



Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia.

Passato e futuro delle politiche per la salute

Chiara Giorgi e Francesco Taroni

1. *L'importanza del Servizio sanitario nazionale*

Un sistema sanitario che garantisce una copertura universale, finanziato attraverso la fiscalità generale e con una capacità di intervento sia preventivo che diagnostico-terapeutico, a livello territoriale e a livello ospedaliero, è l'unica organizzazione capace di affrontare efficacemente una condizione come l'attuale infezione da coronavirus. Questa epidemia presenta infatti sia un'ampia diffusione nella popolazione generale, sia un'elevata letalità, con un altissimo assorbimento di risorse concentrate su un segmento relativamente ristretto di popolazione. Nessuno schema di assicurazione, privata o sociale, che si basa sul principio di equivalenza fra contribuzione e benefici e separa necessariamente la prevenzione collettiva dalla assistenza individuale, può infatti affrontare con eguale ampiezza di intervento e disponibilità di risorse un evento come quello attuale.

Ne avevamo avuto una dimostrazione già nei primi anni ottanta con l'infezione da Hiv, che infatti è stata affrontata potendo contare non sul vecchio sistema delle mutue ma su un Servizio sanitario nazionale (pur nelle primissime fasi della sua attuazione). La persistente attualità dei principi fondamentali del Ssn a oltre quarant'anni dalla sua istituzione dimostra la lungimiranza della scelta operata allora. Una scelta in controtendenza, se si considera che il Ssn, una delle più importanti riforme in materia di welfare, si realizzò in Italia quando altrove in Europa stava per iniziare la controrivoluzione neoliberale e la sanità diveniva uno dei principali bersagli delle politiche di contenimento della spesa pubblica. Quella scelta, fatta in un momento di difficoltà economiche – conseguenti alla crisi degli anni settanta – ha consentito di superare i limiti strutturali del sistema mutualistico e ha dotato il paese di una istituzione in grado di affrontare problemi futuri, al momento imprevedibili e addirittura impensabili, come l'attuale pandemia da coronavirus.

Oggi il Ssn si trova al centro della più perfetta delle tempeste, la più grave dalla sua istituzione. Come lo sventurato peschereccio del famoso film, dopo essere a stento sopravvissuto a dieci anni di politiche di austerità (che hanno visto una riduzione delle risorse pro capite per la sanità pubblica italiana del 10%, a fronte di un aumento del 20% in Francia e Germania) e allorquando cominciava appena a intravedere il sole di un'alba incipiente, è stato investito dall'onda poderosa della pandemia che, malgrado i motori al massimo, minaccia di inabissarlo. Superare l'onda poderosa della crisi sanitaria in atto e prepararsi al nuovo ordine mondiale del dopo-crisi ci pone in una condizione in fondo non troppo diversa da quella di quaranta anni fa. Occorre approntare una risposta immediata ai gravissimi problemi contingenti, «a qualsiasi costo» (*whatever it takes*, come si usa ormai dire) che sia non soltanto rispettosa dei principi fondamentali attorno a cui è organizzato il Ssn, ma anche appropriata alla «nuova» normalità che si instaurerà dopo la crisi sanitaria, economica e sociale. Il primo punto è, naturalmente, il più pressante; il secondo, in tutta evidenza, il più importante. La ricognizione della concatenazione dei fatti che caratterizzano la situazione attuale e condizionano gli sviluppi futuri può aiutare a introdurre i termini di una riflessione che aiuti il Ssn a resistere in condizioni di avversità, e che rivitalizzi i principi fondamentali alla base della sua istituzione e funzionamento.

È bene infatti ricordare che il Ssn fu espressione di quella che potremmo chiamare una politica delle alleanze, nella quale si saldarono le conquiste del movimento operaio e quelle sindacali in fabbrica, le pressioni e mobilitazioni portate avanti dalle varie realtà di movimento, da quello femminista, a quello



studentesco, a quello di «lotta per la salute», a quello della psichiatria radicale, nonché i primi provvedimenti di pianificazione regionale sanitaria, rafforzati dal decentramento territoriale dei servizi sociali e sanitari. Il concetto di servizio sociale territoriale emerso in quegli anni fu espressione di una domanda di servizi collettivi, decentrati e offerti a tutti in modo uguale, di contro alla tradizionale logica particolaristica e monetaria fin a quel momento vigente. I conflitti sorti in quel periodo storico attorno al welfare, le sperimentazioni istituzionali e territoriali di allora riuscirono a prospettare un nuovo modello di welfare opposto a quello sino a quel momento vigente, caratterizzato da gravi limiti di copertura, logiche burocratiche, tratti corporativi, occupazionali e discrezionali.

