

CHI PRIMO ARRIVA...

Un diritto, quello alla salute, la cui esigibilità è sempre meno garantita, e non solo per ragioni economiche; il crescente ruolo di assicurazioni e fondi, ma anche, almeno potenzialmente, del mondo cooperativo e cattolico; l'universalismo selettivo, che funziona nel sociale, ma non nella sanità.

Intervista a **Luca Degani**

realizzata da **Barbara Bertocin e Laura Balestrini**

Luca Degani, avvocato, insegna legislazione socio-sanitaria e degli Istituti non profit all'Università Cattolica di Milano. Ha pubblicato, insieme a Raffaele Mozzanica, Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi, Maggioli Editore 2009.

Molti osservatori vedono nei recenti tagli il rischio che venga messo a repentaglio lo stesso diritto alla salute dei cittadini.

La cosa interessante, quando si parla di diritto alla salute, è tentare di capire se è un diritto esigibile o meno, cioè se in uno Stato di diritto il diritto alla salute è qualcosa che, nel momento in cui si rappresenta il bisogno, deve essere comunque garantito, oppure la sua esigibilità ha dei limiti.

La realtà è che noi siamo passati da sistemi di welfare creati negli anni Settanta, in cui il diritto alla salute era un assoluto, per cui io come Stato costruisco un sistema che produce servizi e alla manifestazione di bisogno rispondo senza limiti; all'idea, che parte dagli anni Novanta e probabilmente si sta rinforzando, in cui invece il limite c'è, è forte e non è più solo quello della finanza pubblica, ma è anche il limite del rapporto in sé tra il cittadino e lo Stato.

Le riforme degli anni Novanta, passate sotto il nome De Lorenzi-Garavaglia, poi 502, poi Bindi (con l'atto del '99, ancora più chiara sul discorso della limitatezza delle risorse economiche rispetto all'esigibilità del diritto alla salute) partivano comunque dal presupposto che esiste uno Stato che organizza e produce servizi sanitari e che però, rispetto a dieci, vent'anni prima, si scopre limitato da un'economia sufficiente a garantire il diritto alla salute in senso assoluto. In questo senso possiamo dire che dagli anni Novanta a inizio Duemila, il diritto alla salute resta esigibile, ma nei limiti delle risorse di sistema.

Oggi però stiamo assistendo a un'ulteriore evoluzione nel diritto alla salute: questa esigibilità probabilmente non è più nemmeno sentita come un valore di appartenenza sociale, da parte dello Stato.

Oggi, cioè, l'idea del diritto alla salute come diritto esigibile non ha soltanto il limite delle risorse di sistema, ma anche quello di uno Stato -inteso come pubblica amministrazione- che rinuncia ad avere il ruolo di programmazione, e cioè di identificare la quantità dei servizi che sarebbero necessari in una situazione statistico-ordinaria per garantire la fruibilità di questo diritto.

Diceva che, sotto certi aspetti, il diritto alla salute sta tornando ad essere quasi più un diritto privato che un diritto pubblico...

Nella percezione individuale, l'idea è che il diritto alla salute debba essere comunque garantito. Ma, come dicevo, lo Stato non sta più solo ponendo il limite delle risorse pubbliche, ma sta anche in parte denegando il suo ruolo di produttore/programmatore di servizi sanitari. Dev'esserci quindi una struttura sociale non statale che, nel percepire la necessità del diritto alla salute, trova forme alternative di risposta così che comunque sia garantita la risposta al bisogno sanitario.

Da questo punto di vista, l'evoluzione della previdenza sanitaria integrativa, la rinascita di forme mutualistiche, la ricostruzione di forme sociali -e non statali- di produzione di servizi e non solo -senza parlare di evoluzione o involuzione- sono tutte trasformazioni che stiamo vivendo adesso.

Se gli anni Settanta sono stati la creazione dell'ottica del welfare come statale e gli anni Novanta sono stati l'idea che il welfare statale non fosse assoluto, il 2010 è l'idea che la risposta al tuo bisogno di salute (ma il discorso si potrebbe estendere alla previdenza) è fuori dalla matrice statale, sta tornando a essere più figlia della lotta sociale, della capacità dei gruppi di riuscire a soddisfare le proprie esigenze di vita.

Quindi non c'è solo la carenza finanziaria, c'è anche una scelta, diciamo, ideologica...

È in atto una trasformazione del rapporto tra società e Stato. Già dalla fine degli anni Novanta, la società ha iniziato a dire: diamo almeno il limite delle risorse, smettiamola con lo Stato leviatano che drena risorse fiscali. L'ottica rimaneva redistributiva, ma senza quella forte percezione di solidarietà caratteristica delle strutture ideologiche precedenti.

