) è stato sconfitto dalla scoperta degli antibiotici e dalla pratica delle vaccinazioni di massa. Oggi si assiste, di contro, ad una progressiva evidenziazione delle patologie presenili (dovute all'invecchiare dell'organismo e alla sua storia), come le malattie dell'apparato cardio-vascolare ed i tumori, nonché delle patologie infortunistiche. Il modo ed il mondo in cui viviamo condizionano, dunque, nel presente e nel futuro, la nostra salute. Queste « nuove » malattie presentano un caratteristico decorso cronico, sono malattie invalidanti cioè contro cui la cura vale ben poco. Sono necessari lunghi periodi di assistenza e molte medicine, mentre il recupero non può mai essere totale. Poiché le cause risiedono nelle abitudini e nell'ambiente di vita, la schiera dei malati è destinata ad aumentare e con essa la spesa pubblica.

Da questi mutamenti deriva il ruolo centrale che oggi ha assunto l'azione preventiva. Vista l'importanza fondamentale dei fattori am-

bientali e del carattere cronico della malattia, non è più sufficiente una medicina che si limita al momento della cura, ma si rende necessario un intervento più ampio, che con un preliminare studio dell'ambiente individua e corregge i probabili fattori patogenetici.

Lo spirito della riforma

A partire da queste esigenze nasce la Riforma Sanitaria, il cui intento è proprio quello di equiparare le prestazioni sanitarie pubbliche e di attuare una medicina preventiva.

La legge 833 può essere riportata a quattro punti essenziali:

- assistenza gratuita, uguale per tutti, su tutto il territorio, al meglio della possibilità;
- distribuzione delle unità sanitarie con spese coperte dalla tassazione del cittadino;
- decentramento del potere decisionale: controllo locale;
- superamento del concetto di ente assicurativo a favore di una struttura preventiva.

Le modificazioni legislative sono dunque dettate dalle nuove modalità del problema salute: la medicina preventiva ha bisogno di strumenti e di strutture diversi da quelli di una medicina unicamente di tipo curativo. La prevenzione di cui si parla è quella cosiddetta primaria, che si rivolge cioè alla correzione dei « fattori di rischio ». Per fattore di rischio si intende tutto ciò che riguarda l'ambiente, il lavoro, la familiarità (ereditarietà), la dieta del soggetto ed è riconosciuto come predisponente ad una patologia. Occorre tenere presente che fattori molteplici e specifici possono determinare una data malattia.

Di conseguenza per conoscere le variabili che determinano un soggetto a rischio è necessario intervenire in vari settori, quelli che il testo della riforma elenca all'articolo 14: salvaguardia dell'ambiente, igiene del lavoro, della scuola, dello sport, controllo dell'alimentazione, attenzione ai settori dell'emarginazione (alcool, droga, problemi dell'età evolutiva, anziani). In tutti questi campi dovrebbero agire il medico ed i suoi collaboratori, cooperando per costruire un osservatorio privilegiato della comunità, uno specchio dei suoi problemi, un momento in cui discutere. La medicina abbandona i suoi metodi di intervento impositivo e di massa (vaccinazioni obbligatorie), per passare ad una azione educativa e sociale.

La mutualità è superata per il suo carattere di medicina di attesa, individuale (il medico operava da solo), di diagnosi e cura: la riform-

ma aspira ad una medicina d'iniziativa e d'intervento di gruppo. Potremmo dire che vuole una medicina armata di coraggio e di un pizzico di fantasia creativa, per essere un servizio sociale e non un luogo di privato e segreto colloquio.

Poiché la malattia è un fatto sociale, il nuovo medico deve essere un elemento attivo di sviluppo della società: al sapere medico viene dato un nuovo contenuto culturale e scientifico.

Questo tipo di medicina si avvale di un numero elevato di operatori che collaborano tra di loro: l'elemento cardine di questa struttura è però il medico di base, cioè il medico di famiglia. A costui spetta la mediazione tra i bisogni singolari del paziente e gli organismi sanitari collettivi.

Per consentire l'attuazione di questa azione allargata, che necessita di coordinazione e programmazione, la legge 833 prevede l'unificazione delle molteplici strutture esistenti in un unico soggetto preposto all'assistenza pubblica. La serie di competenze sparse (prevenzione infortuni, sanità dell'ambiente, assistenza sociale) viene raggruppata in una struttura a dimensione territoriale detta Unità Sanitaria (o Socio-sanitaria) Locale: U.S.L. Essa presenta un momento politico-amministrativo ed un momento tecnico, che vengono gestiti da organi assembleari con poteri decisionali. L'organo politico competente è il consiglio comunale, qualora l'unità sanitaria coincida con il territorio comunale, ed un consiglio costituito dai rappresentanti comunali, se l'USL ha un'estensione maggiore. Questa unificazione di gestione dovrebbe portare ad una uniformità di azione sul territorio e ad una programmazione degli interventi.

