

Intervento alla Tavola Rotonda sulle Unità Sanitarie Locali* *Speech at Workshop on Local Health Units*

Alessandro Seppilli

Il parlare per ultimo offre qualche vantaggio, ma offre anche qualche inconveniente e non è molto facile. Si potrebbe stare zitti e sarebbe la soluzione migliore, perché tutto quanto era importante dire è stato detto; si potrebbero raccogliere diversi argomenti che sono stati posti e discuterli, perché ognuno di questi argomenti offre naturalmente la possibilità di approfondimenti e di prospettive diverse. Ma io scarterò tutte e due queste soluzioni; la prima perché non mi è concessa, e la seconda perché credo polverizzerebbe l'impostazione della discussione, che dovrebbe seguire a questo mio intervento. Cercherò piuttosto di raccogliere da quello che è stato detto ed anche da quello che, a mio avviso, è importante e non è ancora stato detto, ciò che mi sembra il succo del discorso, su ciò vale la pena di discutere seriamente, oggi, in un momento in cui ci si avvia, o almeno ci si illude di avviarci, a trovare delle soluzioni concrete a questa problematica.

1. Premesse politiche

Primo punto: è chiaro, mi sembra, che sia maturo ormai in tutti, che la riforma dei servizi sanitari in Italia, non è una diavoleria inventata da quelli che hanno voglia di riformare o da preoccupazioni di carattere partitico, settoriale o politico, ma deriva da alcune esigenze, sia di politica generale, sia di tecnica sanitaria, che sono ormai ineludibili e che si presentano in tutto il mondo sostanzialmente in modo analogo, anche se poi le soluzioni proposte non sempre corrispondono alle attese.

Le premesse di politica generale mi sembra che si possano ridurre sostanzialmente in modo analogo, anche se poi le soluzioni proposte non sempre corrispondono alle attese. Le premesse di politica generale mi sembra che si possano ridurre sostanzialmente a due: in primo luogo l'affermazione che il diritto alla salute, come è stato detto anche dagli altri partecipanti a questa tavola rotonda, è oggi considerato come un *diritto primario del*

* Estratto da "Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria", anno XXI, n. 12, dicembre 1969

cittadino, uno dei diritti che derivano dal solo fatto di essere un uomo o una donna, e che quindi, come il diritto alla difesa, per esempio, dell'integrità personale, deve essere assicurato dalla società, cioè dallo Stato, inteso nel senso più lato ed espresso poi a tutti i livelli, e non può essere, quindi, delegato a nessuno.

Tanto meno, poi, può essere risolto in rapporti di tipo contrattuale e differenziato su basi categoriali, o corporative, o di qualsiasi genere, anagrafiche o che so io. In altre parole, il diritto ad avere quel tanto che la scienza e la tecnica da una parte, le possibilità economiche della società nel suo complesso dall'altra, consentono, non può essere subordinato alla presentazione di titoli validi, perché il solo fatto di esistere in questa collettività dà tale diritto. Questa prima affermazione, recepita nel preambolo dello Statuto dell'O.M.S. ed anche nella nostra Costituzione, oggi possiamo ritenere tanto più valida, in quanto essa è ormai maturata nella coscienza civile del nostro Paese.

La seconda premessa di politica generale è che *la gestione di un servizio come questo deve essere affidata alla cittadinanza* come tale, non può venire erogata dall'alto, ma deve essere gestita dagli utenti stessi, che si debbono servire di tale servizio.

A queste due premesse di carattere politico generale, che importano ovviamente alcune conseguenze di cui parleremo, subito, si affiancano altre premesse che potremo chiamare di natura tecnico-sanitaria.

