

Sanità in coma profondo: quale terapia?

di Franco Cerqui*

Dopo l'intervento su queste pagine dell'ex presidente avv. Onofri, difensore dell'autonomia degli Spedali Civili, del primario del Civile prof. Corda, noto tra l'altro per essere una coscienza critica del sistema, di Sandro Albini, esponente di quella generazione di amministrativi doc di cui c'è tanto bisogno, quello che segue vuole essere l'intervento di un operatore sanitario, operante da circa vent'anni nella Sanità pubblica, parte agli Spedali Civili e parte in un ospedale della provincia, e da molti anni esponente del sindacato medico maggiormente rappresentativo tra i sindacati cosiddetti autonomi, l'Anaa; ciò testimonia l'interesse che la Sanità suscita nell'ambito delle questioni che la Rivista periodicamente ospita, e vuole esser contribuito al grosso dibattito che la questione Sanità sta registrando ultimamente anche nella nostra provincia.

Premesse storiche

I dieci anni ormai trascorsi dalla entrata in vigore della legge 833/78 sono, oltre che una ricorrenza, un periodo sufficientemente lungo per poter trarre alcune considerazioni personali sullo stato di salute della Sanità. Tale analisi non può prescindere da alcune premesse per così dire "storiche".

L'attuale legge di riforma era già stata preceduta da un'altra importante legge, la prima in cui lo Stato affrontava la materia in modo organico, la legge 128/68, passata agli annali come legge Mariotti.

Tale legge, di enorme portata per aver sancito il passaggio da una forma di assistenza prevalentemente affidata a Istituti confessionali o privati, è ancora oggi, benché in parte superata, largamente inapplicata.

In essa infatti si istituiva tra l'altro una rete ospedaliera su tre livelli: Ospedali di zona (es. Iseo), Ospedale provinciale (es. Chiari) e Ospedale generale (es. Civile Brescia), dotati di Divisioni e Servizi essenziali i primi (Medicina, Chirurgia, Ostetricia, Laboratorio, Radiologia, Pronto soccorso e Anestesia), di alcune ulteriori specialità i secondi (Pediatria, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Urologia etc.) e di superspecialità i terzi (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Malattie infettive, Rianimazione etc.).

Tale modello organizzativo, incompletamente applicato, resta tuttora valido, pur con qualche necessario aggiustamento, per un'equilibrata distribuzione territoriale dell'assistenza, al di sotto della quale non è possibile scendere

Altro punto fondamentale della legge Mariotti era la presenza in pianta organica di un direttore sanitario per ogni ospedale; tale figura, essenziale per un corretto raccordo del rapporto, ieri tra Consiglio di amministrazione e le Divisioni e i sanitari, oggi tra il Comitato di gestione e gli stessi, per una corretta programmazione sanitaria oltre che per i necessari aspetti di tutela degli assetti igienico-organizzativi, inspiegabilmente scompare dalla successiva legge 833/78, resistendo come figura autonoma solo negli Ospedali multizonali.

Di più, la nuova figura di Coordinatore sanitario, istituita dalla 833/78, massima carica sanitaria dell'Ussl, non è figura prevista in pianta organica, ma una funzione che viene temporaneamente esercitata da un primario.

Il risultato paradossale di tale *voluta dimenticanza* è che Ospedali di centinaia di posti letto e Ussl cui fanno capo decine di migliaia di utenti, amministranti decine di miliardi/anno, sono prive di figure professionali espletanti a tempo pieno, in maniera autonoma e con specifiche attribuzioni professionali, delicati compiti igienico-organizzativi, per di più in un contesto di riforma del sistema che richiedeva impegno e professionalità precise di fronte alle difficoltà imposte da un mutamento legislativo così radicale dell'Assistenza sanitaria.

Per fare un esempio più comprensibile ai non addetti, sarebbe come se un'azienda privata di medie dimensioni non avesse un direttore tecnico responsabile a tempo pieno.

Conseguenza di tale vuoto è che le funzioni di Direttore e Coordinatore sanitario vengono svolte da un primario come funzione a latere e secondaria ai propri compiti istituzionali, da persone fisiche che, non avendo professionalità specifiche, né autonomia decisionale, né certezza sulla durata del proprio incarico, si trovano in una obiettiva situazione di sudditanza psicologica nei confronti dell'organo politico; ne consegue che molto spesso tali funzioni di teorico grandissimo rilievo sono esercitate quale puro e semplice ruolo subalterno e condizionato di vassallaggio politico, del tutto insufficiente e inefficace alle necessità del sistema.

