

Le politiche sanitarie alla luce della pandemia

di Nerina Dirindin*

Health policies in the light of pandemic

The strengths and weaknesses of Italy's National Health Service are discussed in this article, in light of the Covid-19 pandemic, which has shown the crucial importance of universal public health systems. Key weaknesses include the reduction in staff, lack of turnover of doctors and nurses, increase in precarious work, impoverishment of territorial services, a poor culture of prevention, high social and territorial inequalities, poor commitment of top decision-makers. At the same, the heritage of the original approach of the NHS could be revived, emphasising preventive medicine in communities and workplaces, strengthening territorial services and social assistance, with the goal of a renewed welfare system.

Keywords: Lessons from Pandemic, Territorial Services, Italy's NHS.

di Nerina Dirindin

Per chi ama sottolineare che – come scrisse Carlo Levi – «le parole sono pietre», soffermarsi a riflettere su alcune “parole chiave” delle politiche sanitarie alla luce della pandemia costituisce un esercizio di sintesi stimolante, che può, per lo meno nell’auspicio di chi scrive, contribuire a richiamare l’attenzione su alcuni aspetti rilevanti per il futuro del sistema di tutela della salute, in particolare su quelli meno chiari, più insidiosi o per lo più trascurati.

Troppe parole sono scagliate come pietre nel dibattito sulla sanità: sostenibilità, efficienza, *spending review*, clienti, libertà di scelta, individuo, *compliance*, solo per citare le più abusate. Parole dietro le quali spesso si annidano luoghi comuni mai approfonditi ma che hanno radici profonde.

Altre parole sono invece assenti, su alcune delle quali si sofferma questa breve trattazione. Parleremo di indifferenza, fortuna, prestito, debolezze, incultura, cambiamento, territorio.

* Coripe Piemonte e docente Università di Torino; nerina.dirindin@unito.it.

Indifferenza: una umiliazione che la pandemia non è (ancora) riuscita a sconfiggere

Una delle umiliazioni più gravi subite in questo primo scorci di secolo dal Servizio sanitario nazionale, e più in generale delle politiche per la tutela della salute, è l'*indifferenza*¹.

Una indifferenza che la pandemia ha drammaticamente scrollato, rivitalizzando consapevolezze assopite da anni, ma che non è (ancora) riuscita a trasformare in duraturo impegno a favore della sanità pubblica.

Una indifferenza che in realtà rivela una implicita adesione al luogo comune più diffuso nel dibattito italiano: il Servizio sanitario nazionale deve essere superato perché non più sostenibile, costoso e inefficiente.

Una indifferenza che si manifesta in molti modi, dai più sprovveduti ai più subdoli.

L'indifferenza di chi pensa di non aver bisogno di un sistema di protezione (perché crede di potersi permettere qualunque trattamento in caso di bisogno, ma la pandemia ci ha almeno in parte aperto gli occhi), di chi dimostra disinteresse per favorire specifici obiettivi (la lenta decadenza del sistema pubblico è funzionale al rafforzamento dei sistemi alternativi), di chi ritiene che la sanità pubblica non debba entrare nell'agenda dei governi (per evitare di rendere esplicite posizioni di sudditanza nei confronti dei tanti interessi economici che ruotano intorno alla salute), di chi ritiene il settore sanitario troppo complesso e difficile da governare (e quindi da trattare con distacco, evitando responsabilità eccessivamente impegnative), di chi esprime una profonda e talvolta sprezzante critica nei confronti della sanità pubblica accusata di essere inefficiente e corrotta (ed evita un confronto aperto con chi, al contrario, esprime una critica costruttiva a salvaguardia del sistema pubblico), di chi è rassegnato di fronte alle difficoltà nell'accesso ai servizi (ed è troppo debole per rivendicare i propri diritti) e di chi, infine, si sente impotente di fronte a ristrettezze e difficoltà sempre più ignorate (e ha assistito disorientato alle incursioni della *spending review*, all'imposizione di vincoli all'assunzione di personale, alla mancata programmazione della formazione universitaria, al progressivo impoverimento dei servizi distrettuali ecc.).

