

1978-2008 TRENTENNALE DELLA RIFORMA SANITARIA

Legge 833

una grande
conquista,
un impegno
da attuare

*"La Repubblica tutela la Salute
come fondamentale diritto dell'individuo
e interesse della collettività mediante
il servizio sanitario nazionale"*

Art. 1 della legge 833/78



Edit Coop, società cooperativa di giornalisti

1978-2008 TRENTENNALE DELLA RIFORMA SANITARIA

Legge 833

una grande
conquista,
un impegno
da attuare

PRESENTAZIONE

Trent'anni di riflessioni e di proposte

Morena Piccinini e Stefano Cecconi

3

I CONTRIBUTI

Una buona legge per una buona sanità

Giovanni Berlinguer

4

Il significato politico e culturale della riforma

Rosy Bindi

10

Una scelta fondamentale per la tutela della salute

Ermenegildo Bonfanti

12

Costruire nuovi significati e nuovi diritti

Celina Cesari

14

Il lavoro in Sanità. Riflessioni e prospettive

Rossana Dettori

16

Le speranze di ieri, la realtà di oggi e di domani

Antonio Focillo

19

Una legge da tenere ben stretta

Pier Natale Mengozzi

21

Una grande conquista etica e di libertà

Enrico Rossi

24

Bilancio di trent'anni e prospettive del Ssn

Ferruccio Fazio

26

Le implicazioni della legge 180 per la sanità pubblica

Franco Rotelli

29

Universalismo solidale e società che si prende cura

Livia Turco

32

CONCLUSIONI

Una grande conquista e un impegno da attuare

Guglielmo Epifani

35

SCRITTI 1966-1976

Per una medicina da rinnovare

Giulio Alberto Maccacaro

38

IL DOCUMENTO DELLA CGIL

Il trentennale della riforma sanitaria

39

Trent'anni di riflessioni e di proposte

Morena Piccinini, segretaria nazionale Cgil
Stefano Cecconi, responsabile Politiche della salute Cgil nazionale

Il documento appositamente scritto per questo numero speciale di *Rassegna Sindacale*, dedicato al trentennale della Riforma sanitaria, rappresenta una sintesi delle riflessioni e delle proposte elaborate dalla Cgil sulle Politiche della Salute.

Una larga parte del documento riprende posizioni che Cgil Cisl Uil hanno assunto unitariamente in questi ultimi anni: sul Patto per la Salute, sui Livelli Essenziali di Assistenza, sulla non autosufficienza, fino all'ultima manovra finanziaria per la sanità.

Il documento, integrato con i contributi di Celina Cesari per il Sindacato pensionati della Cgil (Spi) e di Rossana Dettori per la Funzione Pubblica della Cgil (Fp), può essere utilizzato come "linee di indirizzo nazionale" per la negoziazione confederale, a livello regionale e locale, sulle politiche sociosanitarie; naturalmente integrato e arricchito con l'elaborazione che a quel livello si deve esprimere.

L'intervento del segretario generale della Cgil, Guglielmo Epifani, chiarisce bene come l'iniziativa sindacale su queste politiche possa sviluppare tanta parte della strategia dei diritti della Cgil. Abbiamo chiesto ad alcuni autorevoli interlocutori – Giovanni Berlinguer,

Rosy Bindi, Ferruccio Fazio, Pier Natale Mengozzi, Enrico Rossi, Franco Rotelli, Livia Turco – di offrirci una riflessione sul significato e sull'attualità della legge 833. Li ringraziamo, e siamo onorati che abbiano accettato il nostro invito.

Sul trentennale della riforma sanitaria era in programma, proprio a dicembre, un'iniziativa unitaria, che gli avvenimenti di queste ultime settimane hanno reso impraticabile. Anche per questo assumono particolare significato gli interventi – qui riportati – dei segretari nazionali di Cisl e di Uil Ermenegildo Bonfanti e Antonio Focillo. Siamo convinti che, in specie su questi argomenti, i rapporti unitari siano consolidati e offrano un importante terreno di iniziativa comune.

Roma, 17 dicembre 2008

Una buona legge per una buona sanità

GIOVANNI BERLINGUER

Parlamentare europeo

Mentre i nostri concittadini godono in genere dei buoni risultati di cure efficaci, la sanità italiana è sempre più nell'occhio del ciclone perché gravata dalla lottizzazione politica, da ricorrenti notizie di errori, e da una crescente conflittualità tra paziente e medico. La deriva verso sprechi e sfiducia nell'operato del medico rischia di divenire un fenomeno allarmante.

Gli episodi di "malasanità" sembrano frequenti perché scalfiscono la reputazione dei medici e rimbombano nei giornali, ma non sono più numerosi che per altri professionisti. Quel che brilla, però, sono le fattispecie.

Non serve qui ricordare queste o quelle intercettazioni, questo o quel caso di corruzione per avere la conferma che la politica ha allungato le mani sulla sanità. A volte padiglione per padiglione, reparto per reparto, corsia per corsia. Nell'occhio del ciclone vi è il rapporto abnorme tra sanità e politica, meglio sarebbe definirlo tra "malapolitica" e "malasanità".

Da molte parti si sollecita il varo di misure in grado di limitare l'ingerenza della politica nelle procedure di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie e dei primari, ma le regioni rivendicano l'autonomia sancita in materia dalla riforma costituzionale

del 2001. Spesso, nella loro visione, la politica della salute si identifica con la gestione dell'apparato. Tante e ricorrenti le denunce di un vero e proprio assalto dei segretari, dei padroni delle tessere, dei capicorrente considerando il territorio un luogo dove distribuire piaceri per raccogliere consensi. Vale per il Sud, vale per il Nord. Per le regioni d'un colore o di un altro.

Per carità, non c'è solo la politica. Ci sono le lobby universitarie, le cordate, e perfino le ingerenze dei sindacati. E gli interessi delle comunità locali. La drammatica sequenza delle morti in Calabria è esemplare proprio di questa situazione: una rete ospedaliera progettata per immettere risorse sul territorio attraverso micro-ospedali, che non sono poi in grado di assicurare la sicurezza delle cure neppure per interventi con modesti livelli di rischio.

Vorrei qui solo ricordare per sommi capi la condivisibile proposta di Mario Pirani, che ha approfondito le distorsioni del sistema sanitario nazionale e può contribuire a spezzare la catena di comando della partitocrazia negli ospedali. Adottando i seguenti criteri: le nomine e i compiti generali di indirizzo spettano alla politica (presidenti delle giunte e assessori); i direttori generali, una volta accertato il

loro livello professionale, sono chiamati ad applicare gli indirizzi generali e a tradurli in piani aziendali; la selezione dei dirigenti di secondo livello deve tassativamente esser sottratta alla politica se si vuol riportare la cura del malato al centro del sistema.

Salta all'occhio il fatto che le evidenti disfunzioni e valutazioni contrastano con l'ottimo apprezzamento internazionale del servizio sanitario italiano, e con l'alta longevità del nostro paese. Questo risultato è dovuto a vari elementi, non tutti riconducibili ai servizi assistenziali. Uno dei fattori determinanti è il comportamento delle persone. Nonostante alcuni eccessi e costumi malsani, perdura una visione della vita meno subordinata a pressioni pubblicitarie, ad esempio nell'alimentazione. La capacità di godersi la vita, di forti relazioni di vicinato, di parentela e di vivere in modo comunitario, crea una situazione favorevole a combattere le malattie. In più, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha dato ai cittadini la possibilità di fruire di assistenza universale, solitamente di buon livello; ed è rarissimo che qualcuno sia abbandonato a se stesso, e non sia oggetto di cure quando ne ha effettivamente bisogno. Bisogna aggiungere che esistono sensibili differenze di classe, e che nell'ultimo periodo l'aspettativa di vita del Sud è diventata inferiore rispetto a quella del Centro e del Nord: molti "modi di vita" non reggono alle pressioni e ai mutamenti. Nell'ultimo trentennio, in particolare, il progresso è stato sensazionale. Dal 1974 al 2005 la speranza di vita alla nascita è passata da 69,6 a 77,6 per gli uomini

e da 75,9 a 83,2 per le donne. Nel 2008 c'è stato un ulteriore progresso: 80,4 per gli uomini e 85,3 per le donne. Per ogni anno che passa, oggi l'aspettativa di vita aumenta di almeno tre mesi. "È come se ogni anno durasse per noi quindici mesi, spiega il demografo Antonio Golini. Dodici ci sono dati subito, gli altri tre in un certo senso depositati in banca: ne usufruiremo sotto forma di allontanamento dalla vecchiaia".

Ciò richiederebbe naturalmente uno spostamento verso altre tipologie di servizi, più coerenti con il cambiamento epidemiologico e demografico (riabilitazione, lungodegenza, geriatria), e una guida più forte e più competente in tutto il paese.

La prima decisione che ha assunto il governo, purtroppo, è stata quella di abolire il ministero della Salute che esiste e funziona in ogni parte del mondo. Con l'avvio del federalismo, inoltre, tutta la difesa della salute dei cittadini verrebbe e delegata alle singole regioni, cancellando diritti che devono essere eguali per tutti: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività". A questo si è aggiunto negli ultimi mesi l'aver smontato pezzo dopo pezzo la legge n. 81 (Testo unico sulla sicurezza del lavoro), promosso dal ministro Cesare Damiano e pubblicato il 1° Maggio di quest'anno. Emma Marcegaglia, a nome della Confindustria ha insistito perché fossero alleviate le norme, e il ministro Sacconi, ha già proceduto a introdurre 11 nuove regole di garanzia (per le aziende, ovviamente). Per finire, il sottosegretario Professor Fer-

ruccio Fazio, con delega alla salute, ha in programma l'allargamento delle prestazioni private dei medici negli ospedali pubblici, e Berlusconi ha dichiarato esplicitamente che questi devono essere trasferiti ai privati.

Infine, una considerazione generale. Nella prospettiva globale il quadro delle malattie mi pare caratterizzato, negli ultimi decenni, da una profonda contraddizione: non c'è mai stata tanta salute, come dimostrano in gran parte del mondo l'aumento della vita media e la continua riduzione della mortalità infantile; e al tempo stesso, mai tante persone hanno sofferto o perduto la vita per causa di fame, povertà, ignoranza, esclusione sociale e discriminazioni, e per malattie che sono prevedibili e curabili. Da un lato gli indicatori di salute continuano a progredire, dall'altro si scopre quasi sempre, sia nel confronto tra nazioni che al loro interno, una crescita continua delle differenze nella salute e nelle aspettative di vita, secondo le classi, i generi, le etnie, le comunità, le persone. A questo si sono aggiunte, da qualche tempo, le preoccupazioni derivanti dai rapidi cambiamenti climatici. I paesi poveri e le persone povere ne soffrono maggiormente: sono loro a subire il 96% dei decessi causati da eventi meteorologici estremi, pur avendo contribuito meno di tutti all'accumulo di gas serra.

Nelle condizioni odierne, i fattori che determinano le ineguaglianze nella salute umana e quelli che sconvolgono gli equilibri necessari alla vita nel nostro pianeta si sovrappongono ampiamente e universalmente. Si accumulano così situazioni disastrose, e si

sottraggono possibilità di vita e di salute alle future generazioni.

Questa consapevolezza sta cominciando a muovere le coscienze, a cambiare i governi, a smentire l'ubriacatura neoliberista e la dittatura del mercato, a mobilitare i giovani e ad aprire molte speranze.

1. La salute nell'età moderna

Le politiche per la salute sono state sempre associate ad altri obiettivi umanitari e culturali, non solo in Italia.

Nel trentennio che va dalla creazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) (1948) alla Conferenza di Alma Ata (1978) la tendenza dominante si esprime come solidarietà tra le nazioni, e si diffuse anche tra i popoli dimenticati. Gli obiettivi essenziali furono l'assistenza sanitaria di base per tutti, e la rimozione degli ostacoli sociali alla promozione della salute: malnutrizione, ignoranza, lavoro sfruttato, acqua contaminata, abitazioni malsane.

Queste idee si diffusero ampiamente, ma nel trentennio successivo cambiò il vento. Sul piano politico i due maggiori eventi furono le vittorie parallele di Margaret Thatcher nella Gran Bretagna (1979), e di Donald Reagan negli Stati Uniti (1980), che aprirono la strada all'era neoliberista. La salute fu da allora considerata come una variabile subalterna dell'economia, la sanità pubblica come un ostacolo all'iniziativa privata, i beni comuni come un terreno di conquista aperto a ogni saccheggio.

Parallelamente cambiò il quadro di comando. Il direttore generale dell'Oms Nakajima innalzò la bandiera

bianca sul palazzo di Ginevra, e il potere fu trasferito ad altre agenzie internazionali: il Fondo monetario internazionale (Fmi), la Banca mondiale (Wb) e l'Organizzazione internazionale del commercio (Wto). Queste istituzioni, derivanti principalmente dagli accordi di Bretton Woods (27 dicembre 1945) e prive di ogni mandato relativo all'etica e alla salute umana, hanno dominato per lungo tempo le decisioni di molti governi, imponendo le regole della scuola di Milton Freedman e i successivi interventi di Jeffrey Sachs e di altri loro allievi, che imperversarono in buona parte del mondo.

Fortunatamente, nell'ultimo decennio, c'è stato un forte e originale risveglio della sanità pubblica. Grandi nazioni come il Brasile sono scese in campo per ottenere regole di maggiore accesso ai farmaci, o per produrli direttamente. Anche la Cina, dove era stato demolito un efficace sistema di cure primarie nelle campagne, e prodotte terribili tragedie, ha ricominciato a sviluppare una rete di servizi diffusi.

Nell'assemblea solenne dell'Onu dell'anno 2000, inoltre, sono stati proclamati i Millennium Development Goals (Mdg), che in gran parte riguardano la salute e che devono essere realizzati entro il 2015. Alcuni, come la riduzione della mortalità infantile, sono già in via di miglioramento. Altri obiettivi ritardano sostanzialmente, e sarà difficile raggiungerli.

2. Prima della legge

Gli anni che precedettero l'approvazione della Riforma sanitaria con la legge 180 videro una forte attività e

un periodo di intenso e tumultuoso rinnovamento politico e culturale, che comprende anche una data, il 1968. Il dibattito in Italia però, precede quella data, per l'esplosione di un movimento che aveva avuto prodromi lunghi e impegni diffusi.

C'era stata una rielaborazione dei temi della condizione operaia e una rivalutazione della sua soggettività (definizione e validazione delle condizioni di lavoro), che aveva aperto la strada al controllo della salute nelle fabbriche e ai notevoli progressi raggiunti negli anni successivi. C'era stato il movimento femminista, che si era presentato con molto vigore. C'erano state le anticipazioni della stagione dei diritti civili, che culminò nella rielaborazione del diritto di famiglia, nella battaglia per il divorzio, e poi ancora in quella dell'aborto. E c'erano stati i movimenti per la riforma dei servizi sanitari, con la presentazione delle prime proposte di legge che videro la collaborazione di forze interne ed esterne alla medicina, come le amministrazioni locali. I comuni vi parteciparono ampiamente in base a una tradizione di impegno risalente almeno al Rinascimento. I sindacati si mobilitarono, e la prima proposta di riforma sanitaria fu infatti presentata dai parlamentari della Cgil.

Da un'attenta diagnosi dei mali della medicina, e in un clima culturale e politico vivacissimo, nacque così l'ipotesi di creare un Servizio sanitario nazionale fondato sull'integrazione tra individuo e comunità, tra clinica e igiene, tra il medico e gli altri tecnici, tra i sanitari e la popolazione, tra la tutela della salute e i mutamenti sociali.

