

# L'Espresso

SETTIMANALE DI POLITICA  
CULTURA ECONOMIA  
N. 4 ANNO LXIV  
21 GENNAIO 2018

DOMENICA 2,50 EURO  
L'ESPRESSO  
+ LA REPUBBLICA

IN ITALIA ABBINAMENTO  
OBBLIGATORIO  
ALLA DOMENICA  
GLI ALTRI GIORNI  
SOLO L'ESPRESSO  
3 EURO

## Finché c'è la salute

**Tagli.  
Privatizzazioni.  
Macchinari a pezzi.  
Così viene distrutta  
la sanità pubblica.  
E gli ospedali  
resistono solo  
grazie a medici  
e infermieri.  
Come racconta  
Mattia Torre  
nella sua serie**

Valerio Mastandrea interpreta  
il paziente Luigi in "La linea verticale"

Poste Italiane s.p.a. sped. in A.P.D.L. 353/03 (conv. in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 1, DDD Roma - Austria - Belgio - Francia - Germania - Grecia - Lussemburgo - Olanda - Portogallo - Principato di Monaco - Slovenia - Spagna € 5,50 - C.T. Sfr. 6,60 - Svizzera Sfr. 6,60 - Ungheria € 4,70 - USA \$ 8,50 - Canada CAD 8,50



**La sanità pubblica compie quarant'anni. Allora fu una conquista civile. Oggi è sempre più aggredita da tagli selvaggi e privatizzazioni**



# **Addio alla salute**

di **GLORIA RIVA**

**Q**uella mattina del 24 agosto Giuseppe Teori, ortopedico all'ospedale San Camillo de Lellis di Rieti, se la ricorda benissimo, anche se ha perso il conto dei volti scioccati che gli sono passati davanti. Su 240 barelle allineate c'erano i corpi martoriati degli abitanti di Amatrice. Lesioni, ferite di ogni tipo, fratture da schiacciamento. Nella notte, mentre dormivano, la terra aveva tremato e le case erano crollate su di loro. «È stato un miracolo», racconta l'ortopedico. Già, ma il miracolo l'hanno fatto soprattutto i 400 giovani medici accorsi da tutte le province del Lazio per salvare vite umane: «Molti di loro li conosco, è gente che da 16 anni tira avanti con un contratto a termine, sono giovani che prendono 100 euro per una guardia medica notturna o si accontentano di 20 euro e una pizza per fare il

medico alla partita di pallone». E un altro miracolo, quel giorno, l'hanno fatto i macchinari dell'ospedale che una volta tanto non si sono inceppati, nonostante vent'anni di carriera e rattoppi continui, che spesso obbligano il dottore a ripetere più volte gli esami.

Quella dell'estate 2016 è stata una situazione straordinaria, estrema, in cui il Sistema sanitario nazionale ha dimostrato di essere all'altezza di una catastrofe. Ma poi ci sono poi i miracoli ordinari, nelle corsie d'Italia. Quelli che si fanno tutti i giorni da dieci anni, da quando è cominciato il mantra dei tagli: meno 70 mila posti letto, meno diecimila professionisti, meno 175 ospedali. Giovani medici precari, macchinari nell'83 per cento dei casi obsoleti. E vecchi primari: il 52 per cento dei camici bianchi ha più di 55 anni, record europeo.

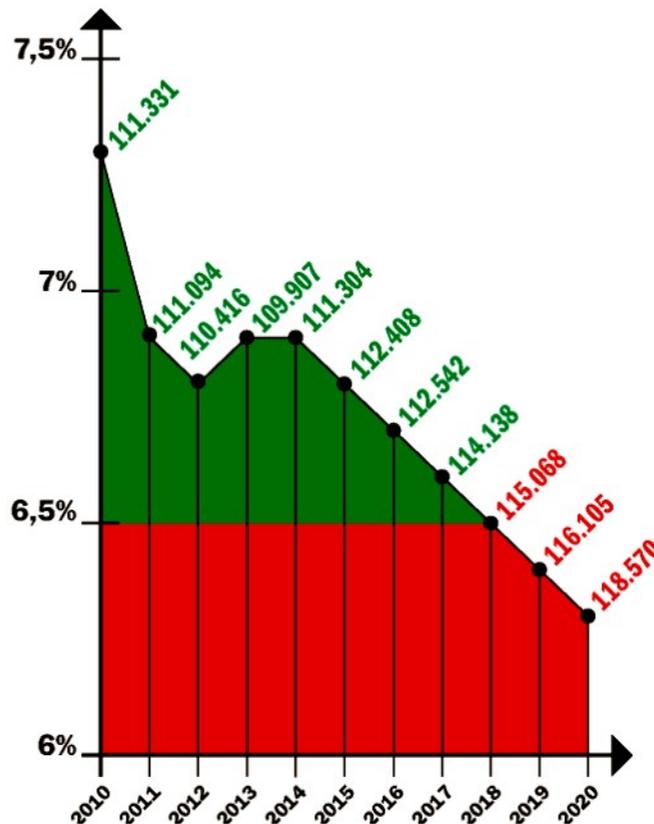
Nel 2018 il Servizio sanitario nazionale compie quarant'anni. Fu istituito nel '78 (Tina Anselmi ministro della Sanità) con il compito non solo di curare la malattia, ma anche di pre-

