

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato, ed è, un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia, che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare, ma si tratta di un patrimonio da preservare e potenziare.

*Sergio Matterella
Discorso di fine anno del Presidente della Repubblica
31 Dicembre 2018*

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
1. LA SALUTE IN SOCIOLOGIA	6
1.1. Panoramica sulla sociologia della salute	6
1.2. Metodo della sociologia della salute	8
1.3. Il concetto di salute.....	9
1.4. Misurare la salute	11
1.5. Disuguaglianze nella salute	12
2. IL WELFARE	15
2.1. Definizione di welfare	15
2.2. Origine ed evoluzione del welfare State.....	17
2.3. Sistemi di welfare	21
2.4. Il welfare italiano.....	25
2.5. I welfare regionali: l'esperienza marchigiana	29
3. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	34
3.1. La nascita del SSN: la legge n. 833 del 1978	34
3.2. Le riforme del SSN: l'aziendalizzazione della sanità.....	36
3.3. Il federalismo del SSN	40
3.4. Il quadro attuale del SSN.....	41
4. IL SSR NELLA REGIONE MARCHE	45
4.1. Excursus del SSR nelle Marche	46
4.1.1. Nascita delle USL	46
4.1.2. Anni '90: le Aziende USL.....	47
4.1.3. L'ASUR Marche	49
4.1.4. Le Aree Vaste.....	52
4.2. Il nuovo SSR: le AST	54
4.2.1. Criticità.....	58
4.3. I servizi socio – sanitari della Regione.....	60
CONCLUSIONI.....	63
BIBLIOGRAFIA	66
SITOGRAFIA	70

INTRODUZIONE

Il welfare state o stato sociale nasce con l'intento di affrontare le crescenti disuguaglianze emerse con l'avvento del capitalismo e il crescente ingresso delle persone nel mercato del lavoro; il concetto alla base è che lo Stato si assume la responsabilità di garantire sicurezza e benessere sociale ed economico ai suoi cittadini.

Questa tematica suscita particolare interesse nei dibattiti politici dei paesi moderni perché il welfare assorbe una fetta importante della spesa pubblica ed è chiamato a fronteggiare e rispondere a una serie di nuove sfide imposte da una profonda crisi dello stato sociale causata da importanti cambiamenti sociodemografici, come l'invecchiamento della popolazione e la trasformazione del mercato del lavoro, e da scarsità di risorse, che si è accentuata notevolmente con la crisi economico – finanziaria del 2008 e la successiva recessione.

Il welfare italiano, già affetto da storici squilibri e mancate riforme strutturali, ha anch'esso difficoltà a adattarsi ai cambiamenti in corso nella società e a rispondere a nuovi interrogativi come garantire la sopravvivenza del sistema sanitario nazionale e la tenuta del sistema di protezione sociale e il problema della sostenibilità futura dell'intero sistema su cui si basa lo stato sociale (Vigliotti e Vattai, 2014). Dato che la speranza di vita continua a crescere, la salute è divenuta una questione molto rilevante, considerando le significative implicazioni politiche, sociali ed economiche legate allo stato di salute della popolazione, è innegabile la presenza di una relazione tra salute, intesa in termini di mortalità, morbilità, fattori di rischio per la salute e posizione socio-economica. Garantire la salute ai cittadini è un dovere dello Stato, come sancisce l'art.32 della Costituzione italiana, perché la salute rappresenta una condizione preliminare affinché un individuo possa vivere una vita appagante e partecipare in modo completo alla vita della società di cui fa parte e questo passa attraverso l'equità nell'accesso alle cure e la lotta alle disuguaglianze sociali nella salute ancora presenti nelle società del benessere del XXI secolo. La presenza di disuguaglianze sociali è stata ufficialmente riconosciuta come politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabile in quanto comportano molteplici costi sia per gli individui che per la società come la perdita di produttività, la perdita di vite umane e anni di vita attivi, nonché l'incremento degli anni di vita vissuti con malattie o disabilità (The Marmot Review Team,

2010). Il tema della salute corre il rischio di passare in secondo piano nell'agenda politica dei governi dato il periodo di crisi che si sta attraversando ma non bisogna dimenticare quanto ha affermato Re Giorgio III d'Inghilterra già nel '700, ovvero che “dalla salute dei cittadini dipende il progresso di una nazione”.

La ragione per cui è stato affrontato un tema così importante come quello del welfare è stata l'approvazione della nuova legge regionale in tema di sanità approvata dalla giunta marchigiana ad l'8 agosto 2022 che ha comportato completa riorganizzazione del settore socio – sanitario della Regione, chiedendosi in che misura questo nuovo assetto avrebbe risposto ai bisogni di salute dei cittadini marchigiani e in che misura avrebbe impattato sul territorio. Per poter rispondere a questo quesito è stato necessario inquadrare la dimensione generale della tematica nel contesto nazionale, e successivamente si è scesi nel particolare andando ad indagare la situazione della Regione Marche alla luce della recente Legge Regionale n.19/2022. Inoltre, un tema così vasto e complesso come il welfare ha richiesto il contributo di varie discipline, sociologia, economia, giurisprudenza e storia, e la selezione di dati da fonti aggiornate; successivamente si è delineato un percorso strutturato in quattro capitoli, di cui si compone questo lavoro di tesi, che verranno brevemente illustrati.

Nel primo capitolo viene approfondito il concetto di salute, cosa significa, come si misura, e delle disuguaglianze sociali nella salute, cosa si intende e cosa comportano, grazie al supporto della sociologia della salute, che rappresenta una premessa indispensabile per la predisposizione di politiche sanitarie più attente e corrette nel quadro delle politiche generali del welfare. Nel secondo capitolo, viene illustrato il tema del welfare, dalla sua origine fino all'attuale crisi e le varie declinazioni nei paesi europei, con particolare riguardo all'esperienza italiana che presenta 21 modelli di welfare corrispondenti alle Regioni a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 e puntuale riferimento all'assetto odierno del welfare della Regione Marche. Il terzo capitolo è dedicato al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), pilastro del welfare italiano, seguendo un excursus dalle origini nel 1978, passando per le principali riforme degli anni '90, fino al corrente assetto federalistico. Inoltre, viene presentata la grave situazione in cui versa il SSN ad oggi facendo riferimento all'ultimo rapporto della Fondazione GIMBE di Ottobre 2022, a seguito del pesante definanziamento pubblico di cui è stato oggetto. Infine, il quarto ed ultimo capitolo è riservato al contesto socio – sanitario della Regione

Marche, come indicato nel titolo dell'elaborato. Viene presentata la storia del Servizio Sanitario Regionale ripercorrendo le principali fasi dagli anni '70, in parallelo con le leggi nazionali, fino alla più recente riforma del 2022, che ha ridisegnato il volto della realtà sociosanitaria marchigiana. La nuova legge regionale diventa oggetto di accurata analisi cercando di cogliere le novità rispetto al precedente ordinamento sanitario e le criticità che il nuovo apparato presenta anche in relazione ai servizi sociosanitari.

Per concludere, questo elaborato si propone di capire e analizzare in modo critico se la nuova riforma sanitaria approvata dalla Regione Marche con la LR n.19/2022 risponde ai bisogni di salute dei cittadini marchigiani ed è in grado di creare le condizioni per diminuire le disuguaglianze sociali nella salute con l'intento di stimolare una presa di coscienza e una discussione in merito a un tema tanto delicato ed essenziale come la salute in particolare dei cittadini marchigiani.

1. LA SALUTE IN SOCIOLOGIA

La salute è un tema particolarmente interessante per la sociologia per due ragioni, in primo luogo, dal punto di vista di *policy making* in una società in cui la speranza di vita cresce sempre di più e in secondo luogo perché le disuguaglianze sociali sono un argomento centrale nella sociologia e in particolare quelle nella salute costituiscono una delle forme di ingiustizia più grave e tristemente diffusa. Sebbene la salute sia universalmente riconosciuta come uno dei diritti umani fondamentali (Art. 25, Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, 1948) e dovrebbe essere garantita a tutti, indipendentemente da fattori come radici etno - culturali, opinioni politiche, situazione economica o sociale, nel XXI secolo, in società avanzate, le disuguaglianze sociali continuano a influenzare negativamente l'accesso alla salute. Questa situazione è estremamente preoccupante poiché la salute costituisce una condizione essenziale affinché un individuo possa godere di una vita appagante e partecipare attivamente alla vita della comunità di cui fa parte. È chiaro che esista una stretta correlazione tra lo stato di salute e lo status socioeconomico, che permea l'intera società (Wilkinson e Marmot, 2003) e nonostante sia riconosciuto che la salute possa anche influenzare il percorso verso il raggiungimento di uno status socioeconomico, solitamente si tende a considerare prevalente la direzione opposta, in cui è la posizione socio - economica di un individuo a esercitare un impatto significativo sulla sua salute (Blane et al., 1997).

La sociologia della salute promuove la transizione dal tradizionale "paradigma medico" a un nuovo paradigma sanitario in cui la salute è concepita come una relazione sociale, e i servizi sanitari agiscono come ponti tra le dimensioni vitali non estranee e le istituzioni di assistenza in grado di soddisfare le necessità umane. Nel presente capitolo si andrà ad approfondire il tema della sociologia della salute per comprenderne le basi teoriche, il suo sviluppo e come il concetto di salute è strettamente correlato alle scienze sociali.

1.1. Panoramica sulla sociologia della salute

L’interesse della sociologia nei confronti del tema salute è piuttosto recente, anche se i precursori della medicina sociale sono presenti già nell'800, si trattava di medici che mettevano in evidenza la connessione tra specifiche malattie e le condizioni di povertà e degrado sociale. Basti pensare al caso del medico tedesco Virchow il

quale, durante l'epidemia di tifo che colpì l'Alta Slesia nel 1848, ha evidenziato il ruolo giocato dalla povertà in questa diffusione e ha suggerito come terapia un miglioramento dei salari, dell'istruzione e dei mezzi di trasporto. Un altro esempio è l'apporto dato da F. Engels nel suo libro "Le condizioni della classe lavoratrice in Inghilterra" del 1845 che, pur non essendo medico né sociologo, ha descritto come le precarie condizioni di vita e la cattiva alimentazione hanno influito sulla salute della classe operaia. Anche in Italia, alcuni epidemiologi come Maccaro G. e Berlinguer G., hanno condotto numerose indagini sociali e sanitarie sulla salute dei lavoratori industriali e agricoli nella prima metà del '900.

In effetti, secondo Neresini (2001), la medicina sociale, investigando i legami tra le malattie e i fattori sociali e contribuendo a definire la malattia come un fenomeno sociale, ha in qualche modo creato il terreno fertile per lo sviluppo delle scienze sociali. Il termine "sociologia medica" comparve per la prima volta in un articolo nel 1884, ma questa disciplina si sviluppò come un campo distinto in un momento successivo, negli anni '40 negli Stati Uniti (Cockerham, 2007). Qui, grazie a finanziamenti specifici per la ricerca in ambito socio - sanitario, la sociologia medica conobbe un rapido sviluppo, inizialmente focalizzandosi soprattutto sulla risoluzione di questioni pratiche. Solo negli anni '50 Parsons è riuscito a dare dignità scientifica a questa nuova branca della sociologia della medicina dedicando parte del suo *The Social System* (1951) all'analisi della medicina intesa come istituzione di controllo sociale e dei ruoli di medico e paziente. Parsons ha permesso il passaggio dall'intendere la malattia semplicemente come stato o condizione patologica all'istituzionalizzazione nel ruolo del paziente (*sick role*), da questo momento diventa sinonimo di condizione, tale da essere considerata come un disturbo psicologico che come stato sociale deviante, perché non è conforme agli imperativi culturali e strutturali del sistema societario.