3. I contenuti della riforma

Il servizio sanitario nazionale si è chiamato così per motivi precisi: è un servizio, non un ente o un istituto separato dal corpo statale; è sanitario, non solo medico-terapeutico, ma preventivo e ambientale; è nazionale, cioè tendenzialmente unificante, anche se amministrativamente decentrato.

La riforma è stata, nelle intenzioni, un terreno d'azione privilegiato, non solo per assistere meglio gli italiani, ma per unirli in un'opera di rinnovamento. Si ebbe chiara la consapevolezza che la salute è un bene comune, inegualmente distribuito tra classi e regioni ma, per alcuni aspetti, indivisibile: da ciò l'obiettivo di influenzare i modelli di vita, la produzione e i consumi, le forme di partecipazione all'attività comunitaria, la guida del governo e le amministrazioni locali.

La riforma ha permesso di avviare un importante processo di trasformazione. Ha stabilito che la sanità è un insieme di misure di prevenzione (a partire dai luoghi di lavoro e dalla scuola), cura e riabilitazione.

Ha introdotto il criterio della copertura universale verso tutti i cittadini, che ha sostituito il modello precedente fondato su sistemi mutualistici sostanzialmente diversi tra loro; e deciso che le prestazioni sanitarie devono essere indipendenti dal reddito.

Un altro aspetto innovativo della riforma è stato l'avvio del decentramento, con la gestione non soltanto affidata allo Stato ma anche alle Regioni, alle province autonome e ai Comuni. Vi era l'esigenza che il Servizio Sanitario realizzasse quell'equilibrio di spese e di risultati tra Nord e Sud,

tra città e campagna, che la mutualità non era riuscita a creare. Furono anche introdotti alcuni meccanismi, ritenuti irreversibili, derivati da una lunga maturazione dell'opinione pubblica, dei sindacati, dei partiti, delle amministrazioni locali.

4. Gli anni difficili

Dal 1978 i due cardini principali della riforma, il suo aspetto sociale e quello istituzionale, sono stati messi in secondo piano per la prevalenza di scelte ragionieristiche, manageriali e contabili, nonché per l'affacciarsi prepotente di interessi economici privati. La più profonda revisione avvenne intorno al 1992 con la legge 421/92, l'anno in cui è stato avviato un vasto e continuo processo di ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario pubblico. Essa fu sollecitata da due motivi: da un lato i livelli di costo, in continua ascesa, e con scarsi meccanismi di controllo e con scarsa efficienza delle prestazioni fornite; dall'altro, i servizi offerti presentavano nel complesso modesti livelli di qualità, nella percezione dei cittadini.

Il secondo passo fu la legge 419 del 30 Novembre 1998 "Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale", che fu sempre basato sull'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, sulle modalità di finanziamento delle strutture e sulle loro modalità di gestione.

Dietro il principio di libera scelta della struttura alla quale rivolgersi passò il riconoscimento di soggetti privati, profit e non profit, quali gli erogatori di mercato, l'aziendalizzazione delle

strutture di offerta, la profonda innovazione introdotta nel sistema di pagamento delle prestazioni.

Con quei due atti legislativi si affermò il principio secondo cui il costo del sistema deve essere basato sul valore delle prestazioni erogate e sulla "produttività media" delle strutture operanti sul territorio. L'intera gestione, per presunti criteri di economicità, fu nuovamente affidata ad un organo monocratico, il direttore generale, responsabile unico dei risultati conseguiti.

È ora evidente che il ricorso diffuso ai privati abbia fatto registrare un sensibile incremento, anche in forza dei nuovi regimi di accreditamento, e nella scelta di soggetti ad alto reddito o comunque coperti da assicurazione sanitaria, che si rivolgono a tali strutture pagando direttamente il costo.

Il ruolo del "privato sociale" nella fornitura di servizi all'area sanitaria è ancora più significativo: circa 6.000 tra associazioni e cooperative sociali operano in Italia esclusivamente o prevalentemente nel settore sanitario, svolgendo un ruolo "integrativo e complementare" rispetto al sistema statale, in particolare nel campo della riabilitazione e in quello socio-sanitario, settori in cui il servizio pubblico è carente, e va ora estendendosi. In sostanza, una decisa svolta del sistema sanitario rispetto al modello prefigurato prima della riforma del 1978.

Il significato politico e culturale della riforma

ROSY BINDI

Deputata, già ministro della Salute e ministro della Famiglia

Conosciamo i meriti della Legge 833 ma forse in questi trent'anni ne abbiamo dimenticato il grande significato politico e culturale.

L'Italia ha registrato un deciso miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e della qualità della vita, a parità di costi il nostro sistema sanitario risulta più equo e più efficace di quelli di altri paesi a sviluppo avanzato. Ma la nascita del Servizio sanitario nazionale ha determinato qualcosa di più profondo nella percezione stessa del diritto alla salute. Grazie a quella riforma, varata alla fine di un anno cruciale della storia italiana, la salute non è più un'opportunità legata al lavoro e alle condizioni professionali dei singoli ma un diritto della persona. Grazie a quella riforma il sistema sanitario non si limita a rimborsare i costi della malattia ma promuove il benessere complessivo della persona e della comunità.

L'abolizione del sistema mutualistico ha superato un approccio alle tutele sociali limitato e corporativo e ha riconosciuto il diritto alla salute a tutti, senza discriminazioni di reddito, status sociale e culturale, anche a chi, disperato e clandestino, arriva in Italia da paesi lontani.

L'universalismo della 833 traduce in

legge un principio cardine della nostra Costituzione e più di altre ha permesso di ridurre lo scarto tra una democrazia formale e la democrazia sostanziale. Non è un caso se il primo articolo della 833 riprende l'art. 32 della Costituzione ed esplicita la convinzione dei padri costituenti, che già nel '48 avevano ben chiaro come la giustizia sociale sia la condizione per affermare la libertà individuale. La Costituzione ci dice infatti che il compimento della democrazia è rappresentato dall'affermazione dei diritti sociali come premessa indispensabile per affermare la libertà personale.

Da questa consapevolezza prende le mosse la costruzione del welfare, di un modello di sviluppo sociale che approfondisce il legame tra uguaglianza e libertà e dilata il campo dei diritti e delle opportunità. A questa consapevolezza occorre tornare per cogliere la portata dell'offensiva contro la sanità pubblica e rintuzzare i tentativi, sempre più insidiosi, di svuotare i contenuti della nostra democrazia.

La democrazia oggi è in bilico. Non solo il governo Berlusconi indebolisce il principio di legalità con la prevaricazione del Parlamento, non solo attacca l'autonomia della magistratura ma soprattutto sta svuotando il siste-

ma delle garanzie sociali con una vera e propria campagna di delegittimazione culturale che tende a screditare le infrastrutture del welfare, dalla scuola alla sanità pubblica.

Si torna a martellare sulla sua insostenibilità finanziaria e si fa leva sulle carenze e le lacune del Servizio sanitario nazionale, sui debiti accumulati da alcune regioni per giustificare un drastico ridimensionamento dei livelli di tutela.

Ma bisogna chiederci per chi è insostenibile il Welfare: per lo Stato e per la comunità? Negli Stati Uniti 40 milioni di cittadini sono privi di assistenza e gli indicatori di salute sono ben peggiori che in Italia. Eppure la spesa sanitaria, pubblica e privata, costa alla comunità il doppio della nostra.

La verità è che per la destra sono culturalmente insostenibili la giustizia sociale e la solidarietà. La solidarietà tra ricchi e poveri, tra giovani e anziani, tra chi è malato e chi è sano, tra il Nord e Sud del paese.

A cosa serve la social card se non ha sostituire la giustizia con la beneficenza? E i tagli alla scuola? E il ridimensionamento dei trasferimenti agli enti locali e alle regioni?

È evidente il disegno del governo che, senza ricordare che la nostra spesa sanitaria in rapporto al Pil è in linea con la media europea, insiste sui costi e gli sprechi della sanità e sulla scarsità delle risorse pubbliche disponibili. Questa campagna di delegittimazione serve a giustificare misure destinate a ridurre la copertura pubblica per far spazio a forme più o meno estese di finanziamento privato, penso all'enfasi sui fondi integrativi che nel Libro

Verde hanno in realtà una funzione sostitutiva e sul project financing che ormai ha acquisito un ruolo determinante in molti settori strategici.

Se non vogliamo che la salute torni ad essere, come 30 anni fa, un diritto finanziariamente condizionato occorre smascherare le mistificazioni del governo. Questo non significa assumere un atteggiamento acritico nei confronti del servizio sanitario nazionale, ignorare le lacune e le grandi differenze che ancora persistono e che si vanno aggravando.

Le proposte avanzate dalla Cgil sono una buona piattaforma di rilancio della sanità pubblica. Sono convinta che questo passa una seria programmazione del fabbisogno e un forte investimento nell'appropriatezza e la qualità delle prestazioni.

C'è bisogno di governare il sistema con regole certe e trasparenti tra pubblico e privato, sia sul versante degli erogatori che su quello delle professioni, con la riforma dei Drg, con un più stretto rapporto tra medicina ospedaliera e medicina di base, con l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Per chi è convinto dell'equità del Servizio sanitario nazionale questo impegno è anche una sfida a recuperare, senza timidezze, lo spirito e le finalità della Legge 833.

Una scelta fondamentale per la tutela della salute

ERMENEGILDO BONFANTI

Segretario nazionale Cisl

Approfitando di una situazione politica eccezionale per circostanze e per un conseguente consenso quasi unanime nel 1978 il Parlamento approvò la legge 833, concludendo con una riforma un tormentato ed articolato dibattito politico e sociale pluriennale.

Questo provvedimento rappresenta una scelta fondamentale per la tutela del diritto alla salute, previsto dalla Costituzione, e, superando definitivamente il pregresso sistema mutualistico, costituisce il valore fondante e l'impianto normativo per il Servizio sanitario nazionale, in analogia col modello anglosassone. Nel 1978 i partiti dell'arco costituzionale si compattarono in un governo di unità nazionale, poiché gli attacchi terroristici erano stati portati al cuore dello Stato, creando le condizioni per l'approvazione di tre pilastri della legislazione sanitaria: la 180, sull'assistenza psichiatrica, la 194, sulla tutela della gravidanza, e la 833 sul Servizio sanitario nazionale, destinate, nel loro insieme, a cambiare per sempre il panorama della sanità italiana. Per esigenze funzionali l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha richiesto, nel tempo, ulteriori interventi riformatori che costituiscono il sistema dell'aziende sanitarie, e, successivamente, ridefiniscono le funzioni e le attività dei Servizi sanitari regionali, preveden-

do un nuovo ruolo degli enti locali e rafforzando l'autonomia e la responsabilità delle Regioni.

Nel corso dell'iter parlamentare della legge 833 si profilò la celebrazione, tra gli altri, del referendum che richiedeva l'abrogazione della legge manicomiale del 1904. Referendum del tutto irrilevante in caso di approvazione, essendo chiara la volontà del Parlamento di abolire tale legislazione, ma controproducente se la richiesta referendaria fosse stata respinta, facendo in tal modo derivare una indiretta conferma della legge manicomiale, che ne avrebbe reso impossibile l'abolizione o la modifica drastica.

In questo contesto il tentativo di referendum abrogativo ebbe l'unico effetto di determinare celermente lo stralcio delle norme psichiatriche dal disegno di riforma sanitaria attraverso le norme della legge 180, che, peraltro, dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, ritornarono a confluire nella riforma generale. In estrema sintesi è possibile inquadrare i 30 anni di storia sanitaria in tre epoche organizzativo-funzionali.

La prima, sino al 1992, fu caratterizzata da una forte correlazione tra politica e gestione, con scarsa autonomia delle unità sanitarie locali, con una ridotta capacità di programmazione sugli obiettivi da perseguire e sulle risorse disponibili.

La seconda, sino al 2001, è riassumibile nella regionalizzazione, nella aziendalizzazione, nella psicologia del costo e dei tagli, nella maggiore attenzione al cittadino\cliente.

La terza, che arriva fino ad oggi, è quella conseguente alla riforma costituzionale con referendum confermativo e alla modernizzazione, non sempre riuscita, del sistema sanitario.

Il trascorrere del tempo ha evidenziato il rilievo della prevenzione, come attività di interesse individuale e collettivo.

Mentre si è assistito all'esplosione dei costi di diagnosi e cura, si è constatato come la prevenzione debba essere intesa come una vera e propria strategia che incide, su scala generale, sul miglioramento della salute dei cittadini con programmi di screening e di diagnosi precoce e sull'incremento dei costi.

In sostanza immettere più prevenzione, con una adeguata programmazione sanitaria e sociosanitaria, significa mettere al centro la salute dei cittadini, realizzando quel modello partecipativo previsto dalla Organizzazione mondiale della sanità.

L'applicazione dei vari input riformatori si impatta con l'andamento demografico, con l'emergere di nuovi bisogni, con la progressiva divaricazione dei risultati in termini di salute, con l'incremento delle disuguaglianze e con evidenti disparità e squilibri territoriali.

La dinamica del costo che aumenta porta ad una logica perversa di stima decrescente del fabbisogno, considerando l'onere della assistenza sociosanitaria come una pura spesa, forse anche improduttiva. Invece, nel contesto di depressione dell'economia, occorrerebbe un incremento dell'investimento in beni e servizi per

la salute per stimolare lo sviluppo ed i consumi, generando occupazione qualificata e fornendo beni immateriali come guarigioni, riduzione delle invalidità, maggiore benessere fisico e psichico.

Un sistema sociosanitario, con un adeguato finanziamento complessivo, con la determinazione dei livelli essenziali sanitari ed assistenziali, con un accesso universale e con una possibilità uniforme di esercizio al diritto della salute, dovrebbe ampliare l'organizzazione della medicina del territorio e completare l'evoluzione del ruolo dell'ospedale in rete con il territorio stesso, in una lineare continuità con i principi fondamentali della legge 833\78.

In una società solidale la modernizzazione del sistema sociosanitario dovrebbe coordinare le risorse garantite con i risultati acquisiti in termini di salute.

Occorre pertanto colmare il divario, che si è andato consolidando, con una incisiva razionalizzazione della governance dei sistemi sanitari regionali, avviando percorsi di gestione virtuosa e partecipata, evitando lo spreco e le disconomie, l'originarsi di deficit di bilancio, l'espandersi del consumismo sanitario e del radicarsi della medicalizzazione della società.

Il sistema sociosanitario per completare il processo riformatore dovrà garantire l'assistenza integrata, l'erogazione dei servizi e la cooperazione della pluralità dei soggetti (pubblico, privato sociale profit e no profit).

La 833 rappresenta in sostanza una storica e valida risposta ai bisogni, da svilupparsi con l'idea che la salute rappresenta un bene comune da espandere e tutelare con soluzioni flessibili e personalizzate.

Costruire nuovi significati e nuovi diritti

CELINA CESARI

Segretaria nazionale Spi-Cgil

L'approvazione della legge 833 del 1978 rappresenta il compimento un lungo e contrastato processo per l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale universale. Essa fu il frutto di forte movimento di base che riuscì a operare una saldatura tra i saperi accademici, il movimento operaio e la soggettività femminile. Proprio il concetto di diritto universale alla salute, assieme al riconoscimento del lavoratore, del cittadino e del malato come soggettività, hanno accompagnato e prodotto un movimento di lotte per la salute nei luoghi di lavoro. Un esempio di tale mobilitazione è la pubblicazione di un'inchiesta effettuata su di un campione di lavoratori dal Consiglio di fabbrica della Breda Fucine di Sesto San Giovanni nel 1971, con il titolo "La salute non si paga, la nocività si elimina. Un'esperienza dei lavoratori della Breda Fucine di Sesto San Giovanni".