venirla e di educare i cittadini alla salute. Un compleanno poco allegro, perché proprio quest'anno, per la prima volta in assoluto, l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato l'allarme sulla sostenibilità del modello italiano. Stando ai dati pubblicati dal Consiglio dei ministri nel Documento di economia e finanza, nel 2018 il rapporto tra la spesa sanitaria e la ricchezza prodotta nel Paese, cioè il Pil, scenderà a quota 6,5 per cento, soglia limite indicata dall'Oms. Sotto, non è più possibile garantire un'assistenza di qualità e neppure l'accesso alle cure, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita. L'emergenza continuerà nel 2019, quando si scenderà al 6,4 per cento, per poi sprofondare al 6,3 nel 2020. «Fino al 2015 i tagli sembravano giustificati dalla crisi economica, ma anche adesso che abbiamo imboccato la ripresa il definanziamento è inarrestabile», dice Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, dove da anni si studia con analisi e report la sanità italiana.

Impietosa è la fotografia scattata dal Cergas, il centro studi dell'Università Bocconi di Milano, che ogni anno tasta il polso alla salute nel nostro Paese. «Il nostro è il sistema che costa meno in assoluto: con pochi soldi riusciamo ad avere livelli qualitativi di cure intensive simili a Francia e Germania. Ma stiamo ponendo una pesante ipoteca sul futuro, perché manca tutto il resto. Dopo l'ospedale, non c'è

## Il grande crollo

Percentuale e valore in milioni di euro di Pil italiano destinati alla spesa sanitaria: secondo l'Oms il 6,5 per cento è la soglia d'allarme al di sotto della quale si riduce l'aspettativa di vita delle persone, l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza



Fonte: Documento di Economia e Finanza varato dal Consiglio dei Ministri a dicembre 2017

assistenza per gli anziani non autosufficienti, che oggi sono 2,8 milioni e tra 10 anni saranno 3 e mezzo. Non avendo altro posto dove stare, il 60 per cento di quelle persone continua a entrare e uscire dagli ospedali, ingolfandoli. E il carico dell'invecchiamento è sulle spalle delle famiglie, che non possono reggere oltre», spiega Francesco Longo,

direttore del Cergas.

Un segno tangibile dell'affanno del sistema sono le liste d'attesa fuori controllo. Qualche esempio? Tre mesi e mezzo per una visita oculistica a Milano, quasi quattro per una mammografia al Sud, dicono i numeri di Cittadinanza Attiva. Il risultato è che molti italiani "consumano meno sanità", cioè spesso rinunciano: alle analisi, alla prevenzione, alle terapie. Dice l'Istat che il 6,5 per cento della popolazione ritarda o non si cura più.

Eppure qualcuno ce l'ha fatta ad affrontare il problema delle liste. Come l'Emilia Romagna, che ha usato la strategia del bastone e della carota. La carota sono i 15 milioni l'anno di incentivi alle aziende sanitarie virtuose; il bastone è stata la minaccia di licenziare i dirigenti incapaci di risolvere l'emergenza entro 18 mesi. In più la regione si è dotata di un software che settimanalmente monitora il servizio in ogni struttura. «Siamo disposti a regalare il nostro modello alle altre regioni», dice Antonio Brambilla, responsabile sanità dell'Emilia. Chissà chi accetterà la

sfida. Per ora solo il Lazio si è messo in scia. L'Emilia ha anche messo una spada di Damocle sui reparti che funzionano peggio, minacciando la sospensione della libera professione fino a che non si riducono le liste d'attesa. Già, perché la metà dei medici del Servizio sanitario nazionale ha l'abitudine di tenere il piede in due scarpe, metà giornata

# La fetta di Pil per gli ospedali sta scendendo sotto la soglia che garantisce l'accesso alle cure

lavora nel pubblico, l'altra nel privato. Tutto legale, ci mancherebbe. Ma discriminante socialmente: i benestanti possono avere diagnosi e terapie molto prima di chi benestante non è.

La correlazione fra libera professione dei medici e liste d'attesa è un tema su cui si sofferma anche Raffaele Cantone, il capo dell'Anac, l'agenzia nazionale contro la corruzione: «La sanità è ai primi posti per il rischio corruzione e le liste d'attesa ne sono uno snodo importante, perché rappresentano uno degli strumenti attraverso cui si verifica lo

sviamento dal pubblico. È legittimo che un cittadino scelga il sistema privato, ma quando quest'ultimo diventa di fatto obbligatorio, allora è certamente un fatto illecito. Servono regole più chiare», avverte Cantone. Del resto le cifre parlano da sole: le liste d'attesa hanno fatto impennare la spesa privata per la salute, le famiglie sono arrivate a sborsare - di tasca propria o tramite una mutua privata - oltre 35 miliardi.