In modo specifico, l'elaborazione del Ssn, frutto di un lungo processo che accompagnò le trasformazioni fondamentali del paese (il cui inizio potrebbe collocarsi prima nell'esperienza della Resistenza e delle elaborazioni nei Cln regionali, e poi anche nel dettato costituzionale dell'articolo 32), intercettò le domande di cambiamento e democratizzazione tipiche degli intensi conflitti sociali della fine degli anni sessanta e degli anni settanta. Con ogni evidenza, esso fu espressione di una forte pressione dal basso, delle aspirazioni trasformative del tessuto sociale e degli assetti istituzionali, di pratiche politiche e partecipative inedite, di un fermento intellettuale di ampio respiro. Di qui le peculiari origini «politiche» dell'assetto universalista, pubblico e decentrato del Ssn, il quale rispose a una visione della salute come fatto sociale e politico, a un'impostazione integrata dell'intervento sanitario e di quello sociale, alla centralità del momento preventivo e del dato qualitativo, a una organizzazione territoriale, a un impegno diffuso capace di investire anche le questioni legate alle condizioni di lavoro e alla tutela dell'ambiente.

2. *Una quotidianità in chiaroscuro*

È un fatto storico che i medici durante le epidemie usino fuggire, dal contagio, dall'ira popolare, o da entrambi. Nulla di tutto questo è accaduto in questi mesi in Italia. Al contrario, il troppo alto numero di medici morti e di quelli contagiati, e quello altrettanto alto di infermieri e operatori sanitari non ha dissuaso migliaia di loro dal proporsi in aiuto ai colleghi delle aree più colpite. Un caso di dedizione professionale e (forse anche) di lealtà istituzionale tanto più significativo se si considera la volatilità della loro immagine pubblica: eroi da qualche settimana, ma dopo mesi di minacce e aggressioni verbali e fisiche.

Nelle regioni più colpite, l'organizzazione degli ospedali, usualmente descritta come ossificata e impervia al cambiamento, è stata rivoluzionata in poche settimane, mostrando una flessibilità e una resilienza inattese. Al di là della cosiddetta frontiera eroica delle terapie intensive (seppure la metafora bellica è del tutto inappropriata), colpisce la rapidità con cui bizantine gerarchie fra strutture dedicate a innumerevoli specialità e fantasiose sub-specialità mediche siano diventate semplicemente «unità Covid» spesso parte di «ospedali Covid» e la naturalezza con cui i loro medici e infermieri hanno accettato nuove gerarchie di fatto, basate non sulla reputazione personale e/o sul prestigio della disciplina di provenienza, ma sulle conoscenze più pertinenti alla materia, quelle delle malattie infettive, certo non la più prestigiosa fra le specialità mediche. Una proprietà pubblica unica (altra caratteristica precipua del Ssn essenziale in tempi di crisi), assieme a obiettivi e volontà universalmente condivisi, ha realizzato in poche settimane la più grande riconversione nella storia dell'assistenza ospedaliera: una vittoria delle relazioni di fiducia sia rispetto al comando delle relazioni gerarchiche, formali e informali, sia agli incentivi e alle condizionalità di quelle contrattuali che hanno dominato le politiche aziendalistiche degli ultimi venti anni. Ha forse il Ssn scoperto al proprio interno una inattesa riserva di risorse, competenze, personale da mobilitare per le ulteriori trasformazioni che lo attendono non solo dopo, ma anche durante le prossime fasi della crisi, che certo non sarà breve? Come preservare le relazioni di fiducia di queste lunghe settimane, a dispetto della loro tipica volatilità, di fronte agli ulteriori problemi che già si affacciano?