La prevenzione entra sia nel dibattito politico che in quello scientifico come fattore di sviluppo qualitativo del sistema produttivo e sostenuto dal sindacato e dalla sinistra: la legge 833 si propone quindi come un prodotto di quella fase politica detta della "solidarietà nazionale". Con l'applicazione della legge gli Enti mutualistici vengono disciolti, sono istituite le Usl, con relativa nomina dei Comitati di gestione delle stesse, alle quali è

affidata la gestione di ospedali, presidi territoriali, strutture della Provincia. Nel nuovo Ssn il principio dell'uguaglianza del cittadino, nei confronti del diritto alla salute sancito dalla Costituzione, è posto come assunto fondamentale su cui fondare l'edificio della tutela sanitaria. Gli elementi che caratterizzano il nuovo modello di Servizio sanitario sono: prevalenza dell'intervento pubblico; tutela della salute indipendentemente dal reddito posseduto e dalla condizione sociale dell'individuo; articolazione dei tre momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione; integrazione con gli altri interventi di tipo sociale e sociosanitario. Sono gettate quindi le basi per un cambiamento epocale del preesistente Sistema sanitario con l'affermazione di un nuovo paradigma assistenziale sia basato sulla prevenzione, la cura, la riabilitazione, elementi tra loro integrati e interdipendenti, sia prevedendo la partecipazione diretta di Enti locali e dei cittadini alle scelte pubbliche. Ad oggi possiamo purtroppo analizzare quegli aspetti, molti, che hanno reso la riforma sanitaria solo una dichiarazione di principio, a causa di mancate attuazioni di molte delle sue parti, quali la mancata attuazione dei suoi principali istituti (uno per tutti, il Piano Sanitario nazionale varato con 15 anni di ritardo); l'uso distorto dei Comi-

tati di Gestione; l'assenza di strumenti di controllo sui flussi di spesa; il tramonto delle ideologie ispirate alla democrazia dal basso; la mancata integrazione con la riforma dell'assistenza, del fisco e istituzionale, e più in generale, con un nuovo concetto di sviluppo capace di rendere la salute valore in sé e vincolo dello sviluppo economico del paese. Basta pensare a concetti quali la compartecipazione del cittadino alle scelte e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Concetti tanto discussi quanto lontani e in apparenza irraggiungibili nella loro attuazione.

Andrebbe ripreso il movimento di costruzione di nuovi significati e nuovi diritti, riconoscendo il valore soggettivo di tutti gli attori sociali, movimento che portò alla stesura e approvazione di un testo di legge che racchiude già nel primo articolo i principi alla base di uno Stato che si definisce democratico e attento ad accogliere differenze e modificazioni strutturali e dei bisogni dei cittadini che lo costituiscono. Ne "Lo spirito delle leggi" Montesquieu sostiene: "Fare l'elemosina a un uomo nudo, per strada, non esaurisce gli obblighi dello Stato, che deve assicurare a tutti i cittadini la sopravvivenza, il nutrimento, un vestire dignitoso, e un modo di vivere che non contrasti con la sua salute." Il concetto di solidarietà e di rimozione di ogni ostacolo al pieno sviluppo della persona, che in quanto cittadino ha riconosciuta la pari dignità e uguaglianza all'interno della società, è la base per un ragionamento finalizzato a individuare i limiti al diritto alla cura; concetto caratterizzato da una pluralità di attori, ovvero strutture pubbliche, organismi volontari, famiglia; da modalità e qualità dell'erogazione della cura stessa; da distribuzione delle funzioni tra i vari at-

tori. Tale concetto prevede inoltre una presenza corporea tangibile e non astratta, che si pone come parte richiedente la cura ed il riconoscimento del proprio status di malato, ovvero, accanto al diritto alla cura, il diritto alla malattia ed alla non discriminazione. La cura viene quindi erogata a un corpo materiale e per di più attivo. In questa nuova definizione dei rapporti e dell'azione della persona malata, dove la partecipazione del cittadino è stata inserita all'interno di un percorso di "miglioramento partecipato" del sistema sanitario (D.lgs. 502/92; D.lgs. 517/93; D.lgs. 229/99), si accentua la disparità nell'accesso alla cura, in rapporto a luogo, età, aspettativa di vita, patologia. Le disparità che si creano possono tradursi nell'esclusione dalla posizione di cittadino per le persone tagliate fuori dal diritto alla cura, nonché nella negazione stessa delle possibilità di sopravvivenza. Di contro chi può comprare la cura si esclude dal gioco del riconoscimento in quanto cittadino e quindi portatore di diritto. Nell'ambito di una spesa sanitaria che deve fronteggiare tecnologie innovative, ricerca medica e farmacologia, la malattia è, nelle ormai classiche parole della Sontag, il "lato notturno della vita" e suo margine diviene l'immaginario costruito dalla società intorno alla malattia e alle ombre di un ravvicinato non-essere." In una tale costruzione sociale l'eguaglianza nel diritto alla cura e nella distribuzione delle risorse diviene un fattore di importanza vitale, dove il limite alle risorse finanziarie è diretta conseguenza del limite al diritto alla cura. Ecco perché assume valore dirimente una programmazione partecipata per l'erogazione della quantità di risorse da destinare al sistema salute e la decisione dei relativi criteri.

Il lavoro in Sanità. Riflessioni e prospettive

ROSSANA DETTORI

Segretaria nazionale Funzione Pubblica Cgil

Il 1978 è stato caratterizzato da tre importanti leggi: quella di riforma del sistema sanitario, quella della salute mentale e quella sull'interruzione volontaria di gravidanza. Si suggellò in quell'anno la spinta del movimento operaio e sindacale a superare definitivamente l'idea delle tutele settoriali e in fondo corporative (le mutue), a favore di un diritto alla salute da accordarsi alla cittadinanza, intesa per di più senza la limitazione dell'appartenenza alla nazione, ma invece all'umanità. Vale ciò sia in riferimento al sistema sanitario che a quello manicomiale, ma anche, se ben inteso, alla popolazione femminile, in quanto si riconobbe il diritto alla maternità consapevole.

Quegli anni furono importanti anche per la formazione professionale, culturale e "politica" in senso lato degli operatori della sanità. Dagli anni 80 a oggi si sono trasformate le figure professionali sanitarie: si è passati dal requisito del semplice diploma per esercitare la professione, a quello, ben più impegnativo e "orizzontale" quanto a competenze richieste, della laurea per le professioni sanitarie. Si è così affermato un modello organizzativo non più fondato sulla centralità della figura del medico, ma che vede coesistere

e collaborare in reciproca autonomia la funzione medica con quella dell'assistenza al malato.

Si sono venute affermando anche nuove figure, quali l'operatore socio-sanitario, perno dell'integrazione tra ospedale e territorio che costituì un cardine della riforma sanitaria. Ma soprattutto, si è accettata da parte degli operatori la sfida, emblematica dalle conseguenze della legge sulla salute mentale, di riconsiderare il concetto stesso di malattia e di malato, cogliendone l'intreccio con le dinamiche sociali, e accettando quindi una propria proiezione al di fuori delle mura dell'ospedale o del manicomio, verso un confronto mai facile con le famiglie, la società e le istituzioni preposte al reinserimento e all'assistenza. Così come si è accettata la svolta della riforma, basata sulla prevenzione prima che la cura del fenomeno morboso. Ciò ha comportato, anche qui sul piano dei requisiti professionali, di saper leggere il territorio e le sue potenzialità di rischio, dalle fabbriche al ciclo dei rifiuti.

Non si trattò, è bene chiarirlo e ricordarlo, di un tragitto lineare o facile: da un lato la rimessa in discussione di un mondo tutto sommato "conosciuto" verso uno da costruire ex novo,

ma dall'altro anche le profonde resistenze e reazioni da parte di chi vedeva attaccate e compromesse le proprie sedimentate posizioni di potere, contrassegnarono gli anni della transizione, e ancora oggi segnano i limiti del modello. Ne è un esempio l'adesione all'obiezione di coscienza da parte di moltissimi medici (e ultimamente dei farmacisti) in materia di interruzione volontaria di gravidanza, dove è rintracciabile anche, e forse soprattutto, la resistenza culturale di chi non vuole accettare che le persone (in questo caso le donne) siano le ultime a decidere sul proprio corpo.

Che non si sia trattato di una storia ormai acquisita, lo si vede purtroppo dalle problematiche odierne; basti pensare da un lato ai tagli che l'attuale governo ha operato sul sistema sanitario, o addirittura sul finanziamento alle attività di sostegno alle donne in difficoltà, per finire alle proposizioni contenute nel Libro verde in materia di welfare, per comprendere che la battaglia culturale prima ancora che politica o sindacale attorno ai temi dell'universalità della cura e del welfare è lungi dall'essere conclusa.

Si può ben immaginare le conseguenze, in certo senso "invertite" rispetto alla stagione delle riforme, di un modello sanitario che veda la proliferazione della sanità integrative, ai danni, evidentemente, di un sistema pubblico universale. La cosa è ancora più paradossale se si pensa che gli Stati uniti, con la prossima presidenza di Obama, intendono rimuovere o almeno ridurre il peso della fonte assicurativa in campo sanitario a beneficio di uno universale, e non si può

non sottolineare l'arretratezza ed il provincialismo di chi in Italia pensa di essere un riformatore smantellando quanto il resto del mondo considera una conquista civile. Ma, tornando al personale, è evidente che l'approccio fondato sul lavoro di squadra e sull'autonomia cooperativa tra le diverse figure subirebbe un colpo assai serio se si dovesse stabilizzare un modello di cura basato sulla capacità di spesa dell'assicurazione in capo al malato, relegando chi ne fosse privo al minimo indispensabile. In questo modello, la stessa cultura del personale sanitario si andrebbe a modificare, passando da una visione del malato nella sua integrità, che quindi deve non essere limitata alla sola cura del sintomo, ad una che farà discendere dalla capacità di spesa del soggetto la stessa disponibilità della struttura sanitaria e dei suoi operatori ad intervenire adeguatamente.

Il tutto, qualora collegato alla minacciata riforma federalista della tassazione, farebbe oltre tutto lievitare, ma solo per chi ne fosse in grado di sostenere il peso economico, la stessa mobilità territoriale dei pazienti e delle loro famiglie, ma anche degli stessi operatori, che potrebbero essere da un lato allettati da migliori occasioni di lavoro nelle regioni ricche, e con ciò contribuendo a deprimere anche l'offerta di servizi in quelle povere, con ciò accentuando vieppiù quanto la stessa impostazione federalista vorrebbe ingenerare.

Non è casuale, a conclusione di questo ragionamento, che sempre maggiori voci si levino a favore di una "regionalizzazione" dello stesso Ccnl,

che coronerebbe un disegno al termine del quale, della riforma del 1978, resterebbero solo i ricordi in archivio. Anche il Ccnl fu una conquista, in quanto unificò in un unico ambito quanto fino ad allora era disperso in diversi contratti: si ricordi, infatti, che fino alla metà degli anni 80 si avevano contrattazioni distinte per il personale degli ospedali, delle singole mutue (Inam, Inadel, ecc.), e le Ipub sanitarie allora collocate negli Enti locali. Si può dire che l'ultimo tassello di questo complesso processo di unificazione è stato posto con l'ingresso della sanità penitenziaria nel Ccnl Sanità avvenuto nel 2007.

Le sfide che sono quindi di fronte a noi sono molteplici e si possono caratterizzare su più fronti:

1. battere il disegno deregolativo del Libro verde, rideclinando la centralità della salute come diritto di cittadinanza universale;
2. difendere, conseguentemente, ed allargare lo spazio del Ccnl, addivenendo nel tempo all'definizione di un cornice unica per il settore, a prescindere dal rapporto, pubblico, privato o di cooperativa intrattenuto dagli operatori con il datore di lavoro;
3. proseguire nella valorizzazione della professionalità dei lavoratori, vuoi a livello economico, vuoi attraverso una maggiore considerazione dei tempi di vita e di lavoro delle persone, affrontando con maggiore decisione le situazioni di burn out che discendono dal tipo di relazione, che pure è essenziale, tra l'operatore e il disagio e la sofferenza di chi gli sta di fronte;
4. dedicare maggiore attenzione alle dinamiche organizzative sui luoghi di

cura e di assistenza, anche attraverso una migliore manovra sugli orari di lavoro (oggi il personale lavora mediamente 7 ore in più dell'orario settimanale contrattuale), e sul diritto ai riposi;

5. pertanto, il tema dell'adeguamento delle dotazioni organiche deve tornare centrale nell'agenda sindacale, congiuntamente con il controllo del ciclo delle esternalizzazioni (riportando nell'ambito del Ssn le attività core);

Infine, e per conseguenza, va proseguita la battaglia per la stabilizzazione dei molti, troppi precari che di fatto consentono al Ssn di funzionare, ma che per sciagurate disposizioni governative rischiano di perdere ogni speranza di proseguire il loro lavoro, oltretutto di essere riconosciuti quali componenti essenziali dello stesso Ssn, dal 1° luglio del 2009.

Per concludere, il Ssn ha bisogno di più risorse, di più pubblico, di maggiore partecipazione democratica, di una direzione politica forte sulle scelte strategiche ma senza interferenza nella gestione, di un ruolo integrativo, trasparente e verificabile del privato, e di un personale sempre più all'altezza dei nuovi compiti che la stessa mutazione delle popolazioni richiede. In altre parole, la stabilità delle cure necessita di un personale stabile.

Le speranze di ieri, la realtà di oggi e di domani

ANTONIO FOCCILLO

Segretario nazionale Uil

Non si può non ricordare brevemente, in questo trentennale della nascita del Servizio Sanitario azionale, gli eventi che ancora oggi sono vivi nella memoria collettiva accaduti proprio in quell'anno e dai quali la nostra coscienza civile non può prescindere. Eventi che possono essere oggi ragionevolmente considerati "storici", l'eccidio di via Fani, le dimissioni del Presidente della Repubblica Leone, la tragedia di Ustica, solo alcuni esempi che contraddistinguono un periodo storico vissuto dal nostro paese come "Anni di piombo" e nei quali la situazione civile è stata in continuazione sull'orlo del collasso, ma capace al contempo di reagire attraverso un'innovativa attività legislativa. Specialmente, in campo sanitario, in quell'anno si è stati in grado di costruire i capisaldi civili sui quali il paese ha posto le basi della sua rinascita. Vanno certamente ricordate la legge sugli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, meglio conosciuta come legge Basaglia (Legge 180/78), le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78) e quelle istitutive del Servizio Sanitario Nazionale comprese appunto nella Legge 833/78. L'im-

portanza della legge 833 è evidente già dal suo primo articolo che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale... senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana".

Una sorta di rivoluzione copernicana confermata anche dalla lettura degli obiettivi che si prefiggeva, tutt'oggi di stretta attualità. Fra questi, la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro, la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto, il superamento degli squilibri territoriali nelle

condizioni socio-sanitarie del paese; la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti e i servizi necessari, le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile, la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; l'inserimento dei servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione e favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici.

