

Le sfide politiche per chi opera nell'ambito sociosanitario

Margherita Miotto

Il Servizio Sanitario Nazionale è soggetto a una quasi “tortura del pendolo”, che oscilla fra spinte innovatrici e rapide regressioni. Guardate, i nostalgici sono tanti e sono un po' impenitenti, quindi noi dobbiamo stare molto attenti a quello che sta accadendo anche in questi tempi, perché i movimenti regressivi non sempre sono espliciti. Non aspettiamoci riforme epocali che dicano che è cancellato il valore universale del Servizio Sanitario Nazionale. Talvolta basta cambiare un piccolo emendamento, apparentemente poco significativo, due parole, per travolgere il senso di una riforma.

E nel caso specifico nemmeno un emendamento è necessario. Basta lasciare le cose come sono, come stanno, cioè lasciare lo status quo. E fatalmente si arriva ad una dissociazione tra il Servizio Sanitario Nazionale e l'area di consenso necessaria per poterlo far vivere, che sono i cittadini. Nel momento in cui non assolve più la sua funzione, ci sarà un abbandono lento ma inesorabile.

Ecco perché è necessario avere memoria di ciò che è accaduto in questi cinquant'anni. Il Servizio Sanitario Nazionale ha 46 anni, ma serve che facciamo memoria di cosa c'era prima, nei cinquant'anni precedenti, cioè il sistema delle mutue.

Scusate se ricorro a un riferimento personale. Io sono del 1948. Nel '48 c'erano alcune mutue, che garantivano alcune prestazioni ai lavoratori dipendenti. Io sono nata in una famiglia di imprenditori agricoli, che non avevano una mutua. Prima di me, mia mamma ebbe due gravidanze e purtroppo non riuscì a portarle a termine. Quando rimase incinta la terza volta, mi hanno riferito che mio nonno e mio papà dissero “e no, stavolta non si può rischiare”, perché si nasceva in casa a quei tempi. “Questa volta non si può rischiare e allora vendiamo una bestia, un toro che abbiamo, e tu vai – dissero a mia mamma - a partorire in clinica a Padova”.

Così fecero. Io sono qua che vi parlo, ma non sono mica sicura che se fossi nata in una famiglia che non aveva la possibilità di fare questo, chiamiamolo investimento, non so se ci sarei, non lo posso dire, ma certamente una famiglia che non aveva queste possibilità non poteva ricorrere a un ricovero, in questo caso privato, perché non c'era la mutua che garantiva queste prestazioni.

La mutua per il mondo agricolo fu introdotta nel 52-53 e quindi un po' cambiarono le cose. Vi ho fatto questo esempio per dirvi quante disuguaglianze il sistema mutualistico aveva generato nel Paese, anche se alla fine copriva circa il 90% della popolazione, quindi era quasi universalistico. Universalistico per quanto riguarda la platea di iscritti, ma non per le garanzie che poteva assicurare, perché ognuno aveva garanzie diverse a seconda della sua professione.

E all'interno della famiglia, i familiari non avevano le stesse garanzie del titolare della posizione assicurativa. Si dice sempre, esemplificando, il diritto alla salute era garantito in base al colore del libretto, perché a seconda se eri un dipendente statale, se eri un lavoratore

metalmecanico, se eri un commerciante, un artigiano, eri iscritto a un ente diverso con garanzie diverse. Quindi il massimo della disuguaglianza che si accompagnava ad una concezione della salute che era l'opposto di quella descritta da Don Virginio (stato di benessere che comprende vari fattori: l'abitare, la cultura, il lavoro, il tempo libero, la gestione delle pene in carcere e tanto altro ancora, ndr)

Era considerata la salute come assenza di malattia, e quindi l'assicurazione era di fatto di tipo prestazionistico. Tante prestazioni, quindi farmaci, la specialistica, ricoveri ospedalieri e il medico di medicina generale. Questo era il sistema mutualistico ereditato dal periodo fascista, nei cinquant'anni precedenti, il '78.

Poi c'era un altro problema, e lo dico perché la legge 833 ribalta anche questa prospettiva. Il sistema mutualistico era privo di un governo unitario. La sanità pubblica faceva capo al Ministero degli Interni. Il Ministero dei Lavori pubblici finanziava gli ospedali. Il Ministero del Lavoro vigilava sulle mutue. Il ministero della sanità non c'era fino al '58, e quando viene istituito ha scarse competenze, quasi insignificanti, e nessuno che potesse coordinare questi livelli di governo.