Un'indifferenza che nasconde non solo disimpegno per le molte, piccole o grandi, difficoltà del settore ma che, ben più gravemente, è espressione di una sorta di *laissez-faire* secondo il quale qualunque intervento è inopportuno, prima ancora che complesso e costoso, perché il sistema è in

1. N. Dirindin, *È tutta salute. In difesa della sanità pubblica*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2018.

grado di evolvere naturalmente verso un qualche esito, positivo o comunque non indesiderato: l'espansione del mercato assicurativo e lo sviluppo del mercato privato della salute. Per la verità più che di una consapevole adesione ai principi del liberismo economico si ha l'impressione che si tratti di un mix di incapacità (rispetto alla complessità del settore) e compiacenza (rispetto agli importanti interessi del mercato).

In effetti l'impoverimento della sanità pubblica, spesso presentato semplicisticamente come inevitabile conseguenza della pesante situazione dei conti pubblici, non può che condurre a un aumento della sanità privata e delle forme alternative di protezione (fondi sanitari e assicurazioni) e, indirettamente, a uno sviluppo di quel mercato delle prestazioni sanitarie che faticosamente il sistema pubblico tenta di contenere (talvolta anche maldestramente) entro i principi dell'appropriatezza, proprio a tutela del consumatore disinformato.

In tale contesto è importante fare tesoro dell'esperienza della pandemia: come l'abbiamo affrontata e cosa ci ha insegnato.

Una fortuna e un prestito

Grazie alla Costituzione e alla legge del 1978, n. 833, l'Italia ha potuto affrontare l'emergenza Coronavirus senza aggiungere alle tante sofferenze la preoccupazione del costo di trattamenti che avrebbero potuto essere insostenibili per la gran parte delle famiglie italiane. Grazie alla Carta costituzionale e al SSN nessuna persona esposta al rischio di disoccupazione, fenomeno purtroppo non raro in questa profonda crisi economica, ha temuto di perdere il diritto alle cure insieme al posto di lavoro.

Non è poco. E ce ne stiamo rendendo conto (forse) solo ora, con la pandemia.

Abbiamo la *fortuna* di vivere in un paese che ha saputo dotarsi di un servizio sanitario disegnato in modo da garantire a tutti, indistintamente, la tutela della salute. Un patrimonio che le generazioni attuali hanno ricevuto in dono dalle generazioni precedenti; in questo senso si tratta di una fortuna: la fortuna di essere nati in un Paese che ha scelto negli anni Settanta di dotarsi di un sistema pubblico che riconosce a tutte le persone, a carico della fiscalità generale, l'assistenza sanitaria appropriata e necessaria. Una eredità che è stata trasmessa alla nostra generazione per essere consegnata ai nostri figli, possibilmente migliorata. Parafrasando un noto proverbio indiano (questa sembrerebbe l'origine della citazione) potremmo dire che il Servizio Sanitario Nazionale ci è stato consegnato per beneficiarne durante tutto il corso della nostra vita (dalla culla alla tomba come affermava Lord Beveridge) e per trasmetterlo ai nostri figli. Un patrimonio che le generazioni che ci hanno preceduto hanno costruito per donarlo

alle generazioni future e che tutti noi prendiamo in *prestito* dai nostri figli. Una fortuna, quella di poter beneficiare di una risorsa che altri hanno generato, di cui siamo poco consapevoli, che spesso diamo per scontata. Ma non dovremmo mai dimenticare che «le conquiste raggiunte non sono mai per sempre», come affermò Tina Anselmi, il ministro che portò a compimento l'approvazione della legge 833/1978, e che quindi dovremmo sentire il dovere di preservare tale patrimonio e, per quanto possibile, migliorarlo e adeguarlo alle mutate esigenze della popolazione.