Superati i primi momenti comprensibilmente assorbiti dalla risposta alla nuova malattia, l'organizzazione ha lentamente cominciato a percepire l'emergere di un nuovo problema: l'attenzione riservata agli effetti dell'epidemia rischiava di soverchiare quella che era necessario continuare a dedicare alle patologie «normali» (infarto, ictus, diabete, scompenso cardiaco, ecc.) che, naturalmente, continuano ad affliggere la popolazione. Interventi tampone hanno provveduto ad arrangiare soluzioni provvisorie, come la posticipazione dei ricoveri e degli interventi programmati, percorsi protetti per garantire tempestività di soccorso alle patologie «tempo-dipendenti» come tipicamente l'infarto cardiaco, nuovi programmi di monitoraggio delle gravidanze per le donne infette, in quarantena o soltanto catturate nelle maglie dei cordoni sanitari delle «zone rosse».

I più avvertiti che hanno avuto il tempo di riflettere hanno anche realizzato che si andava compiendo sotto i loro stessi occhi il *double burden of disease*, un problema verso cui la condiscendenza dei sistemi sanitari «moderni» aveva messo in guardia quelli dei paesi «emergenti». Secondo la teoria, il processo di sviluppo ineguale dei paesi «emergenti» avrebbe prodotto una nuova «patocenosi» (per usare un termine di Mirko Grmek caro a Giovanni Berlinguer) che combinava la persistenza degli effetti sanitari della miseria, come la malnutrizione, nelle sacche di arretratezza con le nuove patologie dell'eccesso (obesità, diabete e simili), prevalenti invece nelle aree a più alto grado di sviluppo e di consumo. Nella realtà, la fase europea e poi quella americana della pandemia hanno esposto i sistemi sanitari «moderni» dei paesi «emersi», e l'Italia per prima, ai problemi del doppio onere.

Affrontare questi nuovi problemi richiede di conciliare le logiche della clinica e della sanità pubblica delle malattie da infezione con quelle proprie delle malattie cronico-degenerative che hanno purtroppo inutilmente catturato l'attenzione dei programmatori degli ultimi venti anni, anche in Italia, e di tradurre entrambe in forme organizzative integrate dentro sistemi già di per sé estremamente complessi. La risposta a questo nuovo problema sta, al momento, creando problemi soprattutto nel settore della sanità pubblica e dei servizi territoriali, un ambito particolarmente critico, sia perché dovrebbe contribuire a contenere la rapidità di progressione del contagio per permettere al sub-sistema ospedaliero di approntare le risorse necessarie per trattare gli infetti sia perché costituiscono essi stessi una componente fondamentale della risposta assistenziale al contagio.

L'eccezionalità dell'epidemia ha ri-svelato la povertà delle condizioni «normali». In ambito assistenziale, fra i tanti, la sottoutilizzazione della medicina generale, confinata in un ruolo marginale, e lo stentato sviluppo dei servizi sanitari a elevata integrazione sociale, frutto anche delle difficili relazioni fra Comuni e Aziende sanitarie e causa non ultima del disastro che si è consumato entro le mura delle Residenze sanitarie assistite (Rsa).

In ambito preventivo, la sanità pubblica ha saputo aggiungere poco o nulla agli antichi strumenti di controllo delle epidemie: cordoni sanitari tesi attorno ai sospetti, ribattezzati «zone rosse»; quarantene dei contatti; isolamento degli infetti e «indagine epidemiologica» per accertare i contatti, ora modernamente denominata *contact tracing*. Uno dei motivi alla radice della sua attuale povertà è il salto di paradigma operato negli anni settanta con il passaggio dalla «old» alla «new» *public health*, la cui attenzione alle condotte individuali e agli stili di vita personali ha oscurato il concetto di «rischio di popolazione» (Rose, 1985), depauperando la sanità pubblica della propria logica interpretativa e sottraendole il suo fondamentale strumento operativo.

Nel contesto della storia del Ssn, l'abbandono del concetto di rischio segna l'oblio della logica e della pratica del Gruppo omogeneo, lo strumento intellettuale inventato dalla soggettività operaia per leggere la fabbrica in funzione delle sue lavorazioni e in connessione alle loro nocività e della conseguente esposizione a rischio di gruppi specifici di lavoratori, messi così in condizione di acquisire la consapevolezza del problema e di gestirne la soluzione. Il fallimento del progetto di trasferire il metodo di indagine «dalla fabbrica al territorio» al servizio della popolazione è stato uno dei primi segni della decadenza della elaborazione dal basso dei movimenti all'origine del Ssn. Quel «progetto di ricerca» si

ripropone oggi come strumento di lettura della concatenazione delle reti di relazioni sociali di piccole e grandi comunità, per la gestione dell'epidemia e per molto altro a venire. In una epidemia in cui il virus si trasmette capricciosamente secondo catene di contagio di diversa lunghezza, il concetto di rischio potrebbe essere utilmente impiegato come strumento di lettura delle catene delle relazioni sociali fra le persone che, essendo anche, per estrema perfidia, le forme più efficaci di trasmissione del contagio, permettono (come le app) di ricostruirne retrospettivamente i percorsi, ma anche (a differenza delle app) di prevederne prospetticamente lo sviluppo.