Va ricordato come il tema del corpo, sia stato a lungo ignorato nella sociologia perché visto come oggetto di studio di altre discipline e slegato dall'azione umana in quanto le capacità sono concentrate solo nella mente e nella coscienza. Tuttavia, diversi processi tra cui i mutamenti demografici determinati dall'invecchiamento della popolazione o la cultura del consumo che considera il corpo come una macchina da curare, mantenere e presentare in modo adeguato hanno contribuito a portare corpo e salute al centro della sociologia. In Italia solo nel 1977 sono stati pubblicati i primi manuali sulla sociologia medica traducendo opere francesi o

anglosassoni (Abbatecola, Melocchi 1977; Maccacaro, Martinelli 1977) e nel 1982 è stato istituito il primo corso di perfezionamento in sociologia sanitaria a Bologna, grazie al lavoro di Achille Ardigò (Vicarelli, 2023). Nel 2005 è stata costituita la sezione di “Sociologia della salute e della medicina (SSM)” all’interno dell’Associazione Italiana di Sociologia (AIS), quindi sul piano istituzionale ed organizzativo è una disciplina molto giovane, “appena maggiorenne” (Vicarelli, 2023). Va ricordato che la sociologia della salute e della medicina ha dovuto affrontare notevoli sfide all’interno del panorama sociologico italiano, che inizialmente era maggiormente focalizzato sul mercato del lavoro e sull’economia e per carenza di finanziamenti, sia pubblici che privati, che potessero sostenere la sua ricerca e il suo sviluppo. La sociologia della salute si è allontanata dalla medicina attraverso una ridefinizione del concetto di salute e malattia, i sociologi sostengono che la salute e la malattia siano fenomeni influenzati non solo da fattori biologici ma anche da fattori sociali in contrapposizione al modello medico che imputa la malattia esclusivamente a cause biologiche. La maggiore enfasi sui fattori sociali ha spinto la sociologia della salute a riconoscere il ruolo crescente di attori esterni al campo medico, come i *policy maker*, gruppi di interesse e educatori sanitari, nel plasmare la salute di individui e comunità. Inoltre, la disciplina si concentra sempre più su approcci preventivi e terapeutici che vanno al di là delle soluzioni mediche tradizionali, considerando l’importanza di interventi di cambiamento sociale, controllo ambientale ed educazione sanitaria. Attualmente, la sociologia della salute è un ambito in costante evoluzione che abbraccia una vasta gamma di prospettive e affronta una molteplicità di temi. Questo campo di ricerca si estende dall’analisi dei servizi sanitari e delle organizzazioni create per la cura dei pazienti, allo studio della professione medica e della dinamica medico-paziente, arrivando fino all’indagine della medicina come forma di scienza e conoscenza (Gallino, 1993; White, 2006).

1.2. Metodo della sociologia della salute

La salute è l’oggetto dell’analisi sociologica e non la malattia, questo pone come obiettivo principale il fatto che gli individui si mantengano in salute per loro volontà e capacità e che agiscano preventivamente. Si avverte un impegno generale per promuovere e salvaguardare la salute e prevenire la malattia sia da parte del singolo che del sistema sociale e sanitario, lo stesso soggetto (malato) assume un ruolo

importante rispetto alle istituzioni e al ruolo medico – sanitario. Focalizzarsi sulla malattia, al contrario, comporta un agire dopo il danno ponendo l'accento sulla terapia piuttosto che sulla prevenzione, aspettandosi un ritorno alla “normalità” definita in base a norme del sistema sociale. Questo cambio di prospettive può essere spiegato meglio attraverso il passaggio dal paradigma medico al paradigma sanitario. Il primo è la caratterizzazione che la professione medica fa di certi stati fisici, mentali o sociali come malattia in quanto entità clinica o sindrome che ha specifici agenti eziologici, mentre il paradigma sanitario, è la definizione della malattia / salute in termini di mancanza di reciprocità tra sistema sociale e mondo vitale, e l'organizzazione sociale di conoscenze, risorse, ruoli e compiti per farvi fronte nei singoli ambienti di vita (Lannutti, 2011). Questo rappresenta una rivoluzione nell'ambito della sociologia della medicina, la salute non è più sinonimo di apparato organizzativo efficace in termini di tecnica medica ma diventa un concetto positivo, relazionale come promozione di un ambiente sano. Da questo momento la malattia viene percepita come insoddisfazione dei bisogni vitali e la sociologia si occupa di ricercare le cause sociali integrando aspetti organici e psicologici con quelli economici, sociali e culturali. La sociologia della salute ha come compito fondamentale definire le identità sociali dei soggetti coinvolti in differenti situazioni di “mancanza di salute”, in quanto malato, infermo, indisposto, o in condizione di malessere e in un secondo momento relazionare queste situazioni, nei loro aspetti oggettivi e soggettivi, al processo di istituzionalizzazione dei “pazienti” in particolari agenzie socio-sanitarie, che rappresentano precise modalità selettive di risolvere il complesso problema della salute di fronte ad altre possibili alternative (Lannutti, 2011).

1.3. Il concetto di salute

Dare una definizione univoca alla parola “salute” è complesso perché si tratta di un concetto ampio, molteplice e multidimensionale, nei fatti non ne esiste una sufficientemente adeguata a definirla, visti i diversi significati che la gente le attribuisce a seconda delle caratteristiche personali (Blaxter, 1990). Inoltre, i concetti di salute e malattia si evolvono nel corso del tempo di concerto con i progressi e le scoperte nella medicina (Cockerham 2007). All'interno di una contestualizzazione sociologica la salute acquisisce un significato ancor più caratteristico, se la medicina pone l'accento principalmente sui fattori biologici e

genetici come determinanti della malattia e, di conseguenza, della salute, la sociologia non stabilisce una connessione meccanica diretta tra biologia e benessere (White 2002), anzi critica fortemente l'imputare le malattie a cause genetiche, perché non si tiene conto dei fattori biologici, delle variabili sociali e delle esperienze di vita. La sociologia cerca un approccio più globale e dà alla salute una definizione in positivo, a differenza della medicina occidentale che la intende in termini negativi e clinici come assenza di malattia e qualcosa di oggettivamente verificabile (White, 2002). Questa concezione della salute per la sociologia è molto affine alla definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato nel 1946, secondo la quale la salute è "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità" (OMS, 1946). Leggendo le parole dell'OMS emerge la multidimensionalità della salute, "uno stato di completo benessere", in senso oggettivo "star bene", soggettivo "sentirsi bene" e psicologico "sapere ed essere convinti di stare bene" (Bo, 1977). La sociologia tiene conto di quanto appena detto, quindi del benessere, della dimensione clinica (oggettiva) della salute/malattia e della dimensione soggettiva, ovvero la salute percepita. Queste diverse dimensioni non sempre sono in accordo, infatti si può essere malati fisicamente senza esserne consapevoli, addirittura pensando di essere in buona salute o viceversa (White, 2002). È pur vero che la misura della salute percepita potrebbe essere influenzata da distorsioni di diversa natura, ma in ogni caso una cattiva salute percepita è indice di malessere. Anche la dimensione oggettiva, che potrebbe apparire libera da distorsioni, in realtà presenta delle problematiche legate al processo di medicalizzazione, in base al quale la medicina classifica come malattia problemi di natura sociale relativi a comportamenti immorali o devianti (White, 2001).

Per queste ragioni, la sociologia enfatizza la relatività e la mutevolezza del concetto di salute / malattia, che oltretutto varia da paese a paese e da cultura a cultura, così come all'interno dello stesso paese in periodi diversi, tra diversi gruppi etnici, religiosi e socioeconomici, e all'interno di un gruppo ad esempio maschi e femmine (Blaxter, 1980).

1.4. Misurare la salute

La salute, oltre ad essere difficile da definire, come si è descritto nel paragrafo precedente, risulta essere un concetto complicato anche da misurare per via della sua mutevolezza nel tempo e di conseguenza anche gli indicatori necessari per misurarla, cambiano ed evolvono. Inizialmente ci si basava sulla mortalità, ma oggi si utilizzano altri indicatori come il tasso di nascita, perché la salute non è solo sopravvivenza ma è intesa come benessere e funzionalità (McDowell e Newell, 1996). Inoltre, essendo un concetto complesso non può essere misurato con un solo indicatore, per questo ce ne sono diversi in modo da poter cogliere più aspetti, possono essere misure funzionali, descrittive o basate su caratteristiche metodologiche diverse (McDowell e Newell, 1996). Le misure funzionali possono essere diagnostiche, nel senso che valutano la salute secondo criteri attuali, o prognostiche, riguardano il futuro; le misure descrittive si articolano in generali, rilevano lo stato di salute complessivo di un soggetto e sono applicabili a chiunque, e specifiche, si riferiscono a determinate categorie di persone; infine le misure relative ai criteri metodologici sono quelle ottenute da interviste o questionari e possono fornire indici o profili, misure oggettive, basate su dati osservabili, o soggettive, basate su giudizi personali. Una delle misure più utilizzate negli studi di sociologia è la salute auto – percepita, una misura soggettiva, semplice da reperire, ma soprattutto generica, e quindi che permette di cogliere tutte le dimensioni della salute e di sintetizzare lo stato di salute di un soggetto indipendentemente dalla sua età (Jylha, 2009). Tuttavia, questo indicatore presenta dei limiti, infatti potrebbe risultare distorto in base alla cultura e alla personalità dell'individuo determinando una diversa percezione dei sintomi. Non bisogna dimenticare che la salute è un concetto globale e quindi non può essere semplicemente descritta in termini dicotomici di sano – malato, sarebbe riduttivo (Blaxter, 1990), pertanto occorre utilizzare misure multi - items che tengano conto della salute fisica, mentale e sociale. Si può affermare che la definizione in termini sociologici del concetto di salute si avvicina a quella adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1946, secondo la quale la salute si delinea come “una condizione di completo benessere, fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità”.

1.5. Disuguaglianze nella salute

Esiste una relazione tra posizione e stato di salute che determina delle disuguaglianze sociali nella salute per cui ad una posizione sociale più alta corrisponde una salute migliore (White, 2002), e questo avviene a livello globale ma anche all'interno dei singoli paesi, anche quelli sviluppati. Nonostante l'allungamento dell'aspettativa di vita e un maggior benessere permangono nella società differenze sociali nella salute e nei comportamenti rischiosi o protettivi per la salute (Costa et al., 1994). Anche se le malattie colpiscono di più i poveri che i ricchi (Marmot, 2006) le disuguaglianze nella salute riguardano tutti i cittadini, non solo i poveri, perché "il gradiente sociale nella salute attraversa tutta la società" (Wilkinson e Marmot, 2003), con il rischio che le nuove politiche in ambito socio-sanitario che stanno riducendo l'intervento pubblico aumentino le disparità sociali (White, 2022). Occorre ricordare che le disuguaglianze della salute sono diverse dalle disuguaglianze nella sanità, anche se sono correlate, infatti, l'accesso e la qualità dei servizi sanitari sono elementi fondamentali della salute, ma giocano un ruolo limitato nello spiegare le disuguaglianze di salute in un paese sviluppato, anzi, in alcuni casi le disuguaglianze sono peggiorate a fronte dell'istituzione di sistemi sanitari nazionali che assicurano accesso alle cure (Robert e House, 2000). Un esempio è quanto emerge dal Black Report pubblicato nel 1980, si tratta di uno studio portato avanti dal governo laburista inglese che ha mostrato come, nonostante l'istituzione del National Health Service, non si osservava una significativa riduzione delle disuguaglianze di salute, pertanto, le cause vanno ricercate a monte, nella distribuzione dei fattori di rischio e dei comportamenti insalubri. In letteratura sono state individuate tre spiegazioni alla base delle disuguaglianze nella salute:

- la selezione sociale, è la salute che determina la classe sociale di un soggetto, una cattiva salute comporta una classe sociale inferiore;
- spiegazione comportamentale, l'appartenenza a classi sociali inferiori comporta l'adozione di stili di vita e comportamenti a rischio, quindi la salute è il risultato di scelte personali
- spiegazione strutturalista, la posizione nella scala sociale influenza la salute perché in base alle risorse disponibili si è esposti o meno a fattori materiali e psicosociali correlati alle patologie; questa è la spiegazione maggiormente

condivisa, tanto che le condizioni sociali sono definite da Link e Phelan come cause delle malattie (Link e Phelan, 1995).

