

Le proposte del PCI per la riforma della pubblica amministrazione

A pag. 6

Lo spreco sulla salute

COMINCIANO oggi, nella commissione Sanità della Camera, le votazioni degli articoli della legge che istituisce il Servizio sanitario nazionale. E' un evento di rilevante importanza. Basta riflettere che non solo questo fatto si produce per la prima volta nel Parlamento repubblicano, ma in precedenza l'argomento della riforma sanitaria, pur essendo stato presente nel programma di ogni governo da almeno dieci anni a questa parte, non era mai pervenuto neppure alla forma di disegno di legge del governo.

Questa è la prima delle grandi riforme che sfonda il muro delle resistenze, dei rinvii e della teoria dei «due tempi», per presentarsi come un possibile e importante contributo al mutamento del quadro di anarchia e di spreco nella spesa pubblica, il che sarà possibile se verranno sconfitti gli interessi mercantili, clientelari e corporativi che hanno così gravemente deformato l'ordinamento della sanità.

Nessun irresponsabile ottimismo. I governi dell'ultimo decennio sono sempre intervenuti sulla montante crisi dell'ordinamento sanitario con i ripetuti costosissimi provvedimenti di ripianamento delle passività delle mutue o degli ospedali e con norme legislative di carattere settoriale o di stralcio. Questa politica ha dimostrato che quel che è costato di più al paese — in termini di salute e in termini di dissipazione di risorse economiche — è stato proprio il rinvio della riforma.

Quando lo stato di passività degli ospedali è arrivato a 4.600 miliardi nel 1974, il governo ha dovuto promettere, con legge, di estinguerlo; ma è stato forzato ad aggiungere la disposizione del trasferimento dei compiti di assistenza ospedaliera alle Regioni, l'avvio dello smantellamento delle mutue con la nomina di commissari, e l'impegno della approvazione della riforma sanitaria a breve scadenza.

LA DEMOLIZIONE dell'esistente ordine sanitario si è messa così in moto. Ma tutto indica quali disastrosi risultati si vengono producendo per le incertezze e le battute di arresto che in tale processo ha introdotto e introduce la DC. Il disegno di legge di riforma sanitaria è stato infatti presentato da 15 mesi e solo ora le forze della sinistra, le Confederazioni sindacali, le Regioni, sono riuscite a imporre la fine dei lavori di redazione di un testo unificato e il passaggio ai voti. La DC, ancora negli ultimi giorni, benché isolata, ha tentato una ennesima manovra dilatoria centrata sulla proposta di una legge-ponte da adottare prima della riforma. Sono i sussulti della vecchia anima conservatrice della DC, frutto dello smarrimento in cui essa si trova. Per converso, va segnalata la recente presa di posizione del ministro della Sanità contro le manovre di dilazione.

Un vuoto politico gravemente nocivo si è comunque prodotto a causa della lunga fase di rinvii e di incertezze. In tale vuoto si sono potute inserire manovre di chiaro segno controriformatore: da un lato, le operazioni governative riguardanti i prezzi dei farmaci e l'ostacolo alla revisione del prontuario farmaceutico; dall'altro lato, le spinte crescenti degli interessi speculativi e corporativi tuttora prevalenti nell'ordinamento sanitario.

Abbiamo assistito così alla

recente paurosa *escalation* della spesa sanitaria, cresciuta nel solo settore mutualistico dell'88% negli ultimi tre anni (da 2.700 a 5.100 miliardi) e aumentata nella sua entità complessiva (spesa mutualistica + pubblica + privata) dal 6,35% all'8,2% del prodotto nazionale lordo. Le prestazioni sanitarie non sono però cresciute nel senso di una maggiore tutela della salute, bensì solo nel costo e nella moltiplicazione consumistica. Per cui siamo al paradosso che più aumenta la spesa sanitaria e più si registra una caduta del livello medio della salute.

Nell'anno 1974, in cui la spesa sanitaria globale è cresciuta di 2.000 miliardi e alla stessa cifra di 2.000 miliardi è arrivato il fatturato dell'industria farmaceutica, non sono state reperite le somme relativamente modeste che avrebbero consentito di prevenire con interventi igienici l'epidemia di salmonellosi o avrebbero permesso ad esempio l'attuazione di servizi domiciliari per gli anziani al fine di liberarli dalla disumana segregazione ospedaliera.