La transizione organizzativa del Ssn che dovrà accompagnare l'evoluzione dell'epidemia dei prossimi anni non potrà non comportare una nuova fase espansiva della spesa sociale, anche a fronte della crescita delle disuguaglianze, che durante e dopo l'emergenza mostra e mostrerà tutta la sua violenza. Le debolezze evidenziate dalla emergenza – l'abbandono della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro, lo stentato sviluppo dell'assistenza primaria e territoriale, l'enfasi sui grandi ospedali, il ruolo della sanità privata – sono contemporaneamente strumenti e conseguenze della contrazione della spesa pubblica e della privatizzazione dei servizi dei decenni passati. E su queste non possono che incidere nette e radicali politiche volte a sostenere gli strumenti della giustizia sociale, i servizi collettivi di welfare, gli ambiti della riproduzione sociale, nel senso di una distribuzione/redistribuzione della ricchezza sociale prodotta, nell'ordine di un progetto di risocializzazione dell'economia fondato sulla loro riappropriazione democratica, sulla centralità delle produzioni dell'essere umano per l'essere umano.

3. Un governo multilivello della salute

Autorevoli commentatori hanno osservato che ciascun paese sta combattendo la sua guerra contro il virus, caratterizzata da muri all'ingresso delle persone e competizione per accaparrarsi beni sanitari. Anche se la legge istitutiva del Ssn è stata cristallina nell'attribuire allo Stato le competenze per «epidemie e epizoozie» (L. 833/78, art. 6, c.1 lett. b), il contesto internazionale spiega le tensioni fra le regioni e il governo nazionale, in una divisione territoriale fra Nord e Sud esattamente inversa a quella usuale per condizioni di salute, in cui le regioni del Sud difendono le debolezze dei loro sistemi sanitari dal ritorno dei propri figli emigrati al Nord.

Le varie forme di competizione in ambito sanitario fra stati, fra regioni, e fra queste ultime e governo centrale hanno una comune origine nel fatto che la tutela della salute è una funzione complessa, la quale richiede un governo multilivello. L'esercizio della funzione tutela della salute ha ambiti di espressione contemporaneamente locali (i servizi comunali, distrettuali o di vicinato per gli anziani), regionali (l'assistenza ospedaliera per patologie comuni o tempo-dipendenti), sovraregionali (ad esempio, la rete per le grandi patologie complesse degli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico-Irccs), ma anche nazionale, sovra-nazionale e addirittura mondiale per il contrasto e il controllo delle epidemie e delle pandemie. Il governo di una simile funzione multilivello a forte integrazione verticale e orizzontale richiede necessariamente il concorso, a diverso titolo ma con pari dignità, di tutti i soggetti istituzionali a ciascun livello. Le lezioni dello sviluppo delle relazioni internazionali nel secondo dopoguerra non può che indurre allo scetticismo, soprattutto per quanto riguarda la nascita della stessa Organizzazione mondiale della sanità oggi presa di mira da Donald Trump. La storia del Ssn propone invece un problema, uno strumento e un metodo. Il problema risiede nel fatto che la sua legge istitutiva definiva un sistema che poteva essere plausibilmente interpretato sia come un'organizzazione unitaria gerarchicamente ordinata per via finanziaria sia come un sistema dotato di tre livelli di governo con autonomia politico-istituzionale, ma pur sempre finanziariamente dipendenti dal centro per le enormi disparità territoriali esistenti. Lo strumento è nel raccordo fra una programmazione regionale condizionata da un Piano sanitario nazionale volto a ottenere prestazioni uguali e uniformi in tutto il territorio, con obiettivi di



