

La prevenzione nel SSN: riflessioni della SNOP sulle criticità

Un seminario di confronto

6 maggio 2023

I° sessione

Salute, Sanità pubblica, Prevenzione e Promozione della Salute

Edoardo Turi - Direttore di Distretto ASL Roma - Medicina Democratica e Forum per il Diritto alla Salute

Io partirei dalle cose che dicevano Di Giammarco e Cavicchi. Noi dovremmo soffermarci più approfonditamente sulle cause della crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), perché a mio avviso una cosa che si registra nel mondo degli operatori, della politica e dell'attivismo è un analfabetismo relativo nelle nuove generazioni, che non conoscono nulla di quanto accaduto su questi temi nei decenni precedenti, e un analfabetismo di ritorno nelle generazioni più anziane, alle quali noi apparteniamo, perché seguire il dibattito politico-sociale su questi temi è comunque complicato e faticoso.

Questo, visti i tempi ristretti - vado per punti - sta determinando nel nostro mondo una totale egemonia culturale del pensiero unico dominante neoliberale Bocconi - Cattolica, che uniforma a sé tutta la dirigenza del SSN (dal Direttore generale e Sanitario/Amministrativo al Direttore di Dipartimento/Distretto/UOC/UOS, fino all'operatore, sindacalista, ecc.). E ovviamente questo si riverbera sul nostro mondo di riferimento: il mondo dei lavoratori, dei cittadini, e anche di una fetta di attivismo.

Per esempio, riprendo le cose che diceva prima Cavicchi su One Health, che spesso viene citato come la nuova rivoluzione: One Health è stata lanciata, prima ancora che da Lancet (e ripreso dall'OMS solo successivamente), dalla Fondazione Rockefeller. Bisogna pensare che l'egemonia di cui parlavo prima ha radici antiche e lontane, ed è molto permeante all'interno del mondo - soprattutto - universitario.

Il contesto sociale politico in cui è nata la L. n. 833/1978 non c'è più, e quell'idea di prevenzione che è nell'articolo 1 non era altro che il tentativo politico di coloro che scrissero la riforma sanitaria di dare un indirizzo alle normative di prevenzione preesistenti, che avevano bisogno di un diverso indirizzo politico, che è poi venuto meno con il D.Lgs. n. 502/92 (Ministro De Lorenzo).

Il problema è capire perché.

L'aspetto della prevenzione che noi abbiamo sottovalutato, ma che in maniera separata e sostanzialmente parallela Michael Marmot e Geppo Costa ci dicono, è che la salute migliora per via di determinanti sociali che non hanno a che fare soprattutto con la sanità ma anche con l'ambiente in cui si vive, il reddito, la casa, l'istruzione, il lavoro che si fa, ecc.

Sono cose che gli epidemiologi inglesi conoscevano almeno dal 1800.

Abbiamo sottovalutato il peso che questo avrebbe avuto sulla spesa sanitaria, perché vivendo più a lungo, aumentando la speranza di vita, peggiorando l'inquinamento ambientale come tributo alla produzione e al consumo, aumenta la spesa sanitaria, perché la cronicità diventa il grande settore di investimento di quella che oggi conosciamo come White Economy (il mondo dell'industria farmaceutica e degli elettromedicali, delle assicurazioni sanitarie, dell'assistenza su cui non abbiamo nessuna risposta).

Quando è stato emanato il D.Lgs. n. 502/1992, in contemporanea ci fu il referendum degli Amici della Terra per togliere le competenze ambientali alle USL: ero presente allora (sono stato iscritto alla SNOP per molti anni) all'iniziativa a Pisa (non ricordo bene che anno fosse, negli anni '90) venne fuori l'idea dei Dipartimenti di Prevenzione. Una battaglia che gli operatori fecero per cercare di mitigare gli effetti del D.Lgs. n.502/1992 nel mondo dell'igiene pubblica, della medicina del lavoro, degli alimenti e veterinario. Però si inserì la manina sconsiderata degli universitari che fece proliferare le unità operative, le articolazioni del Dipartimento, frammentando al suo interno competenze, culture ed esperienze e separandole dai Distretti, che invece nel

D.Lgs. n. 502/1992 non vedevano alcuna formalizzazione o definizione, se non il fatto che aumentavano di dimensioni dai 60.000 abitanti in su.

Detto questo, riprendo un attimo il ragionamento: Il compromesso socialdemocratico di Beveridge diventa un'egemonia del pensiero liberale anche nel nostro mondo. Il coronamento su cui, secondo me, non abbiamo riflettuto mai, fu quando, da un modello di prevenzione - soprattutto negli ambienti di lavoro - basato sulle USL, abbiamo accettato il compromesso franco-tedesco nell'UE che fu la L. n. 626/1994, fino al D.Lgs. n. 81/1988, che in qualche modo infrangeva l'orientamento precedente. Poi l'abbiamo governato, ma bisogna capire che lì il paradigma è stato rotto, ed è il tentativo storico, che è continuo, per cui il Ministero della Salute si sfilava dalla Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro e degli ambienti di vita e il Ministero del Lavoro tende a riprendersi le competenze con l'INAIL. Ricordate le battaglie perché l'ISPESL non ne diventasse l'unico depositario e l'ISS invece continuasse ad avere competenze su ambiente e lavoro?