Una fortuna che in realtà è il frutto delle lotte di tanti uomini e tante donne che, negli anni Settanta, si sono impegnati per garantirci il diritto alla tutela della salute attraverso un sistema universale, globale e solidale. Un servizio sanitario conquistato proprio da quella generazione di anziani che oggi il Coronavirus mette a dura prova e si porta via beffardamente. Perché proprio chi ha contribuito a creare un sistema basato in primo luogo sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale (all'interno delle comunità in cui vivono le persone) si trova ora a dover affrontare la Covid spesso in solitudine, a casa propria, dentro una struttura residenziale o in una terapia intensiva di un ospedale. Non dobbiamo infatti dimenticare che negli anni Settanta la spinta all'istituzione del SSN è nata proprio dalla convinzione che la riforma ospedaliera del 1968 non fosse sufficiente a promuovere la salute e a prevenire la malattia: l'idea forte della 833 è che bisogna intervenire – ovunque possibile – prima che le condizioni di salute si aggravino. Prevenire è meglio che curare, salvo per l'industria della salute che al contrario ha bisogno di malati, veri o immaginari. Ma per ironia della sorte, un sistema sanitario costruito sui pilastri della prevenzione e dell'assistenza territoriale è stato colpito dal Coronavirus proprio nel suo momento di massima debolezza, dopo un riordino dell'assistenza ospedaliera (avviato nel 2012 e definito nel 2015) che ha preceduto, anziché seguire, la qualificazione dell'assistenza di-strettuale.

Debolezze e incultura

La pandemia ha colpito il nostro paese in un momento in cui il SSN aveva raggiunto il suo punto di massima debolezza. Personale dipendente ridotto di oltre 40 mila unità nell'ultimo decennio, mancato ricambio generazionale di medici e infermieri (la cui età media è ormai da tempo superiore ai 50 anni), aumento del precariato e del ricorso a personale esterno (attraverso equivoche forme di intermediazione di mano d'opera), ospedali obsoleti e insicuri (poco flessibili di fronte a una emergenza pandemica), servizi territoriali impoveriti, scarsa cultura della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, dotazione di posti letto ospedalieri fra le più contenute

dell'Europa continentale, diseguaglianze geografiche e socio-economiche in crescita, disimpegno dei vertici decisionali a tutti i livelli.

Fortunatamente il Coronavirus sembra aver aperto gli occhi anche ai peggiori detrattori della sanità pubblica.

Di fronte alla diffusione del contagio tutti hanno elogiato il nostro sistema sanitario. In questo periodo, nessun italiano ha pensato che sarebbe preferibile passare a un sistema diverso, un sistema che inevitabilmente potrebbe prendersi cura solo di chi può pagarsi l'assistenza e ha un lavoro stabile. Ognuno ha ben chiaro che Covid-19 può colpire chiunque (anche se colpisce di più i poveri e i fragili), che dall'emergenza nessuno può uscire da solo (né come individuo né come nazione), che è interesse di tutti limitare la diffusione dell'epidemia, che la sorveglianza, l'identificazione e il trattamento precoce della malattia sono la strada maestra per vincere questo virus (come tutti gli altri agenti infettivi). Insomma, abbiamo capito che quanto previsto dalla legge 833/1978 istitutiva del SSN è quanto ci serve e che dobbiamo ripristinare ciò non è stato realizzato o è stato realizzato in modo parziale.