Quali prospettive per i futuri laureati?

Sin qui abbiamo riassunto l'impianto teorico della riforma, ma è comprensibile che la sua attuazione pratica incontra difficoltà di non poco conto. Come sempre la realtà è più controversa dell'ideale. Potremmo chiederci, ad esempio, se le strutture sono in grado di permettere questa svolta e se i medici ed i laureandi in medicina sono preparati ad essa. Tra gli innumerevoli interrogativi che l'applicazione della riforma può suscitare, noi vogliamo soffermarci su quello che più ci può interessare: le prospettive occupazionali.

All'articolo 48 si definiscono i termini del rapporto d'impiego del personale sanitario. L'uniformità del trattamento economico e normativo « è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale ». Questi accordi collettivi nazionali « *devono prevedere un rapporto ottimale medico-assistibili* », per determinare

il numero dei medici generici e dei pediatri aventi il diritto di essere convenzionati in ogni USL. Ogni cittadino ha diritto di libera scelta del proprio medico. La definizione di un preciso rapporto proporzionale medico-assistibili costituisce un importante elemento di novità, il cui fine è proprio quello di individuare delle zone carenti, in cui sia possibile l'inserimento di nuovi medici. In base a criteri internazionali questo rapporto ottimale è stato stabilito nella proporzione di un medico ogni mille abitanti. Per questo motivo si è fissato un numero massimo di 1.500 assistiti, variabile in base alle diverse esigenze locali. All'epoca in cui è stata approvata la legge, nel 1978, il numero medio di assistiti eccedeva, in genere, questa quota: negli anni successivi si è così avuto un aumento di medici generici, con l'assunzione di neo-laureati, per regolarizzare la situazione. Oggi, sia pur variando da regione a regione, ci si avvicina al rapporto ottimale, dimodoché le disponibilità occupazionali si vanno via via riducendo. Altri spazi di lavoro vengono offerti dai servizi di guardia medica notturna e festiva, stabiliti essi pure dalla riforma, ma anche questo settore è, ahimè, quasi saturo.

In questo quadro il futuro dei numerosi prossimi laureati in medicina non è dei più rosei: c'è chi parla di capacità occupazionale nulla per i prossimi cinquanta anni.

Un cenno merita la questione dei medici « ipermassimalisti », quei medici cioè che hanno mantenuto un numero di pazienti superiore alla norma (fino a 2.000-3.000). Per questi casi la legge prevede che il medico ricusi i pazienti in eccesso (che l'hanno scelto sulla fiducia) oppure si associ ad un medico più giovane. Le normative precise sull'associazionismo spettano alle regioni, che però, per la maggior parte, non hanno ancora legiferato in materia. L'ordine dei medici giustifica questo stato di cose adducendo come motivi tali carenze legislative e l'imbarazzo del medico nel rifiutare le scelte degli assistiti. Non va dimenticato però che il medico viene pagato in base ad una percentuale annua per ogni assistito: forse l'imbarazzo non è solo per l'azione scortese. Qui la questione si fa piuttosto politica e morale.

Conclusioni

A tre anni dal varo di questa legge troviamo in più punti incagliata la nave e c'è chi già la dichiara affondata. Si dice infatti che la riforma sanitaria sia gravemente compromessa: che poco sia cambiato, forse, lo si può superficialmente constatare quando, per motivi personali, ci si reca dal medico. L'aria nuova e dinamica prospet-

tata nei capoversi precedenti è soffocata dalle volute del fumo di sigarette nella sala di attesa, dove ancora oggi, in massima parte, inizia e finisce il ruolo del medico. Se c'è stato il trasferimento di competenze, sembra assente però la riforma sostanziale. Un mare di difficoltà di ordine strumentale e politico-amministrativo ostacola l'attuazione della legge 833. Un momento di riflessione suscita però anche l'equipaggio di questa nave: i medici, i quali forse poco hanno compreso dell'essenza della riforma, che si richiama soprattutto ad un nuovo ruolo sociale della medicina.

Che anche questa volta non sia solamente un problema di strutture, ma piuttosto di coscienza ed impegno personale. ■

Luciano Azzolini e Gloria de Nitto si sono sposati sabato 5 giugno a Lecce. A loro vogliamo augurare una gioia profonda e la forza costante di realizzare insieme il loro « piccolo progetto ».