Intuizioni che sin dalla loro prima enunciazione hanno consentito un vero "progresso" della società italiana, che scardinava l'esistente rendendolo quanto mai terribilmente anacronistico. Per la prima volta nella storia repubblicana l'Italia poteva essere considerata a ragione all'avanguardia in quelle tematiche che sarebbero state successivamente intese, in generale, di Welfare universalistico.

Certo, trent'anni sono tanti, non tutto si è verificato senza rallentamenti, senza ripensamenti e problemi, c'è sicuramente qualcosa da migliorare. Certamente la prima cosa da fare è fermare la crescita costante del divario

di funzionamento del Servizio fra le Regioni riscontrabile, in particolare, nell'appropriatezza delle prestazioni, nella dotazione infrastrutturale e negli equilibri finanziari. Divario che, purtroppo, esiste anche in altri settori ma che può assumere effetti catastrofici soprattutto in un'ottica di federalismo fiscale. Servirebbe poi una maggior consapevolezza da parte di tutti sul fatto che le aziende sanitarie di oggi sono più grandi di quelle di trent'anni fa e fungono da epicentro di reti costituite da relazioni sia verticali (con le autorità politiche statali e regionali) sia orizzontali (stakeholders e pazienti) che erogano servizi ed è perciò necessario migliorare contemporaneamente l'efficienza operativa, gestionale, interna e quella esterna per raggiungere un più alto livello di soddisfazione sia da parte dei lavoratori che ne fanno parte sia da parte degli utenti affinché quanto allora sperato si confermi ancora oggi un'invidiabile realtà.

Una legge da tenere ben stretta

PIER NATALE MENGOTZI

Presidente nazionale FederSanità Associazione nazionale Comuni italiani (Anci)

Nel 1992 con il Decreto Legislativo 502 un ministro, di quel partito che aveva votato contro la legge 833/78, riusciva a portare a compimento il superamento di quel concetto di universalismo istituzionale che stava alla base del coinvolgimento di tutti i soggetti nella gestione della sanità pubblica.

Certamente in molta parte del paese i Comitati di Gestione non avevano dato il meglio di sé ma non tutte le colpe risiedevano lì. Il problema di allora ed il problema di oggi è solo una concezione proprietaria di un bene pubblico. In quelle regioni, alle diverse latitudini, dove le mani della politica partitica si posano su ogni iniziativa che possa determinare consenso e risultato economico evidentemente il piatto "sanità" era troppo succulento per non essere almeno assaggiato. In quelle realtà dove il concetto solidaristico e del bene comune era ed è invece presente questo pericolo non c'è mai stato od in ogni caso solo marginalmente. Ma i casi eclatanti di invasività della politica fecero sistema e determinarono consenso su un'operazione, quella del DLgs 502/92, che sembrava rispondere ad un'operazione di pulizia dal malaffare e dagli interessi, anche se intervennero su mol-

te realtà positive, specialmente in quelle regioni dove, ancor prima del 1978, si erano impiantati i consorzi sociosanitari ed anticipato di fatto la riforma.

Nel 1992 i Comuni si trovarono completamente fuori dalla sanità, rimanendo responsabili di quanto previsto dal Dpcm 616/77 in ordine alle responsabilità amministrative sulle tematiche e servizi socio assistenziali, un pezzo ovviamente importante di un sistema possibile che saltava nella sua idea di integrazione.

Con una battaglia di un anno da parte dell'Anci, con un ministro diverso, si giunse, l'anno successivo, dopo la nostra Assemblea nazionale di Riva del Garda, al Dlgs 517/93 che introduceva la Conferenza dei sindaci come organismo delle aziende sanitarie, per riparare il vulnus perpetrato e riavviare una possibilità di colloquio fra sistema delle autonomie, regioni e governo centrale anche in sanità.

I Comuni italiani non contestavano il processo di aziendalizzazione, intravedendone le potenzialità nel mutuare modelli utili per modernizzare e rendere più flessibili le procedure operative e organizzative, in un segmento dell'amministrazione pubblica così rilevante per i diritti dei cittadini. La

preoccupazione era ed è quella di una lettura troppo razionalizzante sul piano finanziario nell'esercizio del ruolo delle direzioni aziendali, per recuperare una spesa oggettivamente fuori controllo, che alimentava se stessa, e che con il sistema del ripianamento annuale ad ogni bilancio cresceva senza un diretto e verificabile rapporto fra spesa e risultati.

Da questo punto di vista la Conferenza dei Sindaci ed ancora di più la Conferenza Regionale Permanente Socio-sanitaria, potevano essere strumenti importanti di un controllo pubblico sui risultati e di un contributo sul piano della programmazione specialmente per il livello territoriale, ancora oggi non esercitato completamente.

La Legge 833, con le Leggi 180 e 194, aveva segnato in positivo il 1978 come anno di straordinarie riforme che denotavano, in un'epoca importante della nostra storia – quella della stagione del compromesso storico, del sindacato soggetto politico – una possibilità di superamento di vecchi steccati ideologici e una ricomposizione sociale utile per il paese. Cominciare dalla sanità, restituita al controllo pubblico con una decisa scelta universalistica che faceva piazza pulita delle mutue, ovviamente e per natura corporative e inique, che non tutelavano i deboli, fu un segnale importante e rivoluzionario, appunto segno di quei tempi.

Ci voleva il DLgs 229/99 per recuperare il contenuto genuino di quelle scelte politiche. Il tempo fino a lì trascorso ci ha lasciato in positivo un riordino organizzativo, il superamento delle frammentazioni territoriali, la

riconduzione ad una possibilità gestionale economicamente sostenibile, una stagione che nelle sue contraddizioni ha consentito di mettere ordine amministrativo ed individuare nuovi e definiti soggetti della responsabilità gestionale. Ma dobbiamo dire che anche questa positività è strettamente legata alla capacità di governo delle amministrazioni regionali e locali e un consuntivo che intendessimo fare ci porterebbe ad identificare queste realtà con quelle nelle quali da sempre si era operato bene, dove la politica aveva svolto un ruolo di indirizzo e non invasivo, dove i modelli organizzativi già rispondevano ad una logica che vedeva nel territorio il punto di maggiore attenzione e possibilità di rispondere alle esigenze dei cittadini.

Una sorta di circolo virtuoso che si inizia e chiude con la stessa parola d'ordine: governo e programmazione! Il DLgs 229/99 recuperando i contenuti della Legge 833/78, specialmente in riferimento al ruolo dei Distretti e delle competenze comunali, per un processo di integrazione non più enunciata ma realmente praticabile, rilanciava una possibilità di intervento dei sindaci nel governo della sanità purtroppo non colta in tutta la sua potenzialità.

Oggi siamo a un ulteriore bivio. Dopo la modifica del Titolo V della carta costituzionale sarebbe stato auspicabile declinare il concetto di sussidiarietà partendo dal basso, intrecciare la sussidiarietà verticale, di responsabilità istituzionale, con quella orizzontale, di responsabilità sociale. Non sta andando così! Troppo centralismo, troppo verticismo regionale e poco coordina-

mento nazionale sui determinanti di salute. Ancora la prevalenza è quella di una compatibilità economica, giusta di per sé, che però viene declinata sul piano esclusivamente finanziario e non dei diritti uniformi, e quindi da finanziare, di tutti i cittadini italiani. Il pericolo reale di uno stato non federale ma parcellizzato, di un federalismo sanitario residuale e diseguale, di un disequilibrio profondamente ingiusto è realmente presente.

Non è questo che prevedevano i contenuti della Legge 833/78. I detrattori di quella legge, che ci sono, che non la vorrebbero riconoscere perché sanno che è un testo che pretende una grande responsabilità personale di tutti i soggetti, una grande coerenza fra parole e fatti, una scelta di fondo, un impegno da confermare: quello dell'universalismo, la stanno mettendo addirittura in discussione sul suo valore storico.

Per chi come noi, credendo fino in fondo nel processo di integrazione fra politiche e processi organizzativi, fra responsabilità gestionali, tutte delle aziende, e responsabilità di indirizzo, controllo e valutazione, anche dei Comuni, ha costituito FederSanità Anci come luogo di discussione e confronto su questi temi, gli attacchi alla L. 833 sono inammissibili. Ovviamente c'è tutta la disponibilità ad innovare, a verificare nuovi percorsi ed adeguamenti legati al nuovo che avanza a livello internazionale e nazionale. Anche perché le intuizioni politiche, se valide e riconosciute, non hanno tempo o numeri, sono come le idee giuste: tali sono e tali rimangono, al di là di tutto e delle persone.

I trent'anni della legge di riforma e le discussioni che hanno suscitato, i mille convegni e occasioni di dibattito, sono la migliore prova della vitalità di un'idea che passò nel 1978 e che gli italiani sanno essere una tutela per i loro diritti di cittadinanza e quindi da difendere.

Sta a noi, dalle varie collocazioni e con le diverse responsabilità che ci appartengono, avere la capacità di confrontarsi e rendere coesa un'azione unitaria possibile dovuta, per affermare un concetto di tutela della salute che vada oltre gli schematismi, gli interessi professionali o lobbistici e veda il cittadino come unico punto di riferimento, per tutti.

Una grande conquista etica e di libertà

ENRICO ROSSI

Assessore al diritto alla Salute Regione Toscana.

Coordinatore Commissione Salute Conferenza delle Regioni

In quest'anno di celebrazione del trentennale della legge 833 non molti hanno ricordato il ruolo svolto fin dai primi anni 60 dal sindacato, e dalla Cgil in particolare, per l'avvio del dibattito che portò nel '78 all'istituzione del Ssn. Eppure sarebbe utile non confinare la riflessione storica su questo significativo passaggio della vita democratica del paese nell'ambito di leggi e istituzioni e approfondire quella che Berlinguer ha chiamato genesi "di popolo" della riforma sanitaria.

La legge 833 prese forma, ricorda Berlinguer, nel corso di un decennio tumultuoso ma anche ricco di proposte, di convergenze, di movimenti. Non fu la sola legge varata allora che abbia modificato a fondo il modo di pensare e praticare la sanità italiana. Penso alla concomitante approvazione della legge Basaglia e della 194. Tutte norme che, pur nei diversi gradi e modalità di applicazione, mostrano ancora oggi, 30 anni dopo, una sostanziale validità e che periodicamente sono oggetto tentativi di snaturamento, più che di adeguamento alle mutate condizioni del paese. Da quando la legge 833 fu promulgata a oggi la sanità è diventata una grande infrastruttura civile, che tiene unita l'Italia e senza cui il nostro vivere di ogni giorno sarebbe diverso e peggiore. Questo sistema pubblico, universalistico e tendenzialmente gratuito, è una grande conquista etica e di li-

bertà perché riconosce a tutti, dall'imprenditore a ciascuno dei 4 milioni di lavoratori precari, dai neonati agli anziani, dai cittadini italiani a quelli migranti, il diritto personale a essere assistiti e curati.

Non è facile valutare che cosa sarebbe oggi il nostro paese senza il Ssn, senza gli effetti che la sua attività di prevenzione, cura e assistenza hanno comportato per la popolazione, ma anche più complessivamente sul piano sociale ed economico. Se la speranza di vita alla nascita è passata dal 1974 al 2005 da 69,6 a 77,6 anni per gli uomini e da 75,9 a 83,2 anni per le donne questo è dovuto anche alle migliori condizioni di salute delle persone e quindi anche alla tutela assicurata dal Servizio sanitario. Qui in Toscana ci si potrebbe chiedere se senza servizio sanitario pubblico la nostra regione potrebbe vantare una mortalità infantile tra le più basse al mondo, se avrebbe raggiunto successi crescenti nella lotta ai tumori attraverso la diagnosi precoce tramite screening, o anche che cosa accadrebbe al suo assetto socio-economico se si cancellassero d'un tratto gli oltre 6 miliardi che costituiscono il fondo sanitario, i 50 mila stipendi diretti, le 10 mila convenzioni, l'indotto dell'industria farmaceutica, la ricerca nei grandi poli universitari. Il sistema sanitario regionale, composto da enti pubblici e privati, contribuisce in modo rilevante a

generare reddito nell'economia toscana. Se in Toscana non esistessero i servizi sanitari il Pil regionale risulterebbe inferiore del 7,5 per cento, gli occupati sarebbero l'8 per cento in meno e le importazioni regionali ed estere risulterebbero rispettivamente più basse del 4,5 e del 5,7 per cento. Fino al 2010 la Toscana spenderà circa 2 miliardi e mezzo di euro per potenziare e innovare le strutture sanitarie, soldi che non aiuteranno solo la sanità, offrendo ai cittadini servizi ancora migliori, ma costituiranno una vera e propria occasione di sviluppo per tutta la regione.

Un servizio sanitario basato sui principi dell'universalismo, dell'equità, che può vantare buoni risultati sotto il profilo qualitativo e una sana gestione di bilancio, sostiene anche il reddito delle famiglie e delle singole persone. E infatti dove questo non arriva si spalanca il baratro delle "spese catastrofiche". Il conto del dentista può rendere una famiglia povera, come il ricorso prolungato a visite specialistiche private a pagamento, una malattia impreveduta o la necessità di accudire un anziano non autosufficiente. Nel 2004 questa spesa "out of pocket" è stata in Italia il 21,7 per cento della spesa sanitaria totale. In Toscana la situazione appare migliore che in altre regioni, tanto che nel 2005 la percentuale di famiglie vicine (ma non sotto) alla soglia di povertà, che finiscono poi per cadervi per un'adeguata copertura del Ssn, era addirittura la più bassa d'Italia.

Sotto il profilo degli indirizzi programmatici la Toscana contribuisce al dibattito nazionale anche con il suo ultimo Piano sanitario regionale, fondato su alcuni concetti di base: appropriatezza, qualità, produttività, iniziativa. Questo significa dare a ciascuno secondo il bisogno senza sprechi e senza carenze, senza consumi inutili,

senza "prestazionismi" interessati, ma anche senza penuria di mezzi. Significa utilizzare al meglio le risorse tecnologiche e finanziarie, innovare, valorizzare le risorse umane e le competenze professionali, riassorbendo il precariato (come stiamo facendo) ma anche eliminando le inefficienze, le situazioni di inoperosità e di lassismo. E soprattutto orientare l'attività verso chi "meno sa e meno può" e che per questo si trova a rischio continuo di caduta assistenziale, sul territorio come in ospedale. Nello stesso tempo abbiamo aperto la grande partita della valutazione, come processo di miglioramento continuo del sistema. Molto invece resta da fare in uno dei settori tuttora con forti carenze, quello dell'informazione e della comunicazione con il cittadino utente. Dunque a ragion veduta non perdiamo occasione per sottolineare il valore del Ssn, per difenderlo da tagli e attacchi, per affermare la salute come diritto e come priorità politica.

Ma non basta. Tener fede ai valori e al significato storico della 833 significa migliorare e promuovere di continuo il sistema, procedere agli interventi di riorganizzazione, affinando le analisi critiche e le metodologie di valutazione. La sanità italiana ha davanti importanti sfide: qualità e appropriatezza delle prestazioni in relazione ai bisogni di salute, ammodernamento strutturale, sviluppo tecnologico e scientifico, sviluppo dei servizi territoriali e di prevenzione (nel lavoro in primo luogo) e integrazione socio-sanitaria. A queste sfide vogliamo rispondere nell'ottica di un federalismo solidale che, in coerenza con gli indirizzi della 833 e tenendo conto delle esigenze e caratteristiche delle varie parti del paese, fa crescere il servizio sanitario su tutto il territorio nazionale e con beneficio di tutta la popolazione.