Con il miracolo economico, ovvero una fase di grande espansione, tutti i lavoratori dipendenti erano obbligatoriamente iscritti e ben presto le mutue si imbararono in un progressivo indebitamento nei confronti degli ospedali, che erano organizzati come enti autonomi e fatturavano alle casse il costo delle prestazioni erogate per gli iscritti di quella cassa. Ben presto il livello del debitorio delle casse mutue nei confronti degli ospedali raggiunse soglie eccessive, nonostante gli interventi dello Stato a ripianare i debiti.

E fu necessario, quindi, un intervento drastico: nel 1974 vengono sciolte le casse mutue, trasferito tutto alle regioni, perché nel frattempo erano nate le regioni nel 1970, e il Ministero di quel tempo, Vittorino Colombo, deposita contemporaneamente alla Camera il primo progetto di legge per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che verrà poi approvato quattro anni dopo. Questa è la situazione prima del SSN e ci sono molte similitudini con iniziative che ora sono già presenti e che assomigliano moltissimo al sistema mutualistico di quel tempo.

Una per tutte, i fondi integrativi sanitari sostitutivi, che vengono attivati con le procedure del welfare aziendale. Le caratteristiche non sono state contanti da quella situazione. Peraltro, già subito dopo la seconda guerra mondiale, in Europa si erano diffuse esperienze, invece, di welfare universalistico, cioè per tutti, uguale per tutti, ispirate dal modello Beveridge di welfare universalistico finanziato dalla fiscalità generale, partendo dal principio che alcuni servizi come l'istruzione e la sanità dovevano essere sottratti al mercato e quindi garantiti dallo Stato per dare a tutti pari opportunità e per non dilatare le disuguaglianze.

In Italia si sviluppa un pensiero e un vasto movimento di intellettuali ma anche di cittadini, di lavoratori, che chiedono una riforma sanitaria improntata al modello universalistico. Si distinguono in particolare i lavoratori che chiedono tutela per la salute sui luoghi di lavoro, che chiaramente non era compresa nel modello mutualistico. Si distinguono le donne che

chiedono l'apertura dei consultori e la legge sui consultori precede la riforma sanitaria. E poi ci sono dei visionari, come Basaglia, che chiedevano il superamento dei manicomi.

Questi movimenti influenzarono i partiti, che a larghissima maggioranza approvarono nel 1978 la 833, la riforma del Servizio Sanitario Nazionale. Nella 833, viene trasferita la legge 180, che era stata scorporata precedentemente per desiderio di Basaglia e dei suoi, che venne approvata qualche mese prima l'approvazione della riforma sanitaria, ma che con la riforma poi venne assorbita. E noi troviamo la legge 180 dentro alla 833.

C'è una nuova visione di salute: salute che diventa un diritto universale per tutti, la salute che è garantita attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione, aspetti che precedentemente chiaramente erano pressoché inesistenti; il finanziamento è garantito con la fiscalità generale; la gestione è multi livello, cioè la garanzia del diritto è nazionale, le Regioni hanno la competenza dell'organizzazione, la gestione è in campo ai Comuni e a livello locale si organizza la partecipazione dei cittadini.

Questo era il modello: sul piano dei principi, quindi, universalità, uguaglianza, equità. Sul piano organizzativo precedentemente c'erano 780 mutue, 780 soggetti che finanziavano le prestazioni. E le persone non mutate erano iscritte nell'elenco dei poveri. Terrificante questa situazione, ma era così. Presso i comuni c'era l'elenco dei poveri. E queste persone che non avevano tutela di una mutua venivano iscritte e il comune in qualche misura faceva fronte alle necessità. Quindi una frammentazione di servizi, funzioni di comando anch'esse frammentate, quattro ministeri e una differenziazione per quanto riguarda i cittadini. Chi aveva la specialistica e chi non l'aveva, chi aveva una soglia dentro la quale venivano forniti i farmaci e chi non li aveva, il ricovero ospedaliero veniva garantito anche a un certo punto.

Per il finanziamento, e questa è una questione di equità, come si reggeva? Sulla base dei contributi versati in misura proporzionale al reddito. A fronte dei contributi versati c'erano i benefici.