Eppure l'ultima classifica Bloomberg colloca la sanità italiana al terzo posto al mondo per efficacia: «Succede perché

l'ente americano mette in relazione l'aspettativa di vita con i soldi spesi per la salute. E visto che gli italiani, per vari motivi, sono particolarmente longevi, la contestuale riduzione del finanziamento ci fa conquistare il podio», spiega Cartabellotta. Che mostra invece il dato più puntuale (e drammatico) dell'Euro Index Consumer Health: qui l'Italia è al ventiduesimo posto su 35 paesi, ma soprattutto è crollata di 11 posizioni in dieci anni. Uno dei nostri beni più preziosi, in termini di welfare, si sta sgretolando. Aggiunge Cartabellotta: «L'indi-

## Le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Così s'impennano le visite e le analisi a pagamento

ce più accurato per valutare l'efficacia del sistema sanitario è la cosiddetta "aspettativa di vita in buona salute", per la quale siamo al di sotto della media europea. Insomma viviamo sì a lungo, ma peggio che altrove».

## La vergogna dei doppi turni

Intanto i sindacati di medici e infermieri hanno deciso di entrare in "stato d'agitazione" dal 22 gennaio, preannunciando disagi negli ospedali pubblici. La protesta, dicono, è l'unico modo per attirare l'attenzione dei politici, tutti presi dalla campagna elettorale. «Il diritto alla salute è già stato tolto. E i politici hanno il dovere di dirci quale modello di sanità intendono dare agli italiani», dice Costantino Troise, segretario dell'Anaa, il maggior sindacato dei medici.

Anche il ministro uscente della Salute, Beatrice Lorenzin, è in campagna elet-

torale con il suo nuovo partito, Civica Popolare, per il quale ha lanciato lo slogan «nido gratis per tutti». Ma secondo Troise la sua gestione della sanità non merita la sufficienza: «Sono state fatte anche cose positive, non lo nego. Ad esempio l'Italia è fra i pochi paesi a garantire i costosi farmaci per la cura dell'epatite C. Ma questa è anche la legislatura che ha accentuato più di tutte il definanziamento del servizio sanitario. Forse perché è il ministero dell'Economia a decidere tutto?», si domanda Troise. E snocciola i dati: nel 2013 la quota di spesa pubblica era del 7,1 per cento sul Pil, nel 2018 è scivolata al 6,5. «Francia e Germania spendono il 30 per cento più di noi», incalza il sindacalista dei medici.

I dottori chiedono anche più soldi (i loro salari sono fermi da dieci anni) e lo sblocco del turnover, che consentirebbe l'ingresso di nuovo personale negli ospedali. Legittimo, ma il rapporto

Cergas dice che l'emergenza più grave è un'altra: mentre il numero dei medici è pressoché in linea con quello della Germania e della media europea, sul fronte degli infermieri andiamo malissimo: ci sono 5,4 unità ogni mille abitanti contro i 9 della media Ocse, i 10,2 della Germania, i 18 della Svizzera. E in Italia quelli in servizio, sia per far quadrare i conti famigliari (guadagnano 1.200 euro al mese o meno) sia per non lasciare i reparti scoperti, sono spesso costretti a doppi turni, fino a 16 ore consecutive: con un inevitabile crollo d'attenzione e di cura per i pazienti e con un massacro per loro. All'inizio di gennaio, ad esempio, un'infermiera di 66 anni dell'ospedale di Anzio ha dovuto fare un doppio turno al termine del quale è caduta a terra colpita da un'emorragia cerebrale. Come - o peggio - che in un film di Ken Loach.

Anche per i posti letto in Italia siamo molto indietro: 3 ogni mille

# Gli infermieri lavorano anche 16 ore di fila. Un massacro per loro, un rischio per i pazienti

## RADDOPPIATI I TEMPI PER UNA MAMMOGRAFIA

L'aumento dell'attesa per le visite specialistiche dal 2014 al 2017 (in giorni)

PRESTAZIONE	Tempi 2014	Tempi 2017	Giorni in più
Visite cardiologiche	59	67	+8
Visite ginecologiche	38	47	+9
Visite oculistiche	70	87	+17
Visite ortopediche	48	66	+18
Colonscopia	87	93	+6
Mammografia	62	122	+60
Risonanza magnetica	74	80	+6

Fonte: Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato - XX Rapporto PIT Salute, 2017

abitanti contro i 4 della media Ocse e gli 8,1 della Germania. «In Italia un medico costa come tre infermieri. Forse bisognerebbe puntare su questi ultimi, ma una svolta di questo tipo, in Italia, non è facile da mettere in atto», dice il professor Longo della Bocconi.

L'altra emergenza sono i giovani. Spiega Andrea Filippi della Cgil medici che il calvario della precarietà è iniziato nel 2001, quando sono comparsi i primi contratti a termine. Oggi ci sono 12 mila specialisti con rinnovo annuale e una paga base di circa 80 euro al giorno. Gli anni di attesa per una specializzazione sono 15. Dalle regioni al collasso, tipo la Campania e la Calabria, i giovani fuggono e cercano lavoro al nord. Come ha fatto Chiara (nome di fantasia necessario per garantirle il suo posto da medico precario), napoletana, emigrata in terra comasca: «Ho provato a cercare lavoro a Capua, dove riuscivo a guadagnare 100 euro netti ogni dodici ore di turno in guardia medica, meno di una colf. Poi sono venuta in Brianza: qui ho un contratto di sostituzione in guardia medica e prendo 240 euro per 12 ore di turno notturno, sempre con partita Iva. Ma non basta per arrivare alla fine del mese, così nelle altre notti lavoro all'Humanitas, un ospedale privato di Milano che mi paga 14 euro netti all'ora».

