



La sanità liquida, di Gavino Maciocco

Di Gavino Maciocco per www.saluteinternazionale.info

In Inghilterra e in Italia, nel volgere di una stagione politica, si sono passati da sistemi sanitari equi e assicuranti a sistemi sanitari sempre più iniqui e insicuri. Si sono passati cioè da una sanità "solida" a una sanità "liquida", mutuando il concetto di società liquida di Zygmunt Bauman. Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e così il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltà di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un po' più aspre.

Il giorno in cui, nel luglio 1948, entrò in vigore nel Regno Unito la legge che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service - NHS) il governo fece circolare nel paese un volantino che spiegava in poche righe le finalità della riforma:

"Il tuo NHS inizia il 5 luglio 1948. Cosa ti darà? Ti darà ogni tipo di assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno, ricco o povero, uomo, donna o bambino potrà usufruirne. Non nulla da pagare, eccetto che per poche prestazioni speciali. Non si tratta di un'assicurazione. E neppure di una forma di carità. Tu stai già pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ci allevierai le tue preoccupazioni finanziarie nel momento della malattia."

In quelle poche righe è riassunta, in modo estremamente efficace, l'intera filosofia della riforma, nei seguenti punti:

- l'universalità e l'equità di accesso,
- la onnicomprensività e la gratuità delle prestazioni,
- il finanziamento attraverso la fiscalità generale e poi la assicurazione finale,
- nessuno andrà in rovina a causa di una malattia, nessuno dovrà rinunciare alle cure a causa del loro costo.

La nascita del NHS faceva parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica che riguardava oltre la sanità, anche l'istruzione e la previdenza elaborate e proposte (nel 1942) dall'economista William Beveridge su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Winston Churchill. L'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 sanità e dell'istruzione. È vero che tutto 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 è altrettanto vero che quelle riforme rimasero in vita per decenni sia sotto governi laburisti che conservatori e rappresentarono un solido e efficace modello di welfare state, a cui ha attinto a larghe mani anche l'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 è invertita la rotta con modalità 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 questo newsletter. All'elenco degli orrori da aggiungere un'altra nota agghiacciante: in un terzo dell'Inghilterra ai fumatori e agli obesi è negato l'accesso agli interventi chirurgici programmati, secondo la denuncia del Royal College of Surgeons. I motivi sono diversi, ma la ragione fondamentale è di tipo economico: risparmiare (Our worry is that smokers and overweight patients are becoming soft targets for NHS saving)[1]. E poiché i fumatori e obesi appartengono in prevalenza ai gruppi più svantaggiati

della popolazione ci² sar² causa di un ulteriore dilatazione le diseguglianze nella salute.

In Italia le cose non vanno meglio (vedi L'anno che verr²). 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 perch² 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 l'accesso a un farmaco salvavita (parliamo, i lettori lo sanno, di epatite C).

Cos² in Italia come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica, si ² passati da sistemi sanitari equi e assicuranti a sistemi sanitari sempre pi¹ iniqui e insicuri. Si ² passati cio² da una sanit² ²solida² a una sanit² ²liquida², mutuando il concetto di societ² liquida di Zygmunt Bauman.

Liquida perch² afflitta dall'insicurezza, frutto avvelenato della globalizzazione, dove il capitale finanziario internazionale ² con la sua velocit² di movimento ² ha imposto la sua egemonia e nei confronti del quale gli stati e le istituzioni politiche si rivelano impotenti.

Zygmunt Bauman (1925-2017)

Le pi¹ infauste e dolorose tra le angustie contemporanee ² scrive Bauman in La solitudine del cittadino globale[2] ² 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, precariet²). La cosa singolare ² che queste afflizioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ci² che il futuro potrebbe loro riservare e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che l'azione collettiva comporta. Non trovano il coraggio di osare n² 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 cos² il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficolt² di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un po² pi¹ aspre. Il mondo contemporaneo ² un contenitore pieno fino all'orlo di una paura e di una disperazione erratiche, alla ricerca disperata di sfoghi². (â€!) L'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 ²agglomerazione², e quindi il loro cementarsi in una forza politica. Questo libro rappresenta uno sforzo (probabilmente vano, purtroppo) per rendere di nuovo possibile tale conversione.²

Nell'altro post della Newsletter si parla della nuova sanit² lombarda. Tra le novit² recentemente introdotte spicca la nuova modalit² di gestione delle malattie croniche. Questo blog si ² ripetutamente occupato di questo tema² e recentemente abbiamo pubblicato un aggiornamento su quanto accade in Toscana riguardo alla Sanit² d²iniziativa e al Chronic Care Model², il modello pi¹ 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 dell'indispensabile continuit² assistenziale. La Lombardia ha scelto una strada completamente diversa: la gestione delle malattie croniche sar² affidata a molteplici organizzazioni (pubbliche e private), in competizione tra loro, che garantiranno l'intero processo assistenziale. Anche i MMG in cooperativa potranno partecipare alla competizione, ma al pari degli altri providers. Il dato ² tratto: le cure primarie (peraltro gi² debolissime in Lombardia) sono annullate, il ruolo dei MMG ² completamente marginalizzato, preludio, chiss², di un loro futuro annientamento (e di ci² gli stessi MMG portano un'enorme responsabilit²).

Nello stesso momento in Inghilterra nella fase pi¹ acuta della crisi, la premier Theresa May non trova di meglio che scaricare la responsabilit² del black alarm degli ospedali sui medici di famiglia (General Practitioners ² GPs), minacciando di togliere loro quanto di enorme gli era stato concesso con l'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. I Sistemi universalistici che affidano al medico di famiglia il ruolo di filtro nell'accesso alle cure secondarie, il rapporto di fiducia con i propri pazienti e di fedeltà 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. Nella sanità di mercato i medici generalisti potranno continuare ad esserci, come negli USA, dove fanno da filtro, ma nell'interesse delle assicurazioni.

Questo pretende la sanità liquida.

È possibile consultare la traduzione in inglese di questo articolo a cura di Salvatore Cognetti alla pagina Liquid healthcare.

È

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 dell'opera originale: In Search of Politics, Polity Press, 1999).

[Scarica il PDF](#)