Le disparità nello stato di salute sono determinate, non tanto da differenze biologiche (età, etnia, genere), variabilità individuali o comportamenti dannosi, ma da fattori sociali (occupazione, istruzione, reddito), politici ed economici intrinseci nell'organizzazione della società, che vanno al di là della volontà e che l'individuo subisce (White, 2002). La condizione socio – economica di un soggetto, quindi la sua posizione nella struttura sociale e le risorse, determinano una certa esposizione a fattori materiali e psicosociali in grado di influenzare la salute (Blane et al, 1997). Occorre tenere presente che lo stato di salute viene rilevato in un determinato momento storico, tuttavia, non è indipendente dal passato e condiziona il futuro dell'individuo, per questo sarebbe più corretto parlare di processo della salute inteso come “capitale che il soggetto può preservare o esaurire a diversi ritmi nel tempo, a seconda di come interagiscono tra loro la struttura, scelte individuali ed eventi casuali” (Wilson et al., 2007). Per poter condurre uno studio in cui la salute è considerata come un processo, occorre disporre di dati relativi alle diverse fasi della vita dei partecipanti, che possono essere acquisiti attraverso diverse metodologie: è possibile utilizzare narrazioni autobiografiche, connettere dati provenienti da fonti censuarie o da rilevazioni diverse, o condurre ricerche di tipo *catch up, follow-back* o *follow-up*, quest'ultimo è la tipologia di raccolta più utilizzata perché garantisce accuratezza e permette di cogliere l'eventuale nesso tra fattore di rischio o causa e il risvolto nella salute (Wadsworth, 1997). In questo modo è possibile studiare tutte le fasi della vita, osservare la variazione delle disuguaglianze della salute nel tempo e tenere sotto controllo la variabilità individuale, portando prove a sostegno della spiegazione strutturalista per cui è la posizione sociale a influenzare la salute (Link e Phelan, 1995). Il ruolo dello status socio – economico risulta essere determinante perché fornisce al soggetto una pluralità di risorse (economiche, di potere, conoscenza, tempo, capitale sociale) che gli permettono di evitare rischi per la salute, malattie e le loro conseguenze (Link e Phelan, 1995). La condizione socio – economica è data da diversi fattori: istruzione, occupazione e reddito. L'istruzione fornisce a un individuo le capacità per influenzare l'ambiente circostante, il senso di controllo e di auto – efficacia fondamentali per mettere in pratica comportamenti salutari o di prevenzione (Lynch et al., 1997). Da alcuni studi è emerso che un basso titolo di studio è correlato a condizioni economiche e occupazionali svantaggiate

con la conseguente esposizione a fattori negativi per la salute (Robert e House, 2000). In merito all'occupazione, sicuramente il lavoro è un aspetto cruciale nella vita di un individuo e, di conseguenza, nella sua salute perché fornisce reddito, opportunità di vita ed è una componente essenziale della nostra identità, il ruolo nella società dipende da ciò che facciamo (Marmot, 2004). Oltre alla disoccupazione, che è correlata a condizioni di salute peggiori, anche un basso grado di controllo sul proprio lavoro e riconoscimenti monetari non adeguati all'impegno richiesto sono associati a maggiori assenze per malattia e rischio di sviluppo di malattie cardiovascolari (Marmot, 2004). Infine, il reddito riveste un ruolo cruciale nella possibilità di selezionare una zona di residenza di qualità, accedere a un alloggio adeguato e garantirsi una dieta buona e varia, al contrario, in condizioni di disagio economico le condizioni di vita risultano degradate. Tuttavia, non è detto che sia sempre un reddito elevato a fare la differenza in termini di salute, ad esempio, gli afroamericani residenti in America nel 2001 con reddito medio di 26000 dollari avevano un'aspettativa di vita inferiore rispetto ai residenti di Cuba che, pur risultando molto più poveri, avevano una speranza di vita 76,5 anni significativamente maggiore rispetto ai 71 anni dei vicini cittadini statunitensi (Marmot, 2004).

In conclusione, le disuguaglianze sono intrinseche all'interno di una società soprattutto in termini di salute ed è importante conoscerle e individuare le cause e meccanismi per cui si verificano e di conseguenza intervenire per ridurle. Di certo non è un'operazione semplice perché sono richiesti interventi strutturali di ampia portata indirizzati all'equità che cambino l'assetto della società (Link e Phelan, 1995).

2. IL WELFARE

Cosa significa welfare? Una singola parola dietro alla quale si cela un mondo complesso, fatto di politiche sociali, diritti essenziali, leggi e molto altro. A questo interrogativo si cercherà di rispondere nel presente capitolo, partendo dalla definizione e illustrando la sua evoluzione a livello europeo e successivamente nel nostro paese con un particolare focus nel contesto regionale marchigiano. Verranno illustrati i diversi modelli di che si sono sviluppati nei paesi europei, i nuovi bisogni sociali emersi a seguito di importanti mutamenti strutturali della società, come l'invecchiamento della popolazione, e le modifiche che questi hanno determinato nei sistemi di protezione sociale e negli assetti regolativi territoriali.

L'analisi del contesto italiano partirà dagli anni '90, momento storico cruciale determinato da Tangentopoli, che vedrà il susseguirsi di una serie di riforme per superare la crisi del sistema italiano che hanno disegnato l'aspetto dell'attuale welfare.

Infine, l'attenzione si sposterà sull'esperienza marchigiana in relazione al nuovo contesto normativo determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione che affida competenze esclusive alle Regioni in materia di politiche sociali.

2.1. Definizione di welfare

Il welfare State (stato di benessere), tradotto in italiano come Stato sociale, consiste in un insieme politiche pubbliche messe in atto dallo Stato per garantire l'assistenza e il benessere dei cittadini ed eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche. In altre parole, è un sistema che ha l'intento di fornire servizi e garantire diritti essenziali ai cittadini per assicurare loro un tenore di vita accettabile, come l'assistenza sanitaria, la pubblica istruzione, l'indennità di disoccupazione, i sussidi familiari, l'accesso alle risorse culturali, l'assistenza d'invalidità e di vecchiaia e la difesa dell'ambiente.

L'idea di welfare State è stata elaborata e rivisitata nel corso degli anni attraverso il pensiero di numerosi autori che hanno tentato di definirne i contorni. Uno dei primi studiosi ad occuparsene è stato Harold Wilensky, un sociologo americano, secondo il quale l'essenza del welfare è la garanzia da parte dello Stato di standard minimi di reddito, alimentazione, salute, casa ed istruzione, e di assicurare ciò a tutti i cittadini come diritto politico e non per carità. Per Wilensky, il welfare è una

risposta alla domanda di bisogno generata da situazioni di insicurezza sociale, ma anche come strumento per ricostruire quei processi di integrazione sociale distrutti dalla modernizzazione (Wilensky, 1975). Un'altra interessante definizione è quella fornita dallo storico inglese Asa Briggs, "il welfare state è uno Stato in cui il potere organizzato è usato deliberatamente (attraverso la politica e l'amministrazione) allo scopo di modificare le forze del mercato in almeno tre direzioni: primo, garantendo a individui e famiglie un reddito minimo indipendentemente dal valore di mercato della loro proprietà; secondo, restringendo la misura dell'insicurezza mettendo individui e famiglie in condizione di fronteggiare certe «contingenze sociali» (per esempio, malattia, vecchiaia e disoccupazione) che porterebbero a crisi individuali e familiari; terzo, assicurando ad ogni cittadino senza distinzione di classe o status i migliori standard disponibili in relazione a una gamma concordata di servizi sociali" (Briggs, 1961). Egli estende il concetto di welfare all'intero complesso di interventi pubblici, volti a modificare e regolamentare le forze sociali e di mercato, al fine di garantire un maggiore benessere sociale, un sistema generoso e flessibile, capace di estendere il proprio campo d'azione oltre gli standard minimi di vita, mettendo i cittadini nella condizione di fronteggiare alcune contingenze sociali, talvolta prevedibili e sempre diversificate. Infine, ricordiamo il politologo Maurizio Ferrera e la sua definizione, secondo la quale il welfare state comprende "l'insieme delle politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria" (Ferrera, 2006). Per Ferrera il welfare state è qualcosa in continua evoluzione, fortemente vincolato dal luogo in cui si sviluppa, dall'epoca e dalla disponibilità di bilancio degli Stati. Il benessere complessivo in una società è il prodotto della co-partecipazione delle tre istituzioni Stato, famiglia e mercato.

Nonostante le diverse definizioni, l'idea comune è che il welfare è composto da programmi pubblici attraverso i quali lo Stato persegue l'obiettivo di migliorare il benessere dei cittadini e, in particolare, di fornire protezione sociale ad alcune categorie di cittadini a rischio, quali i meno abbienti, i disabili, i disoccupati, gli anziani. Le principali aree di intervento dei programmi di welfare sono: le riforme pensionistiche, la sanità, le politiche di disoccupazione e altre politiche attive del mercato del lavoro, le politiche familiari e i sistemi di reddito minimo garantito. Lo

Stato per poter perseguire tali obiettivi utilizza i seguenti strumenti: compensi in denaro in fasi non occupazionali della vita e nelle situazioni di incapacità lavorativa, erogazione di servizi (istruzione, assistenza sanitaria, abitazione), concessione di benefici fiscali e regolamentazione di alcuni aspetti dell'attività economica. Tutto ciò grava sui conti pubblici perché lo Stato è chiamato ad investire ingenti risorse finanziarie che provengono dal prelievo fiscale regolato da un sistema di tassazione progressivo in cui l'imposta è proporzionale al reddito.

2.2. Origine ed evoluzione del welfare State

Il concetto di welfare State ha radici storiche profonde ed è stato influenzato da una serie di fattori storici, politici ed economici che ne hanno determinato una grande variabilità da paese a paese. L'evoluzione dello stato sociale nel corso dei secoli può essere suddivisa nei seguenti passaggi chiave:

- Origini – le origini ufficiali del welfare State sono rintracciabili in un atto emanato dallo stato tedesco nel 1881, tuttavia, la sua concezione e la fase iniziale di sviluppo risalgono al XVII secolo, come testimoniano le leggi emanate dalla regina Elisabetta I d'Inghilterra nel 1601, *poor laws*, che prevedevano sostegni statali per i cittadini economicamente più vulnerabili. Segue un evento epocale, la rivoluzione industriale del XIX secolo, che ha contribuito alla crescita economica ma allo stesso tempo ha portato alla luce una serie di nuove esigenze sociali legate alle difficili condizioni lavorative della classe operaia, alla crescente povertà e alle precarie condizioni igienico – sanitarie in cui sempre più cittadini si trovavano a vivere. Queste problematiche hanno reso inevitabile l'intervento dei governi e vennero instaurate le prime assicurazioni sociali di stampo tedesco ad opera del cancelliere Otto von Bismarck. È un tipo di welfare diverso da ciò che era in Inghilterra tre secoli prima, perché lo scopo diventa di tipo assicurativo, cioè di garantire a ciascuno un minimo di sopravvivenza, in relazione al contributo dato con il proprio lavoro. Durante e dopo la Prima Guerra Mondiale, molti paesi europei hanno iniziato ad introdurre programmi di sicurezza sociale per aiutare i veterani e le famiglie colpite dalla guerra; a seguire la grande depressione degli anni '30 ha dato un forte impulso all'espansione del welfare grazie all'introduzione di misure contro la disoccupazione di massa e la povertà.