Con la riforma c'è un soggetto solo, l'Unità Sanitaria Locale, che in una specifica realtà territoriale assume tutte le funzioni che precedentemente erano suddivise tra vari soggetti istituzionali. E con il modello universalistico, il finanziamento avviene attraverso la fiscalità generale e, dal momento che secondo il principio della Costituzione è il fisco progressivo, in questo c'è un criterio di equità. È chiaro che se si annacqua la caratteristica della progressività con la "flat tax", è evidente che viene meno una parte dell'equità.

Per dieci anni funziona così, il nostro servizio sanitario nazionale. [...] Era una riforma perfetta nei principi, ma incompleta sul piano organizzativo, perché era stato necessario fare delle mediazioni e le resistenze erano notevoli... l'Ordine di Medici era contrario, poi si convinsero, ma non fu facile.

Ci si sarebbe stato bisogno, quindi, dopo l'approvazione di un'azione di governo coerente, per attuare una riforma che era così impegnativa. E invece dopo un anno, il governo cadde. C'era anche un contesto internazionale molto pesante: due shock petroliferi (1973-1979) in corrispondenza di due guerre nel Medio Oriente, che portarono recessione economica,

inflazione e provocarono l'avvio di un processo di ridimensionamento dei sistemi di welfare in tutta Europa.

(In Italia), la coalizione di governo che aveva approvato la 833 venne meno, cambiò il quadro politico e la sanità venne affidata a un ministro che apparteneva all'unico partito che non aveva approvato la riforma, il Partito Liberale. È evidente che non ci fu quella necessaria azione di spinta per l'attuazione di ciò che la riforma prevedeva. Vi faccio un esempio semplice. La legge di riforma prevedeva i distretti ma lasciava le regioni il compito di normare tutta la materia. È evidente che se non c'è la spinta del governo che con le regioni fa un'intesa, è chiaro che i distretti non partono. E sui distretti si impennava un pezzo importante del nuovo servizio sanitario nazionale, che non doveva più essere l'ospedale centrico ma doveva articolarsi in una presenza territoriale che era altrettanto significativa.

Come conseguenza la sanità fu sottofinanziata, per queste difficoltà di natura economica, e non furono estranei alla richiesta di controriformare la 833 alcuni fenomeni di clientelismo e corruzione.

Cosa mancò poi di importante? La riforma prevedeva che i diritti dei cittadini dovessero assumere un profilo da livello essenziale, che doveva essere determinato con un piano sanitario nazionale da approvarsi entro un anno dal Parlamento. Bene, quel piano nazionale da nuovo ministro non venne predisposto, non venne approvato, fu necessario aspettare 15 anni prima di avere il piano sanitario, ma in quei 15 anni venne pure delegificato, vuol dire che non approvava più il Parlamento ma veniva approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni, quindi con un minore peso politico.

Perché era importante il piano sanitario? Perché la salute ha contorni che sono tipici di un bene che è infinito. Se la salute è una condizione di benessere fisica, psichica, sociale, relazionale, vuol dire che tendenzialmente è infinito. Ma, per garantirla, le risorse non sono infinite, sono limitate. E allora servono delle priorità che la programmazione, quindi una scelta della politica, deve individuare. Se non faccio il piano, un piano nazionale, ciascuno è legittimato a operare un po', sulla base di valutazioni molto locali. E in questo modo alimento le disuguaglianze.

I livelli essenziali, già 45 anni fa, dovevano costituire il riferimento per individuare il profilo del mio diritto alla salute, proprio perché bisogna fare delle scelte. Per capirci, nei livelli essenziali non c'era chirurgia plastica e non c'è purtroppo l'odontoiatria. Ma il resto c'è quasi tutto. Ma i livelli essenziali dovevano essere previsti nel piano sanitario, perché a fronte dei livelli essenziali previsti nel piano sanitario ci sarebbe stata la responsabilità del livello centrale, in questo caso del governo, di individuare le fonti del finanziamento provenienti dalla fiscalità generale. Se non c'è la programmazione, mancano i livelli essenziali, non c'è più la correlazione fra finanziamento e livelli essenziali.

Il piano si fece nel '94, quando non serviva più, ma nel frattempo, nel '92 è approvata la "controriforma". Il decreto 502, cosiddetto quello conosciuto come decreto del ministro De Lorenzo. Quella fu una controriforma tosta, perché innanzitutto faceva proprio il pensiero liberista che era dominante in quel momento, cioè lo Stato ridotto ai minimi termini, infatti si

diceva lo Stato minimo, meno Stato più mercato, credendo capacità taumaturgiche del mercato, cosa mai dimostrata. Il problema è che le modifiche che introdusse quella controriforma avevano un riflesso immediato sui principi fondamentali dell'universalismo, dell'equità e della globalità.

