

## La 833 quarant'anni dopo: spunti di riflessione

Una premessa indispensabile: questo nuovo spazio di discussione che si apre nel sito si pone un ambizioso obiettivo di riflessione su un tema di formidabile importanza, come quello della salute (non solo sanità...) pubblica. E' un tema su cui personalmente rifletto da tempo, quindi vi contribuisco volentieri con "spirito di servizio", consapevole che non sarebbe possibile in poche pagine una trattazione esauriente, del resto l'obiettivo è proprio quello di mettere a confronto o - come si dice - a fattori comuni molti contributi, nella speranza di raggiungere un'analisi e anche qualche proposta più articolate e complete. Nello stesso modo, in queste pagine ho limitato - pur con difficoltà ma per brevità - le riflessioni essenzialmente al tema della prevenzione nei luoghi di lavoro, anche se credo che in tema di salute pubblica si debba sempre più riflettere "trasversalmente".

Sono trascorsi 40 anni dalla prima riforma sanitaria (833/78) ma anche 25 dalla seconda (D.Lgs. 502/92) e quasi 20 dalla terza (D.Lgs. 229/99, riforma Bindi). Pochi decenni ma...quanto è cambiato nella concezione di salute, nei problemi di salute, nelle possibilità che salute ci sia (e attraverso questi provvedimenti e per i mutamenti nella realtà civile, sociale e produttiva, nei fatti di salute).

Dal 1978 al 2018, nel fiume del tempo, molta acqua è passata sotto i ponti.

Il 1978 vedeva il nostro paese da un lato in crescita sul piano socio-economico, sicuramente vi era ancora nel "nostro" mondo la scia positiva delle battaglie democratiche per "la salute in fabbrica", improntate a principi di solidarietà e partecipazione; tutto era oscurato dal cielo plumbeo di quegli anni di piombo (pochi mesi prima della promulgazione della 833 c'erano stati i giorni del tragico rapimento e dell'uccisione di Moro e degli uomini della scorta, del resto né le prime né le ultime vittime di quegli anni).

Il 2018 sembra lontanissimo da quel 1978: più che 40 anni, sembra trascorsa un'era geologica. La progressiva frammentazione produttiva, la compresenza di vecchi e nuovi rischi, le novità nelle forme e nei rapporti di lavoro, la precarietà e la flessibilità, la giovane ma già crescente robotizzazione; la perdita di forza del sindacato, specie (anche se non solo) sui temi lavoro-sicurezza e salute; la progressiva caduta di valori come la solidarietà sociale, il venir meno del welfare state.

---

La prima riforma, attuata con la Legge 833/1978, introduceva un nuovo sistema sanitario basato sulla copertura universale, segnando la fine del sistema mutualistico. Altri aspetti fondamentali di questa riforma sono stati l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) e l'avvio del decentramento, con l'affidamento della gestione della sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni ed agli Enti locali.

Con la seconda riforma (DL.vo 502/1992 e successive modifiche) le USL sono state trasformate in Aziende (Aziende Sanitarie Locali o ASL) dotate di personalità giuridica e autonomia amministrativa ed economica e condotte da manager, responsabili della gestione. Altro aspetto innovativo è stata l'introduzione del sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie, consentendosi (almeno in linea teorica) al cittadino di scegliere liberamente la struttura pubblica o privata (dotata dei prescritti requisiti) in cui curarsi.

Le novità introdotte dalle prime due riforme sono state sostanzialmente confermate nella terza riforma sanitaria (DL.vo 229/1999) con l'introduzione dei fondi integrativi da parte di sindacati, aziende, associazioni, Regioni ed Enti locali allo scopo di intervenire a completamento delle prestazioni escluse dal sistema sanitario, rimborsi di cure odontoiatriche, cure termali e altri tipi di prestazioni non convenzionate.

Nella progressiva riduzione del welfare, i problemi economici sono sempre più spesso utilizzati per giustificare il ridimensionamento “complessivo” della sanità pubblica e per tendere verso la sanità integrativa (de-finanziando le prestazioni pubbliche che vengono “compensate” con le mutue assicurazioni e con il terzo settore).

Alcuni assi portanti della 833 sono stati modificati quando non cancellati anche - ma non solo - per modifiche normative: bastino gli esempi delle modifiche introdotte dal 502 o, su un altro campo, la separazione delle responsabilità in materia ambientale, ma anche la “nuova” lettura degli ambiti territoriali, oppure la sostanziale soppressione dei presidi multizonali.