Di più, la 833/78 abolisce l'organismo introdotto dalla 128/68 del Consiglio dei sanitari, organo di consultazione tecnica del Direttore sanitario, che aveva svolto ruolo fondamentale di cassa di elaborazione democratica e professionale delle tematiche ospedaliere negli anni '68-'78.

Come non pensare che tali dimenticanze siano state volute dal legislatore, a improvvida e miope compensazione dello squilibrio in passato esistente tra il potere politico e quello dei cosiddetti "baroni" della medicina, e allora ritenuto a vantaggio di questi ultimi?

A me pare che questa volontà sia ben evidente, tra le righe e le omissioni della 833/78, e nel recente vissuto della classe medica cui il sistema ha cercato di imporre, fortunatamente non riuscendoci se non in parte, il ruolo sempre più appiattente e demotivante di *impiego burocratizzato*.

La classe medica, e di conseguenza tutti gli operatori e soprattutto i pazienti, hanno quindi verificato sulla loro pelle l'antico aforisma di un anonimo greco che aveva vaticinato: «Il padre mangiò il frutto acerbo e si legarono i denti ai figli», dove i figli sono i medici di oggi che pagano i presunti errori del padre, rappresentato dai vecchi baroni della medicina.

Debole volontà politica

Ma anche nella applicazione della legge di riforma, a riprova che il Parlamento non era in grado di esprimere fino in fondo la volontà politica di portare a compimento una riforma di alto significato storico e morale, a chi affida il dicastero della Sanità? Ad un uomo politico, l'on. Altissimo, esponente di un partito che aveva votato contro la legge e che dichiarava di raccogliere la sfida di darne corso più per ordine di scuderia e non perché ci credesse davvero.

E dopo di lui, tale dicastero veniva affidato all'on. Degan, della cui opaca opera non vi è traccia nella Sanità pubblica se non per l'innumerevole presentazione di progetti legge regolarmente mai discussi o mai andati in porto; e infine all'on. Donat Cattin, personaggio pittoresco ma più portato, per il suo temperamento (diverbi pubblici con medici durante le trattative dell'ultimo contratto di lavoro, raids diurni e notturni in alcuni grandi ospedali a scoprire cose a tutti note, estemporanee e imprecisate denunce di carenze di cui è comunque corresponsabile, iniziative di certo significato pubblicitario anche se di incerto e discutibile significato tecnico) a rappresentare ruoli di opposizione al sistema, che di rappresentante delle istituzioni.

Da lui ci si aspetta che, qualora non riesca o non abbia dal Parlamento il potere di porre rimedio ai mali della Sanità, compia il doveroso atto in passato compiuto dall'on. Giannini, ministro della Funzione pubblica, in analoghe situazioni: quello di dimettersi, come più volte e da più parti gli è stato richiesto, per impossibilità di operare.

La Sanità attende quindi ancora un ministro autorevole, magari un tecnico, ultimo vero interprete essendone stato il ministro Mariotti.

Di fronte a tali premesse e situazioni, dopo buone leggi inapplicate quale la 128/68 e la 180/78 sulla assistenza psichiatrica, di fronte ad un'altra legge, perfettibile, la 833/78, cui è mancato il necessario supporto della volontà politica, di una reale capacità operativa da parte di quasi tutti gli organi preposti alla sua attuazione, non si può obiettivamente parlare di riforma fallita, ma di *riforma tradita* per incapacità politica di applicarla e per la miopia politica di poterla costruire senza o contro i tecnici in essa operanti.

Privatizzare no

Se ciò è vero, come è da più parti autorevolmente sostenuto, non resta che riaffermare i principi ispiratori della legge, modificandola nelle parti anche sostanziali di cui ce ne sia bisogno, traducendoli in reale operatività, rifiutando categoricamente i fuorvianti progetti di privatizzazione, la cui sola ipotesi, per chi abbia un minimo di sensibilità politica e sociale, suona provocatoria non meno di quello che suonerebbe ai politici la privatizzazione del Parlamento!

Sì, perché se è vero che nel nostro e in quasi tutti i Paesi del mondo, privato è talora semplicisticamente sinonimo di efficienza, produttività, investimento, rapporto costo-benefici, mercato nel senso di saper rispondere sollecitamente alle esigenze della evoluzione di un determinato sistema, è anche vero che l'Assistenza pubblica non potrà mai rispondere, se non venendone snaturata, alle esigenze del profitto che in essa verrebbero inevitabilmente inserite.

