

EDITORIALE

di Costantino Cipolla

Il tema dell'accesso è uno dei temi cruciali nel contesto delle disuguaglianze sociali in sanità. La sociologia della salute e della medicina, soprattutto in Italia, ha purtroppo trascurato questo aspetto e quando noi andiamo ad analizzare la stratificazione sociale o prendiamo in esame le ricerche che sono state effettuate nel nostro Paese o in altre regioni europee sulle disuguaglianze sociali, sulle difformità e sulla struttura di classe e di ceto, osserviamo che raramente sono presi in considerazione parametri relativi alla salute ed alle modalità secondo cui ci si ammala o si è curati, che sono sia indicatori di una propensione maggiore alla malattia (in altre parole, essere poveri significa anche ammalarsi di più), ma allo stesso tempo anche di una minor capacità di gestire i servizi e, quindi, di riuscire a farsi curare al meglio. Il capitale sociale e le risorse disponibili in generale sono un fattore importantissimo sia nei processi di anticipazione della malattia, sia in quelli di recupero attraverso servizi sanitari più mirati e robusti.

Questo numero della Rivista "Salute e Società", quindi, va in qualche modo di pari passo col primo numero del corrente anno che ne è alla base, e cioè quello edito a cura di Giuseppe Costa, Cesare Cislighi e Nicola Caranci, *Disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura*, e ne rappresenta per alcuni aspetti l'approfondimento, o se si vuole anche un superamento, perché coglie ed affronta non solo il tema di per sé importante delle modalità attraverso le quali si entra in contatto con la rete di prevenzione socio-sanitaria preposta a governare la salute e la malattia, ma si proietta verso il futuro, perché tenta di capire come l'accesso possa diventare più fruibile, più democratico attraverso l'innovazione tecnologica che è forse il perno centrale di questa dimensione. Quest'ultima racchiude in sé anche un approccio di politica socio-sanitaria, nel senso che, sviluppando questa prospettiva, si va verso un senso di maggiore equità teorica e reale, perché l'informatica, che ha tanti difetti oltre ad essere strutturalmente intollerante per molti aspetti, è anche un luogo in cui si lascia traccia, si dimostra, e quindi in tal senso essa può divenire anche un elemento di maggiore giustizia sociale.

D'altra parte, (lo dico sveltamente e quasi in modo orale) di giustizia sociale in sanità ce n'è sempre più bisogno in ogni parte del mondo, e la

salute è uno dei luoghi in cui, ad esempio, le distanze sociali sono maggiori. Queste riflessioni vanno nel senso di affrontare un tema che a livello globale è drammaticamente ambito di ingiustizia sociale: l'investimento per dollari pro-capite che viene fatto negli Stati Uniti o in Europa è infinitamente superiore ai pochi dollari che vengono investiti in Madagascar o in Bangladesh per ogni singolo cittadino. Quindi è evidente che riflettere su queste cose, approfondirle tematicamente, cercare di capirne il significato costituisce un investimento politico di grande importanza e qualità: vorrei a questo proposito fare due esempi, nei quali però ci si muove in termini per così dire contraddittori, sottolineando come questo argomento non sia né scontato né ovvio.

Il primo è presentato in senso positivo e riguarda la riforma sanitaria: quest'ultima sarà sicuramente il primo test significativo di Barack Obama. Forse sarà procrastinata, ma mi sembra molto difficile che questa volta gli Stati Uniti non varino a modo loro un servizio sanitario nazionale, e questo per tante motivazioni che qui non possiamo portare avanti ma che hanno condotto circa 50 milioni di Americani ad essere fuori da ogni regola e da ogni copertura sanitaria, tra cui 10 milioni circa di bambini, creando delle ingiustizie che sono veramente incredibili per una nazione come quella statunitense. Credo che Obama, con la forza elettorale che si è costruito, possa varare tale servizio pubblico, compiendo un'autentica rivoluzione e riuscendo dove Hillary Clinton ha fallito (ma quest'ultima appoggerà senza dubbio un'eventuale riforma in questa direzione, essendo anche lei ora autorevole esponente del governo statunitense).

Una cosa che, invece, desidero portare come esempio negativo e contrario è la proroga che è stata fatta per quattro anni permettendo ai medici italiani di fare visite esterne alle loro strutture: io sono assolutamente favorevole alla libera professione che integra l'attività in regime pubblico di un grande medico, e che va sotto il nome di intramoenia, perché è un'attività a pagamento regolata all'interno della propria struttura (sulla base di una tariffa convenuta con la struttura medesima) e svolta fuori dall'orario canonico. Credo che questa sia una strada legittima. Credo, invece, che non controllare la libera professione e fare in modo che un medico dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale possa poi lavorare per una casa privata in contrasto con il Ssn e dando vita ad un conflitto di interessi tremendo sia un errore gravissimo. Umberto Veronesi dice che questo è un attacco nascosto alla sanità pubblica: io non credo assolutamente che sia così, ma che in qualche modo questo rappresenti una sorta di cannibalismo da parte della politica. Credo che svolgere l'attività libero-professionale e guadagnarsi i propri soldi stia bene e sia assolutamente legittimo, ma l'idea che un medico viva tutti i vantaggi e le opportunità dell'essere pubblico e poi possa nel privato contrastare il pubblico stesso, agendo a favore di interessi che con esso contrastano, mi sembra davvero assurda. Ovviamente, non controllare la libera professione significa anche, proba-

bilmente, abbassare il livello dell'assistenza pubblica che è il vero cardine e cuore di tutte le forme di assistenza che noi abbiamo nel nostro Paese. Anche l'assistenza privata, infatti, vive in quanto convenzionata e deve fare i conti con i principi ed i meccanismi del servizio sanitario nazionale, oggi servizio sanitario regionalizzato, e comunque sempre con il riequilibrio centrale delle risorse che è fondamentale per poter rendere più equa la situazione già abbastanza ingiusta nel nostro Paese a livello territoriale per quanto riguarda la sanità. D'altra parte, si può capire come sia totalmente assurdo che un ospedale pubblico possa permettere al proprio dipendente di lavorare per un altro ospedale privato e concorrere con esso per assistere i pazienti o per erogare prestazioni migliori. Siamo giunti ad un'assurdità che nel nostro Paese si trascina da troppo tempo e che, a mio modo di vedere, dovrebbe essere arginata, poiché rappresenta una propensione ad accentuare la disuguaglianza, soprattutto in un momento di grandissima difficoltà come quello che stiamo attraversando, e va contro una necessaria e maggiore giustizia sociale che anche nel settore sanitario sarebbe auspicabile.

Costantino Cipolla, professore ordinario di Sociologia e Sociologia della salute, coordinatore della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia e direttore di "Salute e Società".

costantino.cipolla@unibo.it