- Seconda Guerra Mondiale - Con l'insorgere della Seconda Guerra Mondiale, si è assistito ad una significativa accelerazione dello sviluppo dello Stato del Benessere; è proprio nel 1942 che Lord William Beveridge, un rinomato economista e sociologo britannico considerato il "padre del Welfare State," ha scritto il famoso "Rapporto Beveridge." In questo documento, vengono elencati i principi fondamentali per la creazione di uno Stato in grado di fornire un sistema sanitario obbligatorio e universalistico, un meccanismo di reddito minimo e un sistema di assicurazioni sociali per coprire le pensioni per gli anziani, l'invalidità, la disoccupazione e la malattia. In questo frangente si assiste a un passaggio fondamentale, dal modello Bismark, che prevedeva la tutela dei soli lavoratori contro il rischio del verificarsi di eventi che diminuiscano la capacità lavorativa, al modello Beveridge, che prevede la tutela di tutti i cittadini, non solo dei lavoratori, in condizioni di bisogno. È il primo tentativo organico di elaborare un sistema coerente di politiche e interventi sociali *“from the cradle to the grave”* ed avrà una grande influenza sullo sviluppo dello stato sociale del dopoguerra. Il suo Piano è di tipo universalistico perché è diretto a tutti i cittadini e abbraccia ogni categoria di bisogno attraverso la garanzia di un reddito minimo individuale per far fronte alle esigenze di base della vita. Il clima economico e sociale favorevole che ha caratterizzato l'Europa del dopo guerra ha determinato il momento di maggiore sviluppo del welfare inteso come “stato di benessere”, un insieme di interventi di protezione sociale a carattere universale in favore dei cittadini.
- Crisi degli anni '80 - L'eccezionale crescita economica che aveva caratterizzato il periodo di ricostruzione post-bellica iniziò a perdere slancio tanto da determinare una forte crisi economica di molti paesi occidentali. L'estensione del welfare all'intera collettività ha avuto due effetti non previsti e in contrasto con i suoi obiettivi egualitari: ha ridotto la capacità redistributiva dello stato di benessere di massa affidato alla progressività del sistema tributario e ha determinato un'espansione massiccia della spesa pubblica mettendo in pericolo gli equilibri finanziari del sistema e creando problemi al contenimento dell'inflazione e della disoccupazione. La crescita della spesa ha determinato un'eccessivo incremento della pressione fiscale, le prestazioni assistenziali offerte hanno ridotto l'incentivo a lavorare, le

burocrazie, fornitrici di servizi, si sono rivelate inefficienti e la gratuità di alcuni servizi ha provocato un aumento eccessivo della domanda causando sprechi di risorse.

In questo contesto, la leader del partito conservatore britannico Margaret Thatcher è riuscita a vincere le elezioni nel 1979 portando avanti una campagna elettorale in cui promuoveva lo smantellamento del sistema di welfare universalistico in favore della libera concorrenza di mercato; troverà appoggio anche nel presidente degli Stati Uniti, Donald Reagan che è stato un suo grande sostenitore. Nonostante le pesanti riforme avviate per contenere la spesa pubblica, le forti opposizioni e le minacce di smantellamento, il welfare State è sopravvissuto nelle società moderna pur essendo profondamente revisionato e cambiato.

- Tendenze recenti – Dagli anni '90 tutti i paesi europei hanno rivisto le proprie politiche socioassistenziali per far fronte a una duplice esigenza, contenere i costi della spesa pubblica e dare risposte alle nuove problematiche sociali. Fino a questo momento, i sistemi di welfare europei si basavano su un modello di divisione di genere del lavoro caratterizzato dalla piena occupazione del capofamiglia maschio mentre la donna si occupava della casa e dell'assistenza dei familiari. Tuttavia, dopo gli anni '70, si sono verificati importanti mutamenti strutturali quali: l'invecchiamento della popolazione dovuto all'allungamento della speranza di vita e alla ridotta natalità, che ha causato l'aumento della domanda dei servizi di cura e assistenza per una popolazione sempre meno autosufficiente e la contemporanea diminuzione della popolazione attiva che sostiene i costi finanziari; i cambiamenti dei modelli familiari, si è assistito a un aumento dei divorzi e delle separazioni, delle famiglie monogenitoriali che hanno indebolito la capacità di protezione sociale della famiglia; la crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro ha comportato l'aumento della domanda di servizi in grado di garantire la conciliazione tra tempi di lavoro e cura della famiglia; infine, la ristrutturazione dei sistemi di produzione determinata dall'evoluzione tecnologica e dalla globalizzazione che hanno portato a una diminuzione dell'occupazione stabile in favore di contratti a tempo determinato, interinali o atipici (Bertin, 2012).

I governi sono dovuti intervenire con riforme strutturali per far fronte a una domanda di servizi sempre più articolata, complessa e frammentata riorganizzando le politiche sociali territorialmente (*rescaling*) ed esternalizzando funzioni e servizi ad attori terzi. Il fenomeno dell'*outsourcing*, in particolare in Italia, ha interessato inizialmente i servizi come, gestione parcheggi, giardinaggio, trasporto rifiuti, gestione mensa, lavaggio biancheria, ma le recenti tendenze hanno mostrato il coinvolgimento nel processo di esternalizzazione anche di attività legate al percorso di cura e all'assistenza della persona. Si tratta di scelte politiche attuate per poter risolvere a problematiche legate al contenimento dei costi e all' aumento dell'efficienza nella fornitura di servizi sanitari e per rispondere a logiche liberiste, in base alle quali in una società libera pubblico e privato debbano collocarsi sullo stesso piano e agire competitivamente. Ciò che è derivato da queste scelte è la mancanza di controllo da parte dello Stato sulle attività delegate al privato e il ricorso a personale precario e sottopagato per contenere i costi, dimenticandosi che ciò che si sta erogando non sono semplici risposte ai bisogni dei cittadini ma diritti (Da Filicaia, 2022).

I cambiamenti geoeconomici hanno minato la centralità del ruolo dello Stato determinando una decentralizzazione dei poteri regolativi a livello subnazionale nelle Regioni o nelle città, si definiscono nuovi criteri di assegnazione delle funzioni a diversi livelli territoriali di governo e una nuova ripartizione delle competenze tra ambiti amministrativi pubblici e attori privati attribuendo un nuovo ruolo alla società civile, alle famiglie e alla comunità. I processi di ristrutturazione territoriale sono stati accompagnati da processi di esternalizzazione e privatizzazione con l'intento di razionalizzare la spesa sociale e rispondere alle esigenze in modo più efficace e puntuale. Questo ha comportato l'attribuzione al privato di un ruolo sempre più rilevante di protagonisti nell'interazione tra Stato e società (Vicarelli, 2008).

In sintesi, l'origine e l'evoluzione del welfare State riflettono le mutevoli condizioni economiche, politiche e sociali dei rispettivi periodi storici con molta variabilità da paese a paese a causa dei diversi contesti regolativi pur avendo delle cause comuni. Per decenni, i sistemi di welfare hanno rappresentato un importante fattore di

sviluppo sociale e di crescita economica ma allo stato attuale rischiano di diventare un fattore di blocco che limita la competitività senza creare una barriera contro l'esclusione sociale e la povertà. Le pratiche redistributive che fino agli anni '80 avevano assicurato un aumento del benessere sociale sono risultate inefficaci a fronte del mutato contesto economico – produttivo e delle trasformazioni demografiche e culturali della società. Il risultato è che in Europa si assiste a una configurazione sempre più differenziata nelle procedure, nei servizi e negli attori coinvolti con un'evidente crescita delle disuguaglianze. La prospettiva dovrebbe essere di vedere il welfare non più come un costo sociale ma come investimento che produce innovazione sociale e crescita economica.

2.3. Sistemi di welfare

Per poter comprendere i sistemi di welfare presenti nei diversi paesi occorre capire la tipologia di stato sociale che adottano, essendo così numerosi e con molteplici tipi di politiche, un primo passo da fare è una classificazione dei vari sistemi di welfare in macroaree. La letteratura sull'argomento è molto vasta, solitamente vengono riconosciute tre modalità di classificazione rispetto ai modelli di stato sociale. Uno dei primi studiosi che ha provato a mettere in evidenza le differenze strutturali tra i modelli di welfare state è stato il britannico R. Titmuss (1958), la cui classificazione si focalizza sul tipo di intervento dello Stato, sul ruolo dello Stato nella regolazione nonché sui criteri di definizione degli aventi diritto. Egli individua tre tipologie: residuale, meritocratico-occupazionale e istituzionale-redistributivo. I contributi teorici successivi alla classificazione di Titmuss prendono in considerazione nuove variabili, quali le relazioni tra le politiche dello stato, la famiglia e il mercato, che rappresentano insieme i meccanismi di regolazione del processo di produzione del benessere sociale e il grado di protezione contro i rischi sociali è legato alle relazioni che intercorrono tra di essi. Le differenze, tra i sistemi di welfare nei processi di inclusione sociale e nel grado di benessere socioeconomico, sono riconducibili a un diverso ruolo attribuito dallo Stato alle potenzialità del mercato e all'azione della famiglia.

Una seconda classificazione, molto diffusa, è quella del sociologo danese Esping - Andersen (1990), che nella sua analisi, intende il welfare come una “costruzione storicamente definita”, con lo scopo di strutturare il contratto sociale tra Stato e cittadini nelle società ad economia di mercato. Egli considera “che la somma totale

del benessere sociale è funzione del modo in cui gli input di Stato, mercato e famiglia vengono combinati tra loro”. Esping - Andersen colse l’importanza di considerare i principi regolativi come elemento analitico in grado di spiegare le differenze esistenti tra i vari sistemi di welfare. Il welfare State da solo non garantisce la piena realizzazione del benessere sociale nella società capitalista, dato che a tale obiettivo contribuiscono anche il mercato e la famiglia. L’insieme delle relazioni, esistenti in un paese, tra Stato, famiglia e mercato – finalizzate alla “produzione” di benessere sociale – costituiscono ciò che Esping - Andersen definisce “regime di welfare”. I tre sistemi di welfare individuati da Esping - Andersen sono: liberale, conservatore-corporativo e socialdemocratico.

Il lavoro proposto dal sociologo danese ha stimolato un ricco dibattito e ha portato diversi autori ad elaborare nuove proposte di classificazione. Lo studioso italiano Maurizio Ferrera ha elaborato la sua visione nel 1993 in “Modelli di solidarietà”, proponendo una tipologia basata su una dimensione qualitativa, mettendo in luce il fatto che tradizionalmente l’analisi dei differenti sistemi di welfare è concentrata sulla dimensione quantitativa della protezione e quindi sulla quantità delle prestazioni, della spesa e dei beneficiari. Ferrera propone quindi quattro modelli: occupazionali puri (Francia, Belgio, Germania, Austria), occupazionali misti (Svizzera, Italia, Olanda e Irlanda), universalistici misti (Gran Bretagna e Canada) e universalistici puri (Svezia, Norvegia, Danimarca e Finlandia). Il contributo di Ferrera all’analisi comparata dei sistemi di welfare non è circoscritto alla definizione dei modelli di solidarietà del 1993, infatti con il saggio “Il modello sud-europeo di welfare state” del 1996, mette in luce la necessità di considerare i paesi dell’Europa meridionale come caso distinto rispetto ai tre mondi del welfare di Esping - Andersen.

L’attuale fase di ridefinizione dei sistemi di welfare ha evidenziato la necessità di ripensare alle tipologie utilizzate per classificarli. Questo processo di ridefinizione delle scelte metodologiche deve tener conto della instabilità e rapidità dei cambiamenti in atto e delle profonde diversificazioni già presenti all’interno dei singoli stati nazionali. Tali diversificazioni riguardano la dimensione territoriale ma anche le diverse politiche di welfare e non sono riconducibili ai regimi politici (mutati nel tempo) che caratterizzano i singoli paesi. L’analisi delle differenze va ricondotta alle complesse dinamiche fra gli attori in gioco e alla condivisione sulla rilevanza e la natura di interesse pubblico dei rischi sociali. Per poter classificare i

modelli di welfare europei è fondamentale riconoscere le diversità, le peculiarità e i potenziali di riforma delle famiglie, le modalità di realizzazione dei singoli modelli di welfare e il contenuto dei diritti sociali che garantiscono che inevitabilmente plasmano non solo modelli di solidarietà ma creano differenziati modelli di cittadinanza. Ad esempio, i livelli della riduzione della povertà differiscono a seconda degli interventi e delle strade che vengono scelte per affrontarla. Attualmente la letteratura di “social policy” distingue quindi quattro modelli di stato sociale:

1. Regime liberale – Il regime liberale, di tradizione beveridgiana, mira prioritariamente alla riduzione della diffusione della povertà e di alcuni fenomeni tra cui l'esclusione sociale. Viene definito anche welfare “residuale”, perché riguarda una fascia di destinatari molto ristretta; in virtù di tale definizione i servizi pubblici non vengono forniti indistintamente a tutti, ma solamente agli individui in grado di dimostrare il loro stato di bisogno. Per la restante parte della società, i servizi sono acquistabili nel mercato privato. Le modalità di finanziamento sono miste: la sanità è interamente fiscalizzata (ovvero viene finanziata dalle tasse pagate dai cittadini), mentre le prestazioni in denaro generalmente sono finanziate attraverso i contributi sociali (versati da imprese e lavoratori).