Ma per i medici la discesa verso gli inferi del precariato è ancora lunga e dal girone del cottimo si passa a quello del caporalato. Così lo definisce Alessandro Vergallo, presidente dei medici anestesisti e rianimatori, che ha inviato una serie di segnalazioni al ministero indicando i nomi delle cooperative che, in regime di subappalto, gestiscono interi reparti di ospedali pubblici e cercano urgentemente medici. Succede a Caorle e Bibione, dove la cooperativa Cssa cerca medici «per il weekend nei punti di primo intervento». Succede al San Camillo di Roma e all'ospedale di

Cervia dove la Medical Line Consulting cerca specialisti per poterli inserire «all'interno di alcuni di questi progetti lavorativi», come recita l'annuncio. Accade a Pieve di Coriano (Mantova), dove la Medical Service Assistance ricerca «collaboratori per il presidio ospedaliero, da inserire in sala operatoria». Vergallo sostiene che l'assunzione di medici attraverso coop è diventata una prassi, avallata dalla patologica carenza di personale: «Un fenomeno che fior di commissari e direttori generali nominati dalla politica non sono stati in grado di prevedere. La situazione è drammatica, ma non per questo bisogna tappare i buchi in modo illegale», dice Vergallo.

## Camici bianchi in fuga

In fondo alla catena sanitaria, gli ultimi sono i medici neolaureati e gli specializzandi. Il sistema formativo permette a un solo medico laureato su due di accedere al percorso di specializzazione. Quest'anno per 6.676 contratti di specialistica, si sono presentati in 15 mila, dicono da Federspecializzandi. Sono rimasti appiedati ottomila neolaureati,

costati allo Stato 24 mila euro ciascuno per la formazione. Ed è probabile che molti prenderanno la via dell'estero, e che saranno ben accolti da Inghilterra, Germania e Francia.

Chi invece resta in Italia per la specializzazione si fa carico di grossissime responsabilità. Carte alla mano, il sindacato dei medici anestesisti mostra come alle volte nelle sale operatorie di Borgo Trento e nell'azienda ospedaliera universitaria integrata di Padova l'unico anestesista presente sia in realtà un giovane specializzando, che in teoria dovrebbe essere affiancato da un anestesista vero. Idem nelle sale rianimazione post operatorie. «Per far fronte all'assenza di anestesisti, in una sala operatoria interviene lo specializzando che si registra con la sigla Mif, "medico in formazione". In un'altra sta l'anestesista, che fa da tutor e, in caso di urgenza, dovrebbe correre ad aiutare il giovane», racconta Vergallo. È sempre filato tutto liscio, tranne una volta. Era il 2008 e un giovane anestesista, lasciato solo in sala rianimazione, sbagliò una manovra. Il paziente morì. Il giovane fu accusato di omicidio colposo. Il miracolo, quella volta, non ci fu. ■

# E chi può si fa l'assicurazione

**Si chiamava Inam**, Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, e fino agli anni Settanta è stato il più importante ente mutualistico d'Italia. Chiunque lavorasse ci versava una fetta del proprio stipendio per garantire le cure a tutta la famiglia. E chi non lavorava, se si ammalava finiva sul lastrico. Poi è arrivato il Servizio sanitario nazionale, che nel 1978 ha spazzato via le mutue e azzerato le disuguaglianze fra ricchi e poveri. Oggi, sotto l'accattivante inglesismo del "second welfare", le mutue sono tornate in auge, prendendo le sembianze di casse, polizze sanitarie e fondi di previdenza integrativa.

Dice il quarto Rapporto Welfare che il benefit più amato dai dipendenti in un'azienda è l'assistenza sanitaria integrativa: la desiderano 3 lavoratori su 4. Ed effettivamente, oltre ai buoni pasto, le imprese offrono per lo più la mutua privata. Succede perché il sistema sanitario è in affanno e gli italiani cercano un'alternativa. Già oggi un terzo delle cure è offerto da strutture private e i cittadini spendono di tasca propria oltre 35 miliardi.

I primi a rendersi conto del grande affare sono state le assicurazioni, spiega Aldo Piperno, docente di Sociologia dei Fenomeni Economici all'Università Federico II di Napoli. I premi nel settore della salute sono passati da 1,7 a 2,1 miliardi in dieci anni e crescono del 4,1 per cento l'anno. «Fino al 2000 il comparto del welfare sanitario privato era residuale», c'era il Servizio sanitario nazionale per tutto e per tutti. Poi la domanda di visite specialistiche in tempi rapidi è cresciuta e lo Stato, alle prese con i tagli ha sganciato benefici fiscali per favorire la creazione di nuove mutue che, teoricamente, dovrebbero servire a coprire i buchi lasciati dalla sanità pubblica. Così il nuovo sistema di welfare aziendale ha preso piede. L'Agenzia delle Entrate dice che nel 2014 erano 9 milioni gli italiani con un'assicurazione sanitaria integrativa, saliti a 14 nel 2017.

Saranno 21 milioni nel 2025.