Oggi invece si va identificando il bisogno di salute (o di previdenza o di lavoro) come un bisogno più individuale che sociale. La ricerca della risposta al proprio bisogno entra quindi nella matrice privatistica, magari di natura collettiva, come sono le forme mutualistiche previdenziali, ma comunque in un gioco in cui la percezione che il diritto alla salute sia un diritto di socialità, che faccia parte del contratto sociale, del vivere collettivo, si fa più labile.

Non si tratta solo di una resa legata alla caduta delle grandi ideologie, c'è qualcosa di più: nel momento in cui io vivo me stesso come risposta al mio bisogno, mi costruisco delle risposte che prescindono dalla mia appartenenza a una determinata collettività. Non siamo neanche più nel campo del privato sociale, ma in quello dei singoli che si attivano per diventare attori della garanzia della continuità di risposta. È la coscienza individuale -non collettiva- di dover mettere delle risorse economiche proprie per potersi garantire la continuità di presa in carico.

Qualche anno fa in un comune in provincia di Sondrio era stata fatta un'operazione interessante, in cui dei cittadini entravano in rapporto con il proprio Comune, mettendo risorse economiche private per poter avere un domani dei servizi di natura sanitaria e socio-sanitaria.

Un'operazione al cui centro io ho visto, oltre all'erogazione di servizi, il tentativo di creare una coscienza individuale -per quanto un po' più collettivizzata in quel caso- del proprio bisogno di salute.

In questo contesto va forse ripensato anche il ruolo di chi organizza sanità privata o di privato sociale. Se dovessi fare sanità privata oggi, francamente non mi interesserebbe erogare servizi, bensì costruire continuità di cura, che significa innanzitutto far percepire a chi è sano che il problema non è soddisfare il suo bisogno quando accade, ma garantirgli una copertura lungo tutta la sua vita, soprattutto a fronte di una farmacologia che, allungando la sopravvivenza, produce un periodo di vita fatto di non autosufficienza.

In questo mutato scenario lei vede anche delle opportunità.

Se i grandi player ideologici si rendessero conto fino in fondo del nuovo scenario che si apre, potrebbero scoprire in sé un'inaspettata capacità di recupero, rinvigorendo la voglia di socialità.

Mi spiego. La Lega Coop, piuttosto che la Caritas, o altri attori portatori storici di una dimensione ideale forte, in questi anni si sono ridotti a fornire servizi in un sistema sempre più privatizzato e limitato di risorse. Ecco, io sono convinto che in questo momento ci sia la possibilità di riattivarsi invece con l'idea di essere portatore di una visione sociale. La costruzione di un mondo di previdenza integrativa o di assicurazioni private per la continuità di cura non è solo business è anche una trasmissione di visione antropologica. Il privato avrà una doppia possibilità: da un lato, quella di creare relazioni positive col mondo delle assicurazioni (che sta diventando sempre più significativo nella sanità); dall'altro quella di essere estremamente interessante, in un momento recessivo, nei confronti dei grandi investitori.

Oggi un fondo d'investimento, se deve andare ad investire, lo fa su qualcosa che gli dia una buona redditività, ma soprattutto una garanzia di mantenimento della struttura patrimoniale investita. La produzione di sanità, di risposta sanitaria, ha la fortuna di un'epidemiologia certa: comunque vada, la popolazione tende ad invecchiare e ad avere determinati bisogni; devi solo essere in grado di produrre servizi in relazione all'evoluzione dei bisogni, che tendono sempre più alla cronicità e sempre meno ad altre fasce di risposta. Oggi la sfida è capire se tutto questo sarà solo appannaggio di chi sa gestire la relazione tra produrre, assicurare e investire, che sono forse le tre matrici più significative della sanità dal 2010 in poi, o anche di chi aveva creato il sistema sanitario. Non penso solo al mondo cattolico, ma anche al mondo vicino alle ideologie marxiste, sia socialiste che comuniste, che aveva messo in piedi una produzione di servizi all'insegna del concetto di mutualità.

Con questo non voglio dire che la Lega Coop si deve mettere a produrre servizi, però potrebbe provare a creare una previdenza integrativa sanitaria low cost per la società civile di basso profilo economico. Così come il mondo cattolico, che è ancora una fetta significativa della produzione di servizi, potrebbe invece cominciare a produrre per il privato, non perché il pubblico non paga, ma perché c'è comunque una quota di società e di persone che non accederanno ai servizi attraverso il pubblico e perché producendo attraverso rapporti con il mondo assicurativo previdenziale e magari facendo anche delle scelte su alcuni soggetti, tu riesci ad aumentare la quantità dei servizi offerti senza necessariamente aumentare la spesa privata.