Mai come durante il 2020, la sanità pubblica è apparsa a tutti un patrimonio prezioso di cui essere orgogliosi, da salvaguardare e potenziare. L'insopportabile ritornello sulla insostenibilità del SSN è scomparso improvvisamente dal dibattito quotidiano, ma – ahimè – forse solo temporaneamente. La martellante pubblicità delle assicurazioni private di malattia si è dissolta nel nulla, ma è stata pronta a riproporci offerte seducenti appena l'emergenza si è allentata. Nel corso del 2020 l'assordante silenzio delle forme integrative di assistenza ha reso evidente il carattere (in gran parte) non indispensabile della loro offerta assistenziale. Oggi, i fondi integrativi e gli erogatori privati si stanno rapidamente riposizionando ponendo quelle prestazioni che – in alcune regioni – la sanità pubblica non riesce colpevolmente ad erogare con la necessaria tempestività e regolarità (spesso a causa di quel disimpegno di cui abbiamo parlato), alimentando diseguaglianze (in base alla condizione lavorativa e alla condizione economica delle famiglie) e facendo leva sulle paure degli italiani. Tutto ciò non ci fa ben sperare per quando l'epidemia sarà (finalmente) superata.

Dobbiamo impegnarci affinché la fase che stiamo affrontando, nella quale dobbiamo riqualificare il sistema sanitario tenendo conto di quanto abbiamo imparato nell'emergenza, non sia prigioniera delle vecchie ricette. Dobbiamo pensare a un mondo nuovo.

Immaginare un mondo nuovo

Di fronte alle tante debolezze del nostro welfare, l'unica strada che possiamo cercare di percorrere è quella di impegnarci seriamente a “immaginare

un altro mondo”, verso il quale procedere senza egoismi e inutili distinguo, con un paziente lavoro di trasformazione di ognuno di noi e della società.

Arundhati Roy, scrittrice indiana e attivista dei diritti umani, ha scritto nell’aprile del 2020 sul “Financial Times” – il più autorevole giornale economico-finanziario del Regno Unito – un articolo dal titolo *La pandemia è un portale* che contiene parole profonde².

«Storicamente le pandemie hanno forzato gli uomini a rompere con il passato e a immaginare un nuovo mondo. Questa volta non è diversa. La pandemia è un portale, un passaggio da un mondo a quello successivo. Possiamo scegliere di attraversarlo, trascinandoci dietro le carcasse del nostro pregiudizio e dell’odio, della nostra avarizia, delle nostre banche dati e delle nostre idee morte, dei nostri fiumi morti e dei cieli fumosi. Oppure possiamo camminare leggeri, con poco bagaglio, pronti a immaginare un altro mondo. E pronti a combattere per questo».

Il pensiero di Roy ci ricorda che «abbiamo bisogno di un cambiamento». Un cambiamento reale, che non può limitarsi alle tante affermazioni di circostanza. Un cambiamento che ci impone di guardare al futuro senza il peso delle carcasse, degli errori del passato, delle sudditanze culturali e politiche nei confronti di chi guarda alla sanità solo come a un settore potenzialmente molto redditizio per gli operatori privati.

L’emergenza Coronavirus è in tal senso una opportunità.

La pandemia ci ha insegnato che la rete dei servizi distrettuali, servizi vicini ai luoghi in cui vivono le persone e che possono intervenire prima che le condizioni di salute peggiorino in modo irreparabile, deve ritornare ad essere uno dei pilastri fondamentali della sanità pubblica. Ci ha fatto capire che dobbiamo chiedere alle università di investire di più, e meglio, nella formazione dei medici del territorio, dei medici di sanità pubblica, della medicina di comunità, della medicina di iniziativa, della salute mentale ecc. E che dobbiamo imparare a programmare la formazione del personale sanitario in base ai bisogni della popolazione e non alle esigenze del mondo accademico.

La pandemia ci ha insegnato che dobbiamo favorire ovunque possibile la permanenza degli anziani nell’ambiente in cui hanno vissuto da autosufficienti, nella comunità di cui hanno fatto parte, fra una moltitudine di persone in grado di offrire loro stimoli e solidarietà, e non solo fra persone con la loro stessa condizione di fragilità. Le morti nelle Rsa devono interrogarci non solo sulla organizzazione dell’assistenza nelle strutture in presenza di una pandemia, ma prima di tutto sul superamento delle

2. A. Roy, *The pandemic is a portal*, in “Financial Times”, 3-4, 2020, in <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca> Trad. it. in <https://www.global-project.info/it/mondi/arundhati-roy-la-pandemia-e-un-portale/22696>.

strutture residenziali come soluzione ordinaria alla fragilità delle persone. Non è una questione di spesa pubblica. È una questione culturale, perché dobbiamo imparare a rispettare anche chi non è più produttivo.