In generale, in questi tempi di “crisi del welfare”, la sanità pubblica è in evidente difficoltà, sempre più minacciata dalle politiche di de-finanziamento e dalla visione che della stessa ha buona parte della politica e delle stesse forze sociali.

Riguardo alla prevenzione delle malattie - o, se vogliamo, alla prevenzione tout court - 40 anni dopo la 833 non si può non vedere che anche sul piano culturale, oltre che politico e sociale, non si è riusciti a farne l'obiettivo strategico principale o almeno “uno” degli obiettivi fondamentali del sistema sanitario e più in generale del “sistema paese”, ciò in particolare nel settore della prevenzione occupazionale (mentre di più si è fatto, pur se non omogeneamente, nelle altre parti della prevenzione collettiva).

Anche se in questi decenni sono state fatte molte esperienze, in un percorso non confrontabile con quello pre-833, il bilancio infatti non può essere oggi solo e del tutto positivo, anzi....:

- ancora si parla di sanità e poco di salute;
- la prevenzione, specie quella primaria, è cenerentola;
- il governo (o la governance) della prevenzione è stato ed è del tutto insufficiente;
- vi sono gravi criticità nei ruoli e nei rapporti tra Stato e Regioni, in parte fallimentari, per responsabilità sia dello Stato sia delle Regioni;
- vi sono conseguentemente gravi criticità in termini di eguaglianza e omogeneità, due obiettivi enunciati dalla 833 (e ancor prima dalla Costituzione repubblicana) ma non raggiunti e che anzi attualmente sembrano alquanto improbabilmente raggiungibili;
- il sistema (smagliato) è scarsamente adeguato a (capace di) rispondere alle esigenze, ad innovarsi secondo i cambiamenti, che oggi sono molti rispetto ad alcuni decenni or sono (trasversalità dei problemi di salute, modifiche della popolazione, connessioni vita-lavoro-ambiente, complessità delle domande espresse ed inespresse dalla collettività, comparsa di nuovi rischi ed emergenze di salute).

Rispetto a 40 anni or sono, bisognerebbe ragionare su cosa si intende oggi per salute: certamente non si può ridurre tale concetto all’“assenza di malattia”. Oggi le necessità di salute della collettività e dei singoli si sono fatte sempre più complicate e dovrebbero implicare approcci molto più articolati, non solo di tipo “difensivo” ma anche di tipo attivo, di promozione (appunto la ... promozione della salute), approcci che attraversino e permeino tutte le attività degli esseri umani e che quindi modifichino profondamente il rapporto con tutto ciò che li circonda; il che dovrebbe significare anche, implicitamente, modificare vari aspetti della vita e probabilmente lo stesso assetto sociale (utopia?).

Non è obiettivo di questo contributo descrivere e analizzare in toto la 833; mi preme soprattutto indicare alcuni aspetti su cui i problemi si sono progressivamente radicati e in cui l’evolvere ed il mutare delle condizioni di vita e di lavoro da un lato, nonché le modificazioni alla riforma dall’altro, hanno portato alla situazione dei giorni nostri ed alle evidenti criticità dell’attuale servizio sanitario

nazionale: criticità “prima in classifica” è certamente l’intollerabile disuguaglianza e disomogeneità del sistema, che implica disuguaglianza e disomogeneità di diritti nella collettività nazionale.

Si tratta di una criticità trasversale a tutto il servizio sanitario nazionale, e che ovviamente riguarda tutti gli aspetti della prevenzione.

Mi limiterò qui ad alcune riflessioni soprattutto sulla parte che per la Snop è stata prioritaria per la sua natura inizialmente costitutiva, ossia la prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche se - come dirò - sono convinto che sia sempre più forte l’esigenza di una logica “trasversale” della prevenzione.

Proviamo dunque a pensare se la 833 sia ancora attuale, se sia aderente con tutti i cambiamenti subiti alla situazione attuale o se sia ormai obsoleta o se dovrebbe essere adeguata.