Franco Masini, responsabile dell'Unità Coronarica di Parma e medico di Emergency, lancia l'allarme: «Si va verso un sistema sanitario a doppio binario. Un servizio pubblico per le fasce più deboli. E una sanità privata per garantire procedure rapide. La sanità italiana non è più universale, neppure in Emilia». Infatti le persone che si assicurano sono per lo più lavoratori dipendenti, spesso dirigenti, uomini, del Nord Italia, ben istruiti. «Eppure ci sono 10 milioni di italiani che non riescono ad accedere al sistema sanitario pubblico», continua Masini, preoccupato per la rinascita delle mutue. «È un fenomeno che stiamo sottovalutando e parecchio rischioso», conclude.

Del resto sulle mutue stanno puntando davvero tutti. I sindacati, in tandem con le organizzazioni datoriali, siedono nei consigli d'amministrazione dei maggiori fondi di previdenza. Per esempio Metasalute, fondo sanitario dei metalmeccanici, da quest'anno è diventato obbligatorio

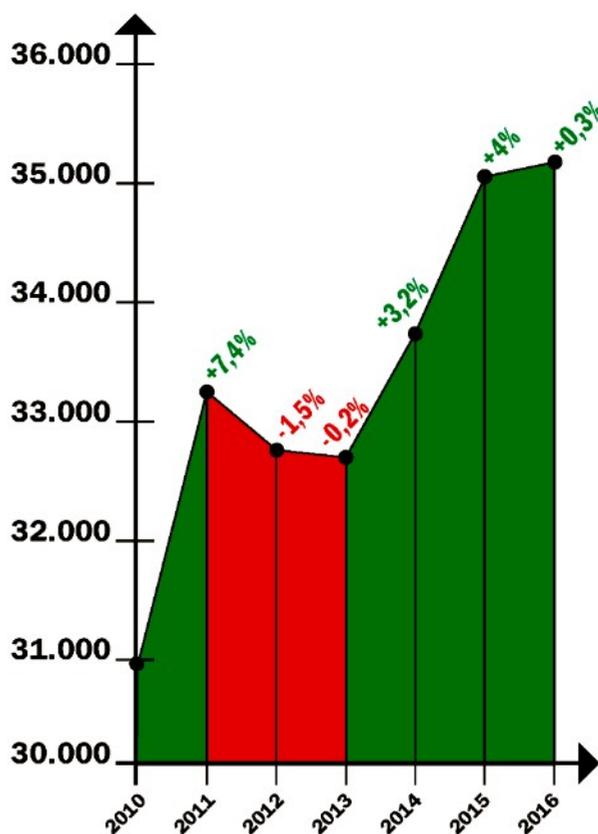
per tutte le tute blu e passerà da 200 mila a 1,5 milioni di iscritti. Le imprese ci guadagnano perché quella parte di salario è tassata meno della metà rispetto al resto della busta paga. «Ma così facendo lo Stato non incassa oltre 700 milioni di tasse che potrebbero servire a sostenere la sanità pubblica», spiega **Costantino Troise, segretario di Anaa Assomed, il maggior sindacato dei medici.**

Inoltre l'effetto del second welfare potrebbe essere tutt'altro che positivo, perché secondo un'indagine Ocse e altre ricerche condotte in Germania, Francia e Canada le mutue private fanno aumentare il numero degli utenti della sanità, specialmente per le visite specialistiche: 46,6 per cento per gli assicurati, 25,9 per i non assicurati. Perché le visite più costose e i secondi accertamenti vengono fatti sempre a carico del sistema sanitario nazionale.

G.R.

## Io cash, tu Tac

Spesa sanitaria privata corrente (in milioni di euro) e percentuale di crescita di anno in anno



Fonte: Cergas Bocconi

# Un miracolo, malgrado i politici

colloquio con **Francesco Taroni** di **Letizia Gabaglio**

**Era il 1978**, l'anno del rapimento Moro e dell'elezione di Pertini. La crisi economica minacciava il Paese, alla guida dell'Italia c'era il governo di "solidarietà nazionale" guidato da Giulio Andreotti. Ministro della sanità era la democristiana di sinistra Tina Anselmi. A dicembre, quasi in sordina, («distrattamente», come ebbe a dire Luciana Castellina) il Parlamento approvò la legge 833, dando vita così al Sistema Sanitario Nazionale, ispirato all'articolo 32 della Costituzione e al principio della salute come bene universale e gratuito. Prima il sistema era basato sulle cosiddette "casce mutue" di categoria (la più famosa era l'Inam): quindi il diritto alle cure derivava non dall'essere cittadino, ma dall'essere lavoratore (o suo familiare), il che determinava casi di mancata copertura e gravi sperequazioni tra cittadini. Ripercorriamo i 40 anni del Ssn con Francesco Taroni, professore di Medicina Sociale all'Università di Bologna, autore del libro "Il Ssn in una prospettiva storica" (Il pensiero scientifico, 2011).

**Professor Taroni, come nacque il Sistema sanitario nazionale? Che cosa convinse i politici a crearlo?**

«Da una parte la grave crisi finanziaria delle casce mutue, che richiese un finanziamento di quattromila miliardi di lire del tempo. Dall'altra l'istituzione delle Regioni, che risaliva al 1973. E poi, soprattutto, le istanze sociali nate con la "stagione dei movimenti": quello femminile, operaio, studentesco, antimanicomiale. Il risultato fu una legge che trasformava l'assistenza sanitaria in un diritto di cittadinanza, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. Un atto di forte volontà politica che sanciva però il massimo di dissociazione fra situazione politica e realtà economica, perché di risorse non ce ne erano».

