La sanitÃ liquida, di Gavino Maciocco

-

Di Gavino Maciocco per www.saluteinternazionale.info

In Inghilterra e in Italia, nel volgere di una stagione politica, si Ã¨ passati da sistemi sanitari equi e rassicuranti a sistemi sanitari sempre piÃ¹ iniqui e insicuri. Si Ã¨ passati cioÃ¨ da una sanitÃ â€œsolidaâ€• a una sanitÃ â€œliquidaâ€•, mutuando il concetto di societÃ liquida di Zygmunt Bauman.Â Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e cosÃ¬ il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltÃ di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un poâ€™ piÃ¹ aspre.Â Â

Il giorno in cui â€“ nel luglio 1948 â€“ entrÃ² in vigore nel Regno Unito la legge che istituiva In Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service â€“ NHS) il governo fece circolare nel paese un volantino che spiegava in poche righe le finalitÃ della riforma:

â€œIl tuo NHS inizia il 5 luglio 1948. Cosa Ã¨? Cosa ti darÃ ?â€•
â€œTi fornirÃ ogni tipo di assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno â€“ ricco o povero, uomo, donna o bambino â€“ potrÃ usufruirne. Non câ€™Ã¨ nulla da pagare, eccetto che per poche prestazioni speciali. Non si tratta di unâ€™assicurazione. E neppure di una forma di caritÃ . Tu stai giÃ Â pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ciÃ² allevierÃ le tue preoccupazioni finanziarie nel momento della malattiaâ€•.

In quelle poche righe Ã¨ riassunta, in modo estremamente efficace, lâ€™intera filosofia della riforma, nei seguenti punti:

a) lâ€™universalitÃ e lâ€™equitÃ di accesso,
b) la onnicomprensivitÃ e la gratuitÃ delle prestazioni,
c) il finanziamento attraverso la fiscalitÃ generale e poi la rassicurazione finale,
d) nessuno andrÃ in rovina a causa di una malattia, nessuno dovrÃ rinunciare alle cure a causa del loro costo.

La nascita del NHS faceva parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica â€“ che riguardava oltre la sanitÃ , anche lâ€™istruzione e la previdenza â€“ elaborate e proposte (nel 1942) dallâ€™economista William Beveridge su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Wiston Churchill.Â Lâ€™obiettivo fondamentale era quello di rafforzare la coesione sociale, dimostrando ai cittadini che il governo si preoccupava della loro protezione di fronte ai colpi della sorte, di far crescere la sicurezza sociale e di annullare le differenze tra le classi sociali nei campi della sanitÃ e dellâ€™istruzione. Ãˆ vero che tutto ciÃ² avveniva nel pieno della seconda guerra mondiale e che in quei drammatici frangenti per la sopravvivenza della nazione la coesione sociale era preziosa come il pane (che veniva razionato), ma Ã¨ altrettanto vero che quelle riforme rimasero in vita per decenni Â â€“ sia sotto governi laburisti che conservatori â€“ e rappresentarono un solido e efficace modello di welfare state, a cui ha attinto a larghe mani anche lâ€™Italia.

Contro quel solido e efficace modello di welfare state si sono accanite le politiche liberiste a partire dagli anni ottanta, da Margaret Thatcher in poi. Anche qui â€“ invertita la rotta â€“Â con modalitÃ bipartisan: dopo la Thatcher, il laburista Blair, e infine i conservatori Cameron e May. Le politiche liberiste hanno distrutto il NHS, fino a ridurlo nelle condizioni che abbiamo descritto nel post a corredo di questa newsletter. Allâ€™elenco degli orrori câ€™Ã¨ da aggiungere unâ€™altra nota agghiacciante: in un terzo dellâ€™Inghilterra ai fumatori e agli obesi Ã¨ negato lâ€™accesso agli interventi chirurgici programmati, secondo la denuncia del Royal College of Surgeons. I motivi sono diversi, ma la ragione fondamentale Ã¨ di tipo economico: risparmiare (Our worry is that smokers and overweight patients are becoming soft targets for NHS saving)[1]. Â E poichÃ© fumatori e obesi appartengono in prevalenza ai gruppi piÃ¹ svantaggiati

della popolazione ciÃ² sarÃ causa di un ulteriore dilatazione le diseguaglianze nella salute.

In Italia le cose non vanno meglio (vedi Lâ€™anno che verrÃ). Da noi nessuno ha avuto il coraggio politico di esporsi (vedi La parabola della rana bollita, di realizzare come in Inghilterra riforme liberiste del sistema sanitario, ma la sostanza cambia di poco perchÃ© gli ingredienti alla fine sono gli stessi: sottofinanziamento del sistema pubblico, emorragia di personale, privatizzazioni e commercializzazione della salute. E molto simili sono anche gli effetti: liste di attesa infinite, milioni di persone che rinunciano a curarsi, centinaia di migliaia di persone a cui viene negato lâ€™accesso a un farmaco salvavita (parliamo, i lettori lo sanno, di epatite C).

CosÃ¬ in Italia come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica, si Ã¨ passati da sistemi sanitari equi e rassicuranti a sistemi sanitari sempre piÃ¹ iniqui e insicuri. Si Ã¨ passati cioÃ¨ da una sanitÃ â€œsolidaâ€• a una sanitÃ â€œliquidaâ€•, mutuando il concetto di societÃ liquida di Zygmunt Bauman.