Bilancio di trent'anni e prospettive del Ssn

FERRUCCIO FAZIO

Sottosegretario al Lavoro, Salute e Politiche sociali

La Legge 833/ 78, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ha costituito uno degli eventi politico-sociali più rilevanti di questi ultimi anni prevedendo la creazione di un nuovo sistema di sicurezza sociale. Fu assunta una visione della salute non più solo come assenza di malattia ma piuttosto come promozione attiva del benessere. Da un lato appaiono irrinunciabili, la risposta alla domanda di salute dei cittadini in termini di prevenzione, cura e riabilitazione e, dall'altro, l'“integrazione istituzionale”, con il superamento della divisione tra la rete ospedaliera, la rete di sanità pubblica e la rete delle mutualità. I primi dieci anni di vita del Ssn furono caratterizzati da una intensa attuazione della riforma, con l'emanazione di una serie di atti programmatici che andavano delineando le caratteristiche fondamentali del Ssn (assunzione di alcuni standard programmatici nazionali come l'indice di posti letto per abitanti, la precisazione delle attività da porre a carico del mondo sanitario o del mondo sociale, la definizione di progetti obiettivo ed azioni programmate, il programma straordinario di edilizia sanitaria per l'ammodernamento degli ospedali e per la realizzazione delle residenze as-

sistenziali per anziani e disabili, l'attivazione del sistema per l'emergenza ed urgenza “118”).

Via via le criticità andavano evidenziandosi, come l'esplosione della spesa sanitaria, il ristretto ambito territoriale delle Usl che risultava antieconomico, la disomogeneità e diseguità nell'accesso ai servizi sanitari dovuta all'eterogenea applicazione della legge a livello territoriale. Risposta a tali criticità fu data con il Decreto legislativo 502/92 attraverso l'aziendalizzazione delle Asl che assunsero ambiti provinciali, la definizione dei criteri per lo scorporo dalle Asl delle più importanti strutture ospedaliere che si trasformarono in Aziende Ospedaliere, l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione per gli erogatori pubblici e privati e la contestuale introduzione della pratica dell'accreditamento. Con il Decreto legislativo 229/1999 fu fatto un richiamo forte al principio della programmazione dell'offerta assicurando al contempo la libertà di scelta del cittadino ma in un contesto regolato dalla programmazione sanitaria regionale, oltre l'integrazione socio sanitaria e la determinazione delle modalità di individuazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

I Lea hanno rappresentato il “sistema delle garanzie del Ssn”, necessarie per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione, da garantirsi “uniformemente” su tutto il territorio nazionale e all’intera collettività (Psn 1998-2000). Nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato garante dei Lea e le Regioni responsabile delle loro effettiva applicazione sul territorio regionale.

L’evoluzione federalista introdotta dalla riforma costituzionale rappresenta un’innovazione nel Ssn. A fronte di una programmazione nazionale che discende da una riconfermata adozione del modello universalistico tipo Beveridge, seppure adattato al contesto italiano, sono ora implicitamente presenti elementi di positiva emulazione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali, che paiono arricchire tale modello con alcuni dei vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo (modello Bismarck) dove è rilevante la competizione tra enti assicuratori. Ciò rende il nostro Ssn tra i più efficaci ed efficienti a livello europeo, poiché valorizzando le diverse esperienze regionali mantiene l’unitarietà che deriva da comuni norme di principio e da linee di indirizzo e programmazione condivise tra lo Stato e le Regioni.

Se questo è il bilancio di questi 30 anni, quali sono le principali prospettive del Ssn? È necessario, da una parte, assicurare una costante “manutenzione” degli elementi che caratterizza-

no il Ssn (la qualità, l’appropriatezza, la sicurezza e l’efficacia delle cure, la definizione dei Lea, la valutazione delle tecnologie e delle cure, l’efficienza nella conduzione delle aziende sanitarie), dall’altra promuovere la ricerca e l’innovazione con la consapevolezza che il Ssn debba abbinare l’assistenza all’attività di ricerca per garantire cure caratterizzate da un più elevato standard qualitativo.

Il dibattito Stato Regioni si è sviluppato principalmente in tre direzioni. La prima direzione è costituita dal rilancio operativo e dalla ripianificazione organica degli interventi di prevenzione, importante non solo in termini di costo benefici, ma anche perché la sua attuazione consente il miglioramento delle condizioni di salute del paese. Una buona prevenzione primaria, non deve rimanere confinata ai soli dipartimenti di prevenzione delle Asl, ma permeare tutto il Ssn arruolando in questo modo anche interventi di prevenzione secondaria e terziaria. La seconda direzione concerne la ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie. Spesso si è assistito ad una mancanza di continuità tra l’ospedale e il territorio. Infine la terza direttrice riguarda la riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e quindi della medicina specialistica e ospedaliera. Non per ultima l’esigenza di assumere nel nostro Ssn il criterio del governo clinico, quale ponte gettato tra gli aspetti manageriali e di controllo dei fattori produttivi e la capacità di tradurre tutto ciò in percorsi assistenziali e in percorsi diagnostico terapeutici efficaci.

È cresciuta la consapevolezza che queste direttrici di evoluzione del Ssn possano essere meglio realizzate se integrate tra loro. Deve essere garantito un buon livello di integrazione, perché, a tutt'oggi, la medicina del territorio (o le cure primarie), la medicina ospedaliera e gli interventi di prevenzione viaggiano in canali separati e raramente comunicanti tra loro.

Vorrei concludere ricordando che le linee evolutive sopra delineate in qualche modo rappresentano un percorso obbligato a motivo degli incrementi continui delle risorse per la spesa sanitaria pubblica (siamo al 6.5 per cento del Pil) che vengono ripetutamente richiesti e che saranno sempre più difficili da ottenere, almeno nell'attuale ciclo economico che il nostro paese sta vivendo, con prospettive minime di crescita della ricchezza reale a livello nazionale. D'altra parte gli incrementi di finanziamento che potranno ottenersi probabilmente saranno tutti assorbiti da due grandi settori assistenziali: il primo rappresentato dalla non autosufficienza e dalla disabilità; il secondo da gruppi di popolazione assistita, affetta da condizione morbose, ad esempio da malattie rare, per i quali sono a disposizione oggi procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici o riabilitativi ad alto costo, che assorbono quindi ingenti risorse e che vanno eticamente considerate una priorità assistenziale. In altre parole i settori della non autosufficienza e delle malattie ad alto costo di trattamento assorbiranno praticamente tutte le nuove risorse. Ne consegue che per continuare a garantire il complesso dei ser-

vizi sanitari che conosciamo, dovremo assicurare un utilizzo più efficiente e appropriato delle risorse oggi a disposizione.

Le implicazioni della legge 180 per la sanità pubblica

FRANCO ROTELLI

Direttore generale Ass I (Azienda Servizi Sanitari Triestina) già direttore Servizi Salute Mentale Trieste

I contenuti e lo spirito della Legge 180/1978 (che non va certo cambiata), a trent'anni della sua promulgazione, invocano l'estensione all'intero campo della sanità pubblica di ciò che essa ha significato e significa. Ci sono almeno dieci "parole-chiave" che accompagnano il senso concreto della 180 e che dovrebbero orientare l'insieme delle politiche della salute:

1. Superamento delle istituzioni totali: dai manicomi – paradosso estremo in cui la distanza tra l'ideologia (l'ospedale è un istituto di cura) e la realtà (l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza) è più evidente – agli istituti per minori, per handicappati, alle case di riposo e tutte le forme concentratarie in cui si "aggrega per separare";
2. Deospedalizzazione e privilegio alle cure nella comunità: riposizionamento della cura all'interno del contratto sociale e quindi nei luoghi dove le persone vivono per ricondurre alla giusta complessità salute e malattia: "il sistema medico attuale non può sopravvivere senza un'alleanza organizzata con la comunità" (R. Bengoa, Oms 2001);
3. Attenzione alle cure di lunga durata: l'Ue raccomanda da tempo di riequilibrare risorse tra acuzie e assistenza sanitaria di lunga durata a fronte dei cam-

biamenti dovuti al progresso della medicina e all'ampliarsi dell'aspettativa di vita. Una carente gestione delle malattie "croniche" conduce a disperdere le risorse ad alta intensità sanitaria e "il risultato finale è un paziente insoddisfatto ed erogatori sovraccaricati e frustrati" (R. Bengoa Oms 2000);

4. La globalità delle cure (integrazione sociosanitaria): dalla dichiarazione del limite della psichiatria nel trovare soluzioni a problemi che coinvolgono l'insieme delle capacità della persona (casa, lavoro, socialità), all'attuale diffuso accreditamento di pratiche congiunte intersettoriali. Questionamento del livello di responsabilità/responsabilizzazione degli enti, pubblici e non, che nei vari campi intervengono (Rapporto Oms-Commission on Social Determinants of Health 2008, sui "Determinanti sociali della salute");

5. Le politiche di inserimento e per i diritti sociali: se con la 180 si è conquistato l'accesso ai diritti politici e civili delle persone allora ricoverate nei manicomi, si rilancia la questione della salvaguardia dei diritti sociali, dell'imprescindibilità del ruolo dello Stato come promotore e tutore di politiche di inserimento, quale fattore vitale per la salute pubblica ed il ben-essere dei singoli (quel che vale per la salute mentale vale an-

che per anziani, minori, disabili, portatori di patologie croniche degenerative, ecc.);

6. Inclusionismo contro esclusione: sostituire un governo di dominio dei soggetti (istituzioni totali e misure assistenzialistiche) con l'attivazione di questi stessi soggetti. Una delle definizioni possibili dei tecnici è quella di "tecnico dell'inclusione", identificando nella strada della negoziazione estesa (ricerca del consenso) un'arma valida contro i meccanismi di esclusione sociale, quale contrasto quotidiano a quanto di escludente i macrosistemi (economici, politici) ripropongono a livello globale (anche qui ciò vale per minori, anziani, disabili, immigrati, dipendenti da sostanze, ecc);

7. Contrattualità contro tutela: il riconoscimento delle persone e il "dar credito" alle potenzialità degli individui, anche i più deboli, riconoscendo identità, capacità (anche residuali) e diritti e contrastando le forme di alienazione/infantilizzazione che riducono risorse e possibilità delle persone e dei contesti sociali (comunità/capitali sociali). Produzione di opportunità affinché il soggetto, in un processo di emancipazione e non di riparazione del danno, possa accedere ai diritti in una concatenazione di possibilità-probabilità (anche qui tutto il campo della riabilitazione fisica dev'essere rivisitato da culture, protocolli, strumenti non riducibili a "fisioterapie");

8. Rispetto per le diversità: il riconoscimento e rispetto delle diversità come fonte di democrazia, di risorse per politiche e pratiche di coesione sociale e come ricerca di presa in carico appropriata (budget di cura individuali, lavorare in sanità per processi ed esiti e non solo per strutture, personalizzando i bisogni);

9. Deistituzionalizzazione delle pratiche: continua verifica della bontà delle pratiche ai fini di coerenti strategie di

salute pubblica, identificazione dei meccanismi autoreferenziali che inducono incoerenza di risposte tecniche, sperpero di risorse, automatismi escludenti, ecc. (anche qui, appropriatezza, critica ai sistemi meramente prestazionali, ai tariffari per minutaggi, alla scomposizione delle risposte specialistiche, alla scissione ospedale/territorio nella continuità assistenziale, ecc.);

10. La libertà terapeutica: di scelta delle cure, di rifiutare l'accanimento terapeutico, di morire a casa propria, libertà dal bisogno economico, e così via.

Ognuna di queste parole-chiave interroga l'intero mondo della sanità e delle politiche sociali. Interroga le pratiche e le politiche sanitarie "di territorio" e lo sviluppo, o meno, di un welfare di comunità. Interroga gli specialisti, per ogni patologia di lunga durata, le politiche per gli anziani, per i disabili, per i gruppi sociali più deboli, per ogni "devianza". La 180 porta la follia oltre i giardini rinchiusi dei manicomi. C'è una psichiatria ancora legata ad antichi schemi e nuovi servizi che assumono la complessità dei problemi della malattia mentale. Ma quali e quanti settori della medicina potrebbero/dovrebbero uscire dagli ospedali per una vera medicina di comunità? Quali strutture intermedie potrebbero contrastare l'univocità colpevole dell'istituzionalizzazione totale degli anziani nelle case di riposo? Marginalità ed esclusione degradano ancora la malattia mentale ma anche molte altre condizioni sociali. Le "malattie di lunga durata" ricevono ancora troppa scarsa attenzione, inadeguate risorse e dequalificate risposte. Oltre il giardino ci sono politiche di cooperazione internazionale sensate ed insensa-

te, politiche per l'inserimento lavorativo sociale sensate o assenti, politiche di ricostruzione dei diritti sociali o loro lesioni. Fa grande differenza se una "cura" viene erogata in ospedale o a domicilio o in prossimità maggiore "nella comunità". Qui è possibile che il sistema sanitario contribuisca alla costituzione di reti sociali informali e formali, là no. Qui è possibile vedere problemi di vita delle persone che l'ospedale "non vede", né può vedere, e che hanno notevole incidenza sulla salute delle persone (prognosi). Qui è possibile gradualmente mobilitare risorse informali di cure e contributi di risorse esistenti nei territori: farmacie, volontariato, personale esperto, pensionati, associazioni di varia natura, le famiglie e le risorse stesse dei soggetti in causa. Là ben poco. Qui è possibile rilevare e far conoscere le differenze, a volte estreme, su prognosi e aspettativa di vita; differenze legate a specifici squilibri economici e sociali da un quartiere ad un altro limitrofo. Qui è possibile sostenere progetti di vita più sana e rimuovere ostacoli a ciò, là No. Qui contrattualità e diritti dei cittadini (a casa propria) possono più credibilmente essere garantiti, non sempre lo sono in ospedale. Qui è molto più agevole eludere malattie iatrogene e i danni collaterali a volte gravi dell'ospedalizzazione, in particolare per i grandi anziani. Qui salute e malattia, incrociandosi nell'habitat naturale, tornano ad essere eventi comprensibili nella vita delle persone. L'ospedale è solo malattia: una parentesi che diventa assoluta nella vita delle persone, che si tratti di breve o di lunga durata. Qui, in prospettiva (non da subito), i

costi, o almeno il rapporto costi-benefici, possono essere più razionali e le risorse meglio destinate. Peraltro la rivoluzione demografica impone quel che altrimenti potrebbe essere solo una delle opzioni. Ciò non significa che l'Ospedale non possa giocare un ruolo di grande rilevanza a continuità e sostegno dei servizi di comunità: ne vanno indagate possibilità ed esperienze. Ciò che si è potuto capire in psichiatria, a causa delle drammatiche condizioni dei manicomi che estremizzavano tutto, deve allargarsi a tutti i settori della sanità e dell'assistenza, ma anche alle politiche per uno sviluppo sostenibile. Tutto ciò tarda, così come tarda la consapevolezza operativa di cosa comportino vere e buone pratiche di cura anche nel campo specifico della psichiatria. Nel trentennale della legge 833 e della 180 è necessario attualizzare queste tematiche nel campo specifico ma ancor più negli altri campi della medicina, nelle azioni inerenti inserimenti ed inclusione, nelle politiche attive per il lavoro, la casa, la socialità, a favore dei gruppi vulnerati e vulnerabili ed interrogarsi su quale welfare è possibile e necessario, nell'epoca dell'insicurezza sociale generale. Le politiche e le pratiche di "territorio" devono essere rilette, accuratamente valutate, rese visibili e misurabili, anche per acquisire adeguata credibilità, superare alcune ingenuità che possono essersi trasformate nel tempo in poteri e servizi autoreferenziali, ideologicamente difesi quanto ragionevolmente indifendibili. La loro valutazione rigorosa non deve costituire un limite allo sviluppo, ma fondarne le ragioni rinnovate di uno sviluppo condiviso.