Alla base del sistema c'è la convinzione che gli individui possano e debbano acquisire le capacità necessarie a far fronte ai rischi sociali, solo in caso di fallimento dei meccanismi che regolano il soddisfacimento dei bisogni lo Stato interviene in favore dei più bisognosi. Tale regime riflette la politica secondo cui è utile ridurre al minimo l'impegno dello Stato individualizzando i rischi sociali, tipico dei paesi anglosassoni (Regno Unito, Irlanda, Australia, Nuova Zelanda, Canada, Stati Uniti). L'impatto sociale di questo sistema si traduce in un alto tasso di povertà e di disuguaglianza nella distribuzione della ricchezza, tuttavia, il livello delle prestazioni sociali erogate si colloca in una posizione intermedia nel contesto europeo.

2. Regime conservatore - Il regime conservatore, si caratterizza per una maggiore importanza attribuita alla famiglia, alle associazioni e al volontariato nei processi di socializzazione dei rischi, prevedendo uno stretto collegamento tra le prestazioni sociali e la posizione lavorativa. Questo regime, di tradizione bismarkiana, è principalmente orientato alla

protezione dei lavoratori e delle loro famiglie da rischi: di malattia, invalidità, disoccupazione e vecchiaia. Ciò che caratterizza il regime conservatore è il principio di sussidiarietà, ciò implica un intervento dello Stato solo nelle situazioni in cui viene meno la capacità della famiglia di provvedere ai bisogni dei suoi componenti. Questo modello può essere definito anche “particolaristico” in virtù del fatto che i diritti derivano dalla professione esercitata, in base al lavoro svolto si stipulano assicurazioni sociali obbligatorie all’origine della copertura dei cittadini ed essere in possesso di un lavoro rende idonei alle prestazioni offerte dal welfare. Pertanto, i diritti sociali sono legati alla condizione di lavoratore. Questo regime è tipico dei paesi come Germania, Austria, Francia, Olanda e anche il Giappone.

3. Regime socialdemocratico - Il regime socialdemocratico ha come caratteristica principale il principio di universalismo e si pone come obiettivo la protezione di tutti, in maniera indiscriminata, in base allo stato di bisogno individuale, per questo, viene detto modello “universalistico”. I diritti delle prestazioni dello Stato sono riconosciuti a tutti gli individui e sono basati sulla cittadinanza, non sulla contribuzione, sui rapporti di lavoro, o sulla prova della condizione di bisogno. L’intento è fornire un welfare che garantisca la protezione di tutti e fornendo standard di vita elevati attraverso un’ampia protezione dai rischi sociali, un’erogazione di sussidi generosi e la riduzione delle disuguaglianze derivanti da lavoro, formazione, reddito e genere. L’elemento che caratterizza maggiormente questo sistema è lo sforzo attivo a “demercificare il benessere”, riducendo al minimo la dipendenza dal mercato; lo Stato è più presente nei processi di allocazione delle risorse, nell’organizzazione e nel finanziamento della sicurezza sociale. I casi emblematici che rispecchiano questo modello sono i paesi scandinavi quali Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia.
4. Welfare mediterraneo - Nonostante la tripartizione di Esping-Andersen sia ancora oggi una delle più mature, c’è stata la necessità di introdurre un quarto modello, che era stato escluso dalle trattazioni sul tema perché considerato un modello di welfare “rudimentale”: il welfare mediterraneo, cioè il welfare che si trova tipicamente nei Paesi del Sud Europa come Spagna, Portogallo, Italia, Grecia. Ferrera, è stato il primo autore ad

introdurre questo concetto, attraverso il suo lavoro ha cercato di tracciare un profilo del modello di welfare sud-europeo, essendo questi paesi stati esclusi dai modelli precedenti, o trattati solamente come casi di “ritardo” rispetto al percorso e alla configurazione di elementi tipici del modello di welfare degli altri paesi. Nei paesi in cui vige il regime di welfare mediterraneo o “familista” ritroviamo un assetto sociale e culturale che intende la famiglia fornitrice di cura e assistenza ai propri componenti. Diversamente dagli altri, non hanno mai potenziato il loro sistema di assistenza, per due ragioni, la prima è che hanno ritenuto le famiglie prime responsabili dell’aiuto sociale, la seconda è che le abbiano ritenute in grado di far fronte ai propri compiti. Lo Stato ha così assunto un ruolo marginale, agendo secondo principi di “sussidiarietà passiva”, per cui viene riconosciuto socialmente e legalmente il ruolo regolativo delle reti sociali primarie, senza che lo Stato le sostenga attivamente con sussidi o trasferimenti monetari. L’intervento pubblico è quindi prevalentemente di tipo residuale ed i meccanismi di protezione del welfare state si attivano solo dopo il fallimento o l’impossibilità delle reti sociali primarie nel fornire assistenza agli individui in condizione manifesta di bisogno determinando un ritardo nella creazione di una rete di sicurezza di base.

Alla luce della crisi economica del 2008 e degli effetti che ha avuto sui ceti medi, gli economisti sostengono la necessità di diminuire la spesa pubblica e il prelievo fiscale e allo stesso tempo supportano nuove forme di socialità basate sulla gestione secondo logiche di economia di scale e alto ricorso alle tecnologie informatiche nell’erogazione dei servizi al cittadino per renderli più efficienti e meno costosi. Inoltre, auspicano l’affidamento dei servizi come pensioni, sanità e istruzione a gestori privati ritenuti più efficienti ma da queste scelte deriverebbero grossi problemi di giustizia ed equità sociale di cui non è possibile non tenerne conto.

2.4. Il welfare italiano

In Italia la costruzione dello stato sociale è avvenuta molto lentamente e senza slanci riformatori lungo un arco di tempo abbastanza lungo che ha lasciato spazio a interventi straordinari piuttosto che a impianti innovatori di nuovo respiro. Come accennato nell’introduzione del capitolo, l’analisi del contesto italiano parte dagli

anni '90 perché hanno rappresentato un momento di svolta nelle modalità di governo e nella cultura politica del nostro paese a seguito della profonda crisi istituzionale e politica nota come Tangentopoli. I fattori di crisi sollevati hanno stimolato l'azione della politica avviando una serie di riforme per riconquistare una maggiore trasparenza, economicità ed efficienza dell'azione pubblica secondo logiche aziendalistiche e di mercato. Si è diffusa l'idea di una vera e propria rottura con il passato, chiusa l'era della "prima Repubblica" e si è entrati in una nuova fase che ha comportato significativi interventi nel sistema del welfare, in particolare nel campo delle pensioni (riforma Amato del 1992) e della sanità (DL n. 502/1992 e DL n. 517/1993) di cui se ne parlerà in dettaglio nel capitolo successivo sul Servizio Sanitario Nazionale. Questi cambiamenti coincidono con l'entrata dell'Italia nell'Unione Europea e devono assolutamente risultare compatibili con le forti esigenze di risanamento economico e finanziario che l'ingresso richiede.

Le direttrici verso cui si sono orientati gli interventi sul sistema di welfare sono tre:

1. Razionalizzazione: riguarda i modelli organizzativi e i criteri per l'allocazione delle risorse nel settore pensioni, sanità e istruzione
2. Privatizzazione: affido delle modalità di gestione ed erogazione di servizi di welfare, in particolare sanità e istruzione, a privati
3. Decentramento: la gestione delle politiche sociali non è competenza esclusiva dello Stato ma viene affidata alle Regioni passando da un modello di welfare basato sulla forte centralità dello Stato a uno pluralistico organizzato su tre livelli, centrale, regionale e locale.

Nell'ambito delle politiche sociali si afferma l'idea di una liberalizzazione controllata dallo Stato con modelli di regolazione che si basano sulla partecipazione di nuovi attori pubblici, privati e di terzo settore in grado di costruire una rete sociale governata dal sistema pubblico per i partiti di sinistra, mentre la fazione di destra era orientata alla privatizzazione delle tutele sociali. L'alternarsi dei governi negli anni '90 che hanno impostato politiche sociali differenti e spesso in contraddizione, non hanno garantito continuità ed equilibrio allo sviluppo nazionale del sistema di welfare per la mancanza di capacità nel percorrere una strada significativa e costante. Questo ha portato il nostro paese ad occupare le posizioni più basse nelle scale di disuguaglianze sociali e di genere in Europa. L'Italia, infatti, può essere considerata come "una terra di mezzo" nel contesto europeo, un paese a reddito medio, equidistante dal gruppo dei più ricchi e da quelli più poveri. Nel paese coesistono

un livello medio di PIL pro capite e un alto tasso di povertà, ciò rivela disuguaglianze evidenti nella distribuzione dei redditi e scarse politiche redistributive, con un forte divario tra Nord e Sud del paese. Oltre alle disuguaglianze di reddito occorre considerare le disuguaglianze di genere, nonostante la lenta crescita dell'occupazione, quella femminile è lontanamente paragonabile a quella degli altri paesi europei. L'Italia presenta delle specificità tutte sue, tanto che si può parlare di *welfare mix*, in quanto il modello ha carattere "lavoristico", i soggetti di riferimento sono i lavoratori e non i cittadini che versano i contributi per alimentare la spesa, ma ha anche aspetti universalistici per alcuni ambiti delle politiche sociali; il modello italiano si configura come un intreccio tra ruolo dello Stato, del mercato e della famiglia, ma fortemente sbilanciato a carico di quest'ultima.

La situazione del welfare in Italia alla vigilia della pandemia era drammatica e ridotta allo stremo a causa di un decennio di politiche di *austerità* e di un modello di governance adeguato. Le politiche di contenimento e tagli dei costi determinate dalla crisi finanziaria del 2008 hanno portato a problematiche di risorse umane e finanziarie non adeguate. Basti pensare al definanziamento a cui è andato incontro il SSN (nel 2018 la spesa pubblica pro - capite in sanità era del 7,2%, più bassa del 2008, Eurostat) che ha determinato un depotenziamento in termini di forza lavoro inevitabilmente più invecchiata per via del blocco delle assunzioni sia in termini di parco tecnologico e strutturale. Neanche l'istruzione è stata risparmiata dalla mannaia della spesa pubblica. Questo è lo scenario in cui si presentava l'Italia prima della pandemia da Covid-19, che ha stravolto i sistemi welfare di tutti i paesi e ad oggi è difficile valutare le conseguenze e la loro portata. Sicuramente il welfare dovrà essere rivisto tenendo in considerazione la sostenibilità finanziaria a fronte di una qualità dei servizi sempre maggiore e la sostenibilità ambientale considerando le risorse planetarie finite.

Lasciando da parte l'evoluzione del welfare italiano, viene presentata la sua struttura e un piccolo focus sulla spesa sociale in Italia. Il welfare italiano si occupa di diversi ambiti, previdenziale, sanitario e assistenziale e presenta una struttura a tre pilastri. Il primo pilastro è gestito direttamente dallo Stato, quindi da enti pubblici quali l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), che si occupa sia del settore previdenziale che del settore assistenziale, e il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), competente nel settore sanitario ed è ad adesione obbligatoria. Il

secondo pilastro è gestito da enti privati (Fondi Pensione, Fondi Sanitari, Casse di Mutuo Soccorso), è ad adesione volontaria e collettiva ed ha come scopo l'integrazione del primo pilastro per la salvaguardia del tenore di vita degli iscritti. Il terzo pilastro è gestito da provider di settore (soggetti privati) come imprese di assicurazione, è ad adesione volontaria ed individuale, ed ha come scopo la copertura integrativa di esigenze previdenziali, sanitarie e/o assistenziali. In Italia, secondo e terzo pilastro rappresentano quella parte del Welfare che va ad ampliare ed integrare le forme di protezione sociale previste dal primo pilastro, anche se il legislatore italiano non ha ancora provveduto ad ufficializzarne tale status, ad eccezione dei Fondi Pensione.