È una trasmutazione ideologica alla fine.

In questa dimensione il diritto alla salute cosa diventa?

Diventa un diritto sociale, non è più un diritto statale. Diventa come la pensione... La previdenza in Italia è stata un diritto anche al di là del lavoro; la previdenza era un diritto come pensione minima, come capacità economico-reddituale nel momento in cui non ci fosse una capacità propria di lavoro. Oggi tutto questo non c'è più. Cioè l'idea stessa che le pensioni minime o le cosiddette pensioni sociali siano uscite dall'Inps per entrare nella competenza degli enti locali è emblematica. È sempre più chiaro che il sociale si attiva nel momento in cui le risorse del sistema lo permettono e nel limite di quelle stesse risorse, in una logica per cui la sussidiarietà è territoriale, non è solidale. Ma se è territoriale, esistono territori in Italia o anche nelle singole regioni, in cui le risorse economiche non coprono l'incapacità economica degli individui. A quel punto il diritto assoluto non c'è più. Non c'è nel lavoro, non c'è nella previdenza, non c'è nella sanità.

E l'uguaglianza?

L'uguaglianza sostanziale è nella nostra costituzione, ma sta sempre più allontanandosi dall'essere agita. Una sussidiarietà che non si coniuga con la solidarietà non garantisce più l'uguaglianza. Dopodiché ci saranno dei player ideologici o ideali che tenderanno a recuperare, ma sempre in maniera privatistica. L'uguaglianza pubblica non c'è più, perché si basa sulle risorse di sistema, che a loro volta si fondano sul principio di sussidiarietà territoriale. È venuta meno la dimensione della perequazione nei confronti di terzi.

E chi non può accedere a forme integrative private?

Retrocede. Resta nella copertura offerta nei limiti delle risorse del sistema. La legge attuale dice esattamente questo e cioè che il diritto alla salute esiste "nei limiti delle risorse di sistema". Che vuol dire che diminuendo le risorse di sistema diminuisce la copertura. E non essendoci un criterio di priorità di accesso alle risorse di sistema in relazione ai bisogni, oggi crei sempre di più il limite della territorializzazione. Ci sono territori del nostro Stato che presto non saranno più in grado di dare risposta ai bisogni espressi localmente e tutto questo all'interno di una cornice legislativa che, in assenza di risorse, giustifica il non dare.

Da questo punto di vista l'aver trasferito ai comuni la competenza dei servizi sociali con una società che sta invecchiando e che, nel suo invecchiare, aumenta proprio la componente sociale, è la premessa per il collasso.

È uno scenario che fa un po' paura...

Fa paura in relazione all'economia, perché se l'economia si rafforza, una scelta privatistica garantisce. Pensiamo alla previdenza. Sono dieci anni che nei contratti collettivi si parla della seconda e terza gamba della previdenza, che è determinata dai fondi integrativi. Nel momento in cui l'economia evolvesse in termini positivi, lei avrebbe contratti di lavoro e una struttura sociale allargata che quello che hanno perso in previdenza pubblica hanno acquisito in previdenza privata e questo, sotto certi aspetti, garantirebbe la sostenibilità del sistema. Idem sui fondi sanitari.

Qui abbiamo a che fare con l'idea -giusta o sbagliata che sia- che il carico fiscale non è aumentabile e che questo serva a riattivare la dimensione produttiva della cosiddetta "azienda Italia". Dall'altro lato, c'è una situazione che è sotto gli occhi di tutti, al di là degli up e down (soprattutto down) finanziari degli ultimi tempi. Che poi ad essere grave non è che ci siano dei down, ma che i down in Italia, rispetto agli altri paesi europei, abbiano una curva estremamente più ampia, ma perché siamo più piccoli. Alla mattina al tg si sente New York, Londra, Tokio, Mib30... Ecco, la capitalizzazione del Mib30 fa a malapena uno dei titoli degli altri tre ed è la 16ª borsa europea, prima ci sono Berlino, Madrid, c'è Zurigo che è molto capitalizzata. Allora, forse è vero che la pressione fiscale non può essere aumentata, ma il problema è che non produci più, e se non produci più che risorse metti a disposizione?

Che la nostra è un'economia debole credo sia ormai un dato riconosciuto.

È anche vero che chi ci ha già superato è molto più pieno di disuguaglianze sociali. Pensiamo al Bric (Brasile, Russia, India e Cina): sappiamo bene che lì le disuguaglianze sono estremizzate. Il nostro problema è che noi oggi non siamo in condizione, non dico di rincorrere chi è più avanti, ma neanche di mantenere così com'è uno Stato sociale che -non dimentichiamolo- è figlio di un'epoca in cui eravamo in ben altra posizione.

Dopo di che, se uno vuole ragionare come cittadino del mondo, dirà: "Signori, questa si chiama logica distributiva: quella che per me è una limitazione dei diritti esigibili, per gli altri sarebbe il migliore dei diritti

possibili". E in effetti, in tutti i Bric, quello che io ho adesso è quello che loro avranno tra dieci anni. La domanda è: e io tra dieci anni cosa avrò?

Su questo, probabilmente, sarebbe opportuna una maggiore consapevolezza, ma che questa sia una situazione redimibile con facilità credo che non sia oggettivamente vero. L'evoluzione globale ha visto entrare nuovi soggetti e in questo momento non si sta giocando su nuove produzioni quanto piuttosto su una redistribuzione della capacità produttiva.

Resta il fatto che, nel momento in cui l'economia reale zoppica e il lavoro diventa perlopiù a progetto o con le pseudo libere professioni, è chiaro che si va verso la creazione di una categoria di cittadini che non hanno una copertura, non solo per i propri bisogni previdenziali e sanitari futuri, ma neanche per quelli presenti. Anche la componente obbligatoria entra infatti in campo solo se hai un lavoro dipendente.

Tu puoi fare una specie di piano di accumulazione nei confronti di un lavoratore dipendente; difficilmente lo fai nei confronti di un lavoratore che nel corso dell'anno fa solo prestazioni occasionali.

Quindi di fatto le tutele integrative rischiano di essere accessibili solo per i già tutelati...

È così. Oggi sta crescendo la domanda della fascia generazionale post 40 di coprire la propria non autosufficienza, il cosiddetto "rischio età" e molti soggetti, in primis le assicurazioni, si stanno muovendo. Lei pensi a Fondo Est, il fondo integrativo del commercio. Fondo Est sta cominciando a inserire tra le proprie prestazioni accessorie tutte quelle legate alla non autosufficienza e in generale a servizi che prima erano propri del sistema sanitario pubblico. Così però si arriva a creare una situazione di tensione tipo quella di fine anni Settanta, in cui tu avevi l'operaio tutelato e lo studente incassato, perché di questo passo la prospettiva è di un divario crescente tra il lavoratore dipendente, che entrerà in un sistema di garanzie paraprivatistico, e una generazione che invece non avrà niente. Con l'aggravante che la medicina di base e le varie tutele sociali di carattere preventivo in realtà diminuiscono i costi per lo Stato, non solo per il singolo. Ci sono anche i fondi di investimento, che a ben vedere non sono altro che l'evoluzione di un risparmio privatistico anche di natura molto collettiva. I fondi di investimento americani sono la previdenza integrativa. Mettendola in positivo, sarebbe allora interessante riuscire a capire se i nostri fondi, che hanno delle grandi liquidità, sapranno agire come investitori di quest'altra componente della soddisfazione dei bisogni della persona. Perché un fondo che fa previdenza non può investire in sanità? Attualmente, proprio perché si tratta di masse di denaro significative, noi restiamo molto ancorati alla dimensione più finanziaria che industriale. È difficile che un fondo di investimento italiano di questo tipo pensi a investire nella produzione di servizi, perché preferisce garantirsi il patrimonio con una rendita in titoli. Però questa potrebbe essere non dico una via d'uscita ma l'esito di un primo ripensamento.

Ma investire in sanità può essere redditizio?

Investire in sanità oggi è certamente redditizio.

Ma se è redditizio, perché lo Stato non riesce a fare quello che dovrebbe poter fare un privato?

Per lo Stato non è redditizio perché non investe più e così finisce per pagare sempre meno se stesso e sempre più il privato, nel senso che paga servizi che sono sempre più prodotti da altri e a quel punto fa investire indirettamente al mondo privato. Che ci può anche stare, nella logica in cui lo Stato si mantenga un titolo programmatico e una capacità, non solo di pressione fiscale, ma di trasferimento al sistema sanitario delle risorse sociali.

Il fatto è che lo Stato ha abdicato anche al ruolo programmatico...

Infatti mentre nei primi anni Novanta il discorso era quello della "privatizzazione della produzione sanitaria", oggi si parla invece di "privatizzazione della sanità".