Universalismo solidale e società che si prende cura

LIVIA TURCO

Deputata, già ministro della Salute e ministro delle Politiche sociali

Quando ho lasciato il ministero della Salute stavamo preparando la II Conferenza sulla salute mentale e la prima Conferenza sulla salute della donna ed avevamo deciso di celebrare i 30 anni delle leggi 180, 194 e 833.

L'esperienza di governo mi ha fatto apprezzare queste tre leggi per la lungimiranza, la solidità e l'equilibrio. Sono scritte da un legislatore competente e capace di scelte limpide e di un chiaro equilibrio di valori. Leggi della speranza, perché grazie ad esse, ciascuna persona, nella sofferenza, recupera il filo della speranza. Riforme che hanno fatto bene al paese perché lo hanno reso più moderno, più solidale, più umano.

Leggi sempre sotto attacco, ma mai scalpite, perché le loro radici sono profonde e nel trentesimo compleanno è doveroso trarre un bilancio dei risultati ottenuti. Mi affido ad alcune cifre. La sanità italiana secondo l'organizzazione mondiale della sanità è tra le migliori al mondo per capacità e qualità dell'assistenza. Rende concretamente accessibile l'assistenza a tutti gli italiani senza distinzione di reddito, genere ed anagrafe. È uno dei comportamenti più importanti dell'economia del paese. La filiera della salute è pari all'11,1 per cento del Pil dell'intera economia italiana. È al primo posto in Europa con la Francia e la Spagna per aspettativa di vita alla nascita,

per aspettativa di vita in buona salute. Sempre meno italiani si recano all'estero per prestazioni sanitarie. L'Italia è leader in Europa per farmaci gratuiti, con il prontuario farmaceutico a carico della sanità pubblica più ricco d'Europa. Ha la migliore rete per l'effettuazione dei trapianti. È l'unico paese in Europa con l'assistenza gratuita per tutti i bambini da 0-14 anni e con la possibilità alle famiglie di scegliere il pediatra, senza alcuna spesa. Ci sono 150 dipartimenti ed oltre 100 mila operatori pubblici per la prevenzione e oltre 5000 operatori pubblici impegnati per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro. Nel suo trentesimo compleanno, quelle che sembravano le idee più ingenue, più utopistiche della 833, le meno attuate, sono quelle che indicano il traguardo della sanità e della salute del terzo millennio: la partecipazione della comunità, la responsabilità del cittadino, la globalità della presa in carico, l'equità dell'accesso.

Quelle che sembravano utopie della 833 sono oggi inderogabili necessità del governo della sanità e della salute. La necessità dell'equità perché, la povertà è causa di malattia e perché si vive più a lungo e ci si ammala di più sulla base del reddito, dell'istruzione e della qualità del lavoro. La necessità di un sistema sanitario eguale, che rende indivisibile il diritto alla salute. Ogni riforma dello Stato, tanto più se fe-

deralista, dovrà essere capace di rendere effettiva la tutela e la dignità della persona, italiana o nuova italiana. Perché, la salute non ha confini. La malattia non ha confini. La dignità della persona non ha confini. La necessità dell'efficienza. La necessità di un cittadino competente. La necessità di un medico riconosciuto, rispettato, vicino alle persone e coinvolto nel governo dell'azienda sanitaria. La necessità di una rete integrata di servizi sociali e sanitari, all'interno della promozione di una comunità per una reale presa in carico della persona e per consentire a ciascuna i suoi talenti e, di dare un contributo alla società (anche applicando la legge 328/00). La necessità di una "diplomazia della salute" che costruisce il diritto alla salute nelle parti colpite dalla guerra e dalla povertà. Perché, il diritto alla salute è globale e l'agenda per il governo della salute è globale. La necessità della "salute in tutte le politiche" per valutare l'impatto sulla salute di tutte le politiche e per incidere sui fattori socio-economici che provocano le disuguaglianze. La necessità di una radicalità nel praticare il valore del merito e delle competenze per dare a ciascun cittadino certezza che chi dirige un'azienda sanitaria, un ospedale, un distretto, il medico che lo cura è il migliore, il più competente e non la persona scelta dal politico "amico". La necessità di promuovere la salute in tutte le stagioni della vita a partire dai nostri bambini perché non siano affetti dalla malattia del vuoto affettivo. Per arrivare ai nostri vecchi, anche essi troppo spesso colpiti dalla malattia dell'abbandono. L'anello forte per promuovere la salute sono le donne. La salute delle donne è il diritto forte che promuove tutti gli altri diritti sociali, economici, civili e politici. La salute delle donne promuove la salute

dalla popolazione, è misura della qualità e dell'equità del nostro sistema sanitario pubblico ed universalistico. Ma, è anche molto di più. È paradigma del livello di civiltà di un paese come indica l'Organizzazione mondiale della sanità e come conferma l'ultimo rapporto dell'Onu sullo stato di salute della popolazione. La libertà di scelta delle donne ha prodotto relazioni umane più consapevoli tra le persone, ha reso più confortevoli le nostre vite, ha reso dinamica la società in cui viviamo. Non mi piace il silenzio che è caduto sul tema dell'aborto.

Non rimpiango, certamente, il dibattito maschile ed ideologico che ha occupato la scena pubblica per alcuni anni. La sconfitta della lista Ferrara è la sconfitta simbolica di quel dibattito ma, resta da sconfiggere l'aborto. Resta la necessità di prevenirlo e di garantire la tutela, l'assistenza e la dignità alla donna che abortisce. Dove sono i provvedimenti per la prevenzione dell'aborto, per il potenziamento dei consultori tanto propagandati da questo governo? Perché non prendere l'esempio di una regione, dalle linee guida per la piena applicazione della 194 recentemente approvate dal Consiglio regionale dell'Emilia Romagna per proporre alle altre regioni e sostenerle, anche, sul piano delle risorse. C'è una questione più di fondo, la moralità dell'aborto e il discorso morale che le donne possono fare sui temi etici della vita e della morte oggi così al centro della scena pubblica. Perché le donne non decidono di promuovere esse stesse un dibattito pubblico a partire dalla loro esperienza e dall'etica della cura e delle relazioni umane di cui sono portatrici?

Sono questi gli aspetti e i temi della battaglia del Pd. Battaglia quotidiana, coerente, che conduciamo in Parlamento e nel

nostro paese. Un Parlamento che troppe volte ti fa sentire inutile e non solo perché, chi governa, lo fa con l'idea che tanto decide da solo, non ha bisogno di ascoltare. Ma, anche, per la cancellazione del ministero della Salute. Il nostro impegno è, oggi, per il sostegno alla famiglia, per il miglioramento della sanità pubblica, per l'universalità del sistema, per uno sviluppo della ricerca, per la promozione dell'integrazione socio-sanitaria, per uno sviluppo della rete integrata dei servizi sociali. Dopo trenta anni, in questo mondo globale e diseguale, ciò che avverto come duraturo e al contempo, come sfida e impegno delle tre leggi, è proprio la loro cultura politica: l'universalismo solidale e la società che si prende cura. L'importanza dunque di forti politiche pubbliche ma, anche di un'etica pubblica della responsabilità e della presa incarico dell'altro.

Avrei d'aggiungere qualcosa all'articolo 1 della legge 833 che definisce il diritto alla salute e richiama la dignità della persona. Scrivere il diritto di ciascuna persona a vivere dignitosamente la convivenza con la malattia; scriverei il diritto ad una morte dignitosa e l'eguaglianza di rispetto nei confronti della morte. Scrivere il "dovere della pietas". La pietas si riferisce alla singola e irripetibile persona e sa che in ciascuna persona, quanto più intensa è la relazione umana con il medico e con le persone che ti stanno accanto, tanto più forte è la determinazione a vivere.

L'impegno che sento più pressante è poi quello di rompere il muro del silenzio e dell'indifferenza nei confronti di tante situazioni di abbandono e di solitudine. I manicomi ci sono ancora. Sono quelli della solitudine e dell'abbandono che colpisce tante famiglie. Anche, l'aborto clandestino c'è ancora, soprattutto, per le

donne immigrate. È quello imposto dalla povertà, dalla solitudine e dall'abbandono. La speranza che dobbiamo costruire è: la società solidale. La speranza che dobbiamo costruire è il "Si può fare" di Nello, il presidente della cooperativa di matti del bellissimo film di Giulio Manfredonia. La speranza è una politica solidale, delle persone e per le persone. Una politica che dice "noi". Che dota il paese di una buona stoffa e poi si affida a tanti sarti come, ebbe a dire Tina Anselmi, nel suo discorso a conclusione del dibattito sulla riforma sanitaria.

Nel corso di questi trenta anni è cresciuta una società competente. Penso alla competenza del volontariato e del no profit. Non a caso si è affermato il valore costituzionale della sussidiarietà. A volte questa società competente sente superflua la politica e vuole fare da sé o, utilizza la politica in una logica di scambio per accedere alle risorse per avere un riconoscimento. Sente superflui i partiti e le istituzioni. Si tratta di una scorciatoia. La società competente e l'impegno solidale che, sono così diffusi nel nostro paese, è anche l'auspicio di un rinnovato protagonismo sociale, per incidere ed ottenere dei risultati hanno bisogno di soggetti politici collettivi che propongano a tutti l'ambizione di costruire un'idea di società e un progetto di cambiamento. Soggetti collettivi forti e istituzioni autorevoli ed efficienti. Bisogna ridare all'Italia le istituzioni e le forze politiche capaci di tessere una buona stoffa e di affidarsi a tanti sarti.

Una grande conquista e un impegno da attuare

GUGLIELMO EPIFANI

Segretario generale Cgil

Il sessantesimo anniversario della Costituzione Italiana coincide con il trentennale di tre grandi Riforme, tutte approvate nel 1978: la Legge 180, la Legge 194 e la Legge 833.

È davvero significativo osservare come queste Riforme siano riuscite a recepire nel nostro ordinamento i principi di libertà e di uguaglianza nei diritti solo dopo molti anni dall'approvazione della Costituzione, che pure li sanciva così solennemente. Non c'è dubbio che la Costituzione, quando fu approvata, disegnasse, giustamente, un modello di coesione sociale molto più avanzato di quello presente nel paese reale. Rappresentava così un punto di riferimento progressista e innovativo, cui guardare per ricostruire l'Italia e il nuovo patto di cittadinanza. Tuttavia fa impressione vedere quanta fatica e quanto tempo ci sia voluto – qui nel caso di norme che riguardavano la sanità, i diritti delle donne e la salute mentale – per affermare i principi e i valori costituzionali.

E però questo ci dice anche quanto sia importante non accontentarsi di approvare una legge, per quanto avanzata e innovativa; occorre sempre seguirne il processo reale di attuazione, spesso faticoso e controverso. Esattamente per questo abbiamo scritto che

la Legge 833 è per noi “una grande conquista e un impegno da attuare”.

Una grande conquista, perché ha affermato il principio di universalità nel diritto alla salute e alle cure. Mentre fino ad allora i cittadini ricevevano un trattamento diseguale, a seconda della mutua alla quale erano iscritti; e più di tre milioni di poveri avevano accesso solo alla pubblica beneficenza. Una grande conquista, per la concezione di salute, che viene proposta non solo come assenza di malattia ma come benessere fisico, psichico e sociale. Indicando una più completa e appropriata strategia, fondata su “prevenzione, cura e riabilitazione”. Anche grazie alla straordinaria mobilitazione del movimento sindacale di quegli anni, hanno fatto irruzione nel campo sanitario i temi sociali, della qualità del lavoro, dell'ambiente, delle relazioni affettive, delle condizioni di vita, affidando così all'approccio clinico un ruolo importante ma non più esclusivo. Una grande conquista, perché ha dato a milioni di cittadini la possibilità di accedere a servizi e a prestazioni, spesso di alta qualità, contribuendo così a ridurre sofferenze, la mortalità per gravi malattie e a migliorare lo stato di salute della popolazione.

I principi e gli obiettivi fondamentali

della 833 rimangono validi. E siccome il diritto alla salute e alle cure è prima di tutto un diritto umano, riteniamo incivile negare, come propone qualcuno, il diritto alle cure agli immigrati irregolari.

Ma la 833 è anche un impegno da attuare. Ci sono obiettivi ancora da raggiungere: la prevenzione nel lavoro, negli ambienti di vita e nei comportamenti, ancora più urgente, per liberare anni di vita da disabilità altrimenti crescenti con l'espandersi delle cronicità. Più assistenza nel territorio e a domicilio, tanto più necessaria di fronte a milioni di persone non autosufficienti. L'integrazione tra i servizi delle Aziende sanitarie e quelli sociali dei Comuni. L'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini ed in tutto il territorio nazionale: accesso compromesso e diseguale in diverse realtà e soprattutto per i più poveri o per molti immigrati. Tutto ciò s'impone perché, ancora oggi, le persone con meno reddito e meno istruite hanno maggiore difficoltà di accedere alle cure, minori possibilità di guarire e persino una speranza di vita più breve.

Anche il sindacato confederale deve sentirsi impegnato su questi obiettivi, e può farlo con la negoziazione confederale anche a livello regionale e locale, e con la contrattazione che riguarda i lavoratori di questi settori. L'iniziativa sindacale sulle politiche sociali e sanitarie può sviluppare tanta parte della strategia dei diritti. Accanto ai successi e agli apprezzamenti, sappiamo bene a quante critiche e lamentele siano esposti i servizi sanitari, soprattutto in alcune realtà. Ci sono gravi disservizi, truffe e persino infil-

trazioni criminali, che vanno combattuti. Eppure il nostro Servizio sanitario, pubblico e universale, per quanto limitato e imperfetto, resta una grande conquista e un modello da imitare. Nei paesi dove la sanità è stata affidata al mercato gli effetti in termini di disuguaglianze e di maggiore spesa sono clamorosi. Anche per questo abbiamo criticato il Libro Verde del governo sul welfare, che ipotizza una riduzione del pilastro sanitario pubblico a favore di un pilastro privato.

Al contrario, bisogna dare certezza e stabilità alla sanità, come aveva fatto l'ultimo Patto per la Salute. Non si può esporre un settore così delicato, ogni anno, alle incognite, e ancor peggio ai tagli, della legge finanziaria. Per questo vogliamo siano scongiurate le riduzioni al fondo sanitario previste dal Governo, come richiedono anche Regioni e Comuni. Oggi non si spende troppo (rispetto al Pil la spesa sanitaria italiana è nella media Ue e sotto quella dei paesi Ocse), semmai bisogna "spendere meglio".

La spesa sanitaria non è solo un costo, indispensabile per garantire ai cittadini il diritto alla salute, ma anche un volano per lo sviluppo e una forma essenziale di investimento nel capitale umano e professionale; dunque un "vantaggio competitivo" per il nostro paese. Proprio perché si tratta di un investimento strategico, abbiamo detto che l'efficienza e l'efficacia della spesa sanitaria è per noi obiettivo irrinunciabile. E per questo insistiamo nel dire che il vero risanamento – una necessità assoluta per alcune regioni con gravi disavanzi – non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con

una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari. In questi anni si sono manifestate diverse capacità di gestire i sistemi sanitari locali. In alcune regioni si sono realizzati processi di riorganizzazione, mentre in altre faticano a partire. Di fronte al crescente divario, in particolare tra nord e sud, l'appuntamento del federalismo fiscale assegna un compito ineludibile, quello di rendere effettiva l'uniforme diffusione dei Livelli Essenziali di Assistenza nel territorio nazionale, come prevede la Costituzione.