2. Aspetti tecnici

Scopo dei servizi sanitari è la difesa della salute, non la protezione economica dal rischio di malattia come è posta dalle assicurazioni sociali. D'altra parte da un secolo e mezzo

circa si va facendo sempre più evidente che è più economico, più redditizio, prevenire che curare. Se non ché, finché dominavano nella nosologia di tutti i Paesi cosiddetti civili, le malattie infettive, la prevenzione è consistita essenzialmente in attività non strettamente legate all'azione del medico, individualmente, clinicamente operante sul singolo soggetto. Gli interventi ambientali contro le cause delle malattie infettive, tutto quello che è stato fatto da tre o quattro generazioni di igienisti nel campo della difesa delle malattie da importazione, della bonifica del suolo, delle acque, dell'aria, sempre dal punto di vista della lotta contro le malattie infettive, ha in certo modo creato una specie di «specializzazione nella profilassi» ed a staccato in gran parte l'attività preventiva (che tradizionalmente era sempre stata legata all'attività del medico generico) da quella che è l'attività terapeutica.

L'impostazione mutualistica, poi, della protezione del rischio di malattia, conquistata a poco a poco per la pressione delle categorie meglio organizzate dei lavoratori, ha ulteriormente dissociato le due cose; per cui oggi ci troviamo una gran massa di medici che di prevenzione non si preoccupa quasi affatto. Dico «quasi», perché tutti sanno benissimo, che non c'è nessun medico che, di fronte ad una malattia infettiva, non cerchi di evitare che questa malattia si diffonda. Ma sostanzialmente i medici terapeuti se ne occupano molto poco, mentre oggi, con la trasformazione a cui abbiamo assistito della nosologia, questa situazione deve essere profondamente cambiata.

Oggi, *per poter realizzare la prevenzione, abbiamo bisogno che questa sia portata a livello clinico, cioè al livello del rapporto individuale*. Avremo, sì, una medicina preventiva di massa, ma anche la medicina preventiva così

detta di massa non è altro che una massa di interventi clinici, individuali. Assicurare un corretto approvvigionamento idrico, si può indipendentemente dall'attività dei singoli medici, ma se vogliamo lottare contro le malattie cardiocircolatorie o contro i tumori maligni, non possiamo prescindere dal rapporto individuale medico-paziente.

Un altro aspetto del problema, sempre di ordine sanitario, è dato dal fatto che la progressiva specializzazione, che è parte inevitabile del progresso tecnico e costituisce oggi una esigenza assoluta in tutti i settori e quindi anche nella medicina, ha frammentato gli interventi; per cui ci troviamo di fronte alla necessità di ricomporli in qualche maniera, perché l'individuo è pur sempre un tutt'uno e non c'è alterazione della salute che non si rifletta su tutto l'organismo.

Ciò significa che si fa sentire da una parte il bisogno di una riabilitazione del medico personale, che si assuma la responsabilità della salute dell'individuo continuativamente, e dall'altra la necessità di un coordinamento di quegli interventi specialistici, che inevitabilmente dovranno completare l'opera del medico personale.

3. Il S.S.N.

Orbene, da queste premesse, che mi sembrano ineludibili, sia di politica generale, sia di tecnica sanitaria, deriva l'impostazione della riforma dei servizi, che viene proposta oggi in Italia. Secondo tale impostazione, si affida allo Stato la responsabilità globale dei servizi, con la creazione di un «Servizio sanitario nazionale», inteso come l'osservanza di un compito primario dello Stato, come l'istruzione o la protezione dell'integrità personale o la difesa dei confini o l'esercizio della giustizia; tutte cose: che lo Stato deve garantire assumendone la respon-

sabilità. *Questo, naturalmente, non significa che lo Stato debba accentrare nelle sue mani tale servizio, tanto meno ad un livello centralizzato; però, questa responsabilità se la deve assumere.*

D'altro canto, l'esigenza politica suaccennata impone che la gestione di questo servizio sia realizzata a livello locale.

Il comprensorio

E qui va localizzato un concetto che io ritengo di importanza fondamentale per tutta l'evoluzione della politica italiana e non solo per quella della politica sanitaria: il concetto di «comprensorio», inteso come una estensione territoriale, dentro la quale possano essere forniti al cittadino tutti i servizi essenziali di base. *Concetto di comprensorio, che prescinde dalle divisioni politico amministrative attuali*, che non corrispondono più alla realtà sociale di oggi. I Comuni italiani in origine erano effettivamente dei comprensori; essi sono sorti proprio in quanto assicuravano la difesa e i servizi di base ad una certa comunità. Poi, nella evoluzione storica, alcuni di essi si sono ridotti a niente, altri sono diventati immensi o si sono sfiancati sotto la pressione delle esigenze economiche e sociali. A mio avviso, questo concetto di comprensorio deve rinascere, e, una volta affermata la necessità di decentrare lo Stato a livello regionale, questi comprensori debbono configurarsi all'interno delle Regioni, nel quadro del programma di sviluppo regionale.