C'è stato dunque un ulteriore passaggio. Con la riforma del 1992 si era stabilito che la sanità faceva i piani sanitari, definiva cioè i bisogni e ciò che era necessario per soddisfarli in un'ottica che era ancora universalistica. Tuttavia, ritenendo di non avere una sufficiente capacità gestionale, si allargava a chiunque la possibilità di produrre servizi: la produzione entrava nella libera concorrenza. Questo anche per un'indicazione europea per cui è pubblico ciò che è rappresentativo di interessi sociali con una dimensione elettorale diretta (quindi non può essere "pubblica" la produzione dei servizi). Restava invece pubblica la garanzia di fruibilità dei servizi.

Ecco, in quell'ottica la sanità era ancora un diritto esigibile, perché le risorse che venivano quantificate dovevano corrispondere ai bisogni del territorio. E quindi, ripeto, la produzione dei servizi poteva essere privata, ma la programmazione rimaneva pubblica.

Ora non è più così perché non c'è più il soggetto e l'idea della programmazione pubblica.

La programmazione sanitaria di una regione evoluta come la Lombardia già oggi non definisce più la

quantità di bisogni, definisce dei progetti, dei processi, delle modalità più o meno innovative di costruire un sistema sanitario, ma di quali e quanti siano i bisogni, e di quante e quali risorse servano per soddisfarli, ecco, di questo non si trova traccia.

In questo senso si può dire che il sistema lombardo non definisce i bisogni, definisce il budget. Ma se anziché partire dal fabbisogno di un territorio, parto dalle risorse economiche a disposizione, sto programmando la spesa, non i servizi.

L'accezione programmatica in effetti rimane ma, ripeto, è sulla spesa, non sull'identificazione della somma dei bisogni individuali.

La Regione, alla casa di cura privata che rientra nel sistema sanitario regionale, non dice cosa fare, ma quanto spendere, o meglio quante risorse riceverà: cosa farne sta a lei.

Nel campo delle prestazioni sociali si parla di "universalismo selettivo". Cosa si intende?

È appunto l'idea del diritto esigibile in una cornice segnata dalla limitatezza delle risorse. Il problema è che l'universalismo selettivo ha un'accezione che nella sua apparente negatività può essere positiva, ma nella sanità non è reale. Mi spiego: l'universalismo selettivo è quello per cui, nel momento in cui non posso dare a tutti, faccio l'Isee, l'indicatore dello stato economico equivalente. L'Isee cosa determina? Che in un contesto di risorse limitate do prima a chi ha più bisogno.

Ma nella sanità non è così. Nella sanità non c'è il concetto dell'Isee. Non c'è perché mancano la capacità e la possibilità tecnica di valutare il bisogno di urgenza sanitaria. La priorità di accesso in sanità segue più il principio romano prius in tempore potior in iure e cioè "chi prima arriva meglio alloggia", al di là della sua dimensione di bisogno.

Il bisogno è sempre più di tipo cronico. I dati dicono che il 65% degli assistiti in Italia ha patologie croniche legate in parte all'età e in parte allo stile di vita di una società opulenta.

Si dice che il cronico del primo mondo è il morto in gioventù del terzo mondo. Il cosiddetto mondo in evoluzione non ha il cronico, perché non ha una rete di protezione. Ma le cose stanno cambiando.

A Expo Shanghai dei player italiani hanno venduto progettualità per gestire servizi per anziani alla Cina. Tra dieci anni sarà il turno dell'India, tra venti quello della Russia.

Un tempo noi eravamo abituati a fare le missioni, oggi l'Italia potrebbe tornare a essere un attore nella globalizzazione con il nostro know how di presa in carico dalla cronicità, della fragilità.

Oggi percepiamo la non esigibilità del diritto alla salute sulla tempistica di certi esami, in particolare quelli di screening oncologico...

Ma i tempi sono economia. Quando si offre una prestazione "tardi" accade perché l'ospedale non ha i soldi e quindi te la fa l'anno prossimo.

Non è disorganizzazione, è mancanza di risorse. O forse si potrebbe dire che è cinica organizzazione, o addirittura che è mera organizzazione in un contesto di limitatezza delle risorse. Oggi non puoi dire che non offri una prestazione, ma di fatto puoi non farlo in tempo. Una Tac oncologica a sei mesi, al di là del problema del vissuto della persona, è comunque tardi.

Che i tempi siano una limitazione all'esigibilità del diritto in senso economico e non organizzativo è importante da capire.

L'impossibilità di rispondere all'hic et nunc determina comunque che ci sia già la non certezza dell'esigibilità del diritto alla salute. Se io ho una figlia -come ho- con problemi ortottici, so che il sistema risponderà a questo problema in un'ottica temporale che in certi casi diventerà inaccettabile e quindi mi porterà dal privato. Da questo punto di vista, una fetta importante di popolazione è già fuori. Questo bisogna cominciare a dirselo.