Non possiamo rinunciare al fatto che le istituzioni della Repubblica esercitino il dovere di sostenere e orientare i processi di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi, necessari per garantire che in tutto il paese i cittadini abbiano accesso ai diritti sociali e civili. Per questo abbiamo chiesto a Governo e Regioni di ripresentare il Decreto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria, che era stato ritirato, di definire finalmente quelli sociali e di avviare un confronto per costruire a livello nazionale il sistema di garanzie sull'effettiva attuazione dei Lea. Il nostro documento per il trentennale della 833 si conclude, giustamente, rammentando il valore del lavoro nell'assistenza sanitaria. Un lavoro importante e delicato, non sempre riconosciuto adeguatamente. Lo diciamo in primo luogo a quei settori del governo che hanno avviato una campagna denigratoria insopportabile, che ha colpito le tantissime lavoratrici e lavoratori che in sanità e nei servizi pubblici operano con serietà e dedizione e che perciò sono un patrimonio inestimabile per il paese.

Abbiamo detto che per affrontare l'eccezionale crisi economica che ci ha investito servono misure eccezionali, capaci di dare sostegno e sicurezza alle persone e alle imprese. E che c'è il rischio che il nostro Paese esca da questa crisi peggiore di come vi è entrato. E allora non c'è dubbio che poter contare su un servizio sanitario pubblico, universale, di qualità sia fondamentale, per dare quella sicurezza e quel sostegno che serve a milioni di cittadini e per rendere migliore il paese.

Se è così, ancora oggi possiamo apprezzare quanto la Costituzione e la Riforma Sanitaria siano state lungimiranti e previdenti. Per questo le riteniamo una grande conquista e un impegno da attuare.

Per una medicina da rinnovare

... È infatti tipico della mutua curare soltanto, soltanto riparare la forza lavoro; la mutua ha sempre rifiutato scopi di reale prevenzione. Se mai, sono arrivate a fingere di prevenire, ma anche questo non è stato quasi mai fatto. Ancora oggi, si va alla mutua da malati, non ci si va da sani. Si va alla mutua da malati perché la mutua è lì appunto per riparare la forza-lavoro e per restituirla a quell'uso che il capitale deve farne (*"L'uso di classe della medicina"* 1972).

Se prevenzione è promozione e tutela di salute, essa non può concludersi nell'ambito individuale ma deve muoversi e compiersi in quello sociale: cioè l'ambito di vita e di lavoro dell'uomo, là dove egli è in quanto ci sono gli altri, dove la sua realtà si misura con quello che trasforma, dove la sua identità emerge non da una definizione ma da una molteplicità di interazioni. Prevenire per la salute vuol, dunque, dire coglierne la dimensione collettiva e derivarne corrette indicazioni di analisi e di interventi per quella individuale. Ma vuole anche dire che tale compito deve essere collettivamente assunto; perché, manifestamente, richiede non solo tutta la competenza tecnica disponibile, ma anche tutta la volontà politica impegnabile. In quanto investe l'intero assetto sociale, il modo di produzione, l'organizzazione della vita, ecc. ponendo una serie di problemi non delegabili "d'ufficio" o "per via gerarchica" ma gestibili soltanto dalla soggettività collettiva, cioè in modo largamente e autenticamente partecipatorio (*"Vera e falsa prevenzione"* 1976).

Giulio Alberto Maccacaro

Il trentennale della riforma sanitaria

La legge 833, la Riforma Sanitaria approvata dal Parlamento il 23 dicembre 1978, compie trent'anni. Con Essa si completa "l'anno delle riforme", quel 1978 in cui vengono approvate altre due grandi Leggi: la 194 sulla *tutela della maternità e sul diritto all'interruzione volontaria di gravidanza* e la 180 sulla *riforma psichiatrica con la chiusura dei manicomi*.

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini" (articolo 1 legge 833/1978).

Così, in poche righe, l'articolo 1 trac-

cia con straordinaria efficacia il profilo di una riforma che, ben oltre i confini della sanità, rappresenta una grande conquista sociale e civile.

Una riforma che, in primo luogo, ha cancellato le ingiuste differenze fra i cittadini sancite sino ad allora dall'appartenenza a diverse mutue (o addirittura l'esclusione per oltre tre milioni di poveri) e che ha contribuito a produrre significativi miglioramenti dello stato di salute della popolazione, con la crescita di una diffusa rete di servizi, spesso di alta qualità. Gli stessi livelli essenziali di assistenza sanitaria sono stati previsti già dalla legge 833, con ventidue anni di anticipo rispetto alla riforma costituzionale del 2000, che li ha finalmente sanciti come diritti sociali e civili.

Oltre a riconoscere i successi, il trentennale deve essere occasione anche per segnalare gli obiettivi ancora da raggiungere. Obiettivi che a distanza di trent'anni sono più attuali che mai: il rilancio della prevenzione, il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare (si pensi alla non autosufficienza), l'integrazione tra interventi e servizi sanitari e sociali, la garanzia effettiva di accesso alle prestazioni per tutti i cittadini ed in tutto il territorio nazionale (si pensi al divario fra le re-

gioni, alle liste di attesa, alle persistenti difficoltà di accesso per i più poveri o per molti immigrati).

In questi anni la legge 833 ha subito significative modifiche, che hanno agito soprattutto sul versante dell'efficienza e degli assetti organizzativi, con la trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende e nuovi meccanismi di funzionamento del sistema (risorse per budget, accreditamenti, mobilità sanitaria, ecc.). Contemporaneamente si è realizzato un processo continuo di regionalizzazione del servizio sanitario nazionale. Ciò ha responsabilizzato le singole regioni, esaltando le diverse capacità di gestione, ma ha acuito il divario fra le diverse aree del nostro paese e, fattore non secondario, ha indebolito eccessivamente il ruolo dei comuni. Anche la partecipazione democratica dei cittadini e delle forze sociali, che era, ed è, uno dei capisaldi per l'attuazione della riforma, si è affievolita in questi anni; va rilanciata, prevedendo un processo partecipativo esplicito per incidere nella programmazione e nella valutazione.

Una riflessione specifica meriterebbe la formazione del personale, in particolare quella esercitata nelle facoltà di medicina, dove non sempre si è saputo cogliere alcune delle innovazioni culturali della 833, conservando un approccio clinico terapeutico, ancora poco aperto alla dimensione sociale e preventiva della medicina. Eppure principi e obiettivi fondamentali della 833 rimangono inalterati e di assoluta attualità. Equità, uguaglianza fra i cittadini nel diritto alle cure, rispetto della libertà e della dignità della persona, sono i principi fondamentali che iden-

tificano il Servizio Sanitario Nazionale come bene pubblico, che risponde in modo universale al diritto alla salute. E che per questo viene giustamente finanziato dalla fiscalità generale.

Altrettanto moderna è la concezione globale di salute, intesa come benessere fisico, psichico e sociale e non solo come "assenza di malattia", spostando così il baricentro dalla sola "riparazione" del danno ad una più completa e appropriata strategia. Prevenzione, Cura e Riabilitazione sono le parti di un'unica azione, che non si limita al solo ambito sanitario ma che deve agire su tutti i determinanti di salute: sociali, economici, culturali, ambientali. In ragione di questa assoluta modernità e validità della legge 833, abbiamo più volte ribadito che non servono ulteriori "riforme sanitarie", quanto piuttosto applicare le leggi vigenti ed operare una buona "manutenzione", adeguando la normativa alle modifiche costituzionali intervenute.

Infine va ribadito che il diritto alla salute e alle cure non può essere negato a nessuno: anche i cittadini stranieri presenti in modo irregolare o clandestino nel nostro paese hanno diritto all'assistenza sanitaria; ed è inaccettabile prevedere, come propongono alcune forze politiche, che gli operatori sanitari debbano segnalarli alle autorità.

LE PRIORITÀ DI OGGI

DIRITTI, LIVELLI ESSENZIALI (LEA) E FEDERALISMO

Secondo la nostra Costituzione "i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali devono es-

sere garantiti su tutto il territorio nazionale". Tuttavia, come è noto, la situazione reale è molto diversa. I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (definiti con il Dpcm del 29.11.2001) sono diversi tra le Regioni, ed in particolare tra Nord e Sud, e troppo spesso vi sono di liste di attesa "insostenibili". Mentre le persone con minor reddito e scarsa istruzione (o per i cittadini immigrati poca conoscenza della lingua) hanno più difficoltà di accesso ai servizi e alle prestazioni.

Evidentemente non basta definire i Lea per renderli effettivamente esigibili. Molto dipende dalle diverse capacità di gestire i sistemi sanitari locali e dai processi di riorganizzazione dei servizi; che si sono avviati in alcune regioni, mentre in altre scontano gravi ritardi. Guardando proprio alle regioni più virtuose si è visto che i processi di riorganizzazione devono affrontare inevitabilmente alcuni nodi critici: il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera, il potenziamento dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare), l'integrazione fra ambito sociale sanitario, il governo degli accreditamenti e dell'assistenza farmaceutica. Si tratta di questioni delicate, che investono le concrete condizioni di lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali. Tuttavia, dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di riconversione, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico finanziari. Ma anche le scelte regionali e locali vanno sostenute e inserite in una cornice, per garantire i Lea, e quindi i di-

ritti, in tutto il territorio nazionale.

Si avverte l'esigenza, tanto più oggi di fronte all'appuntamento del federalismo fiscale, di individuare a livello nazionale strumenti "condivisi" di programmazione e di valutazione dei risultati, realizzando il sistema di garanzia sulla uniforme diffusione dei Lea nel territorio nazionale, come prevede la Costituzione. Per questo insistiamo nel segnalare che serve:

- completare i Lea Sanitari, definendo finalmente anche quelli Sociali, già delineati con la Legge 382/2000;
- associare ai Lea indicatori di offerta e standard qualificanti, anche confrontando le migliori pratiche. Non si tratta di invadere la sfera di competenza regionale, quanto piuttosto di concordare strumenti per rendere esigibili i Lea. Lo stesso Patto per la Salute 2007-2009 prevedeva di utilizzare le migliori pratiche riscontrabili nel Servizio sanitario nazionale.
- stabilire il fabbisogno standard, fondato sul quadro demografico, epidemiologico e sociale, per garantire l'integrale copertura dei costi per l'erogazione dei Lea in tutto il territorio nazionale (con il federalismo tramite il fondo perequativo per le regioni con minore capacità fiscale). Il finanziamento in base alla spesa storica è stato da tempo superato in sanità, dove si è affermato un criterio legato anche alla popolazione di ciascuna regione "pesata" per età (riconoscendo giustamente il maggior consumo da parte della popolazione anziana). Tuttavia, alcuni interventi di riparto e di ripiano hanno "distorto" questo criterio; che occorre invece confermare, affiancandogli elementi che tengano conto delle

situazioni economiche e sociali (quale ad esempio l'indice di deprivazione, l'immigrazione, ecc.).

- per capire se i Lea sono davvero garantiti, bisogna misurare i risultati del Ssn e l'impatto degli altri determinanti di salute. Si tratta di far crescere ovunque la cultura della valutazione. Ad esempio – sembra incredibile ma oggi non è così – rendendo obbligatorio in tutti gli atti di programmazione, nazionale, regionale e locale, indicare chiaramente i risultati attesi. Uno scelta utile potrebbe essere quella di assegnare a un "autorità" – pubblica ma indipendente, che assicuri anche le forme di partecipazione e di controllo democratici – compiti di valutazione della qualità e dei risultati del Ssn, in sede regionale e locale;

- comprendere, tra gli strumenti di valutazione sulla diffusione dei Lea, i provvedimenti relativi alla riduzione e al rispetto dei tempi di attesa;

- definire un sistema equilibrato, ma più incisivo dell'attuale, di vincoli, incentivi e sanzioni per le regioni anche sull'appropriatezza del profilo erogativo dei Lea (e non solo sugli aspetti di bilancio).

Per far vivere concretamente questa impostazione, offrendo alla programmazione un quadro di riferimento aggiornato e qualificato, è condivisibile la scelta di Governo e Regioni di ripresentare, confermandolo nella sostanza, il Decreto sui nuovi Lea sanitari, che era stato ritirato dopo il blocco della Corte di Conti.

STABILITÀ, FINANZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE

Il Servizio Sanitario del nostro paese ha bisogno in primo luogo di stabilità

e certezze sui finanziamenti. Tanto più perché il differenziale fra finanziamento e spesa reale è coperto sempre di più con manovre a carico delle singole regioni e quindi dei cittadini.

Dare certezza e stabilità, significa, come è successo con il Patto per la Salute 2007-2009, prevedere finanziamenti adeguati e pluriennali (almeno per tre anni) e non esporre un settore così delicato, ogni anno, alle incognite, o peggio ai tagli, della legge finanziaria. Per questo insistiamo, come fanno regioni e comuni, perché siano scongiurate le riduzioni al fondo sanitario previste dalle manovre finanziarie del Governo.

Perché la spesa sanitaria non è solo un costo indispensabile per garantire ai cittadini il diritto alla salute ma anche un volano per lo sviluppo e una forma essenziale di investimento nel capitale umano e professionale, che contribuisce alla stessa competitività del paese. Anche per questo è decisivo sostenere, non tagliare, la ricerca e l'innovazione. Naturalmente, proprio perché si tratta di un investimento "strategico", l'efficienza e l'efficacia della spesa sanitaria, dunque la sua appropriatezza, è obiettivo irrinunciabile. In questo senso, il disavanzo che affligge alcune regioni non è il frutto inevitabile di un destino avverso. Vi è un nesso strettissimo fra disavanzi e "disorganizzazione" dell'offerta, segnalato da diversi indicatori sullo stato dei servizi sanitari regionali in disavanzo. Al contrario, nelle regioni "virtuose" i risultati di bilancio positivi si accompagnano a indicatori che segnalano una migliore organizzazione dei servizi.

Dunque, il vero risanamento non si ot-

tiene con tagli indiscriminati, ma con una profonda riorganizzazione dei servizi sanitari delle regioni, per garantire i livelli di assistenza ai cittadini, affrontando e anticipando le grandi trasformazioni della domanda di salute e di cure, dovute alla transizione demografica ed epidemiologica.

Per questo insistiamo perché i Piani di rientro dai disavanzi – che oggi interessano sei regioni: Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Sicilia, Liguria – si concentrino sulla riorganizzazione dei servizi e quindi della spesa piuttosto che colpire i cittadini e imprese con tasse e ticket. Quello che invece non è accettabile è la campagna di drammatizzazione sulla spesa sanitaria: in questi anni la spesa pubblica in rapporto al Pil non è affatto cresciuta, restando nella media sia dei paesi Ue che Ocse. E anche per quel che riguarda le proiezioni di spesa nei prossimi anni siamo assolutamente in linea con quelle gli altri paesi europei.

PIÙ PREVENZIONE

Uno degli elementi maggiormente innovativi della Legge 833, è stato quello di aver assegnato alla prevenzione un ruolo strategico. L'Italia ha raccolto immediatamente le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'esigenza di fronteggiare così la trasformazione del quadro epidemiologico, caratterizzato dalla prevalenza di malattie croniche degenerative e di infortuni.