1) Ricordiamo intanto i principi, la filosofia e gli obiettivi della riforma:

*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.*

Pur nelle varie criticità, ho indicato in rosso la frase che maggiormente non ha trovato e non trova tuttora – come sappiamo - effettiva applicazione. Nel seguito qualche altra definizione in rosso perchè a mio parere meritevole di riflessione più di altre:

*Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:*

*1) la **formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;***

*2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;*

*3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;*

*4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;*

*5) la **promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;***

*6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;*

*7) 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 la economicità del prodotto;*

*8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.*

*Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:*

*a) il **superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;***

*b) 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 ed i servizi necessari;***

e) 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;

d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;

e) la tutela sanitaria delle attività sportive;

f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

C'era anche un comma h) (la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo), abrogato nel 1993 – dopo l'esito dell'apposito referendum popolare - con il DPR 177: i cittadini insomma decidevano a maggioranza, dopo soli 15 anni, che ....non andava bene così, che le questioni ambientali non andavano trattate in maniera integrata con tutte le altre questioni legate alla salute. Un colpo durissimo sul piano degli obiettivi, delle strategie, anche sul piano metodologico e tecnico-scientifico. Non tanto perché si levava al SSN un compito fondamentale, quanto perché si decideva di **“abrogare”** (appunto) **la possibilità, anche solo teorica, che produzione, ambiente, lavoro e salute venissero affrontate non separatamente ma con un approccio – anche sul piano operativo - integrato ed uniforme.**

Ognuno potrebbe/potrà riflettere sui singoli punti, su molti - se non su tutti - ci sarebbe da chiedersi: è successo? è successo pienamente e diffusamente? Certo, tra 0 e 100% ci sono percorsi, tempi, ecc., per ora mi sono limitato a segnalare alcuni aspetti che meriterebbero forse più di altri ragionamenti e “bilanci”. E naturalmente: ci sono aspetti che dovrebbero essere aggiornati? anche con adeguamenti normativi?

Mi pare soprattutto evidente - ripeto - che non sono stati superati **“gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”**: questa è trasversalmente la criticità maggiore, il ritardo – se non l'insuccesso – maggiore della riforma. Certo, si partiva da un paese per nulla equilibrato, da una repubblica diseguale, frutto di una storia nazionale alquanto complicata e solo da un secolo effettivamente “nazionale” (almeno in linea teorica). Purtroppo, rimane quanto ora detto.

E che dire del **“la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità”**? La recente vicenda dei vaccini indica emblematicamente che anche su questa strada, che passava attraverso azioni profonde, diffuse e capillari, di informazione, si è tuttora alquanto lontani da una “moderna educazione sanitaria” e da una consapevolezza collettiva sui temi della salute.

## 2) Veniamo all'**assetto gestionale e organizzativo**:

L'art. 4 ripeteva la necessità di assicurare *condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale*, tramite la distribuzione di poteri, funzioni e compiti tra lo Stato e le regioni.

Allo Stato, che conservava non poche funzioni amministrative, era affidata (quasi ovviamente, verrebbe da dire) *la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale .....* Non è inutile ricordare che nell'art. 5 si prevedeva che *In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora l'inattività*

*relativa alle materie delegate riguardi adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.*

Nonostante tutto quel che è avvenuto in questi 40 anni, nonostante tutto quel che sappiamo, non risulta che a tale dettato di legge sia mai stato dato seguito.

Ed eccoci (art. 14) all'Unità sanitaria locale, il cui *ambito territoriale di attività è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona. Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.*

**La seconda riforma (il 502/'92)** decise, a fini soprattutto di risparmio, di ridurre il numero delle Usi e quindi di alterare le dimensioni (precedentemente ritenute ottimali?) degli ambiti territoriali. Sappiamo cosa significava quella U, e cosa ha significato sostituirla con una A (passare alle aziende sanitarie ha implicato, com'è noto, rilevanti cambiamenti negli obiettivi, pur sempre di salute ma subordinati agli equilibri di bilancio), e sappiamo come si è alterata (se non compromessa) l'idea iniziale di territorialità (e ciò ha investito anche i distretti che secondo l'art. 10 dovevano rappresentare le *"strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento"* e che a loro volta hanno assunto dimensioni spesso analoghe a quelle delle precedenti Unità sanitarie).

In termini numerici, in pochi anni si è passati dalle 642 USL dei primi anni post-833 a meno di 100 ASL e ad un centinaio di Aziende ospedaliere autonome, con un dimensionamento territoriale evidentemente molto differente (mega ASL metropolitane, fino ad ASL regionali), oltretutto asincrono e secondo criteri disomogenei tra regione e regione.