Abbiamo detto che, in prima approssimazione, i comprensori dovrebbero comprendere circa 50.000 abitanti; è un criterio molto approssimativo, perché purtroppo ci saranno comprensori inevitabilmente più piccoli, che la comunità dovrà sostenere, perché possano vivere, e ci sono, per contro,

zone a popolazione addensata, dove i comprensori potranno essere notevolmente più ampi. Comunque, dal concetto di comprensorio nasce la prospettiva di un *servizio sanitario nazionale gestito a livello comprensoriale*: nasce l'*unità sanitaria locale*, intesa come circoscrizione territoriale (e in un certo senso politico-amministrativa) dei servizi sanitari. Personalmente sono convinto che *le stesse esigenze poste dal servizio sanitario si riproporranno per le attività assistenziali e sociali non legate al servizio sanitario; e, prima o poi, anche per le attività educative*, dato che noi siamo uno dei pochi Paesi in cui l'educazione è accentrata a livello nazionale. Ad ogni modo, in prospettiva, il comprensorio, se è valido, deve essere valido per gli altri servizi come per quello sanitario.

La gestione

Per la gestione dell'U.S.L., la prospettiva che ha maggiori adesioni è quella di una struttura di tipo consorziale, perlomeno dove il comprensorio interessi più Comuni. Per i comprensori che sono più piccoli di una circoscrizione comunale (grandi Comuni) dobbiamo attendere che si delinei meglio l'articolazione amministrativa dei grandi Comuni, perché ovviamente un Comune di 2 o 3 milioni di abitanti non può formare un comprensorio.

Nella maggioranza dei casi, avremo una struttura consorziale del comprensorio. In tal caso, chi dovrebbe gestire queste unità sanitarie locali? Evidentemente c'è una duplice esigenza: da una parte debbono essere rappresentati nella gestione di questi consorzi i Comuni e gli altri Enti locali istituzionali presenti nel comprensorio, come l'ospedale di base. Però, noi vorremmo che ci fosse anche una rappresentanza diretta della popolazione, non mediata attraverso alle struttu-

re comunali e degli altri Enti locali. E potremmo immaginare abbastanza facilmente, visto che si tratta di territori ristretti, una partecipazione di elementi eletti direttamente dalla popolazione. Se immaginiamo un'unità sanitaria locale di 50.000 abitanti, divisa in una decina di condotte (che noi chiamiamo «distretti»), per ognuno di questi distretti ci dovrebbe essere un rappresentante eletto direttamente dalla popolazione, che partecipi alla gestione insieme ai rappresentanti degli Enti consorziati.

Indubbiamente è necessario che l'unità sanitaria locale abbia soltanto due interlocutori: uno a monte, la popolazione, e uno a valle, la Regione. Non ci devono essere diaframmi, né a monte, né a valle, tra l'U.S.L. e questi interlocutori. Altrimenti ritroveremo nel nuovo sistema gli stessi difetti che lamentiamo oggi nel vecchio, vale a dire la polemica fra utente ed Ente gestore; l'utente deve essere il gestore del *suo* servizio e se è il gestore del suo servizio sarà indotto a programmare il suo servizio nella maniera più redditizia, date le condizioni locali e le disponibilità economiche a disposizione.

Rischio di errori

Prospettate così le cose, quali sono i pericoli contro i quali, secondo me, bisogna lottare? Alcuni pericoli sono ormai superati al livello culturale, ma non sono scomparsi del tutto al livello operativo. Per esempio; la *tendenza all'accentramento* nazionale; ci sono ancora di quelli che pensano ad un servizio sanitario nazionale gestito come un enorme Ente, una specie di INAM generale per tutta la popolazione italiana; e si vedono già nella fantasia i palazzoni e i burocrati, che dovranno gestirlo.

E non è solo lo Stato che ci minaccia, ci minaccia anche la Regione, la quale, secon-

do alcuni, dovrebbe gestire direttamente le unità sanitarie locali; e infine ci sono le Province che cercano spazio per la loro sopravvivenza, e dicono perché non la Provincia? Quelli che hanno esperienza di consorzi provinciali, sanno quanto poco democratiche siano le gestioni dei consorzi provinciali, dove è assolutamente impossibile la partecipazione diretta della popolazione.

Altro pericolo: la dispersione di quello che noi cerchiamo di unificare, attraverso la *persistenza di strutture verticali settoriali*. Tutte le strutture verticali esistenti cercano di sopravvivere e trovano anche alcuni consensi; ora, deve essere ben chiaro che tutto quello che le strutture verticali hanno creato noi lo dobbiamo utilizzare: ha detto molto bene l'amico Bruni che «le strutture dell'ONMI, che fino ad oggi hanno operato nell'ONMI, domani opereranno nelle unità sanitarie locali». E lo stesso discorso vale per le strutture degli istituti mutualistici e degli altri Enti che hanno operato fin qui, ma questo non vuol dire la conservazione delle gerarchie verticali.

Infine c'è ancora un terzo pericolo: la *tendenza a negare la responsabilizzazione della cittadinanza*, della popolazione. Si capisce che responsabilizzare la popolazione comporta dei rischi, perché la popolazione non è stata abituata, fino ad oggi, a gestire queste cose, ma è solo così che si procede nella democrazia; ed io credo che si proceda molto più rapidamente responsabilizzando, che «tutelando», come facciamo noi in Italia, per cui anche gli amministratori comunali, a cominciare dal sindaco di Roma e di Milano, sono tutti sotto tutela, tutti necessariamente controllati da un'altra testa, che non è affatto detto che sia più perfetta o più completa della loro.

Questi i pericoli; e poi ci sono le resistenze.

Le resistenze, anzitutto da parte di quanti hanno interesse che non si cambi nulla. Si capisce che se c'è qualcuno che nel sistema, a qualunque titolo, guadagna un paio di milioni al mese, questi non ha interesse che si cambi niente; e quindi, anche in perfetta buona fede, resiste.

Un'altra resistenza è costituita dalla impreparazione della popolazione, degli utenti, che abituati dall'impostazione paternalistica a ricevere dall'alto, non percepiscono l'importanza dell'autogestione, alla quale ci si prepara solo attraverso un processo educativo di maturazione politica.

Una terza resistenza è stata accennata anche da alcuni che hanno parlato prima di me: è la resistenza corporativa delle categorie che, attraverso le lotte sindacali, si sono assicurate certe posizioni, che ritengono valide e che temono possano essere menomate dalla riforma, che porta tutti i cittadini allo stesso livello.

Infine, ci sono i «fantasmi»: oltre alle resistenze ed ai pericoli, ci sono i fantasmi. Il fantasma della «impiegatizzazione» del medico, che ha riempito i discorsi, nelle commissioni a cui abbiamo partecipato, di quelli che parlavano in difesa della «libera professione». Questa impiegatizzazione del medico è un fantasma; perché nelle prospettive del servizio sanitario nazionale i rapporti giuridici dei medici sono esattamente quelli che vigono attualmente. Se vogliamo chiamare «impiegati» gli ufficiali sanitari ed i medici dell'Ufficio di Igiene, questi saranno impiegati domani come lo erano ieri; se chiamiamo «impiegatizzazione» il rapporto che lega il medico condotto al suo Comune, quello sussisterà certamente anche domani.

Tutti quelli che hanno avuto familiarità con qualche medico condotto operante in un pic-

colo centro, sanno che il medico condotto non si sente «impiegato» e svolge un'attività professionale altrettanto libera quanto quella degli altri colleghi.

Un altro fantasma è quello della «burocrazia» delle prestazioni. Se c'è una organizzazione burocratizzata delle prestazioni è proprio questa nostra, in cui, per avere la prestazione, bisogna prima dimostrare chi sei, di chi sei figlio, che mestiere fai, quante marche hai pagato, di che malattia sei malato. Mi sembra chiaro che un servizio che riconosce: il diritto alla prestazione, per il solo fatto di essere al mondo, è il meno burocratizzato che si possa immaginare.