Ebbene, nonostante l'importanza attribuita alla prevenzione, questa parte della Riforma è forse quella meno applicata. In questi anni, salvo rare eccezioni, i servizi e le attività di preven-

zione non hanno avuto lo sviluppo necessario. Eppure, oggi ancora più di ieri, la prevenzione resta fondamentale di fronte all'ulteriore evoluzione del quadro epidemiologico e alla transizione demografica (in particolare l'aumento della durata della speranza di vita e l'aumento della percentuale di popolazione anziana). Quindi una prevenzione che, oltre agli obiettivi consolidati, deve porsi anche quello dell'"invecchiamento attivo" e della liberazione di anni di vita dalla disabilità. Per questo:

- occorre rilanciare la strategia della "Salute in tutte le politiche", per agire sui determinanti di salute e di malattia non solo di tipo sanitario, ma ambientale, sociale, economico, abitativo, relazionale, ecc. Sapendo che occorre rimuovere anche i fattori – principalmente legati al reddito e al livello di istruzione – che producono disuguaglianza nel diritto alla salute, alle cure e perfino nella speranza di vita.
- bisogna dare continuità e destinare maggiori risorse al Piano nazionale della prevenzione (Pnp);
- il Pnp 2005 – 2007, dai contenuti condivisibili, è stato oggetto di un importante monitoraggio da parte del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (Ccm), che ha permesso di valutare il diverso stato di avanzamento dei piani regionali. Tuttavia, per dare efficacia ai piani bisogna rendere più stringenti gli obiettivi attesi, e recuperare i ritardi di alcune regioni. In questo senso, l'attuale sistema di premi e di sanzioni sullo stato di attuazione dei piani di prevenzione nelle singole regioni va rafforzato;
- con la revisione dei Lea si devono

rendere più chiare ed esigibili le relative prestazioni (indicatori di offerta e standard dei servizi) per valutare i risultati effettivi;

- una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda la Sicurezza nel lavoro, il cui Testo Unico in materia va attuato senza deroghe (si rinvia alle proposte specifiche di Cgil Cisl Uil).

- bisogna dare un impulso all'attuazione di Guadagnare salute, sul quale Cgil Cisl Uil hanno stipulato uno specifico protocollo d'intesa con il Governo nel 2007. Anche qui si rende evidente come la salute non dipenda solo dalla sanità ma più in generale da altri determinanti, in questo caso gli stili di vita, l'alimentazione, l'attività fisica.

PIÙ TERRITORIO

Un altro elemento cardine della 833 è stato quello di mirare allo sviluppo dei servizi nel "territorio". Anche in questo caso, come per la prevenzione, si trattava di rispondere in modo appropriato alla mutata domanda di salute e di cure, per la quale la sola risposta ospedaliera era – ed è – evidentemente impropria e inutilmente più costosa. Il distretto e il sistema di cure primarie dovevano essere i cardini di questo modello che spostava il baricentro dall'ospedale al territorio.

In alcune regioni i processi di riqualificazione dell'ospedale, sostenuti da innovazioni tecnologiche, dei processi terapeutici e organizzative, e di riconversione verso i servizi territoriali sono stati intensi. In altre l'assistenza distrettuale è ancora molto carente, in modo particolare per l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresiden-

ziale (e in generale per l'area dell'integrazione sociosanitaria); qui persiste un eccesso di offerta – e di spesa – per l'assistenza ospedaliera, con indicatori che segnalano aree consistenti di inappropriata, fino a condizioni di rischio per i cittadini.

È quindi necessario sostenere i processi di riorganizzazione, in particolare per riconvertire un sistema, che in alcune regioni è ancora "ospedalocentrico", verso i servizi nel territorio. In particolare va attuato quanto previsto nel Patto per la Salute, relativamente all'Intesa Stato Regioni per l'emanazione di "Linee di indirizzo per l'assistenza territoriale".

Linee che dovranno:

- rendere vincolanti, con incentivi e sanzioni, obiettivi misurabili di potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (in alcune regioni praticamente inesistenti);

- indirizzare la riorganizzazione della medicina del territorio (cure primarie, percorsi diagnostico terapeutici, continuità ospedale domicilio), con l'obiettivo della continuità assistenziale e delle cure primarie nelle 24 per tutti i cittadini. Per questo va avviato un processo che, partendo dall'associazione tra medici di famiglia e guardie mediche, porti alla nuova figura del medico delle cure primarie, con un rapporto di convenzione ma pienamente integrato nel distretto. Un nuovo ruolo dovrà essere giocato anche dagli specialisti ambulatoriali e dagli stessi medici dipendenti. In questo ambito si collocano le varie modalità con cui, nelle diverse realtà, si è tentato di "materializzare" un luogo concreto e ac-

cessibile a cui i cittadini possano rivolgersi per l'assistenza territoriale (dalla Casa della Salute alle Utap con sedi).

- contemplare la creazione del fondo per la Non Autosufficienza, come specifica risposta alla costante crescita della domanda di cure a lungo termine (Ltc), e approvare la revisione dei Lea in funzione della loro integrazione con quelli sociali, la cui definizione non può più tardare;

- rilanciare il processo di riqualificazione dell'assistenza farmaceutica, affiancando ai meccanismi di governo della spesa strumenti per garantire qualità e maggiore appropriatezza, (es. prezzi riferimento, farmaci equivalenti), informazione trasparente, innovazione effettiva dei farmaci, ecc. Per questo è necessario allargare il "Tavolo Farmaceutico" alla partecipazione anche di soggetti indipendenti, sindacati e associazioni di tutela dei cittadini e dei consumatori.

Il potenziamento del territorio passa anche per la riorganizzazione della funzione ospedaliera.

Anche qui le previste linee di indirizzo devono sostenere:

- il completamento dei programmi di riorganizzazione e ammodernamento della Rete ospedaliera, con la riduzione dell'offerta entro gli standard della programmazione nazionale (le esperienze segnalano che, per conseguire risultati significativi, bisogna agire non sui singoli posti letto ma, quantomeno, su intere Unità Operative);
- il rispetto del tasso di ospedalizzazione per acuti, ancora troppo alto (a favore invece della lungodegenza e della riabilitazione);
- l'adeguamento dell'offerta di hospi-

ce per le cure palliative in tutto il territorio nazionale;

- le riconversioni delle funzioni ospedaliere verso la rete dei servizi territoriali. Per questo è necessario prevedere "meccanismi di sostegno", anche con incentivi, e investimenti; mentre l'adeguamento conseguente della consistenza organica del personale, deve essere oggetto di contrattazione.

- la riqualificazione e l'ammodernamento tecnologico e strutturale, necessario anche per garantire sicurezza e comfort ai cittadini e al personale, mantenendo la natura pubblica degli ospedali. Ciò vuol dire, in primo luogo, ripristinare i finanziamenti per gli investimenti (ex art 20 legge 67/88) tagliati per oltre un miliardo dalla legge finanziaria proposta per il 2009 e proseguire i programmi delle singole regioni, "sollecitando" quelle ritardatarie. Andrebbe esplorata la possibilità di valorizzare, anche per produrre valore aggiunto, il patrimonio immobiliare, spesso trascurato e inattivo.

PIÙ INTEGRAZIONE

Lo stretto rapporto fra bisogni sociali e sanitari è l'elemento sempre più predominante della domanda di salute e di cure, emblematico è il caso della non autosufficienza o della salute mentale. Di fronte a questa nuova realtà bisogna che venga superata l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. È una scelta non più rinviabile, anche per controllare la spesa sanitaria, la cui crescita è controllabile puntando decisamente sulla prevenzione (e quindi agendo sui determinanti di salute e malattia non solo sanitari) e sull'assistenza domiciliare

integrata: “il previsto aumento della spesa potrebbe essere inferiore del 40-60% nel caso in cui le situazioni di disabilità migliorino sensibilmente in linea con il previsto allungamento dell'aspettativa di vita. L'adozione di misure volte a ridurre le disabilità, contenere la necessità di assistenza formale da parte della popolazione anziana con disabilità o a favorire la prestazione di assistenza formale a domicilio piuttosto che negli istituti può avere un notevole impatto sulla spesa pubblica”. Ciò significa concordare strumenti efficaci e vincolanti per l'integrazione, di tipo organizzativo, finanziario, istituzionale.

Questo presuppone di ristabilire un ruolo attivo dei Comuni, contitolari delle competenze sulle politiche sociali, anche in ambito sanitario e di individuare “un gestore unico”. Le soluzioni possono essere diverse (dalle Società per la salute alla delega dai Comuni alle Asl) ma tutte devono garantire il vincolo dell'integrazione, a partire dal Piano sociale e socio sanitario regionale integrato, dall'integrazione fra Piani di Zona e Piani Attuativi Locali delle Asl, dalla presa in carico e dal Punto Unico di Accesso ai servizi. Naturalmente bisogna superare decisamente la frammentazione, prevedendo che i piccoli comuni agiscano in modo associato nell'ambito del distretto.

QUALITÀ, REGOLE, CONTROLLI

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale viene collocato ai primissimi posti nel mondo dalle valutazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Anche la “percezione di qualità” è notevolmente migliorata: l'ultima rilevazione Istat evidenzia che oltre il 60 per

cento degli italiani apprezza la sanità pubblica (il gradimento in alcune Regioni arriva all'80%), e nel sondaggio Swg 2007 è emerso che 2 italiani su 3 sono soddisfatti del Ssn. Certo abbondano anche critiche e lamentele, soprattutto in alcune regioni, per i gravi disservizi e, come è noto, non mancano truffe e persino infiltrazioni criminali. Tuttavia, quasi tutti riconoscono che il sistema pubblico e universale che caratterizza il nostro modello di Servizio Sanitario, per quanto limitato e imperfetto, è il migliore possibile. Nei paesi, dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze – e di maggiori costi generati dalla spinta consumista – sono riscontrabili e descritti in numerosissime pubblicazioni e studi.

Per questo, diversamente da quanto ipotizza il Libro Verde sul welfare del Governo, è decisivo che si mantenga e rafforzi il sistema di regole fondato sul primato della programmazione pubblica. È la programmazione pubblica che deve stabilire quali sono i Livelli Essenziali di Assistenza appropriati da garantire ai cittadini, e perciò a cosa deve mirare la “produzione” di prestazioni sanitarie. Solo così l'attività dei servizi è fortemente regolata e orientata dai bisogni dei cittadini e non dalle “convenienze” dei produttori (clamoroso è il recente episodio della clinica privata Santa Rita a Milano).

Diversamente, potrebbero essere privilegiate le prestazioni “superflue” ma ad alto valore aggiunto, a scapito delle prestazioni (e degli utenti) poco remunerative, anche se indispensabili. Per questo è giusto stabilire un limite,

un “tetto”, oltre il quale l’offerta dei Produttori (pubblici e privati) non può e non deve andare e standard di qualità da rispettare.

L’Accreditamento

Uno strumento individuato è stato quello dell’accreditamento delle strutture che producono prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, che tuttavia in diverse realtà non è entrato in vigore.

Per questo il Patto per la salute aveva previsto un calendario preciso per la cessazione degli accreditamenti provvisori, che va rispettato senza deroghe, e una specifica Intesa Stato Regioni per fornire indirizzi da rispettare. La recente manovra finanziaria estiva (Legge 133/2008) ha fornito alcune ulteriori prescrizioni.

In sostanza oggi si tratta di assicurare:

- l’integrazione – e non la competizione – tra erogatori pubblici ed erogatori privati,
- strategie di coinvolgimento degli accreditati negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità e appropriatezza,
- il controllo rigoroso dei volumi di attività e della spesa nell’ambito della programmazione pubblica.

Il buon funzionamento del sistema di accreditamento è necessario sia per evitare una diversificazione dei modelli di funzionamento del Ssn, che per favorire il risanamento di alcune regioni, nelle quali il disavanzo si accompagna ad una spesa verso i privati accreditati più alta della spesa media nazionale.

Fondi e casse sanitarie

La spesa sanitaria pubblica vale oggi

oltre 100 miliardi. L’Italia, insieme ai paesi che hanno una percentuale di spesa sanitaria pubblica su quella totale più alta della media Ocse, dimostra che il modello pubblico universale è capace di controllare meglio le stesse dinamiche di spesa. Infatti nei paesi dove la copertura pubblica è più debole (vedi gli Usa) la spesa sanitaria complessiva sul Pil è il doppio di quella italiana.

In Italia, la spesa sanitaria privata vale 30 miliardi, di cui 7 miliardi allocati in fondi o casse sanitarie e ben 23 miliardi a carico dei cittadini (“out of pocket”). Già il DLgs 229, nel 1999, si era proposto di “governare” questa enorme spesa, per orientarla verso consumi più appropriati e verso bisogni non coperti dai Lea (si pensi all’odontoiatria).

Con il nuovo Decreto sui fondi e le casse sanitarie, approvato a marzo 2008, si è iniziato a disciplinare una materia rimasta per anni senza regole. Per i fondi davvero integrativi non sono stati previsti particolari “impegni” rispetto all’attuale normativa. Mentre per gli altri fondi sono stati stabiliti vincoli precisi.

Ora devono essere emanati i decreti di attuazione. Si tratta di regolamentare il settore senza intaccare la funzione universale del Ssn pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure. Infatti, non è conveniente né opportuno che questo diventi il “secondo pilastro” della sanità. In questo senso è utile confermare la natura collettiva di fondi e casse, orientando l’offerta verso la “domanda” coperta dall’“out of pocket” (odontoiatria e non autosufficienza in particolare), per ridurre gli

oneri oggi a carico dei singoli cittadini e per evitare un consumismo sanitario inappropriato. In ogni caso non bisogna dimenticare che per le cure a lungo termine in particolare serve costituire un fondo pubblico per la non autosufficienza, la soluzione non può essere affidata ai soli fondi privati: vi è il rischio paradossale di escludere proprio i cittadini più fragili e con maggiori bisogni.

LAVORARE PER LA SALUTE

L'assistenza sanitaria consiste essenzialmente nel lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazioni professionale delle lavoratrici e dei lavoratori.

Lavorare per garantire la salute, la cura, persino la vita delle persone, è una grande responsabilità non sempre riconosciuta adeguatamente. Servono competenze e "gesti tecnici" ma senza capacità di relazione umana e sensibilità la qualità dell'assistenza peggiora. Le tantissime lavoratrici e lavoratori che in sanità operano con serietà e dedizione vanno valorizzati come una delle risorse più preziose che il nostro paese possiede. In sanità si trovano le più disparate tipologie di lavoro, dai dipendenti di servizi pubblici ai soci di cooperative. La qualità del lavoro è seriamente condizionata dalla carenza di personale e dai conseguenti sovraccarichi di orario e di lavoro e, negli ultimi anni, dalla crescita del precariato. Servono non solo infermieri ma anche tecnici sanitari e sociali e operatori di assistenza. E serve stabilità e riconoscimento professionale. Anche la presenza di soggetti privati, in alcune regioni

rilevantissima, segnala l'esigenza di ristabilire un governo del servizio pubblico, il pieno rispetto degli standard e dei contratti di lavoro. Per questo servono accreditamenti rigorosi e un ricorso motivato all'appalto esterno, rispettando il "memorandum 2007 sul lavoro pubblico".

Siamo convinti che una riflessione sul valore e sull'attualità della legge 833 possa orientare anche le scelte imminenti sul federalismo fiscale. Si potrà così costruire un federalismo rispettoso dei principi e degli obiettivi che la Costituzione e la Riforma Sanitaria, in modo lungimirante, hanno posto alla base del servizio sanitario nel nostro paese, per garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini.