

Salute, diseguaglianze sociali e assistenza territoriale

Nerina Dirindin

Foto: Mykyta Martynenko

La povertà è il primo fattore di rischio per la salute

«Non essere povero. Se lo sei, cerca di smettere» (1). È la prima delle 10 raccomandazioni che il Prof. Gordon della Bristol University scrisse nel 1999 per esortare gli individui a preservare la loro salute. La raccomandazione, volutamente provocatoria, adotta un approccio alternativo rispetto a quello prevalente, ieri come oggi, sottolineando il ruolo dei determinanti sociali della salute ed evitando di concentrare l'attenzione solo sulla responsabilità individuale nella prevenzione delle malattie.

Nel formulare le raccomandazioni, Gordon evoca il classico suggerimento degli oncologi «Non fumare. Se puoi, smetti. Se non ce la fai, riduci il numero di sigarette che fumi quotidianamente». Difficile non concordare con l'invito a smettere di fumare, ma sappiamo che non basta, perché trascura elementi che sono in gran parte al di fuori del controllo dei singoli individui. Un approccio alternativo, sempre di sanità pubblica ma capace di evocare la «causa delle cause» è quello che mette al primo posto l'esor-

tazione di Gordon: «Non essere povero. Se puoi smetti. Se non ci riesci, cerca di essere povero per il minor tempo possibile». La povertà è infatti il primo fattore di rischio per la salute. Sostenere la responsabilità del singolo rispetto alla propria salute è importante, ma ancor più importante è contrastare ovunque possibile la dimensione sociale, materiale e politica che mette a rischio la salute delle persone e che richiede interventi pubblici di tipo intersettoriale.

È ormai chiaro che le diseguaglianze sociali nella salute, tra paesi e all'interno degli stessi, nascono dalle diseguaglianze della società e sono un importante indicatore del grado di giustizia sociale di un paese. «Spesso i dibattiti etici su giustizia e salute tendono a concentrarsi sull'accesso all'assistenza sanitaria. Ma riconoscere che la salute è fortemente influenzata dai determinanti sociali sposta la discussione sull'organizzazione della società» (1).

Il ruolo della sanità pubblica

Numerosi studi dimostrano che i sistemi sanitari, soprattutto se uni-

versali e senza barriere all'accesso, contribuiscono a ridurre la mortalità e le malattie, ma affermano anche che continuano a giocare un ruolo rilevante altri fattori - estranei alla medicina e alla sanità. Ciò che merita attenzione è il rischio che tali evidenze giustifichino il disimpegno dei responsabili della sanità pubblica nei confronti dell'erogazione di servizi adeguati e tempestivi. I sentieri di rischio sono almeno due: l'uno attiene allo spostamento delle responsabilità sui singoli individui, l'altro al disimpegno delle politiche sanitarie a vantaggio di altre priorità.

Il primo rischio riguarda la tendenza a enfatizzare la responsabilità del singolo nella tutela della propria salute e, conseguentemente, a disconoscere il fatto che la responsabilità personale non è indipendente dalle condizioni di vita alle quali siamo esposti e che una condizione di malattia richiede comunque un intervento della sanità pubblica, a prescindere dalle cause della stessa.

Il secondo rischio riguarda l'uso strumentale della responsabilità intersettoriale rispetto alla salute: poiché la

salute dipende in buona parte da fattori extra-sanitari, il servizio sanitario può essere – secondo un certo modo di vedere – ridimensionato, o comunque considerato non prioritario nelle agende dei governi. Tale approccio può essere estremamente dannoso per la salute della popolazione. Riconoscere che la salute è fortemente influenzata dai determinanti sociali non può essere una giustificazione al disimpegno dei servizi sanitari nei confronti della salute della comunità. Disimpegno sempre più praticato, a qualunque livello di governo, dove le diverse amministrazioni regionali tendono a nascondere le loro inerzie dietro continue riorganizzazioni (per lo più incapaci di migliorare i servizi) e a rimbalzare i propri doveri e le proprie responsabilità l'una sull'altra. Disimpegno che talvolta contagia anche i professionisti, grazie alla cui dedizione il servizio sanitario continua ad accogliere le persone in difficoltà e a offrire loro assistenza, ma il cui impegno è sempre più segnato dalla miopia di una politica incapace di riconoscere il valore del lavoro di cura.

Il servizio sanitario nazionale ha bisogno di essere rafforzato

Grazie alla Costituzione e alla legge 833 del 1978 l'Italia ha potuto affrontare l'emergenza Coronavirus senza aggiungere alle tante sofferenze la preoccupazione del costo di trattamenti che avrebbero potuto essere insostenibili per la gran parte delle famiglie italiane. Non è poco. E ce ne stiamo rendendo conto (forse) solo ora, con la pandemia.

Abbiamo la *fortuna* di vivere in un paese che ha saputo dotarsi nel 1978 di un servizio sanitario disegnato in modo da garantire a tutti, indistintamente, la tutela della salute. Un patrimonio che le gene-

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

Una fortuna che in realtà è il frutto delle lotte di tanti uomini e tante donne che, negli anni '70, si sono impegnati per garantirci il diritto alla tutela della salute attraverso un sistema universale, globale e solidale. Un servizio sanitario basato in primo luogo sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale. Non dobbiamo infatti dimenticare che negli anni Settanta la spinta all'istituzione del SSN è nata proprio dalla convinzione che la riforma ospedaliera del 1968 non fosse sufficiente a promuovere la salute e a prevenire la malattia: l'idea forte della 833 è che bisogna intervenire - ovunque possibile - prima che le condizioni di salute si aggravino. Prevenire è meglio che curare, salvo per l'industria della salute che al contrario ha bisogno di malati, veri o immaginari. Ma per ironia della sorte, un sistema sanitario costruito sui pilastri della prevenzione e dell'assistenza territoriale è stato colpito dal Coronavirus proprio nel momento di massima debolezza di tali servizi, dopo un riordino dell'assistenza ospedaliera (avviato nel 2012 e definito nel 2015) che ha preceduto, anziché seguire, la qualificazione dell'assistenza distrettuale.

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

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

Ripartire dal territorio

Non possiamo rischiare di passare alla storia come la generazione che ha consentito il decadimento di una delle istituzioni che, nonostante tutto, ha contribuito a dare serenità e benessere alle famiglie italiane di fronte ai piccoli e grandi problemi di salute e, soprattutto, di fronte alla pandemia.

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

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

In questa direzione vanno alcune delle scelte effettuate sin dall'inizio dell'emergenza Coronavirus e nel PNRR ora in attuazione. Una scelta importante che non va sottovalutata e che, se perseguita in tutte le regioni senza titubanze, potrebbe costituire un'occasione storica per cambiare la vita delle persone e per ridurre le disuguaglianze. Per tante ragioni. Perché un sistema sanitario con una robusta rete territoriale potrebbe contribuire a modulare l'offerta assistenziale a partire dai reali bisogni delle persone più vulnerabili, e non dalle prestazioni che i produttori, pubblici e privati, sono disposti (o hanno convenienza) a offrire. Perché potrebbe ridare dignità a tutti coloro che, non essendo perfettamente vigorosi ed efficienti, hanno spesso difficoltà ad accedere a servizi sociosanitari sempre più poveri, difficilmente raggiungibili e poco accoglienti. Perché l'assistenza territoriale potrebbe contribuire a ridare senso alle comunità, a ricostruire convivenze orientate all'inclusione e alla qualità della vita. Perché può contribuire a dare valore a tutti i lavori di cura, promuovendo anche un'occupazione diffusa su tutto il territorio. Perché un welfare socio-sanitario territoriale può essere disegnato in modo

da essere di gran lunga più sostenibile di tutte quelle forme di assistenza che tendono a escludere (come le RSA) anziché ad includere. E infine perché un tale modello di assistenza sarebbe meno costoso e più efficace.

Una scelta fortemente voluta dal ministro Speranza e confermata dal presidente Draghi che nel suo primo discorso in Senato ha affermato "Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). La casa come principale luogo di cura è oggi possibile". Una affermazione impegnativa, mai pronunciata prima da un presidente del Consiglio.

Un impegno corale per un nuovo modello di welfare

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

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

Permangono tuttavia alcune preoccupazioni di fondo. La questione del personale del SSN ritorna ad essere centrale nella realizzazione dei cambiamenti

programmati e di cui la nostra sanità ha bisogno: senza l'allentamento dei vincoli alle assunzioni le riforme rischiano di restare sulla carta. Serve inoltre uno sforzo importante per favorire una reale integrazione fra sociale e sanità, superando divari e disattenzioni che hanno profondamente penalizzato le fasce più deboli della popolazione.

Preoccupa infine la coerenza delle scelte regionali, soprattutto nelle realtà meno mature, rispetto agli indirizzi del PNRR. Prime affermazioni di alcune regioni sembrano far pensare a un PNRR all'interno del quale ogni regione opera scelte in totale autonomia, anche disattendendo indicazioni rilevanti proprio per superare quelle disuguaglianze interregionali e infra-regionali più volte denunciate. Dopo il PNRR i divari nel diritto alla tutela della salute devono essere diminuiti e non aumentati.

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

Bibliografia

1. Marmot M. (2015), *The health gap. The challenge of an unequal world*, (trad. it. *La salute disuguale, La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016).

*Nerina Dirindin
Associazione Salute Diritto Fondamentale e
Università di Torino*