I due mutamenti hanno comportato e comportano **modifiche sostanziali all'impostazione che ispirava la 833**, che prevedeva strutture appunto "locali", vicine ai problemi, concentrate nelle risposte per territori di dimensioni molto meno ampie.

**I servizi e i presidi multizonali.** Questa articolazione in Servizi come "attuatori" delle molteplici competenze della Unità sanitarie fu certamente un'"invenzione", o novità, fondamentale, del resto preceduta da varie esperienze, per così dire spontanee, messe in opera nei decenni '60 e '70 in vari comuni o consorzi di comuni. Ricordiamo che "insieme" ai servizi c'erano i presidi multizonali, strutture che *per le finalità specifiche perseguite e per le caratteristiche tecniche e specialistiche avrebbero dovuto svolgere attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includesse più di una unità sanitaria locale.*

Che ne è oggi dei Servizi, che ne è oggi delle strutture multizonali? Il discorso sarebbe lungo e complesso. In estrema (e riduttiva) sintesi, i primi, dopo un'iniziale crescita pur non omogenea sul territorio nazionale, e nell'ambito di una scarsa "coltivazione" da parte delle istituzioni governanti, hanno visto negli ultimi anni un progressivo depauperamento di risorse e sono oggi decisamente in crisi anche perché inseriti in un sistema decisamente poco reattivo rispetto alle sfide che il "nuovo mondo" pone; i secondi, da tempo sostanzialmente inesistenti nel territorio nazionale, hanno inciso sulla (e "accompagnato" la) progressiva diminuzione di capacità ed attitudine dei Servizi all'approfondimento tecnico dei problemi sia negli ambienti di vita sia, forse soprattutto, in quelli di lavoro.

Nei primi anni post-833 molti Servizi territoriali avevano progressivamente acquisito o incrementato capacità autonome in tema d'igiene industriale ed ambientale e quindi erano spesso in grado (pur se non ovunque) di valutare direttamente le esposizioni a rischio; negli ultimi 20 anni le trasformazioni legate alle vicende dei Presidi multizonali e poi la costituzione delle Agenzie regionali per l'Ambiente, con esito non proprio positivo, hanno concorso alla perdita delle attitudini, e progressivamente delle capacità, contribuendo alla progressiva prevalente trasformazione degli operatori, da valutatori a ispettori verificatori/controllori degli aspetti formali e in parte organizzativi, con una visione paradossalmente non lontana dalla concezione che caratterizzava gli "ispettori" pre-833.

### 3) Infine i **destinatari** o forse meglio i **protagonisti principali**, ossia i **cittadini**.

La 833 ne parla, ovviamente, ma non ne approfondisce più di tanto le caratteristiche, i ruoli, i bisogni. Se anche lo avesse fatto maggiormente, non c'è dubbio che oggi ci troveremmo di fronte alla necessità di riflettervi perché ... il mondo è cambiato, i cittadini sono cambiati, come le loro esigenze: e purtroppo è anche cambiata la possibilità di partecipare alle scelte, la possibilità di protagonismo (che non a caso si riflette teoricamente nel punto più alto della partecipazione democratica, che è rappresentato dal voto, al quale da tempo una parte consistente dei cittadini non partecipa).

Oggi sicuramente sono in crisi molti valori, è in crisi la partecipazione; ci sono teoricamente assai maggiori possibilità di accesso alle informazioni ed alla conoscenza, pur tuttavia ciò non si traduce sempre in verità e in sviluppi di reale e diffusa consapevolezza. La partecipazione alla cosa pubblica ed alle scelte, anche in termini di politica sanitaria, è certamente ancora in fondo ad una lunga strada, di difficile percorrenza.

Le grandi e profonde trasformazioni culturali e normative della società hanno portato a rilevanti modifiche nella stessa figura del malato-cittadino, nelle sue esigenze di cura, nel suo diritto di salute: esigenze e diritti assai più complessi rispetto agli anni della 833.

Eppure una lettura neppure approfondita della Costituzione repubblicana ci conferma tuttora, all'interno del concetto del "diritto di avere diritti", il diritto alla salute (non solo alla "sanità") per tutti, nonché il diritto alla conoscenza.