Sono costretta a fare qualche riferimento, perché siamo in una regione nella quale quella legge, unica regione in Italia, venne applicata rapidamente e quindi da questo punto di vista costituisce un termine di paragone, secondo me di come non si dovrebbe fare. Tuttavia, la realtà è questa e questo ci deve aiutare per fare le valutazioni su proposte di modifiche del servizio sanitario nazionale, che rischiano di mettere in discussione i principi fondamentali. Introduce l'aziendalizzazione, in sé l'aziendalizzazione non è un male assoluto, dipende come si interpreta, ma soprattutto dipende quali implicazioni comporta.

Nella controriforma, ed esiste per esempio nel modello lombardo, si introducono due principi, che cambiano i principi fondamentali.

Il primo, la USSL che diventa azienda, non ha più l'obbligo di erogare tutte le prestazioni, cioè è possibile scorporare la funzione ospedaliera, vuol dire rendere autonomi con un ente apposito l'ospedale, come ai tempi delle mutue, quando gli ospedali erano enti autonomi. Seconda innovazione contenuta in quella riforma, la funzione del finanziatore e dell'erogatore viene separata, con una logica che secondo me è un po' ideologica, insomma, nel senso di dire che il pubblico in questo caso, cioè l'azienda (USSL) che finanzia le prestazioni, non può erogarle, deve esserci una separazione, cioè si deve avvalere di altri soggetti che fatalmente sono del privato accreditato. Non è così in tutta Italia; in molte regioni, per esempio, la USSL gestisce direttamente gli ospedali, gestisce direttamente gli ambulatori della specialistica, ha propri professionisti che sono specialisti ambulatoriali, altri che sono convenzionali. Altre attività, per esempio nella diagnostica, sono privati accreditati, sulla base delle condizioni possibili, soprattutto del personale che manca e quindi chiaramente condizionato da questo fatto.

Questo ridisegno del modello del servizio sanitario nazionale ha messo in discussione un criterio, che è quello della globalità. È evidente che quando si separa chi finanzia da chi produce, subentrano due missioni, che sono antitetiche. Il servizio sanitario nazionale ha la missione di produrre salute. Se invece si separano queste funzioni e chi garantisce le prestazioni è un soggetto privato accreditato, ha l'interesse ad aumentare le prestazioni, lucra cioè sulla malattia. E allora serve un'azione di governo molto forte, altrimenti i soggetti erogatori prosciugano il fondo sanitario a scapito del territorio, come è avvenuto.

La ripartizione tra spesa ospedaliera e spesa territoriale doveva essere 50-50. È evidente che un modello impostato sull'acquisto delle prestazioni assorbe le risorse. Servirebbe un'azione di governo nei contratti che si fanno, nel contenimento dell'espansione dell'attività di produzione molto forte, per poter garantire un equilibrio tra queste due funzioni, ma questo è molto difficile.

La 502 nel '99 viene ulteriormente modificata, ma chi aveva già avviato la sperimentazione l'ha mantenuta. Le altre regioni invece si sono uniformate alla riforma che ha ribilanciato un po' le cose, nel senso che ha recuperato un ruolo per i sindaci, ha escluso la possibilità che sia

vietata la gestione diretta della funzione ospedaliera e quindi molte aziende sanitarie hanno una funzione diretta in campo ospedaliero. Ha introdotto il principio che i professionisti non possono lavorare per il pubblico e contemporaneamente per il privato anche accreditato, introducendo il principio dell'esclusività dei rapporti, salvo la regolamentazione sugli intramoenia; ha normato i fondi integrativi perché la riforma De Lorenzo aveva introdotto la possibilità che i cittadini potessero uscire dal servizio sanitario nazionale e assicurarsi con un'assicurazione privata [...].

Queste correzioni ribilanciano un po' il sistema e lo riportano un po' ai principi fondamentali. Oggi il sistema è insidiato da alcuni fattori: è insidiato dal definanziamento che comporta l'aumento della spesa privata, viene meno cioè il principio dell'universalismo puro, diventa un universalismo selettivo. I modelli organizzativi non sono sempre coerenti con l'impianto dei valori del SSN; la continua insistenza di introdurre il principio della concorrenza tra gli erogatori di prestazioni sanitarie è veramente un principio singolare. La concorrenza brucia risorse, avrebbe un senso se il livello di remunerazione delle prestazioni fosse regolato dal mercato, ma in sanità le "tariffe" sono predeterminate. Guai se fossero lasciate alla dinamica della domanda e dell'offerta; sarebbe a rischio la qualità delle prestazioni erogate. La programmazione è debole, il ruolo centrale del Ministero è troppo condizionato dal MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze, ndr), perché dal 2008 in poi abbiamo attraversato crisi economiche e poi è arrivata la pandemia, con il suo carico di sofferenze ma anche di conseguenze negative.

Il servizio sanitario talvolta si illude di poter risparmiare soldi ricorrendo al gigantismo delle aziende, con le regioni che hanno fatto le grandissime aziende di 1 milione di abitanti, 800 mila abitanti. Questo significa che anche la partecipazione dei sindaci, che pure è prevista nella riforma ter, di fronte a dimensioni come questa diventa poco significativa e si indeboliscono così i processi di partecipazione dei cittadini, che vedono i gestori della sanità sempre più lontani, ma anche creano nei professionisti un atteggiamento di delusione perché la filiera di comando all'interno delle aziende sanitarie è sempre più lontana dall'esperienza quotidiana. Peraltro c'è la grande crisi dell'assenza di medici e infermieri e quindi si è ricorsi a coinvolgere le cooperative.

In tutto questo i servizi territoriali hanno sofferto tantissimo. Ecco perché dopo la pandemia c'è stato un grande movimento di richiesta di riorientare le risorse del servizio sanitario nazionale, per riportarlo alle origini e cioè rinunciare definitivamente al modello ospedalocentrico e valorizzare invece il territorio, dove peraltro si vivono le più importanti transizioni epidemiologiche, demografiche e anche sociali.

Ci sono provvedimenti che finalmente hanno introdotto nuovi standard per l'assistenza territoriale, con una grande novità, una infrastrutturazione del territorio che vede nella Casa della Comunità il luogo dove si realizza l'integrazione sociosanitaria, dove si prende in carico la persona, dove i termini della continuità assistenziale sono praticati. Per fare questo però servono nuovi modelli organizzativi, bisogna far lavorare insieme i professionisti che non sono mai stati abituati a lavorare insieme, nel territorio convivono almeno sette contratti diversi, mettere insieme i professionisti che lavorano insieme, in presenza di questa differenziazione non è semplice, però questa è la sfida.

Il modello che Casa della Carità ha individuato è un modello che è diventato una realtà nazionale e non solo. La parola comunità non esisteva nella normativa, è entrata nella normativa, è entrata nel PNRR e questo è un grande risultato del quale Casa della Carità può essere giustamente orgogliosa, come tante realtà del terzo settore che sono essenziali se vogliamo animare il territorio. In questo caso Casa della Carità è esemplare su questo, perché ricuce, rammenda ciò che era guasto, perché ha anche coltivato una grande abitudine di fare ricerca e innovazione, che non è veramente tipico di tutti i soggetti del terzo settore e in questo prefigura strade nuove da intraprendere per affrontare le nuove sfide.

Partendo dall'esperienza del prendersi cura delle persone fragili, indica una pedagogia per i vulnerabili che sono tanti, tantissimi. Al compimento di questo compleanno, io credo che dobbiamo esservi grati per essere stati utili, sicuramente spesso insostituibili e anche scomodi. Grati per aver fatto supplenza, ma anche per essere stati pionieri.

Questa capacità di individuare strade nuove ha avuto il riconoscimento formale nella casa della comunità che è presente nel PNRR. Questo è merito vostro, ciò però non legittima il disimpegno delle istituzioni pubbliche. Se si aprono falle nel sistema universalistico sarebbe impensabile sovraccaricare di nuovi oneri il terzo settore per quanto esso sia qualificato e anche efficace nell'azione. Le istituzioni pubbliche diventerebbero responsabili di compromettere la missione del terzo settore. Togliere speranza a chi è fragile o invisibile, come dice il titolo del nostro convegno, e che ha trovato qui cure e accoglienza. Mettere cioè in competizione gli ultimi con i penultimi. Questo le istituzioni non se lo possono permettere.

(trascrizione non rivista dall'autrice)