**I problemi di sostenibilità economica furono evidenti fin dall'inizio. Come se ne uscì?**

«I tentativi di cambiare cominciarono subito. Ma gli interessi in gioco nel campo della salute sono così grandi e divergenti fra loro che solo in situazioni eccezionali si riescono a far convergere. Nel 1992 il sistema fu riformato per via del diverso

clima politico: l'Italia si dibatteva fra la gravissima crisi economica che aveva determinato l'uscita dallo Sme e l'inizio di Tangentopoli. La crisi finanziaria combinata con quella di legittimità politica creò una finestra temporale favorevole per l'approvazione in modi molto spicci di una nuova legge, conosciuta come riforma Amato-De Lorenzo, che avrebbe dovuto fare giustizia delle "romantiche" della legge del '78, con l'aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema in un senso molto forte e puntuale. Il decreto legislativo 502/92 impose che i Livelli di assistenza dovessero essere subordinati alle disponibilità finanziarie: lo Stato stabiliva le prestazioni che ci potevamo permettere, le Regioni se volevano garantire di più dovevano trovare fondi propri, per esempio le mutue private. Poi, nel 1999, il ministro Rosy Bindi introdusse i Livelli Essenziali di Assistenza che, inseriti nella riforma costituzionale del 2001, non sono più da considerarsi obiettivi da raggiungere, ma diritti da garantire a tutti i cittadini».

**Il conflitto fra potere centrale e Regioni inizia quindi ben prima della Riforma del Titolo V della Costituzione, che spesso viene evocato per spiegare i 20 diversi sistemi presenti in Italia.**

«È vero. Attribuire alla riforma del 2001 la colpa di aver creato una disuguaglianza nel trattamento dei cittadini è storicamente inesatto. Ambiguità nelle relazioni fra "il potere della borsa" del governo centrale e le competenze di programmazione delle Regioni c'erano già nella prima legge e la controriforma del 1992 non le sciolse. Comunque lo Stato è dovuto intervenire con i "piani di rientro" che hanno interessato praticamente tutte le Regioni nell'ultimo decennio. Un sistema che, se ha contribuito a risanare i conti, ha anche penalizzato i cittadini chiamati a pagare più tasse e ricevere meno servizi a causa del blocco delle assunzioni del personale. Il sistema però ha saputo rispondere, dimostrando di essere virtuoso nonostante tutto».

**In che senso?**

«Basta guardare le cifre: in Italia il finanziamento per la sanità, pubblico

e privato insieme, è di poco superiore al 7,5 per cento del Pil, mentre la Germania spende oltre il 10 per cento, la Francia il 12. Se poi guardiamo all'andamento della spesa, vediamo che la nostra è cresciuta meno della metà della media Eu. Pur facendo economia, otteniamo però risultati in termini di salute tendenzialmente migliori degli altri paesi. Ma alla lunga questo è difficilmente sostenibile».

**Il finanziamento aggiuntivo, come quello delle assicurazioni private, può aiutare a rendere il sistema più efficiente?**

«Dobbiamo considerare che ci sono servizi assicurativi ad alta redditività, che verranno quindi offerti da molti, e altri che rendono meno, e che quindi saranno più difficili da reperire. Prima di abbracciare un sistema del genere dovremmo dimostrare che è possibile integrare il funzionamento delle diverse fonti di finanziamento e dei servizi a cui garantiscono l'accesso. Non mi risulta che ci siano prove in questo senso, neanche in altri Paesi. Senza considerare, naturalmente, che un sistema di questo genere è incompatibile con i principi fondamentali del Ssn».

**Negli ultimi anni è stato fatto qualcosa per cercare di migliorare la struttura del Ssn?**

«Se si fa eccezione per alcuni provvedimenti del ministro Renato Balduzzi (governo Monti), di attuazione peraltro stentata, non mi sembra che la politica sanitaria degli ultimi anni abbia inciso a sufficienza sugli aspetti strutturali del sistema. Il discorso intorno alla sanità si è fatto via via sempre più economico e finanziario. Ma il fabbisogno, quanto cioè dobbiamo investire in sanità, non può essere determinato solo dagli equilibri finanziari. Non possiamo disconoscere la crisi, ma dobbiamo anche capire quali sono le necessità assistenziali del nostro Paese. Al di là delle decisioni prese dai governi, che si possono più o meno condividere e che in larga parte hanno interessato questioni di dettaglio, è mancato un discorso pubblico e condiviso sul futuro della sanità». ■

# In corsia c'è la luce del mondo

**La diagnosi di cancro. Il ricovero. Il reparto dove si lotta per la vita. E la scoperta di un'umanità fantastica. Mattia Torre racconta la sua "Linea verticale"**

di DENISE PARDO

**«La malattia può essere una grande occasione di crescita. Se ne esci, ne trai qualcosa di molto costruttivo. Ed è quello che ho voluto condividere»**

**L**a temperatura. Il problema era la temperatura del tono e del racconto. Nella serie tv e nel libro non era semplice misurarla bene, anche se Mattia Torre, scrittore, sceneggiatore, regista, si era appena ripreso da qualcosa di molto più complicato. L'esperienza di un intervento importante per un tumore al rene: ventuno giorni nel reparto di urologia di un grande ospedale, che aveva l'urgenza culturale, antropologica, sentimentale di raccontare.