Può venire il tempo per una quarta riforma sanitaria? (come qualcuno dice: vedi Ivan Cavicchi nel suo libro "La quarta riforma") in cui il cittadino non sia solo utente/paziente?

La risposta a questa domanda implica una serie di riflessioni ma anche di modifiche di comportamenti e strategie di formidabile complessità, che hanno a che fare con il disegno sociale che il nostro paese potrà darsi.

Mi chiedo: una "quarta riforma", ossia una terza riforma della riforma, sarebbe possibile e soprattutto utile?

Naturalmente rispondere - almeno in linea teorica e di auspicio - a questa domanda, implica definire quali potrebbero essere le soluzioni sui singoli aspetti critici, ad alcuni dei quali ho accennato, e se dovrebbe trattarsi - o no - di adeguamenti normativi.

Non va trascurata la considerazione (per molti versi preliminare e propedeutica) che **la salute** non è solo un diritto da rispettare o da esigere ma è un **diritto di cittadinanza**, che va costruito non solo tutelando tutta la popolazione rispetto ai rischi di malattia, e quindi promuovendo e prevenendo, ma anche facendo sì che nel contesto sociale, di vita, di produzione, di lavoro, ecc. vi siano condizioni tali da impedire o limitare le malattie.

Invece, non ci si può nascondere che la 833 è stata prevalentemente “letta” mantenendo un’idea di tutela della salute concepita prevalentemente come controllo, vigilanza quindi **“difesa da...”**, ma assai poco come un programma multidisciplinare e multisetoriale di prevenzione e promozione della salute.

Qualche riflessione su quella che ho sostanzialmente definito la criticità “prima in classifica”, le **disparità e disomogeneità di applicazione e attuazione del servizio sanitario nazionale**.

La questione Stato-Regioni può essere affrontata sotto vari profili, e naturalmente non può prescindere dall’attuale situazione (anche dopo la vittoria del No al recente referendum di alcuni mesi or sono che ipotizzava la riforma del titolo V) che mantiene compiti sia dello Stato sia delle Regioni, nella cui articolazione non entro in questa occasione.

Quel che mi preme, è ragionare su quella che già la 833 poneva all’art. 4 come indicazione di fondo, la messa in opera della funzione statale di **indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria** ... anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, con l’esplicitazione della funzione aggiuntiva di azione sostitutiva nel caso di inattività di un’amministrazione regionale.

In estrema sintesi, questo **ruolo centrale è sostanzialmente mancato**, tranne che per gli aspetti di ordine finanziario. E’ mancato a livello centrale un indirizzo – che non fosse sporadico - politico e tecnico-scientifico, di coordinamento e di verifica; è mancata a livello regionale e territoriale un’azione di effettivo coordinamento tra la complessità di enti e strutture competenti e tra questi e le parti sociali, con l’aggravante della cronica insufficienza complessiva di risorse, fattasi sempre più pesante negli ultimi anni.

Ciò ha riguardato in particolare la prevenzione collettiva, in minor misura le attività relative alle prestazioni sanitarie alla persona, molto più regolate e verificate per efficacia/efficienza (linee guida diagnostiche e terapeutiche, programmi di valutazione degli esiti delle cure ... da ultimo le legge Gelli...) pur se anche in questo caso non nell’ambito di relazioni gerarchiche.

E comunque in generale è fallito lo strumento LEA: non si sono mai misurati effettivamente i livelli di assistenza in termini di copertura (che avesse un significato non solo di efficienza ma anche di efficacia).

In altre parole, è del tutto (o in gran parte) **mancata una regia del sistema** ... e quindi il sistema non è diventato veramente un sistema.

L’inesistenza di una relazione gerarchica chiara tra Stato centrale, Regioni e ASL ha portato ad una situazione, a molti nota, nella quale una singola regione, una singola struttura territoriale, addirittura un singolo operatore, possono sentirsi legittimati a comportarsi diversamente dalle indicazioni provenienti dal Ministero, o dallo stesso Coordinamento delle regioni, che del resto non ha alcun potere concretamente vincolante rispetto ad ogni Regione.

Da tempo si ragiona, a vari livelli e ovviamente con diverse sfumature, della necessità di una **“cabina di regia”** centrale, che consenta di superare la disomogeneità che ha caratterizzato finora il sistema delle Regioni. Una regia che permetta di disporre di indirizzi ed indicazioni chiare, univoche e stringenti. Una regia che la 833 poneva in carico al Ministero della Salute.