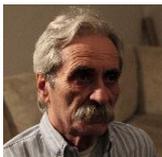
eguaglianza delle prestazioni fornite. In tal senso, la riforma del '78 muoveva dalla preoccupazione di garantire universalità, equità di accesso, globalità di copertura, omogeneità di quelli che vennero poi chiamati livelli essenziali di assistenza, così come da una idea di solidarietà tra le regioni. Preoccupazioni e propositi questi ben fondati alla luce degli effetti delle politiche di bilancio degli anni ottanta e della progressiva dissociazione tra politiche nazionali e politiche regionali degli anni novanta, quando i livelli essenziali di assistenza divennero semplici «obiettivi» in funzione delle disponibilità finanziarie. Il metodo riguarda invece i soggetti chiamati ad esprimersi. Si sono intensificati negli ultimi tempi gli inviti ad «ascoltare la scienza» e ad «affidarsi agli esperti», spesso inopinatamente gratificati della qualifica di «scienziati». La storia della nascita del Ssn dimostra che gli esperti non bastano. La sua capacità di resilienza, può infatti dipendere dalle scelte politiche che a livello nazionale, europeo e internazionale si compiranno; nonché dalla rimessa in campo di un progetto comune informato da principi e pratiche di democrazia, di responsabilità condivisa, di socializzazione della cura (cura delle relazioni e della società) in ogni spazio quotidiano. Lo stesso rilancio di un servizio sanitario pubblico, universalista, egualitario può dipendere da una espansione di quelle istituzioni e servizi collettivi del welfare che sono sia oggetto delle politiche di austerità, sia, tuttavia, terreni cruciali per prefigurare forme più ampie e *alternative* di organizzazione sociale ed economica. Può infine dipendere da una nuova politica delle alleanze, da una inedita combinazione di lotte e mobilitazioni, da una nuova stagione di diritti sociali, dalla soddisfazione di antichi e nuovi bisogni, da una riscrittura universale e democratica del welfare medesimo.

Riferimenti bibliografici

- Bindi R., 2020, *Sanità eroica ma maltrattata. Ci serve da lezione per il dopo*, «Il Manifesto», 24 marzo.
- Cueto M., Brown T.H. e Fee E., 2019, *The World Health Organization. A history*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Giorgi C. e Pavan I., 2019, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, «Studi storici», n. 2, pp. 417-455.
- Giorgi C., 2020, *La sanità da riscoprire. Le radici politiche del Servizio Sanitario Nazionale*, in Mastrandrea A. e Zola D. (a cura di), *L'epidemia che ferma il mondo. Economia e società al tempo del coronavirus*, Sbilanciamoci!, ebook.
- Goraya A. e Scambler G., 1998, *From old to new public health. Role tensions and contradictions*, «Critical Public Health», n. 8, pp. 141-151.
- Grmek M.D., 1969, *Preliminaires d'une etude historique des maladies*, «Annales E.S.C.», vol. 24, n. 6, pp. 1473-1483.
- Maccararo G.A., 1979, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano.
- Moro G., 2007, *Anni Settanta*, Einaudi, Torino.
- Rose G., *Sick individuals and sick populations*, «International Journal of Epidemiology», 1985, 14, pp. 32-38
- Taroni F., 2011, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Il Pensiero scientifico, Roma.
- Taroni F., 2019, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero scientifico, Roma.
- Taroni F., 2020, *Andrà tutto bene? Come sta funzionando il Servizio Sanitario Nazionale*, in Mastrandrea A. e Zola D. (a cura di), *L'epidemia che ferma il mondo. Economia e società al tempo del coronavirus*, Sbilanciamoci!, ebook.
- Ufficio parlamentare di bilancio, 2019, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico, n. 6, 2 dicembre.
- Wells J.C., Sawaya A.L e Wibaek R., 2019, *The double burden of malnutrition*, Lancet, pp. 75-88.



Chiara Giorgi insegna Storia contemporanea alla Sapienza, Università di Roma. Tra le sue pubblicazioni si ricordano *La previdenza del regime. Storia dell'INPS durante il fascismo*, Il Mulino, Bologna 2004; *L'Africa come carriera. Funzioni e funzionari del colonialismo italiano*, Carocci, Roma 2012; *Un socialista del Novecento. Uguaglianza, libertà e diritti nel percorso di Lelio Basso*, Carocci, Roma 2015; *Costituzione italiana: articolo 3*, Carocci, Roma 2017 (con M. Dogliani).



Francesco Taroni attualmente insegna presso la Scuola di medicina della Università di Bologna e si interessa della storia delle istituzioni e delle politiche sanitarie.