Liquida perchÃ© afflitta dallâ€™insicurezza, frutto avvelenato della globalizzazione, dove il capitale finanziario internazionale â€“ con la sua velocitÃ di movimento â€“ ha imposto la sua egemonia e nei confronti del quale gli stati e le istituzioni politiche si rivelano impotenti.

Zygmunt Bauman (1925-2017)

â€œLe piÃ¹ infauste e dolorose tra le angustie contemporanee â€“ scrive Bauman in La solitudine del cittadino globale[2] â€“ sono rese perfettamente dal termine tedesco Unsicherheit, che designa il complesso delle esperienze nella lingua inglese uncertainty (incertezza), insecurity (insicurezza esistenziale) e unsafety (assenza di garanzie di sicurezza per la propria persona, precarietÃ). La cosa singolare Ã¨ che queste afflizioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ciÃ² che il futuro potrebbe loro riservare e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che lâ€™azione collettiva comporta. Non trovano il coraggio di osare nÃ© il tempo di immaginare modi alternativi di vivere insieme; sono troppo assorbite da incombenze che non possono condividere per pensare (e tanto meno per dedicare le loro energie) a quei compiti che possono essere svolti solo in comune. (â€¦) Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e cosÃ¬ il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltÃ di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un poâ€™ piÃ¹ aspre. Il mondo contemporaneo Ã¨ un contenitore pieno fino allâ€™orlo di una paura e di una disperazione erratiche, alla ricerca disperata di sfoghiâ€•. (â€¦) Lâ€™arte di trasformare i problemi privati in questioni pubbliche corre il rischio di cadere in disuso e di essere dimenticata; il modo in cui si definiscono i problemi privati rende estremamente difficile la loro â€œagglomerazioneâ€•, e quindi il loro cementarsi in una forza politica. Questo libro rappresenta uno sforzo (probabilmente vano, purtroppo) per rendere di nuovo possibile tale conversione.â€•

Nellâ€™altro post della Newsletter si parla della nuova sanitÃ lombarda. Tra le novitÃ recentemente introdotte spicca la nuova modalitÃ di gestione delle malattie croniche. Questo blog si Ã¨ ripetutamente occupato di questo temaÂ e recentemente abbiamo pubblicato un aggiornamento su quanto accade in Toscana riguardo alla SanitÃ dâ€™iniziativa e al Chronic Care ModelÂ , il modello piÃ¹ diffuso e sperimentato al mondo e basato sulle cure primarie e sui team multidisciplinari, al cui interno il medico di famiglia (medico di medicina generale, MMG) rappresenta il garante dellâ€™indispensabile continuitÃ assistenziale. La Lombardia ha scelta una strada completamente diversa: la gestione delle malattie croniche sarÃ affidata a molteplici organizzazioni (pubbliche e private), in competizione tra loro, che garantiranno lâ€™intero processo assistenziale. Anche i MMG in cooperativa potranno partecipare alla competizione, ma al pari degli altri providers. Il dado Ã¨ tratto: le cure primarie (peraltro giÃ debolissime in Lombardia) sono annullate, il ruolo dei MMG Ã¨ completamente marginalizzato, preludio, chissÃ , di un loro futuro annientamento (e di ciÃ² gli stessi MMG portano unâ€™enorme responsabilitÃ).

Nello stesso momento in Inghilterra nella fase piÃ¹ acuta della crisi, la premier Theresa May non trova di meglio che scaricare la responsabilitÃ del black alarm degli ospedali sui medici di famiglia (General Practitioners â€“ GPs), minacciando di togliere loro quanto di enorme gli era stato concesso con lâ€™ultima riforma liberista del governo Cameron: la distribuzione delle risorse del NHS. Quella copertina del BMJ che vede il tacco della scarpa di Theresa May calpestare i GPs prelude a un loro futuro annientamento?

Non ci sarebbe da meravigliarsi. Â Sistemi universalistici che affidano al medico di famiglia il ruolo di filtro nellâ€™accesso alle cure secondarie, il rapporto di fiducia con i propri pazienti e di fedeltÃ col servizio pubblico sono assolutamente incompatibili con la salute di mercato che si basa sui consumi e sul profitto, e che non tollera alcun intermediario tra i pazienti consumatori e i produttori di servizi.Â Nella sanitÃ di mercato i medici generalisti potranno continuare ad esserci, come negli USA, dove fanno da filtro, ma nellâ€™interesse delle assicurazioni.

Questo pretende la sanitÃ liquida.

Ãˆ possibile consultare la traduzione in inglese di questo articolo a cura diÂ Salvatore CognettiÂ alla paginaÂ Liquid healthcare.

Â

Bibliografia

Iacobucci G. Smokers and overweight patients are denied surgery, royal college finds. BMJ 2016; 353:i2335 doi: 10.1136/bmj.i2335

Zygmunt Bauman. La solitudine del cittadino globale. Feltrinelli, Sesta edizione, maggio 2015 (Titolo dellâ€™opera originale: In Search of Politics, Polity Press, 1999).

Scarica il PDF