Tutte battaglie che abbiamo perso e non abbiamo mai riflettuto su che cosa sarebbe successo perdendole. Fino a che arrivano due cose: il Dipartimento di Prevenzione del Ministero, con il "generoso" tentativo di Donato Greco di fare i Piani di Prevenzione attiva con il CCM e la salute in tutte le politiche, esperienza su cui dovremmo riflettere, perché poi fondamentalmente quello che scontiamo è che il SSN è il matraccio in cui va a finire tutto ciò che la società non riesce a risolvere. È come il Pronto Soccorso: infortuni sul lavoro, incidenti domestici, infortuni stradali, violenza di genere, infarti evitabili, e così via.

È chiaro che in questo modo noi non ce la possiamo mai fare.

L'intuizione di Donato Greco fu quella di dire: se i Ministeri, le Regioni, i Comuni, il privato, non adottano la salute come parametro delle loro politiche, il SSN non ce la potrà mai fare.

E così è andata, tranne nei casi in cui il privato guadagna.

E qui veniamo a quanto è accaduto dopo. Con il D.Lgs. n. 229/1999 (c.d. "Bindi") perdiamo un'occasione straordinaria. Fra l'altro io, con Cavicchi e altri, c'era anche Grasselli, abbiamo tentato disperatamente di governare quel momento. Il Distretto lì ha una sua definizione molto precisa, prevedendo anche all'interno le attività di prevenzione, ma quel Distretto non è mai stato attuato e poi con il Titolo V della Costituzione le Regioni hanno fatto quello che volevano.

A questo punto mi rifaccio alla richiesta che si faceva all'inizio della riunione: perché si esternalizza "Occhio alla salute"? Si esternalizza tutto: è la logica del D.Lgs. n.229/1999 come prosecuzione sotto altre forme del D.Lgs. n. 502/1992.

Ad un certo punto la ministra Bindi, in ossequio alla cultura della sussidiarietà cattolica, mette il SSN e il privato, in particolare quello no-profit (terzo settore religioso), sullo stesso piano perché concorrono a fare "sistema".

La logica del "sistema sanitario" (e non del Servizio) è l'ipotesi che portano avanti Bocconi e Cattolica e che ormai permea largamente le ASL e le ASO, il cui cardine è la figura del Direttore Generale. Quando pensavamo alla L. n. 833/1978 pensavamo ad una gestione democratica, partecipativa del SSN, e non verticistica, autoritaria, come poi si è determinata.

A questo punto, bisogna pensare che il Distretto è rivolto non solo alla collettività ma soprattutto agli individui; ma qual'è il perno dell'attività del Distretto, al di là di quello che c'è scritto nel D.Lgs. n. 229/1999? È la medicina di base convenzionata (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali cosiddetti SUMAI) che è tutta dentro quella logica di esternalizzazione del "sistema" misto pubblico-privato, fin dall'inizio.

Gli artt. n. 24 e 25 della L. n. 833/1978 prevedevano la permanenza delle convenzioni con il privato. Nell'art. 25 c'era anche scritto che i medici di famiglia potevano essere dipendenti, ma ciò non si fece anche per la potenza della corporazione dei medici di base.

Vediamo questa cosa da un punto di vista pratico. Tutti quanti sappiamo che cos'è il Chronical Care Model. Un MMG guadagna sul numero di assistiti: su 1500 assistiti, sulla base del Chronical Care Model, ne ha 500 cronici; di questi, 100 sono gravi, diciamo, con più patologie, spesso non autosufficienti. Pensiamo al lavoro di 38 ore di un dirigente medico dipendente nelle ASL/O. Un MMG ha 25 ore: non si può occupare in 25 ore/settimana di 500 cronici. Senza contare la promozione della salute in tutti gli altri assistiti (1000).

A questo il PNRR non dà alcuna risposta. Le Case della comunità (DM n.77/2022) non riflettono minimamente sul fallimento delle Case della salute (vedi relazione dell'Ufficio studi del Parlamento), essendo solo un investimento su strutture e tecnologie (senza finanziamenti per il personale).

Una riforma radicale della medicina di base è l'architrave su cui si può fondare una nuova prevenzione che coniughi il tema dei determinanti individuali e sociali di salute, tra cui gli stili di vita, che non sono soltanto comportamenti individuali, e l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti.

SNOP potrebbe fare uno sforzo (faticoso) di "stare dentro il gorgo": quel caotico movimento che in questo momento c'è sulla salute e sulla sanità, con Medicina Democratica, il Forum per il diritto alla salute e tante piccole realtà locali, spesso non comunicanti tra loro, ma è questo lo sforzo che stiamo facendo.

Propongo a tutti questa iniziativa che faremo a Firenze come Congresso/Rete nazionale per la salute sabato 17 maggio, in cui forse SNOP potrebbe essere presente per inserirsi in questo percorso.