DAVANTI a questo quadro di palese incapacità di governo, il PCI ha affermato che bisognava passare subito alla riforma, per garantire un nuovo quadro istituzionale col trasferimento dei poteri alle Regioni, e per porre principi e indirizzi moderni a guida di una nuova struttura sanitaria organizzata in forma di servizio.

Il testo unificato su cui la commissione Sanità voterà non soddisfa interamente le attese delle sinistre e delle Confederazioni sindacali. Tuttavia il PCI ha affermato che occorre superare i dissensi e schiodare a ogni costo questa riforma dall'immobilismo, anche perché non si è delineata nel dibattito, una contrapposizione tra due concezioni opposte.

Su una sola questione il PCI impegnerà tutta la sua forza per ottenere una netta caratterizzazione della riforma: e cioè sul modello di spesa sanitaria, vale a dire sul modello delle prestazioni a tutela della salute. I tempi di livellamento delle prestazioni per tutti gli assicurati e di estensione delle prestazioni a tutta la popolazione, possono essere dilazionati anche di alcuni anni. Nel frattempo, però, il modello delle prestazioni può essere radicalmente capovolto con un pacchetto di interventi a breve termine diretti a ridurre drasticamente i consumi farmaceutici, a modificare, in termini di servizio, le prestazioni mediche, a ridurre il dilagante consumismo ospedaliero.

E' possibile elevare fortemente la produttività del sistema sanitario, revisionare anche gli orari di lavoro che vi vengono praticati, stabilire che gli ospedali lavorano anche il sabato e nei giorni festivi. E' possibile trasferire subito forti aliquote di personale amministrativo ad altri settori della pubblica amministrazione; è anche possibile cominciare a lavorare per eliminare la massa di prestazioni sanitarie ingiustificate.

Rendere prevedibile, programmabile e governabile la spesa sanitaria è la via più diretta per assicurare interventi capaci di portare a più elevati traguardi la tutela della salute della popolazione ed è al tempo stesso la forma più efficace di lotta contro uno degli sprechi più dannosi al paese.

Sergio Scarpa

I dilemmi della psichiatria

Un intervento del segretario nazionale di «Psichiatria democratica» Gian Franco Minguzzi — La polemica sui fattori biologici e sull'influenza dell'ambiente nella genesi delle malattie mentali — Eysenck e la «quantità di intelligenza» — Per «una teoria che sia nel giusto rapporto con la pratica della terapia»

Abbiamo ricevuto alcuni interventi sui problemi della psichiatria, in relazione alle lettere inviate da docenti e studenti di psicologia filologica dell'Università di Roma e alla replica del compagno Scarpa, pubblicate nella nostra pagina il 30 luglio scorso. Pubblichiamo oggi l'intervento di Gian Franco Minguzzi, segretario nazionale di «Psichiatria democratica».

La lettera di colleghi docenti e studenti di Psicologia, pubblicata da l'Unità del 30 luglio, pone delle importanti questioni circa il rapporto fra orientamento politico e posizione teorico scientifica. Benché in quello scritto non sia fatto il nome del gruppo che rappresenta, cioè «Psichiatria Democratica», credo di non avere frainteso interpretando l'invito alla discussione come rivolto principalmente a noi; del resto così mi sembra abbia inteso anche Scarpa nella sua risposta. Noi siamo contenti della occasione e dichiariamo il nostro interesse a continuare il confronto e ad approfondire l'analisi perché, come dicono i colleghi, i problemi sollevati non possono essere liquidati negli spazi ristretti di una lettera. Spero quindi in successive opportunità di chiarificazione, mi limito ad elencare alcuni punti, necessariamente schematici.

1 - Innanzi tutto tengo a dichiarare il mio accordo con i colleghi quando denunciano l'atteggiamento di chi rifiuta lo studio e la conoscenza in nome dell'ideologia della scienza; questo, a mio avviso, è oscurantismo di marca spiritualista, anche se viene usata una fraseologia marxista. Sono convinto che la coscienza non è neutrale, ma sono pure consapevole che essa è l'unica forma di coscienza oggi storicamente data

per agire efficacemente sulla realtà. Fino a che non sia stata elaborata una forma alternativa di scienza (cosa non solo possibile, ma facilmente prevedibile in base alla storia) è quella oggi esistente che occorre apprendere, per criticarla, per superarla se possibile, e per usare quanto essa ha di valido.

2 - Spesso accade, anche fuori d'Italia, che il nostro gruppo, o almeno la maggior parte delle persone che ne sono state i promotori, venga identificato con la corrente dell'«Antipsichiatria». Ciò è inesatto e vale la pena di ricordarlo, non certo per una questione di nomi. L'affermazione che la malattia mentale non esiste e che il malato non necessita di cure, più volte fatta dagli «antipsichiatri», anche se comprensibile nelle sue motivazioni di radicalismo polemico, a mio avviso va respinta perché può generare più equivoci e danni che risultati liberatori.

Il malato mentale è una realtà fattuale; non si tratta di discuterne l'esistenza, ma piuttosto di fare in modo che egli abbia innanzi tutto il diritto di esistere in quanto persona malata. La psichiatria tradizionale, ed i suoi strumenti, dei quali il manicomio è il più brutale, negano di fatto questo diritto, mirando ad appiattare la dialettica della esistenza con tutte le sue contraddizioni, in uno psichismo regolato sul tempo della norma istituzionale. Per questo il primo obiettivo di una psichiatria nuova, alternativa, critica (e comunque la si voglia chiamare) è stato ed è tuttora la lotta anti-istituzionale, la cui meta lontana è l'abolizione dell'ospedale psichiatrico e quella immediata la sua trasformazione in modo che il malato abbia lo spazio per viverci nella sua diversità, oltre che un aiuto

per la sua aderenza. E qui aiuto significa contemporaneamente curare (qualunque tipo di cura la scienza oggi conosca) e offrire le condizioni perché la persona si riappropri del suo sé, dei suoi problemi e della possibilità di contrapporsi agli altri, e in primo luogo alla istituzione.

3 - Un po' dovunque oggi vi sono infermieri, medici, malati, amministratori che, in modo più o meno incisivo, più o meno pubblicizzato, agiscono al di fuori dei canoni della psichiatria tradizionale, ed anzi in lotta aperta contro di essa. Tutti questi si scontrano quotidianamente con una problematica che ha poco a che vedere con ciò che sta scritto nei testi scientifici ufficiali. Si accorgono che i quadri clinici cambiano, anche radicalmente, quando cambia l'ambiente; che la storia del malato è piena di violenze subite nelle varie istituzioni attraverso le quali è passato (famiglia, scuola, posto di lavoro); che la pericolosità è sempre in rapporto e in risposta a queste violenze; che la patologia è diversa a seconda della classe sociale del malato; che il reinserimento dell'assistito trova un ostacolo difficilmente sormontabile nella logica della esclusione, che non ammette il diverso, l'improduttivo. Queste e tante altre scoperte pratiche portano a due atteggiamenti: a diffidare della psichiatria ufficiale; che ad esempio, dà l'impressione di sanare e legittimare la emarginazione con la diagnosi di irreversibilità; e a dare la massima importanza ai fattori socio ambientali nello sviluppo della malattia mentale.

4 - Proprio a causa del tipo di realtà che ci si trova quotidianamente di fronte quando si agisce sul campo invece che nell'isolamento del laboratorio, autori come Goff-

man, Laing e Esterson (per limitarsi a quelli citati dai colleghi) godono oggi di molta popolarità, non perché siano rivoluzionari, ma perché offrono degli strumenti di analisi, e potenzialmente di azione, indubbiamente utili, anche se non legittimati dalla critica marxista; più utili a mio avviso di quelli psicoanalitici. I primi cercano di scoprire le varie forme di violenza, istituzionale o individuale, cui è sottoposto il malato da parte di chi detiene il potere; con i secondi finora si è riusciti solamente a risolvere la realtà in un gioco di fantasmi interiori; il marganello diventa il simbolo del bene. Con questo non voglio dire che si debba rifiutare la psicoanalisi; affermo solo che per valutare una posizione teorico-scientifica dal punto di vista della psichiatria nuova alternativa, liberatoria anziché oppressiva, ciò che conta è la possibilità che quella posizione offre di aprire nuove contraddizioni, anziché coprirle con delle spiegazioni scientifiche.

Qui il discorso sarebbe molto complesso, e so di non essere chiaro. Farò un solo esempio, relativo a quell'Eysenck citato nella lettera dei colleghi. Da qualche tempo quell'autore va ripetendo che è scientificamente dimostrato che la quantità di intelligenza di una persona è dovuta per l'85 per cento a fattori ereditari e che l'ambiente può al massimo influenzare il restante 15 per cento. Convinto di poter indicare quali siano le componenti universali (cioè valide per tutti gli uomini) dell'intelligenza, e di poterle misurare con quei criticatissimi strumenti che sono i test mentali, Eysenck arriva a dire che bisogna arrendersi all'evidenza dei fatti: gli statunitensi di colore nero sono biologicamente meno intelligenti dei bianchi; quindi non

ha senso batterli perché siano ammessi nelle scuole dei bianchi; occorre invece puntare su una istruzione differenziata. Come gli studenti di Londra che l'hanno preso a schiaffo, io ritengo che Eysenck sia oggettivamente un reazionario; non perché crede nel Q.I., ma perché accetta come valore indiscutibile il rendimento nella scuola statunitense, che impone un modello culturale ben preciso. Con i suoi studi, giusti o sbagliati che siano (ed io credo siano sbagliati), Eysenck dà un alibi scientifico alla scuola che privilegia i privilegiati e la giustifica nella sua incapacità a trattare i diversi.

5 - Ho la convinzione che molte caratteristiche della posizione di Eysenck si ritrovino negli studi sulla genesi ereditaria delle malattie mentali. Per esigenze di brevità devo tralasciare tutte le argomentazioni. Dirò solamente che, nella impossibilità di definire con precisione la malattia mentale e quindi di compiere delle serie indagini epidemiologiche, finora quegli studi non hanno rilevato altro che in certe famiglie si ricorre più frequentemente alle cure psichiatriche; e va subito precisato che si tratta quasi esclusivamente di cure praticate dai servizi pubblici, cioè dai manicomi, perché notoriamente le case di cura private si sottraggono ad ogni indagine. Siccome nei manicomi in generale finiscono solo i sottoproletari e i proletari, risulta così dimostrato scientificamente che queste classi sociali sono più tarate. Questo è il primo risultato di tali studi, a me non importa se voluto o no. Il secondo è un alibi al carattere segregante dell'ospedale psichiatrico: se il malato è tale per una tara ereditaria, c'è poco da curarlo, è meglio custodirlo (anche per il

suo bene, ovviamente). Anche se soggettivamente sono dei democratici e dei rivoluzionari, credo dunque che oggettivamente questi studiosi siano dei reazionari. Le loro ricerche non offrono alcuno strumento per migliorare le condizioni della esistenza ma anzi ribadiscono e convalidano l'assetto sociale attuale.

6 - Questa critica alla concezione genetica della malattia mentale è storicamente determinata: cioè è valida qui ed ora. In un altro momento storico e geografico, in cui fosse possibile all'uomo vivere la propria diversità quelle ricerche potrebbero avere un senso completamente differente. Ma oggi noi abbiamo bisogno di una teoria che sia nel giusto rapporto con la pratica dell'intervento terapeutico. E siccome questa è una pratica di lotta la teoria deve essere tale da guidarci nell'individuazione e nella denuncia delle contraddizioni.

Del resto questo vale per tutta la medicina; se è in psichiatria che avviene lo scontro più evidente fra una linea avanzata ed una linea arretrata, anche il resto della medicina deve arrivare a mettere in discussione al livello teorico il modello positivista che rende anacronistico il sociale, e al livello della pratica l'intervento riparativo e non preventivo. L'incapacità a gestire le disuguaglianze e la difesa di un prestigio che è solo privilegio. Ma a giudicare dalle reazioni corporative della categoria medica di fronte all'annuncio della pur timida riforma sanitaria, siamo ancora ben lontani da tali obiettivi. E' anche per questo che si impone un collegamento costante con il movimento operaio.

Gian Franco Minguzzi

segretario nazionale di «Psichiatria democratica»