La pandemia ci ha ricordato che dobbiamo ridare valore alla prevenzione collettiva, nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, nelle scuole e nelle comunità. Inseguire vaccini non è sufficiente. Sperimentare terapie non è sufficiente. È necessario organizzare sistemi di risposta capaci di far fronte a eventi che ormai non sono più imprevedibili: le epidemie globali fanno parte della nostra vita, non dell'imponente. È necessario potenziare l'assistenza sanitaria collettiva, quella che prende in considerazione i determinanti sociali della salute e non solo gli stili di vita dei singoli individui. Russel Mead, un noto politologo statunitense, ha affermato che dopo quelle dell'industria e della finanza, adesso comincia l'era della biologia. Ovvero l'era in cui saper controllare (o scatenare) le malattie infettive darà a un Paese un vantaggio strategico immenso, e non solo per la salute della popolazione³.

La pandemia ci ha consegnato, infine, un'occasione straordinaria per ripensare il futuro. Abbiamo a disposizione una imponente quantità di risorse, abbiamo un piano strategico in via di definizione (il Piano Nazionale di Ripresa e la Resilienza⁴), siamo consapevoli del compito storico cui siamo chiamati (costruire un futuro migliore per le prossime generazioni) ma non è detto che sia chiaro a tutti che cosa deve essere cambiato e che cosa deve essere preservato. Né tanto meno come realizzarlo. Anche perché la storia è piena di cambiamenti senza contenuti, di innovazioni destinate a consolidare ciò che andava superato, di novità che soddisfano a parole il bisogno di rinnovamento ma che garantiscono nella sostanza lo status quo. Non sarà facile, ma dobbiamo impegnarci per fare in modo che i fondi che saranno disponibili siano spesi bene⁵. Come ha detto papa Francesco «Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla».

Ripartire dal territorio

Come affrontare la grave crisi che stiamo vivendo evitando di lasciare in eredità alle future generazioni un sistema completamente da ricostruire?

3. M. Caramelli, *Le zoonosi e il rischio per la salute globale* (2011), in <https://salutedirittofundamentale.it/le-zoonosi-e-il-rischio-per-la-salute-globale/>.

4. Consiglio dei Ministri, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/PNRR_2021.pdf.

5. Per una discussione della Missione Salute del PNRR si veda l'appello di una ampia coalizione di organizzazioni e associazioni *Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità: assistenza sociale e sanitaria territoriale*, in <https://salutedirittofundamentale.it/finanziamenti-europei-per-la-riresa-usarli-bene-priorita-assistenza-sociale-e-sanitaria-territoriale/>.

Possiamo rischiare di passare alla storia come la generazione che ha consentito il decadimento di una delle istituzioni che, nonostante tutto, ha contribuito a dare serenità e benessere alle famiglie italiane di fronte ai piccoli e grandi problemi di salute e, soprattutto, di fronte all'emergenza pandemica?

Sappiamo che equivoci, disinformazione e interessi di parte possono portare a scelte disastrose per il sistema di tutela della salute. E sappiamo che alcune di queste scelte sono già state fatte anche nel nostro paese. Ma molto è ancora intatto e può essere valorizzato e rivitalizzato.

Per questo è importante che il rinnovamento del welfare sociosanitario abbia come leva principale il potenziamento dell'assistenza territoriale, il cui compito – presidiare la salute delle persone e delle comunità – è stato riscoperto dopo anni di disattenzione, proprio grazie alla pandemia.

In questa direzione vanno alcune delle scelte effettuate sin dall'inizio dell'emergenza Coronavirus e nel PNRR ora in discussione in Parlamento. Il decreto legge del 2020, n. 34, convertito nella legge del 2020, n. 77, ha per la prima volta destinato una grande quantità di risorse, oltre 1,2 miliardi di euro per l'anno 2020, per il personale che opera nei distretti e per il potenziamento dell'assistenza domiciliare.

Una scelta importante che non va sottovalutata e che, se perseguita in tutte le regioni senza titubanze, potrebbe costituire un'occasione storica per cambiare la vita delle persone.

Per tante ragioni.

Perché un sistema sanitario con una robusta rete territoriale potrebbe contribuire a modulare l'offerta assistenziale a partire dai reali bisogni delle persone più vulnerabili, e non dalle prestazioni che i produttori, pubblici e privati, sono disposti a offrire. Perché potrebbe ridare dignità a tutti coloro che, non essendo perfettamente vigorosi ed efficienti, hanno spesso difficoltà ad accedere a servizi sociosanitari sempre più poveri, accentrati, difficilmente raggiungibili e poco accoglienti. Perché l'assistenza territoriale potrebbe contribuire a ridare senso alle comunità, a ricostruire convivenze orientate alla qualità della vita, a rafforzare le relazioni fra le persone. Perché può contribuire a dare valore a tutti i lavori di cura, dal punto di vista sociale e professionale, promuovendo una occupazione diffusa su tutto il territorio. Perché un welfare sociosanitario territoriale può essere disegnato in modo da essere di gran lunga più sostenibile di tutte quelle forme di assistenza che tendono a escludere (le strutture residenziali come le RSA) anziché ad includere e che lentamente si stanno sviluppando anche nel nostro paese. E infine perché un tale modello di assistenza sarebbe meno costoso e più efficace.

Una scelta fortemente voluta dal ministro Speranza e confermata dal presidente Draghi che nel suo primo discorso in Senato ha affermato «Il

punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). La casa come principale luogo di cura è oggi possibile». Una affermazione impegnativa, mai pronunciata prima da un presidente del Consiglio.

Ci sono quindi le premesse per permettere, finalmente, la realizzazione di un nuovo modello di welfare, la cui costruzione è stata storicamente ostacolata non solo dalla mancanza di finanziamenti ma anche dalle molte resistenze culturali e da precisi interessi.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fa proprio tale modello, definendo obiettivi ambiziosi la cui realizzazione dovrà essere attentamente seguita per evitare che ancora una volta il passato condizioni il futuro. Le riforme previste in accompagnamento degli interventi sono ugualmente condivisibili, in particolare l'impegno a definire standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell'assistenza territoriale, oggi praticamente assenti.

Permangono tuttavia alcune preoccupazioni di fondo, legate alle concrete possibilità di attuazione di interventi che – si afferma – saranno calibrati sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente. Tale precisazione pesa come un macigno sul futuro del nostro sistema. Voluta dal Ministero dell'Economia per scongiurare azioni di spesa incontrollate, è qualcosa di più di una semplice frase di prudenza. Lascia aperta la possibilità di rinvio di interventi la cui attuazione potrebbe comportare, ad esempio, un aumento della spesa per il personale. Una discrezionalità molto preoccupante, lasciata nelle mani degli attuatori del Piano. La questione del personale del SSN ritorna ad essere centrale nella realizzazione dei cambiamenti di cui la nostra sanità ha bisogno.

Nonostante gli insegnamenti della pandemia, le scelte che ci aspettano non sono quindi per nulla scontate. Ciò che l'emergenza ci ha insegnato potrebbe essere presto dimenticato e le “carcasse” del passato potrebbero prevalere sulle luci accese sul futuro. Ma non possiamo permetterci di sprecare una occasione unica, che non si ripresenterà mai più, almeno per molti decenni. Il lavoro di stimolo e monitoraggio della società civile e delle organizzazioni sindacali sarà a tal fine fondamentale.