Se privatizzazione significa invece trovare nel Parlamento, nelle forze politiche, negli organismi istituzionali periferici, negli addetti ai lavori tutti, le capacità di dare concrete risposte politiche, tecniche e operative alle esigenze

di una Sanità efficiente e, più in generale, di servizi pubblici efficienti, degni di un paese civile tra i più industrializzati del mondo, questa è una strada che il nostro Paese deve saper imboccare pena una sua inevitabile involuzione economica e sociale per tentare di smentire l'equazione privato uguale efficienza, pubblico uguale inefficienza.

Le linee guida di tale progetto devono prendere le mosse dal Parlamento, che deve essere capace di attuare riforme sostanziali, quali la riforma fiscale, senza la quale nessuna riforma potrà mai trovare i necessari supporti economici.

Se ciò fosse possibile, è necessaria sicuramente una revisione della 833/78 se non altro per gli opportuni aggiustamenti in relazione agli imprevisi e imprevedibili fenomeni esplosi negli ultimi anni e che richiedono capacità professionali e investimenti per affrontarli compiutamente, quali l'Aids e le tossicodipendenze in primo luogo.

È necessario inoltre una uscita del comparto sanità dal pubblico impiego, magari con una privatizzazione del rapporto di lavoro, una revisione della attuale organizzazione gerarchica piramidale del medico ospedaliero, oggi non più rispondente alle diversificazioni e responsabilità professionali richieste dalla rapidissima evoluzione della scienza medica, sostituendola con una organizzazione più orizzontale, così come proposto dalla Confederazione dei sindacati dei medici e come accettato dal ministero della Funzione pubblica.

Spedali Civili, Università, Provincia

Venendo brevemente ai riflessi dei problemi sanitari di maggior rilievo nella provincia, non più rinviabile è la sollecita definizione della questione essenziale degli Spedali Civili, cui è giusto e produttivo assegnare una autonomia gestionale pur integrandola correttamente colla realtà dell'Ussl 41 e delle Ussl provinciali, per i compiti di ospedale multizonale che esso esplica sia nei confronti della provincia che per la larga utenza che vi affluisce anche dalle altre regioni.

Inoltre il rilancio del Civile non può passare che attraverso una definitiva risoluzione delle controversie universitari-ospedalieri, di cui non si comprende la sostanza.

Non ha alcuna ragione di esistere infatti la polemica tra gli uni e gli altri, ancor meno la superiorità dei primi sui secondi, perché se è vero che gli universitari, per formazione, sono più portati alla didattica e alla ricerca, è altrettanto vero che i secondi sono più portati all'assistenza, e un ospedale clinicizzato non può fare a meno né dei primi né dei secondi, non potendosi fare assistenza qualificata senza ricerca né la seconda senza la prima.

Del resto, a riprova che universitari e ospedalieri possono e devono coesistere, ricordiamo che in passato esisteva l'Istituto della Libera docenza, aperta anche agli ospedalieri e che li obbligava alla didattica, che agli Spedali Civili di Brescia numerosi, ma non tutti, tra i migliori primari ospedalieri, hanno ottenuto la cattedra universitaria, che numerosi ospedali italiani ospitano corsi di insegnamento delle varie Facoltà di medicina, che migliaia di medici ospedalieri collaborano alla didattica e alla ricerca universitaria, che molti ospedali fanno ricerca in maniera autonoma, che chi si occupa di politica sanitaria propone una riforma legislativa che allarghi l'insegnamento universitario a ben individuati e selezionati ospedali, che tutta tale problematica infine, se non interverrà una integrazione tra ospedale e Università, si ridurrebbe in una pura e semplice inaccet-

tabile operazione di potere di stampo colonialistico.

Vi sono al Civile, ma anche negli ospedali della provincia, medici ospedalieri di elevatissima professionalità ed esperienza, che sarebbe colposo non utilizzare per la didattica e la ricerca, magari solo per rivalità professionali e per pregiudizio, a meno che siano considerate produttive le situazioni in cui specialisti di branche sofisticate della medicina siano costretti, per demotivazioni professionali varie, a subire situazioni di obiettivo ripiego professionale, contribuendo così a creare una classe medica ospedaliera di impiegati subalterni al potere politico e universitario.

