

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4465

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DE LUCA, SODANO, GRIPPO, CARIA

Presentata il 18 febbraio 1987

Modificazione del Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI! — La classe dei medici non ha sufficientemente fronteggiato i fenomeni di una medicina di massa, che se aveva l'indubitabile valore di creare un servizio per tutti i cittadini e quindi divenire a tutti gli effetti medicina sociale si accompagnava a tutte le degenerazioni proprie dei processi di massificazione: perdita di un efficace rapporto tra medico e utente, burocratizzazione dell'atto medico, automatismi comportamentali frustranti e contrastanti con la sofisticata ed accumulantesi mole di sapere medico. Il medico avrebbe dovuto essere il filtro umano e sociale tra l'arida e sempre più perfezionata tecnologia sanitaria e l'individuo-utente con la sua patologia non astratta ma estremamente contestualizzata. Non gli sono stati dati gli strumenti quali una precisa definizione

del suo ruolo ed adeguati supporti operativi (non escluse ovviamente legittime gratificazioni economiche) così come egli stesso non si è dato l'obiettivo di superare i limiti della preparazione ricevuta all'università legata a schemi astratti e del tutto inadeguati per una medicina validamente operativa. Ne è scaturita una funzione che oscilla quotidianamente tra isolamento individualistico ed incompiutezza di ruolo sociale con grossissime frustrazioni e svuotamento di prerogative.

La classe dei farmacisti, poi, ha subito una profonda trasformazione nel suo ruolo e nella sua funzione con il passaggio quasi totale alle specialità medicinali già confezionate. Ciò ha determinato una esautorazione dell'intervento professionale del farmacista, che da preparatore del farmaco è divenuto mero smerciatore

dello stesso e quindi semplice intermediario tra l'industria farmaceutica ed utenza. Le conseguenze sono state l'innesto tra l'altro degli automatismi consumistici con il relativo spreco di farmaci, incentivazione alla assunzione, svalutazione dell'atto medico non legato alla prescrizione del farmaco. La farmacia è diventata sempre di più un emporio, dove il cittadino si reca nel giro quotidiano ed abitudinario dei fornitori. L'esautorazione del filtro costituito dal medico ha aggravato l'anomalo circuito dell'utente che spesso prima si reca dal farmacista e poi dal medico che quindi si trova di fronte ad una scelta già compiuta. Il farmacista, in nome delle leggi del mercato e dei propri interessi, non ha saputo e forse voluto essere il vero alleato del medico nel fronteggiare le spinte consumistiche nei confronti del farmaco.

L'utenza, infine, è dilacerata tra due opposte stimolazioni: da un lato l'accelerazione dei ritmi esistenziali con frantumazione delle capacità autoregolative proprie e dall'altro il mito di una medicina che con la sua tecnologia sappia ridargli ciò che la società ha contribuito a fargli perdere: l'equilibrio. Di qui il fenomeno dell'autoprescrizione-autoterapia, quasi che l'assunzione di piccole sostanze colorate possa controbilanciare le grandi frustrazioni procurate dal contesto. Di qui la continua richiesta, mai saziabile, di ulteriori esami di laboratorio, quasi che dietro al globulo rosso in meno si celasse la chiave di volta ed il senso del malessere dovuto invece, sempre più, alla difficoltà di un adattamento a condizioni di vita qualitativamente scadenti. Il « più » dei farmaci come magico esorcismo nei riguardi del « meno » della vita. La pressione consumistica finisce per allearsi inesorabilmente con le aspettative sempre più frustrate e non c'è « ticket » che riesca a spezzare questo illusorio circuito.

I fenomeni innanzi delineati convergendo con gli errori e le lottizzazioni della classe politica, con lo svuotamento del ruolo del medico (soprattutto quello di base), con l'aderenza alle mere leggi del mercato da parte dei farmacisti, con

le pratiche consumistiche e spersonalizzanti dell'utenza, determina una inestricabilità che non permette alla medicina nel suo complesso di essere ciò che in una società moderna è la sua funzione: quella di un servizio per tutti i cittadini a costi sociali compatibili con l'economia in cui è collocata.

Questo stato complessivo della medicina si aggrava ulteriormente in alcuni contesti dove la disgregazione sociale da un lato e l'inefficienza gestionale e direttiva del potere politico-amministrativo dall'altro (oltre alle diatribe partitiche) contribuiscono ad una situazione di ulteriore stallo che rende drammatica la situazione al punto tale da determinare una vera e propria controproduttività dell'attuale servizio sanitario nazionale.