C'è naturalmente anche la questione del ruolo degli Istituti centrali di riferimento, oggi rappresentati essenzialmente dall'ISS e dall'INAIL. Il primo è quasi inavvertito da chi si occupa di salute e sicurezza sul lavoro, del resto in sintonia con la scarsità dell'impegno del Ministero della Salute; il secondo, partendo dalla sua storia assicurativa, si sta progressivamente occupando, con evidenti *“mire espansionistiche”*, dei temi legati alla salute e sicurezza sul lavoro.

Il ruolo di questi enti, che è già in parte prezioso ma potrebbe esserlo di più e meglio, è legato alle definizioni più attente verso il funzionamento del sistema nazionale.

Per quanto riguarda la *“regia”* rispetto alla salute e sicurezza nel lavoro, il D.Lgs. 81/2008, con le successive modificazioni, ha *“tentato”* di risolvere il problema con **gli artt. 5, 6, 7**; in particolare l'art. 5 era stato da taluni visto come l'individuazione appunto di una regia, non più del Ministero della Salute ma in una specie di *“camera di compensazione”* che vedeva presenti la maggior parte degli attori centrali e territoriali del sistema. Purtroppo, in parte per come lo stesso art. 5 è stato concepito e in parte per come è stato ... attuato, la regia effettiva e sostanziale, salvo rare occasioni, non si è vista, e ogni regione ha prevalentemente continuato a comportarsi autonomamente. E anche i comitati previsti dall'art. 7, pur funzionando qua e là, in molti territori non hanno raggiunto un ruolo sostanziale.

La SNOP ha dedicato spesso riflessioni ed anche proposte a queste gravi criticità, uscendo recentemente *“allo scoperto”*, in particolare nel proprio Workshop di Bologna del gennaio 2017 e proponendo di ragionare sull'istituzione di una *“cabina di regia”* che consenta di risolvere le funzioni di indirizzo, coordinamento, verifica, monitoraggio e potere sostitutivo; una regia che in parte possa attuare il dettato dell'art. 5 ma che comprenda anche l'istituzione di un *“soggetto strumentale”* tecnico-scientifico, che possa applicare e dar corpo a quanto definito nella *“cabina politica”* dell'art. 5. La *“cabina di regia”* dovrebbe consistere in due livelli mentre finora ce n'è stato solo uno, evidentemente insufficiente a concretizzare realmente il ruolo di indirizzo, coordinamento, verifica. Questo soggetto strumentale dovrebbe raccordarsi (per statuto...) con le funzioni di governo centrale e quelle regionali-territoriali e si dovrebbe trovare un modo concreto perché il governo *“politico”* (nel senso migliore del termine), la governance, fosse realmente *“partecipato”* tra le istanze centrali e quelle regionali.

Come dicemmo a Bologna, questa riflessione trova spesso discordi coloro (e sono molti) che temono la nascita dell'ennesimo *“carrozzone”* ed in realtà già il sostanziale fallimento (da questo punto di vista) dell'Ispesl induce al pessimismo: l'alternativa è però il progredire o la cronicizzazione di una deriva che si protrae da anni e che rischia di portare al fallimento una stagione iniziata con grandi speranze e che ha prodotto comunque molti risultati positivi, pur se - come detto - non ovunque, non diffusamente, non omogeneamente.

La discussione, le soluzioni, non possono evidentemente riguardare il solo livello centrale e la governance *“stato-regionale”* del sistema. Compiendo la chiusura del cerchio, occorre ragionare anche in termini di capacità e adeguatezza delle strutture territoriali.



Qui le criticità si fanno alquanto complesse, perché attengono sia all'organizzazione sia alla capacità tecnico-scientifica e metodologica di corrispondere alle necessità della popolazione, a quelle vecchie che ancora in parte rimangono e a quelle nuove che sono molteplici. Ciò porta alla necessità di un adeguamento non solo delle risorse e delle professionalità ma anche culturale, di un sistema di formazione continua assai più adeguato e moderno e richiede pure, tra l'altro, una soluzione del problema del II livello, che - come detto - è venuto per lo più a mancare.

Chi è "cresciuto", tecnico o lavoratore, nella cultura della partecipazione, della non delega, del rifiuto della monetizzazione della salute, nel protagonismo dei gruppi omogenei, e si trova ora nella società lacerata e confusa di oggi, di fronte all'homo oeconomicus, al lavoratore "agile", "piccolo", "flessibile", e chi si affaccia oggi alla nuova realtà come giovane tecnico o giovane lavoratore, deve evidentemente trovare nuove modalità di approccio in un mondo - non solo in Italia - caratterizzato da intollerabili disegualianze, dall'emarginazione di miliardi di persone, da imponenti "periferie" (geografiche e sostanziali) lontane da piccoli "centri" dominanti, dal lavoro che non c'è per tutti e che comunque vede anche tra i lavoratori profonde e drammatiche differenze di diritti, dalla salute che non è alla portata di tutti, dall'attesa di vita diversa a seconda del continente, del territorio o persino del quartiere in cui si vive, dalla modifica della cause di malattia, non distinta dall'aumento dell'età media che comporta sempre più la necessità di "curarsi" degli uomini e delle donne in età avanzata.

Oggi i confini tra vita, ambiente, lavoro, che nel 1978 sembravano trattabili con separazioni piuttosto nette, appaiono sempre più impalpabili e richiedono approcci sempre meno separati pur se diversificati. In estrema sintesi, oggi sarebbe (ed è) fondamentale puntare su una nuova "**scienza multidisciplinare**", su una logica concreta d'intervento dipartimentale, trasversale, interdisciplinare, lavorando sull'adeguamento dell'assetto e del modello organizzativo dei **dipartimenti di prevenzione**, sui rapporti interni ed esterni, sulle metodologie e le strategie d'intervento.

Ciò implica di "cambiare registro", perché in molte parti del sistema (e quindi del paese) il Dipartimento rimane ancora un contenitore di scatole separate, una soluzione formale ma poco sostanziale.

E invece per il sistema, per i servizi, per gli operatori, quella del dipartimento "vero" dovrebbe costituire una prospettiva non formale, bensì del tutto sostanziale, probabilmente una conditio sine qua non onde ridurre la prospettiva di essere travolti o di vedere progressivamente decadere le prospettive ambiziose di 40 anni or sono. Del resto, lo stesso ultimo Piano Nazionale della Prevenzione recepisce positivamente la tesi della necessaria trasversalità delle azioni e delle risposte,

In conclusione (solo di questo scritto, ovviamente, che manca di riflessioni su vari altri aspetti rilevanti) sono profondamente convinto che per chi si occupi di salute, ma più in generale per chi alla salute sia interessato, molte sono le esigenze di cambiamento in funzione della realtà attuale e futura (per quanto la si può intravedere...).

Il cambiamento attinge prima di tutto alla cultura, ai comportamenti, di ognuno e della collettività: in quest'ambito, solo in questo, ed a queste condizioni, possono porsi anche percorsi di modifica e adeguamento delle norme.

Nella recente fase pre-elettorale, forze politiche ed istituzionali hanno fatto a gara nella "promessa di abolire" leggi e norme, "regole" di tutti i tipi, certe che così i cittadini, contenti, avrebbero

premiato chi prometteva di più di levare vincoli, laccioli, gabelle, ecc. Io credo che gli obiettivi dovrebbero essere molto diversi, farsi un'idea reale e non artefatta dei problemi e di quel che non va o andrebbe adeguato, anche dal punto di vista delle "regole", e lavorare per concretizzare appunto adeguamenti, aggiustamenti che tengono conto di necessità, criticità e obiettivi, in un quadro eticamente e non solo egoisticamente condivisibile e che non rappresenti solo cesure (totali o meno) con il passato o addirittura arbitrarie de-responsabilizzazioni.

Pensando alla 833 e alle due riforme della stessa (ma anche allo stesso D. Lgs. 81), e domandandosi se alcuni contenuti siano ancora attuali o debbano essere rivisti, con tutto quel che è successo nella sanità e nella sua organizzazione, e più in generale nel mondo, il mio auspicio è che adeguando (coraggiosamente?) le risposte alle esigenze dell'oggi e del domani non ci si dimentichi però dello "spirito riformatore" di quegli anni, ossia delle spinte etiche che l'avevano motivata: ciò vale per chi di noi ha i capelli bianchi e in quel mondo lontano è cresciuto ma anche per chi è nato ... dopo il 1978, perché non tutto e non sempre il passato va rimosso.

*19 marzo 2018*

*Claudio Calabresi*