Considerando la spesa sanitaria, l'Italia presenta una spesa per la sanità pari al 25,6% della spesa sociale totale, con un esborso di 1.793 € annui pro-capite. La spesa sanitaria media dei 27 paesi europei si pone al 29,4%, quindi l'Italia si attesta leggermente sotto la media continentale per quanto concerne la spesa in prestazioni a tutela della salute dei propri cittadini. Ai primi posti per spesa sanitaria i paesi scandinavi e a seguire Germania, Olanda, Norvegia e Lussemburgo. Il primato assoluto spetta all'Irlanda, con una spesa per la salute pari al 43,3% del totale della spesa sociale (3.833 € pro-capite), oltre il doppio della spesa italiana (dati Eurostat 2014). Un dato per cui l'Italia spicca rispetto agli paesi è la spesa pensionistica, infatti, l'Italia spende per le pensioni ben il 15% del PIL contro una media che in Europa si attesta all'11%; rapportando la spesa pensionistica al totale della spesa sociale l'Italia si colloca sul podio (51,4%), la media europea è 12 punti percentuali inferiori rispetto al nostro paese. Quando in Italia si parla quindi di spesa per la protezione sociale bisogna sottolineare come poco più del la metà di questa spesa vada ai pensionati, ovvero come le pensioni abbiano rappresentato e rappresentino ad oggi un elemento molto forte di protezione sociale per le persone in età avanzata e per le loro famiglie. La maggior critica al sistema di welfare italiano è che la spesa sociale è fortemente sbilanciata a favore delle pensioni, a tutto svantaggio di misure contro la povertà e a favore delle famiglie. Secondo il Censis, nonostante l'Italia abbia una spesa per la protezione sociale elevata “sempre più spesso il sociale appare come oscuro e minaccioso, con bisogni sociali poco e male coperti o, ancora, nuove povertà e ineguaglianze stridenti”.

2.5. I welfare regionali: l'esperienza marchigiana

Il sistema di welfare italiano viene classificato dalla letteratura all'interno dei regimi mediterranei o familistici, ma i processi di cambiamento in atto hanno posto il problema della effettiva presenza di un modello nazionale italiano. La riforma del Titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale n.3/2001) ha dato luogo a un profondo processo di trasformazione del welfare in Italia che ha dato vita ad una pluralità di sistemi di welfare regionali con caratteristiche molto diverse tra loro. Viene proposta l'analisi fornita da Bertin (2012) che in seguito ad una ricerca comparativa sui sistemi di welfare regionali relativa al periodo 2005 – 2010, momento di maggior sviluppo e consolidamento, ha realizzato la seguente classificazione.

- Welfare universalistico con mix di tipo societario: tale situazione si caratterizza per una rilevante presenza di attori pubblici e di terzo settore sostenuti anche da una società civile integrata e coesa. Il sistema di offerta presenta una copertura ampia ma una presenza del sistema territoriale (accentramento dei servizi) poco diffuso. I rischi sociali sono relativamente bassi. Presentano queste caratteristiche le regioni Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige;
- Welfare mix integrato e universalistico: le caratteristiche di questo tipo sono un'offerta ampia e diffusa orientata anche allo sviluppo di servizi territoriali. Il sistema di welfare si caratterizza per un mix costituito da attori pubblici e privati che svolgono un ruolo centrale, ma si evidenziano anche segnali importanti sulla presenza di processi di tipo societario. Va notata anche una discreta coesione sociale a fronte di rischi relativamente poco elevati. Appartengono a questo gruppo le regioni: Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia. Pur in presenza di una sostanziale omogeneità di queste regioni, è possibile notare alcune differenze interne. L'Emilia Romagna ha una presenza relativamente maggiore di un terzo settore organizzato, a fronte di una società relativamente meno coesa. La Lombardia, invece, si caratterizza per una presenza relativamente maggiore di soggetti privati.
- Welfare mix strutturato: le regioni comprese in questo tipo si caratterizzano per la compresenza di mix strutturato, pur con processi di trasformazione verso un sistema di welfare societario ed una propensione a sviluppare

- servizi territoriali. Il sistema storico di welfare presenta un'offerta media, la coesione sociale del sistema è medio-bassa, ma bassi sono anche i rischi sociali. Appartengono a questo gruppo le regioni: Liguria, Marche, Umbria.
- Welfare consolidato ma poco innovativo: questa situazione si caratterizza per avere un mix pubblico-privato con relativamente poca presenza di societario. Si evidenzia un sistema di offerta diffuso e consolidato ma con una relativamente bassa estensione dei servizi territoriali. I rischi sociali sono bassi ma lo è anche la coesione sociale. Solo la Regione Piemonte presenta queste caratteristiche;
 - Welfare residuale e poco diversificato: in questo caso, si tratta di sistemi caratterizzati da un'offerta d'interventi tradizionali e istituzionali poco estesa, anche se si segnalano alcuni elementi che tendono verso logiche innovative e territoriali. Poco diversificato è anche l'insieme dei soggetti erogatori di servizi. I rischi sociali del contesto sono relativamente bassi, ma lo è anche la coesione sociale. Quest'ultimo aspetto si sposa con una bassa propensione a sviluppare logiche di tipo societario. Presentano queste caratteristiche le regioni Lazio e Abruzzo;
 - Welfare residuale con propensione al societario: il gruppo di regioni comprese in questo tipo evidenziano un mix caratterizzato da una scarsa presenza di servizi pubblici e privati. La diffusione del sistema di offerta di servizi tradizionali è limitata, inoltre non si evidenziano tensioni all'innovazione o allo sviluppo di servizi territoriali. In questo caso la presenza di una significativa coesione sociale sembra favorire lo sviluppo di pratiche basate sulla solidarietà. La scarsa presenza d'interventi pubblici e di privato sociale non consente di parlare di welfare societario, ma semplicemente di alcuni segnali che potrebbero favorirne la diffusione. Appartengono a questo gruppo le regioni: Molise, Sardegna e Basilicata.
 - Welfare minimale ad elevata criticità sociale: questa situazione è la più problematica, data la carenza di attori pubblici e di terzo settore. Anche la diffusione dei servizi è ridotta, sia per quanto riguarda quelli tradizionali che per quelli innovativi e territoriali. Questa situazione, per altro, si confronta con un tessuto sociale problematico, caratterizzato da alti rischi e bassa coesione sociale. Appartengono a questo gruppo le regioni Puglia, Calabria, Campania, Sicilia.

L'autore conclude che ciò che ha influenzato lo sviluppo dei sistemi regionali di welfare è la presenza di un circolo virtuoso fra ricchezza prodotta, una società coesa e solidaristica e lo sviluppo di politiche tese a consolidare questo forte legame, mentre l'influenza delle condizioni di disagio e i rischi sociali dei singoli territori e l'appartenenza politica delle regioni non è risultata così rilevante.

Ora, la regione Marche, che rispetto alle altre esperienze italiane si contraddistingue per un modello di governance partecipativo e per l'attenzione fornita al processo di coinvolgimento dei diversi attori del territorio nella costruzione del sistema di welfare locale.

Il primo atto verso la definizione dell'attuale assetto istituzionale delle politiche e dei servizi sociali nella regione Marche è stato quello relativo alla individuazione degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) affidata alle Conferenze dei Sindaci delle ASL tramite un percorso concertativo che ha visto la partecipazione di tutti gli attori rilevanti del territorio. Nel 2001, a seguito di 12 mesi di confronto, sono stati identificati 29 ambiti territoriali che corrispondevano alle esigenze e ai bisogni dei territori, che sono stati istituiti dalla giunta regionale nel 2002 ma in numero minore, 24, per contenere i costi. In questo modo, ambiti territoriali e distretti sanitari coincidevano rispettando così i principi di adeguatezza, di efficienza e di efficacia nella progettazione e nella realizzazione della rete dei servizi, nonché le caratteristiche del territorio in termini di ambiente, risorse umane, infrastrutture logistiche e sociali già esistenti per limitare, laddove possibile, dislivelli troppo grandi nelle dimensioni dei vari ambiti. Per ciascun ambito territoriale è stato costituito il Comitato dei Sindaci composto da tutti i Sindaci dei Comuni dell'ambito, individuato un Coordinatore di ambito preposto alla gestione tecnica delle attività e alla elaborazione del piano di ambito, creato un Ufficio di Piano composto dai Dirigenti dei servizi dei singoli Comuni e implementato l'Ufficio di promozione sociale che costituisce l'accesso unico e integrato alla rete dei servizi. Il Comitato dei Sindaci di Ambito ha costituito un elemento essenziale del nuovo assetto istituzionale, in qualità di organo politico di governo del territorio era dotato di importanti competenze per superare la logica frammentaria dell'azione territoriale dovuta alla presenza, nella regione, di una percentuale elevatissima di comuni al di sotto dei cinquemila abitanti abituati a gestire autonomamente i pochi interventi di politica sociale per gran parte caratterizzati da logiche assistenziali. Una modalità di governo finalmente integrata territorialmente, con il fine di elevare

il livello di qualità dei servizi, ma che ha evidenziato, per contro, la scarsa propensione alla collaborazione degli enti locali e la scarsa esperienza programmatica in campo sociale.

Gli ATS si caratterizzano per notevoli differenze sociodemografiche. La dimensione varia da 137 mila abitanti dell'ATS di Pesaro a 14 mila dell'ATS di Camerino, la metà ha una popolazione inferiore a 50 mila abitanti, mentre sette ATS superiore a 100 mila. Sulla scia della logica collaborativa, sono stati individuati strumenti di programmazione e gestione integrata del sistema dei servizi e i relativi supporti tecnici e informativi che hanno portato alla realizzazione di un sistema unico di classificazione dei servizi a livello regionale (L'accordo di programma tra la Regione Marche, le Province di Pesaro e Urbino, Ancona, Macerata, Fermo e Ascoli Piceno, i Comitati dei Sindaci degli ambiti territoriali sociali delle Marche per la realizzazione del Sistema informativo sociale regionale", 8 agosto 2007). Negli ultimi anni la Regione sta portando avanti l'integrazione tra servizi territoriali di competenza sanitaria e servizi sociali di competenza comunale e cercando di armonizzare le politiche di settore.

Sulla base delle indicazioni espresse nella legge n.328/2000 la regione Marche ha dato molta enfasi al processo di riconoscimento e coinvolgimento dei diversi attori secondo una logica di sussidiarietà orizzontale e verticale. Il primo piano sociale regionale risale al 2000, in questa fase sono state elaborate le Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona che hanno portato all'elaborazione del primo piano annuale di ambito del 2003, in concomitanza della profonda ristrutturazione del sistema sanitario regionale, argomento che sarà trattato nel prossimo capitolo, che ha vissuto una radicale modificazione con l'istituzione dell'ASUR, l'azienda sanitaria unica regionale. Il 2003 ha segnato un momento di sperimentazione in cui sono stati raccolti i dati di monitoraggio con l'intento di intervenire sulle politiche locali dando indicazioni di tipologie di servizi da garantire su tutto il territorio marchigiano e che hanno permesso di predisporre i successivi Piani triennali di ambito.

Si può concludere che la Regione Marche si avvicina a un modello di governance più efficace ed efficiente di tipo pluralista ma è lontana da un assetto istituzionale, organizzativo e gestionale efficace e maturo. L'elemento che ha contraddistinto l'esperienza marchigiana nel panorama italiano è il forte impegno nella promozione di processi di programmazione partecipata e la costante attenzione al perseguimento

di scelte di policy condivise. L'intento è stato quello di preservare le specificità organizzative locali, data l'ampia eterogeneità delle esperienze di programmazione e gestione dei servizi sociali gestiti dai Comuni, evitando così l'omologazione centralistica (Genova, 2008). Questa strategia ha permesso la gestione graduale e condivisa del nuovo modello di welfare ma ha anche rallentato i tempi di definizione delle politiche sociali (Genova, *cit.*). Un ultimo importante aspetto è rappresentato da un dialogo costante tra Regione e CAMSS (Coordinamento Atenei Marchigiani corsi di laurea in Servizio Sociale), che rappresenta il primo caso a livello nazionale di collaborazione tra ricerca accademica e sistema regionale in ambito di politiche sociali.

3. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In questo capitolo viene presentata la storia della sanità in Italia attraverso una breve ricognizione dei principali interventi legislativi che ne hanno regolato l'organizzazione nel tempo, dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) del 1978 alle successive riforme del 1992 e del 1999 che ne hanno rivoluzionato l'assetto.

Occorre partire dal lontano 1948, anno in cui è entrata in vigore la Costituzione italiana, che all'art.32 stabilisce che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*, sancendo il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo, rendendo l'Italia la prima nazione in Europa a riconoscerlo. La Costituzione ha avuto come obiettivo quello di rimuovere gli ostacoli, che impediscono il pieno sviluppo di ogni persona, anche di quelle più deboli, promuovendone le potenzialità sociali, in un momento storico in cui tutto era da ricostruire: le infrastrutture, il sistema produttivo, il sistema delle responsabilità istituzionali e sociali ai diversi livelli, il sistema di fiducia nella convivenza civile, in un momento in cui era necessario garantire linfa vitale alla crescita sociale e democratica. È proprio l'art. 32 a fare da premessa alla nascita di un servizio sanitario nazionale, inteso come un insieme di servizi e strutture, che assicuri un'assistenza sanitaria di tipo universalistico a rappresentare una componente essenziale del cosiddetto stato sociale (Welfare state) che si è cominciato a realizzare nel secondo dopoguerra per elevare lo status sociale dei cittadini e metterli nelle condizioni di esercitare i loro diritti civili e politici.

3.1. La nascita del SSN: la legge n. 833 del 1978

A distanza di trent'anni dall'art.32 della Costituzione avviene il passaggio dai principi dichiarati alla loro concretizzazione con la legge 833 del 23 Dicembre 1978 che sancisce la nascita del SSN. Rappresenta un passaggio significativo che permette il superamento dell'uguaglianza formale verso quella sostanziale, da uno stato liberale a uno stato sociale che tutela le libertà del singolo e promuove la giustizia sociale.

Fino a questo momento il sistema sanitario in Italia era organizzato in maniera frammentaria, veniva gestito da più enti, le cosiddette “casse mutue”, molto diversi

per orientamento, finanziamento e gestione. Il sistema mutualistico svolgeva la maggior parte delle funzioni curative in base a una logica assicurativa, gli ospedali erano enti pubblici dotati di ampia autonomia, Comuni e Province si occupavano di prevenzione e del sistema psichiatrico, altri enti ancora si occupavano di riabilitazione e altre attività sanitarie.

La legge 833/78 ha rappresentato una vera e propria svolta per rispondere ai grandi problemi dell'assistenza sanitaria quali la frammentazione organizzativa, la disparità tra categorie di lavoratori, l'eccesso di burocrazia, la crescita incontrollata della spesa e l'indebitamento degli enti mutualistici (Calamandrei, 2015, cap.3). I principi che hanno ispirato il nuovo SSN sono:

- Principio di universalità, in virtù del quale si estendono le prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, senza alcuna discriminazione di genere, razza e condizioni individuali, sociali e di reddito, su tutto il territorio nazionale superando gli squilibri e le disuguaglianze
- Principio di uguaglianza, il diritto di tutta la popolazione ad avere accesso alle medesime prestazioni
- Principio di globalità, secondo il quale il sistema deve fornire interventi di prevenzione, cura e riabilitazione occupandosi della persona in generale, non della singola malattia
- Principio del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute, diritto fondamentale dell'individuo connesso al pieno sviluppo della personalità umana sancito dagli art. 2 e 3 della Costituzione

La legge prevede l'articolazione delle prestazioni sanitarie su tre livelli:

- primo livello: assistenza sanitaria di base
- secondo livello: risponde alle esigenze di patologia più complessa attraverso una rete di poliambulatori specialistici con servizi di diagnostica strumentale e laboratoristica di medio livello
- terzo livello: costituito dagli ospedali a cui spetta il trattamento delle emergenze acute medico - chirurgiche, la diagnostica complessa e l'assistenza specialistica ad alto livello.

Altri nuovi elementi introdotti sono la programmazione e la pianificazione, da questo momento in poi occorre individuare degli obiettivi, ordinarli in base alle

priorità, disporre interventi per realizzarli e verificare che siano stati raggiunti i risultati. Per questo era stato previsto un Piano Sanitario Nazionale, un documento programmatico in cui vengono individuati gli obiettivi sanitari generali da realizzare nel triennio successivo e che avrebbe fatto da base ai piani sanitari regionali.

Sul piano organizzativo, la legge prevede una decentralizzazione della gestione dei servizi sul territorio nazionale, per garantire una maggiore vicinanza alla popolazione e una migliore comprensione delle relative necessità adottando una struttura su tre livelli di governo. Lo Stato si occupa del finanziamento del SSN tramite il Fondo Sanitario Nazionale, alimentato da contributi e tasse versate dai cittadini, e della programmazione sanitaria nazionale definendo le prestazioni che devono essere erogate ai cittadini; le Regioni, svolgono funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera; alle Province è affidata la programmazione e infine i Comuni assolvono le funzioni amministrative di gestione della tutela della salute che vengono esercitate in forma singola o associata mediante l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL). Il territorio nazionale era suddiviso in 680 USL, la cui gestione era appannaggio dei partiti politici che amministravano i Comuni per favorire un controllo democratico del servizio pubblico, un'organizzazione coordinata ed efficiente dei servizi e una maggiore partecipazione della popolazione e degli operatori sanitari (Di Stanislao, 2017-2018).

Nonostante i sani principi che hanno ispirato la legge, con il tempo, questo sistema ha presentato dei problemi dovuti a una crescita incontrollata della spesa pubblica, alla cattiva gestione delle USL da parte dei partiti politici e ai continui conflitti tra stato e regioni su competenze e risorse. Tutto ciò ha reso necessario intervenire con nuove riforme strutturali del sistema sanitario italiano (Di Stanislao, 2017-2018).

3.2. Le riforme del SSN: l'aziendalizzazione della sanità

A causa dei problemi riscontrati si è provveduto al riordino del sistema sanitario con i decreti legislativi n. 502/1992, 517/1993 e 229/1999 che lo hanno modificato radicalmente introducendo altri principi che rispondevano alle logiche di mercato: aziendalizzazione, privatizzazione e decentramento. Il mercato prevede le figure dell'acquirente e del produttore di servizi, pubblico e privato, la definizione delle tariffe delle prestazioni, la libertà di scelta per il cittadino tra le varie offerte e la

trasformazione delle USL in aziende a tutti gli effetti. Senza mettere in discussione i principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, i nuovi Decreti Legislativi modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socio - assistenziale, l'impianto organizzativo e le modalità di finanziamento (FP CGIL, Il Sistema Sanitario Nazionale dalle sue origini ad oggi).

Il DL 502/1992 ha introdotto le seguenti modifiche:

- trasformazione delle USL in aziende sanitarie locali (ASL) dotate di personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
- ridefinizione degli ambiti territoriali delle USL corrispondente a quello provinciale
- adozione a livello nazionale di una quota capitaria indifferenziata per il riparto fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale che avviene attraverso il meccanismo della "quota capitaria pesata"
- l'attribuzione allo Stato di compiti di pianificazione in materia sanitaria da attuarsi mediante l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale
- l'individuazione da parte dello Stato dei "livelli uniformi di assistenza" sanitaria obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini aventi diritto
- la forte regionalizzazione della sanità attraverso l'attribuzione alle Regioni delle funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende sanitarie
- la previsione di un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni
- l'istituzione delle figure del direttore sanitario aziendale e del direttore amministrativo, nominati direttamente dal direttore generale
- la creazione della dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli: il primo (che unifica le vecchie figure degli assistenti e degli aiuti) e il secondo (gli ex primari) di nomina quinquennale, attribuita dal direttore generale sulla base del parere di un'apposita commissione di esperti che valuta il possesso dei requisiti e l'idoneità da parte degli aspiranti

- l'introduzione del sistema dell'accreditamento con un'apertura del mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private
- l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni
- l'istituzione dei dipartimenti di prevenzione cui vengono affidate le prestazioni di igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza in ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione e veterinarie.

Uno degli aspetti più innovativi della riforma è sicuramente l'aziendalizzazione delle USL con l'istituzione di aziende ospedaliere autonome per rendere più efficiente la gestione delle risorse, in virtù dell'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale attribuita alle Aziende sanitarie (distinte in Azienda Sanitaria Locale (ASL) e Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO), che vengono affidate alla direzione "manageriale" di un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale.

Le finalità essenziali del decreto sono aumentare l'efficacia, l'efficienza e la produttività del sistema sanitario che è chiamato ad offrire servizi che rispondano sempre di più alle esigenze dei cittadini contenendo i costi e mantenendo un'alta qualità e in secondo luogo, porre dei vincoli alla spesa sanitaria sostenuta dal SSN basandosi sul sistema DRG (Diagnosis Related Groups). Questo sistema classifica i pazienti in classi omogenee in relazione alle risorse ospedaliere, ogni DRG ha un peso relativo in base al quale si stabilisce la tariffa della prestazione, i dati necessari vengono ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Segue una terza riforma del sistema sanitario con il DL n. 229 del 19 Giugno 1999, noto come legge Bindi o riforma-ter, che punta alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità. Introduce i principi di una concorrenza amministrata come applicazione al sistema sanitario di una terza via possibile tra la prima riforma caratterizzata da eccessivo accentramento di ruoli e deresponsabilizzazione degli attori in gioco e la seconda che enfatizzava la concorrenza a scapito del cittadino. Con questa riforma si assegna all'acquirente, il servizio pubblico, un ruolo di committenza nei confronti dei produttori pubblici e privati, restituendo allo Stato un ruolo di pianificazione e programmazione.

I punti principali del decreto sono:

- individuazione delle modalità con cui le Regioni concorrono all'elaborazione del PSN e alla definizione del fabbisogno di risorse finanziarie da assegnare alla tutela della salute realizzando una sorta di circolarità nella programmazione degli obiettivi di salute, dell'organizzazione dei servizi e delle risorse da destinare alla tutela della salute in ambito nazionale;
- assegnazione di un nuovo ruolo al SSN che assume funzioni di controllo e di coordinamento dei servizi sanitari a livello regionale; lo Stato fa da garante dei livelli essenziali di assistenza (LEA) mentre le Regioni si occupano della loro erogazione. I LEA comprendono: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Entro queste aree di offerta sono poste a carico del SSN quelle forme di assistenza, quei servizi e quelle prestazioni sanitarie che presentano, a livello individuale o collettivo, dimostrazione scientifica di efficacia clinica, anche in termini di qualità della vita, in rapporto a specifiche condizioni cliniche o di rischio. Sono invece escluse le prestazioni e i servizi che non rispondono alle necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN o per i quali non esistono sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia;
- istituzione di una Commissione nazionale per la formazione continua (ECM) che comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente per ogni operatore sanitario in modo tale da adeguare le conoscenze per tutto l'arco della sua vita professionale;
- l'introduzione dell'atto aziendale di diritto privato per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento delle USL;
- il rafforzamento del potere del direttore generale e la specificazione del potere e delle competenze dei direttori sanitario e amministrativo;
- l'introduzione del collegio sindacale, organo di controllo che sostituisce le funzioni svolte dal collegio dei revisori, con compiti di amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e di vigilanza sull'osservanza della legge;
- il potenziamento del Distretto (attraverso l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale) a cui spetta assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio - sanitarie.

3.3. Il federalismo del SSN

La riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001, ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Infatti, l'art. 117 della Costituzione stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate: la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, la profilassi internazionale e la determinazione dei "principi fondamentali" nelle materie di competenza concorrente, tra cui la salute e la ricerca scientifica. Il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato. Il nuovo assetto costituzionale ha fatto prevalere il principio di sussidiarietà, in base al quale viene favorita l'attribuzione delle funzioni amministrative e organizzative a livello di governo più vicino al cittadino (art. 118 Costituzione).

Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarità, generando un federalismo sanitario atipico e artificioso e perdendo di vista i principi fondanti del SSN, non solo per le dinamiche istituzionali, ma anche per la sua genesi anomala visto che di norma i federalismi nascono da stati autonomi che si uniscono e non il contrario, come accaduto in Italia. L'obiettivo della riforma era quello di instaurare un federalismo solidale, delegando le Regioni e le Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, tuttavia, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo (Cartabellotta, 2015).