Poiché nella medicina, come in tutte le espressioni della cultura e della scienza del resto, il fattore umano e l'équipe che vi si costruisce attorno, sono un patrimonio inestimabile *conditio sine qua non*, con i necessari supporti politico-organizzativi, per il raggiungimento, lo sviluppo e la continuità della conoscenza e del progresso scientifico, le realtà ospedaliere che hanno tali caratteristiche vanno infatti salvaguardate con la massima cura.

Va smentita anche la presunta superiorità dell'assistenza erogata nel grande ospedale cittadino rispetto a quella erogata in provincia, dove molto spesso i problemi fondamentali sono prevalentemente costituiti da difficoltà di piante organiche e di mezzi, non certo di professionalità e di qualità dell'assistenza; vogliamo citare al proposito alcuni tra gli esempi possibili di realtà sanitarie provinciali che nulla hanno a invidiare al Civile, quali l'Anatomia patologica, la Ginecologia e l'Otorinolaringoiatria di Desenzano, l'Endoscopia digestiva e la Neurologia di Chiari, l'Endoscopia del S.Orsola, la Traumatologia di Manerbio, l'Oculistica, la Radiologia e l'Ecografia di Leno, la Pneumologia di Darfo, la Chirurgia oncologica di Iseo e altre ancora, tutte realtà sanitarie che richiamano utenza, non meno del Civile, da tutta la provincia e anche da altre Regioni.

Speranze

Affetti da inguaribile ottimismo, vogliamo sperare che, dopo molte diagnosi, si riesca finalmente a passare alla terapia della Sanità malata, colla indispensabile collaborazione e integrazione responsabilizzante di tutti gli addetti ai lavori, dagli uomini politici agli operatori sanitari, rammentando quanto recentemente ha dichiarato il Procuratore generale della Corte dei Conti, durante l'apertura dell'anno giudiziario '89, a proposito dei mali della Sanità: «Nessuna riforma può avere successo senza un recupero dell'etica, della professionalità, della responsabilità e dell'esempio, e senza interventi sulla coscienza sociale e sulla educazione civica degli operatori».

Concrete ragioni di ottimismo nascono da numerosi elementi: innanzitutto dalla unanime presa di coscienza che si debba affrontare e portare a soluzione il problema di una sanità efficiente, dalla dimostrazione che, nonostante tutto come riportato dall'on. Parodi, deputato al parlamento europeo e presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici: «che i medici italiani sono considerati i migliori d'Europa, operanti nel peggior Sistema sanitario europeo»; che esistono già dimostrazioni complete che capacità imprenditoriali private, prestate alla politica, come già succede per alcuni amministratori della Ussl 41, possono dare risultati concreti, esclusivamente soffocati e limitati dai mali del sistema, di cui è inevitabile la eliminazione; che nella più importante Regione italiana l'Assessorato alla Sanità, troppo chiacchierato, intende ora pensare a raccogliere la fiducia per saper riorganizzare un sistema sanitario efficiente, dando ra-

rido varo in primo luogo al tanto atteso Piano sanitario regionale.

Potrebbe essere l'occasione per fare della Sanità lombarda un laboratorio di ricerca che possa essere esportato su tutto il territorio nazionale, rispondendo al ruolo che la Lombardia ha e deve mantenere di regione pilota e che alcune prestigiose istituzioni ospedaliere, quali ad esempio l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, ha svolto e deve continuare a svolgere in futuro.

La categoria degli operatori sanitari ha da tempo fatto suo, ancor prima di sentirlo, l'invito di un autorevole uomo politico bresciano che nella sua veste di isolato e profondo autocritico della politica di oggi, in un recente convegno, a proposito della crisi dei partiti e della politica in genere, dichiarava: «Non più potere ai politici, ma più politica ai cittadini».

Paradossalmente, lo strapotere politico nel Sistema sanitario che tanti mali ha prodotto, come da ammissione ormai unanime anche degli stessi uomini politici, ha prodotto per reazione nella categoria degli operatori sanitari un grosso risultato positivo: quello di costringerli ad uscire dal gratificante e per certi aspetti comodo limbo professionale per occuparsi di politica sanitaria, contribuendo in questo modo a superare la irrealistica dicotomia politica- medicina e generando la convinzione che non è più rinviabile una stretta collaborazione tra il politico con conoscenze tecniche e il medico con conoscenze e sensibilità politica e sociale.