La controproduttività è un indicatore sociale che misura la particolare frustrazione di un gruppo o di una classe causata dal consumo obbligatorio di un bene o di un servizio. Il fenomeno può essere considerato una misura dell'intensità con cui una istituzione moderna, per necessità tecnica, nega alla maggioranza dei suoi fruitori i presunti vantaggi per il raggiungimento dei quali era stata in origine ideata e dotata di finanziamenti pubblici.

La controproduttività non è la semplice congestione, cioè una frustrazione derivata puramente dal fatto che merci dello stesso tipo (siano esse automobili nel caso dei sistemi di traffico, programmi scolastici nel caso del settore dell'istruzione, terapie nel caso del servizio sanitario) si danno reciprocamente fastidio. La controproduttività generalmente deriva dall'accaparramento quasi totale di prerogative che vengono trasposte in organizzazioni istituzionali, le quali spesso finiscono per non realizzare compiutamente la soddisfazione dei bisogni stessi per cui sono state allestite. Questo accaparramento ha avuto origine, nello sviluppo della democrazia, nella trasformazione degli usi civici (per esempio quelli regolati dalle leggi tradizionali sul diritto di passaggio dei pedoni) in servizi pubblici inesautorabili e necessari alla produzione e alla circolazione delle

merci. La controproduttività non è una mera somma di impedimenti individuali che accorgimenti politici o tecnici potrebbero immediatamente o sicuramente eliminare, ma è sostanzialmente un indicatore sociale che rispecchia certe caratteristiche tecnologiche del sistema e le aspettative dell'utenza: a tal proposito esempio massimo è la controproduttività del servizio sanitario nazionale per il contrasto tra le aspettative e domande di salute, da un lato, ed organizzazione operativa e tecnologica in risposta, dall'altro.

In tal caso la controproduttività assume un andamento vorticoso nel senso che essendo le aspettative e le domande dell'utenza teoricamente illimitate ne deriva che altrettanto illimitate in risposta dovrebbero essere le prestazioni di un qualsivoglia servizio nazionale. Ove mai per ovvie limitazioni di economia e bilancio le erogazioni e prestazioni vadano contenute e programmate (fattore implicito in ogni governo della cosa pubblica) le aspettative e domande dell'utenza si svolgono altrove e ciò pone in crisi il criterio stesso costitutivo di una istituzione sanitaria nazionale. Infatti in tal caso l'istituzione sanitaria nazionale stessa viene a porsi, all'interno della società, in un rapporto imprecisato con quelle organizzazioni dei servizi che, non incamerate in esso, siano in grado di soddisfare le domande dell'utenza, pur conservando esso servizio sanitario nazionale il connotato dell'obbligatorietà. Né il sistema di convenzionamento risolve il contrasto tra criterio costituito di obbligatorietà e tetto massimo delle erogazioni e delle spese, in quanto il ricorso alla medicina convenzionata si riduce ad una sub-allocazione, a miglior costo, di servizi e prestazioni, onerosi se erogati direttamente dal comparto pubblico del servizio sanitario nazionale stesso. Ma ciò introduce una variabile di concorrenzialità che viene però a situarsi all'interno del servizio sanitario nazionale stesso, approfondendo la contraddizione tra criterio costitutivo di obbligatorietà e tetto massimo delle erogazioni e delle spese. La vera concorrenzialità (prevedendo la riforma sanitaria i tre comparti della medicina

pubblica, della medicina convenzionata e di quella privata) teoricamente verrebbe a determinarsi tra medicina totalmente privata e servizio sanitario nazionale, che però ha già al suo interno la subconcorrenzialità tra medicina pubblica e medicina convenzionata.

Un servizio sanitario nazionale che si poggia sull'adesione obbligatoria di tutti i cittadini e che al suo interno comporta la lacerante contraddizione, con costi e rese differenti, tra comparto pubblico e comparto convenzionato e la periferizzazione o se si preferisce la marginalizzazione del comparto privato, che dal canto suo vive la propria contraddizione di tendere ad una assimilazione per lo meno nel comparto della medicina convenzionata. Quindi una concorrenzialità del comparto privato che quasi si scusa di essere tale e che comunque si rappresenta come provvisoria, cioè in attesa di essere incamerata.

Su tutto questo influisce poi un'altra pesante variabile, costituita dalla pleora medica, la quale non può che aspirare ad uno sbocco nel comparto della medicina pubblica od in via subordinata in quella convenzionata. Così il servizio sanitario nazionale, oltre al contrasto di cui si è detto, deve sopportare l'impatto di tale nuova variabile, assumendosi l'onere di divenire lo sbocco obbligatorio di lavoro di una massa esuberante dei nuovi medici: la recente sanatoria ha ampiamente dimostrato come il precariato sia divenuto una modalità obbligata per l'accesso degli operatori in un mercato del lavoro anch'esso obbligato. Questa vera e propria operazione di surrettizzazione altera il rapporto tra professionalità e mercato del lavoro, costituendo un'altra forma di appesantimento delle funzioni del servizio sanitario nazionale.