Poi ha pensato, spiega, che se qualcuno si fosse sentito offeso dalla temperatura del racconto, a volte satirico, surreale, a tratti tragico e un po' folle, lui sarebbe stato protetto dall'onestà della verità, «e dall'aver voluto esternare la mia personalissima storia». Con un'ulteriore aggravante al paradosso della comicità in un affare così serio. La rappresentazione di una sanità buona di un ospedale che funziona come un dio. Il simbolo che può esistere nel pieno della normalità.

La storia è "La linea verticale". Laddove verticale sei vivo, orizzontale sei morto, 137 pagine di carta scritte da Torre e quattro prime serate su Rai 3 sceneggiate e dirette sempre da lui. Il racconto di una pagina sociale del paese dove una piccola porzione dell'arcipelago della sanità italiana si trasforma nella parabola anche politica di quello che il Paese potrebbe essere, e che infatti lo è in certi o in tanti posti e non lo veniamo a sapere nemmeno «Perché siamo il Paese dove ognuno vorrebbe stare da un'altra parte, dal presidente del Consiglio che farebbe carte false per governare un civile Paese nord europeo all'ultimo dei disperati che cerca rame per venderlo come negli anni Cinquanta».

Un paese disomogeneo, in conflitto permanente dove in un

ospedale, l'ultimo dei luoghi che ti viene in mente di andare a cercare, è possibile ritrovare «un mondo luminoso». Dice luminoso, proprio così. E Torre ha fama di uomo ironico, intellettuale, tecnico raffinato di satira e dei suoi trucchi, che ha scritto per Guzzanti e Dandini, autore e regista di "Boris" e di "Ogni maledetto Natale", uno che ha senso dell'umorismo e dell'autoironia e non parla di luminosità tutti i giorni e tanto per dire.

Da un minuto all'altro due anni fa gli dicono che ha un tumore da operare d'urgenza. Nel giro di pochissime ore si trasforma nel paziente italiano, uno come tutti, un paziente zero di cui nella serie e nel libro, a parte una moglie all'ottavo mese di gravidanza e una figlia di sette anni, non si saprà cosa faccia nella vita, in quale quartiere abiti, perché nel microcosmo del reparto dell'ospedale questo non conta nulla.

Conta invece che «tutto è possibile a chi crede» come segnala la grande scritta nell'atrio dell'istituto che lascia costernati lui e Valerio Mastandrea (nella serie è il protagonista) che era passato a trovarlo. «Una frase dalla violenza inaudita. «Allora io sono spacciato», gli ho detto. Per fortuna l'input non era proprio esatto», racconta Torre, a proposito di temperatura.

«Forse è una forzatura dirlo ma la malattia è stata una grandissima occasione di crescita», spiega seduto come un guru su una sedia da ufficio che fa muovere come una lancetta nel piccolo studio simile a quello di uno psicanalista; l'atmosfera è questa, e infatti le altre stanze sono occupate da medici e lettini che fanno il loro lavoro. «Se hai la fortuna di uscire quanto meno da quella porzione di crisi, naturalmente il futuro è sempre incerto, puoi trarne qualcosa di molto costruttivo. Per me è stato esaltante trasformare un'operazione dolorosa in un progetto culturale, scrivendo senza rete, affrontando un tabù molto forte, parlare di dolore afferrando la comicità delle situazioni, esorcizzando la paura

che è sentimento comprensibile ma il più inutile in un ospedale dove devi affidarti e basta». Se non hai paura di niente, scrive, puoi sopravvivere a tutto.

“Linea verticale” è un grande piccolo pezzo del racconto della condizione umana, il corridoio di un reparto di malati, la sveglia del pop italiano della caposala, vera macchina da guerra. Il su e giù dei sentimenti (è un dramedy, «ok ok, ho scritto un dramedy ma l’ho saputo dopo»), lacrime e vasi sanguigni, risate e valore dell'emoglobina, la vita e la morte per ridere o tremare. E poi le infermiere che danno subito del tu, le tipologie dei medici, quelli che ripetono la stessa incomprendibile frase, quelli dalla falcata calcolata al millimetro per scappare senza dare l'impressione di sfuggire come invece hanno intenzione di fare, i mantra che non vogliono dire nulla come “un passo alla volta”, per esempio, oppure “ci devi mettere la testa”, «che mi faceva impazzire, che volete dire, datemi una ricetta, una formula chimica, dove la devo mettere questa testa?».