Terzo fantasma: quello dei «costi insostenibili». Ora, è chiaro che il «diritto alla salute» è un diritto tendenziale, non è un diritto assoluto, filosofico. E' chiaro che, se diciamo «tutti hanno diritto a quello che la scienza offre», non intendiamo con questo affermare che tutti hanno diritto ad essere operati, anche di ernia, da Valdoni; è chiaro che vi saranno sempre dei limiti all'esercizio del diritto, limiti imposti dalle possibilità tecniche, sociali, economiche, che la collettività offre.

All'interno di queste possibilità, ci sono delle scelte da fare, c'è una programmazione, che sarà fatta a livello nazionale, a livello regionale, a livello delle unità sanitarie locali. E quindi è chiaro che se volessimo portare le prestazioni a livelli insostenibili dalla collettività esse sarebbero insostenibili in qualunque sistema; perciò dovremo proporle alle nostre possibilità.

Gli strumenti

Infine, per concludere, quali sono, secondo me, gli strumenti essenziali necessari per poter realizzare tutto ciò.

Occorrono anzitutto le Regioni; perché sen-

za le Regioni non si può programmare un servizio di questo tipo; occorrono i *piani regionali di sviluppo* e quindi anche i *piani comprensoriali*. A tutt'oggi, abbiamo già delle Regioni funzionanti ed abbiamo già delle Regioni che hanno fatto i piani comprensoriali: quelle sono pronte.

Occorre la *riforma tributaria*; ma possiamo anche immaginare che, in attesa della riforma tributaria, si possa, attraverso un *fondo nazionale sanitario*, sostenere in via temporanea la spesa necessaria. Bruni dice «per un anno potremmo fare delle unità sanitarie incomplete»; io direi che, se è questione di un anno, è meglio aspettare e poi farle complete quest'altr'anno. Perché, diciamoci la verità, non c'è nulla di più pericoloso, in Italia, del provvisorio, della creazione di strutture che, una volta create, poi per smantellarle ci vuole il bene di Dio. Perciò, la gradualità necessaria, realizziamola attraverso una programmazione di questa gradualità. Cominciamo a nazionalizzare le prestazioni ospedaliere, cominciamo a nazionalizzare le prestazioni ambulatoriali; poi, se sarà necessario, potremo aspettare ancora sei mesi, dopo di che faremo le unità sanitarie locali «globali».

Il personale

Ad ogni modo, non facciamoci illusioni: le Regioni hanno due anni per poter legiferare; per questi due anni, potremo anche aspettare la creazione delle unità sanitarie locali. Però, c'è il discorso che faceva Mazzotti: il personale necessario dove lo andiamo a prendere? Questo è un discorso molto lungo, che richiederebbe per sé tutta una tavola rotonda. Perché ci sono problemi di *formazione di personale nuovo*, a cominciare dai problemi della riforma universitaria. Ci sono i problemi della utilizzazione del personale

attualmente esistente, a cominciare dal personale direttivo delle U.S.L. Personalmente ritengo che la *direzione delle U.S.L. dovrà essere collegiale*, poiché in essa convergono competenze molto diverse. Per esempio: dirigente dei servizi preventivi (l'attuale ufficiale sanitario); dirigente dei servizi medici di base (l'attuale dirigente dei servizi mutualistici); dirigente dei servizi ospedalieri (direttore sanitario dell'ospedale di base); dirigente dei servizi infermieristici; dirigente dei servizi sociali; dirigente dei servizi farmaceutici; dirigente dei servizi veterinari.

La direzione collegiale dovrà, poi, eleggere un direttore che la rappresenti e svolga le mansioni esecutive. E poi c'è il grossissimo problema del personale sanitario così detto ausiliario, del personale «non medico»; e qui bisogna operare, operare d'urgenza, non con il sistema all'italiana, che se mancano ingegneri nominiamo ingegneri i capimastri e così non abbiamo né ingegneri né capimastri, bensì con un sistema di reale qualificazione di questa categoria. Ma, ripeto, è un lungo discorso che richiederebbe un'altra tavola rotonda.