Dunque, criterio costitutivo di obbligatorietà, tetto massimo delle erogazioni e delle spese, concorrenzialità all'interno con inesistente concorrenzialità all'esterno, sbocco obbligatorio di lavoro sono ingredienti sufficienti per imballare qualsiasi impresa; se poi aggiungiamo la variabile della partitizzazione delle unità

sanitarie locali (che insieme ai consigli di quartiere ed ai consigli scolastici sono tutte occasioni mancate di reale diffusione della democrazia all'interno della società costituendo il più delle volte meri strumenti di tutela e controllo sociali se non addirittura di intermediazione obbligatoria), se appunto alle contraddizioni delineate precedentemente aggiungiamo anche la parcellizzazione delle situazioni localistiche con le relative logoranti microconflittualità arriviamo alla risultante che in una qualche unità sanitaria locale non ci si riesce a curare la carie dentaria ed in qualche altra è a disposizione la fecondazione artificiale se la coppia dopo un mese non è in attesa del lieto evento oppure è a disposizione la tomografia assiale computerizzata per ogni mal di testa anomalo.

Decongestionamento, razionalizzazione, ristrutturazione, mutamento di comportamenti sociali, di abitudini mentali, di aspettative e prospettive professionali, riduzione dell'intervento delle forze politiche, calibratura dei costi con gli oneri che la finanza pubblica può ragionevolmente sopportare: un compito immane che richiederebbe anni di riflessione e di intervento politico legislativo, discussioni e scontri senza fine e il tutto con il rischio di partorire un nuovo mostro, altrettanto inefficiente, scompensato, costoso. Una riforma radicale del Servizio sanitario nazionale investe un complesso di temi e problemi tanto vasto, complesso, difficile, inoltre, che sarebbe sicuramente impossibile affrontarlo con strumenti di democrazia diretta.

Sarebbe comunque altrettanto disastroso rinunciare a canalizzare sul piano istituzionale il malcontento e la protesta popolare, la spinta per un intervento innovativo di rilievo, lasciando che la situazione sanitaria del paese continui a marciare per anni, forse per decenni.

Da queste considerazioni è nata l'idea di individuare un punto di incidenza significativo, un aspetto fondamentale di un'iniziativa di riforma, un momento oltretutto percepibile con assoluta immediatezza.

Il movimento federativo radicale ha promosso una campagna di raccolta di firme per una legge di iniziativa popolare per la modificazione del Servizio sanitario nazionale che i firmatari di questa proposta fanno propria e presentano alla Camera.

L'idea di fondo del Servizio sanitario nazionale, quella cioè di assicurare a tutti i cittadini la tutela della salute, rappresenta una caratteristica centrale e irrinunciabile del moderno Stato sociale. Di qui il principio dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, sancito nell'articolo 63 della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di un principio che i promotori della presente proposta di legge non intendono minimamente intaccare.

Ma la traduzione di tale principio nell'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale contiene un salto logico che si spiega solo in un'ottica totalizzante, statalistica e paternalistica, sostanzialmente illiberale, assurda sotto il profilo dell'organizzazione amministrativa, chiaramente intesa a costituire la base di un leviatano della sanità.

Di qui la proposta della possibilità di copertura del rischio-malattia attraverso forme di assicurazione privata, che pur garantendo al cittadino l'indispensabile tutela sanitaria, soprattutto nei confronti degli interventi e delle terapie più costose, ha un effetto sicuramente decongestionante e rappresenta, anche al livello dei principi, un sicuro avvio di un processo di innovazione.

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Dopo l'ultimo comma dell'articolo 63 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono aggiunti i seguenti commi:

« In sostituzione dell'iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica ovvero dell'assicurazione presso il Servizio sanitario nazionale è consentita la stipulazione di una assicurazione privata per l'assistenza in caso di malattia.

L'opzione è esercitata entro il 31 ottobre di ciascun anno; essa è tacitamente rinnovabile ed è irrevocabile prima della scadenza annuale.

I cittadini che optano per l'assicurazione privata per l'assistenza in caso di malattia possono dedurre i relativi premi dall'imponibile ai fini della imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF); possono inoltre avvalersi a pagamento delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

Non si possono dedurre dall'imponibile cifre superiori all'importo annuo stabilito di concerto dai Ministri delle finanze, del tesoro e della sanità in sede di legge finanziaria ».