**Tra l'operazione** e la degenza passano tre settimane, ma già dopo i primi giorni in una sorta di sdoppiamento da trattato teatrale, uno scrittore che si ritrova nella sua storia che poi scriverà, è come si spalancasse uno scenario sconosciuto e affascinante. Come la scoperta di un reparto di eccellenza (al Regina Elena di Roma, «dove sono stato curato senza pagare un euro con le migliori cure e le migliori terapie»), in cui tutti sono carini e bravi, nessuno parla male di nessuno, segnato dalla figura di un chirurgo anti barone amato da tutti, innamorato del suo lavoro e a cui tutti riconoscono le qualità che ha. Uno spaccato quasi irreali. Dove la differenza rispetto all'inquietudine collettiva tra gerarchie, famiglie, condomini della società «sana» pervasa dal senso dell'estraneità, fa spalancare gli occhi. «La mancanza di coesione, la rabbia scaricata verticalmente, la ferocia ingiusta del conflitto latente che nella vita normale sembrano ormai acquisite, in quel reparto d'ospedale così armonioso mi sono apparsi davvero il tema capitale. Soprattutto osservando come il chirurgo che mi ha operato rappresenti tutto il contrario di chi in una posizione di potere debba rivelarsi per forza uno stronzo scollato dalla realtà pronto prima o poi a abusare di questa posizione di potere». Nella serie il suo chirurgo, il professor Zamagna gli appare oniricamente di notte. Nella vita reale il professor Michele Gallucci, questo è il vero nome, abbandona la noia delle cene per andare a controllare come stanno i suoi pazienti. «Non si aspettava che il mio lavoro sarebbe stato anche un monumento a lui. È un uomo buono e sentimentale e c'è qualcosa di più profondo e raro in lui che ho cercato di raccontare».

**L'immersione** è in un mondo virtuoso dal quale si esce arricchiti e non impoveriti, gli amici gli fanno visita e prima di andare via lo avvertono che ne scriverà una grande storia, il professore Zamagna-Gallucci gli chiede «Come hai potuto vedere tutto questo nella condizione in cui eri?». Torre in realtà non ha in mente nulla, allo choc della malattia si è aggiunta la curiosità di un mondo parallelo di positività inaspettata. Quando lo scrittore Vittorio Sermonti va a trovarlo gli raccomanda: «Lasciati andare a un abbandono vigile».

Al ritorno a casa, senza aver preso un appunto ma avendo solo osservato, incamerato, assorbito, gli torna in mente tutto come qualcosa che era dentro ma poteva uscire quando lui sarebbe stato fuori. E quando le porte dell'ascensore, altra linea simbolicamente verticale (le sale chirurgiche nel ventre della terra, gli inferi, il piano meno tre, i reparti a quelli superiori), lo riconsegnano alla sua vita. «Doveva essere uno spettacolo teatrale poi Lorenzo Mieli, il mio produttore, mi ha scongiurato di provare a fare almeno un episodio pilota di una serie.

Ha avuto ragione lui», ricorda Torre. Tinni Andreatta, capa di Rai Fiction si è entusiasmata e i critici continuano a applaudire. «Quando è andata in onda m'hanno chiamato gli infermieri del reparto: la loro categoria è il motore della sanità italiana, fanno un lavoro fondamentale, sottopagato, faticosissimo. Erano davanti alla tv, tutti insieme intorno al mio ex letto ora occupato da un giudice costretto a vedere la mia storia di cui non gli fregava proprio nulla. Oggi mi ha telefonato Carla Taviani, la moglie di Vittorio: “Conosco le strutture pubbliche”, mi ha detto, “e leggendo il libro ho capito che l'ospedale è un luogo dove le persone si amano”. È proprio così e non avevo mai pensato che potesse capitare in un paese disomogeneo come il nostro. Eppure, gioco forza, si sviluppa una forma di fratellanza credo inevitabile, qualcosa tra tenerezza e solidarietà, una spiritualità poco religiosa».

**C'è Peppe, il compagno** di stanza architetto, elegantissimo, di Gaeta, diventato un fratello nella vita reale con il quale registrare e ritualità della degenza. C'è il compagno di stanza chirurgo somalo «che nel momento del massimo dolore diceva “i drenaggi sono molto buoni, bene, bene mi piacciono”, e io mi domandavo “ma chi cavolo è questo?”». C'è quello che viene in visita trascinandolo flebo e sacchetti e nessuno sa se sta parlando a un amministratore delegato o a un criminale. «Era una rappresentazione alla Spike Lee. Uomini in pigiama e pantofole, la livella sociale più evidente, tutti disgraziati con cui chiacchierare di cose di cui nessuno sapeva nulla come l'emoglobina e ridere perché qualunque dolore si provasse era sempre colpa dei vasi sanguigni. Eravamo dei complici riuniti nei corridoi senza nessuna altezzosità. Hai poco da far valere la tua individualità. Stai lottando in un altro campionato, un campionato assoluto».

**Tutto cambia, dopo:** soprattutto il rapporto con il desiderio, qualcosa di viscerale e potentissimo che trascuriamo sempre. Capire cosa si vuole sul serio è stata una delle tappe della malattia. Nel racconto ci sono tanti bellissimi flash: «Come stai Amedeo?», chiede al suo compagno di stanza. «Come un tramonto», risponde l'altro. Arriva la ripresa della vita normale, «ora sai che non sei indistruttibile, e quindi provi riflessologia, meditazione, pilates, dieta. Ecco, no. Ho retto tutto, terapie, tac, farmaci pesantissimi ma rinunciare a polpette e a pane burro e alici, no. Bisogna cercare di essere felici e a me la felicità la dà lo chardonnay».

Linea verticale è un racconto politicamente sano di una sanità politicamente pulita e di una leadership luminosa. «La luminosità che aveva il corridoio del reparto bagnato dalla luce morbida delle undici del mattino». Forse è la sindrome della montagna incantata ma, dice Mattia Torre, «questo tumore mi ha salvato la vita».