Allo Stato vengono assegnate «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» e «le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute; per le politiche sociali; per la sicurezza alimentare» (Costituzione della Repubblica italiana, Titolo V, Art.117), mentre alle Regioni viene attribuita la competenza specifica in materia di «programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali». Inoltre, viene introdotta la clausola di salvaguardia attraverso cui lo Stato può intervenire, su proposta del Governo, in materie non riservate alla legislazione esclusiva qualora lo richieda la «tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale». Tuttavia, le modifiche

apportate dal legislatore, seppure rilevanti, non sono sufficienti per garantire l'uniforme attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale. Infatti, con l'attuale formulazione dell'art.117 del Titolo V, lo Stato non recupera il diritto a esercitare i poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni inadempienti nell'attuazione dei LEA, sia perché la legislazione esclusiva riguarda solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali – ma non quelli sanitari – che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sia perché la clausola di salvaguardia non include la tutela della salute (Cartabellotta, 2015).

Dal quadro costituzionale e normativo emerge che il sistema sanitario nazionale italiano è di tipo decentrato, ma in relazione alle prestazioni considerate essenziali, è uniforme per tutto il paese. In altre parole, lo Stato ripartisce le risorse economiche fra le Regioni e stabilisce quali trattamenti rientrano nei LEA, ma il ruolo decisivo è in capo alle Regioni.

La realtà è che il processo federalista, avviato con la modifica del titolo V, si è limitato ad una delega al controllo della spesa e non ha costituito un incentivo a riorganizzare i SSR con il duplice obiettivo di migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno), anziché essere vista come un'opportunità per le Regioni di autonomia organizzativa dei servizi sanitari. Le ragioni vanno ricercate nella limitata capacità delle Regioni nella (ri)organizzazione dei servizi sanitari e nella mancanza di senso di responsabilità a fare buona politica e buona gestione della sanità.

3.4. Il quadro attuale del SSN

Il SSN sta attraversando una grave crisi di sostenibilità, tanto da poter essere paragonato a un paziente cronico affetto da multiple patologie come rilevato dal rapporto GIMBE di Ottobre 2022. Le problematiche principali possono essere riassunte nei seguenti punti:

- definanziamento pubblico: nel decennio 2010 – 2019 sono stati sottratti circa 37 miliardi di euro per poter contenere l'elevato debito pubblico italiano e rientrare nei vincoli di bilancio; le conseguenze di tale disinvestimento si rilevano soprattutto nella mancanza di personale e di dotazioni mediche, che si riflettono a loro volta nei lunghi tempi d'attesa per poter aver accesso alle prestazioni, nelle carenze nell'accoglienza, e

nella scarsa assistenza al paziente, con conseguente aumento della spesa sanitaria privata;

- ampliamento del paniere dei nuovi LEA: nonostante le risorse assegnate dalla Legge di Bilancio 2022, il Decreto Tariffe non è ancora stato pubblicato, pertanto, le prestazioni relative alla protesica e alla specialistica ambulatoriale sono erogate solo dalle Regioni che le finanziano con fondi propri; ancora ci si riferisce ai nomenclatori del 1996.
- sprechi e inefficienze che erodono preziose risorse per sovra utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate.
- espansione incontrollata del secondo pilastro rappresentato dalla sanità privata che viene foraggiata con risorse pubbliche aumentando la spesa sanitarie e le diseguaglianze sociali.
- la rinuncia alle cure: secondo l'Eurispes il 33,3% dei cittadini ha dichiarato di aver rinunciato alle prestazioni e/o interventi sanitari a causa delle indisponibilità delle strutture sanitari, delle liste di attesa troppo lunghe e per le difficoltà economiche di una parte della popolazione, con evidenti cadute negative sul proprio stato di salute. Al problema delle liste di attesa si aggiunge anche il fenomeno della mobilità sanitaria, dovuto dalla necessità di rivolgersi a strutture pubbliche di altre Regioni per ottenere prestazioni non erogabili nel territorio di residenza. Questo determina un divario in termini di saldo annuale tra alcune Regioni del Nord e quelle del Centro-Sud: nel 2018, con quasi 1,5 milioni di cittadini che per curarsi hanno dovuto rivolgersi al di fuori della regione, la Lombardia ha chiuso con un saldo positivo di quasi 809 milioni di euro, mentre la Calabria con un deficit di quasi 320 milioni di euro (Rapporto sul Sistema sanitario italiano “Il termometro della salute”, 2023).

In merito a quest'ultimo punto occorre fare un'ulteriore osservazione, il problema della rinuncia alle cure non può essere sottovalutato, secondo l'Istat (2023) oltre 4 milioni di persone (6,8% della popolazione) vi rinuncia per ragioni di carattere economico. Se da un lato le liste d'attesa possono essere evitate o ridotte rivolgendosi a strutture private o convenzionate con il SSN, le difficoltà economiche delle famiglie restano. Allo stesso tempo, come indicato sopra, si è registrato negli ultimi anni una pesante riduzione dei fondi destinati alla sanità, ben

37 mld di euro in meno (Rapporto GIMBE 2022). Questa situazione ha comportato un aumento considerevole della partecipazione alla spesa privata da parte dei cittadini, ricordiamo che gli italiani spendono di tasca propria quasi 40 miliardi di euro ogni anno in salute, aggravando la condizione delle famiglie meno abbienti. A risentirne di più sono le regioni del Sud come emerge dal rapporto del 2018 “Meridiano Sanità Index” redatto da The European House-Ambrosetti, infatti, se nella Provincia Autonoma di Trento solo il 2,5% dei cittadini ha rinunciato alle cure per ragioni economiche in Calabria, Sardegna, Puglia, Sicilia e Abruzzo, si è raggiunta una percentuale preoccupante pari al 12%.

Il quadro che emerge dai dati raccolti è desolante e indegno per un Paese che può vantare uno dei modelli di servizio sanitario pubblico, equo e universalistico migliori al mondo, che purtroppo, silenziosamente, rischia di trasformarsi in un privilegio per pochi lasciando indietro i più fragili e svantaggiati.

In questo contesto di fragilità, a complicare la situazione si è abbattuta la pandemia di Covid-19 che ha ancor di più evidenziato le criticità e le contraddizioni del sistema, in particolare del capitale umano e nell’assistenza territoriale.

Un ruolo determinante è stato giocato dalla politica, i Governi che si sono succeduti negli ultimi decenni hanno contribuito al progressivo sgretolamento del SSN svalutando i principi fondanti e minando il diritto costituzionale alla salute. Inoltre, le diversità normative che si sono succedute nel tempo fra le Regioni hanno prodotto situazioni economiche-finanziarie disomogenee sul territorio, tanto da determinare un’erogazione non uniforme dei LEA evidenziando un forte divario tra le regioni più virtuose e quelle che non lo sono che ha provocato l’inevitabile fenomeno della mobilità sanitaria passiva. A fronte del malgoverno di alcuni SSR, lo Stato è intervenuto solo con lo strumento dei Piani di Rientro, assolutamente inadeguato per la riqualificazione dei servizi e la sostenibilità a medio-lungo termine, ma soprattutto non è stato in grado di intervenire in alcun modo sui fattori che condizionano il binomio cattiva politica/cattiva sanità (Cartabellotta, 2015).

Allo stato attuale il sistema sanitario italiano presenta diversi nodi problematici come la difficoltà a controllare la spesa e a contenere gli sprechi per fornire un servizio efficiente, il controllo del settore privato, il dualismo tra Nord e Sud del paese nella distribuzione e nella qualità dei servizi e le lunghe liste di attesa per servizi ospedalieri e ambulatoriali (GIMBE, Rapporto sul SSN, 2022).

Oggi da un punto di vista sanitario l'Italia si caratterizza come il paese più eterogeneo d'Europa, con sacche di inefficacia, inefficienza, ingiustizia che in un federalismo disegnato male e gestito peggio sono destinate ad aumentare, di pari passo con le diseguaglianze (Cartabellotta, 2015).

4. IL SSR NELLA REGIONE MARCHE

"La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, dal Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali"(art. 1 del D.Lgs n. 229/1999).

Il Servizio sanitario regionale (SSR) è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'art. 32 della Costituzione. Il SSR garantisce a tutte le persone servizi appropriati e necessari per la tutela, la cura e il recupero della salute, assicurando uniformità nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni e dei servizi nel rispetto dei tre principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, solidarietà (Ministero della Salute, 2019).

Il Servizio sanitario regionale è da considerare una parte fondante del welfare regionale e dunque è basato sull'integrazione tra professionisti, tra servizi sanitari, socio - sanitari e sociali.

In questo capitolo, verranno presentate le principali caratteristiche del sistema sanitario della regione Marche ripercorrendo le tappe del suo sviluppo e i cambiamenti che lo hanno coinvolto nel corso degli anni. Dalla sua istituzione risalente agli '70, il Servizio Sanitario Regionale¹ marchigiano ha attraversato molte trasformazioni, basti pensare alla costituzione di un'unica azienda sanitaria regionale del 2003, soluzione per cui la Regione si è distinta a livello nazionale, all'attuale riorganizzazione con la LR n.19/2022. Proprio quest'ultima sarà oggetto di approfondimento nel corso del capitolo dato l'importante cambio di rotta in materia di organizzazione sanitaria che ha dato al sistema sanitario regionale ristrutturandolo totalmente. Esaminando il nuovo assetto del SSR e individuando i nuovi elementi introdotti dal legislatore rispetto al precedente sistema si descriverà la struttura del nuovo sistema e si cercherà di valutarne l'impatto e la ricezione a livello territoriale in termini di organizzazione, di offerta assistenziale e di risultati di salute.

¹ D'ora in poi SSR.

4.1. Excursus del SSR nelle Marche

La Regione Marche inizia ad esistere e ad entrare nel pieno delle funzioni solo nel 1970, anno delle prime elezioni amministrative regionali, a seguito dell'emanazione della Legge n. 108/1968 "Norme per l'elezione dei consigli regionali delle regioni a Statuto ordinario".

La prima azione in materia sanitaria arriva già il 24 settembre 1971, come emerge dagli Atti della Regione Marche, si sollecitava l'approvazione della riforma sanitaria nazionale e nel frattempo la Regione avrebbe sopperito a tale mancanza istituendo le Unità Sanitarie Locali. Nonostante le pressioni la riforma sanitaria nazionale arriverà solo con la Legge n. 883 del 1978, nel frattempo la Regione legifera (LR n. 25/1975, LR n.30/1975, LR n.35/1977) nel tentativo di superare una gestione della sanità frammentata e fuori controllo in termini di spesa, riorganizzando la rete ospedaliera.

Al momento della nascita del SSN, la regione Marche aveva già individuato i 24 "ambiti territoriali", "delimitati 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" (LR n. 21/1978) che si sono rivelati propedeutici all'istituzione delle Unità Sanitarie Locali² (Clini, 2012).

4.1.1. Nascita delle USL

L'USL, come cita la LR istitutiva n. 24 del 1980, "è una struttura operativa dei Comuni associati e delle comunità montane ed è costituita dal complesso dei presidi degli uffici e dei servizi mediante i quali si realizza la gestione unitaria degli interventi diretti alla tutela della salute all'interno degli ambiti territoriali ". Gli organi dell'USL sono:

- **Assemblea generale:** può essere costituita dal Consiglio comunale, dall'assemblea generale dell'associazione dei Comuni o dall'assemblea generale della comunità montana in base alla coincidenza o meno dell'ambito territoriale dell'USL con il Comune o comunità montana o Comuni associati. L'Assemblea generale individua funzioni e competenze di ciascun servizio, disciplinandone le attività e le procedure, e lo articola in strutture organiche che lo rendono fruibile.

² D'ora in poi USL.

- Comitato di gestione: eletto dall' Assemblea generale, ha il compito di predisporre l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali
- Collegio dei Revisori: composto di 3 membri, uno dei quali designato dal Ministero del Tesoro ed uno dalla Regione.

Di fatto le USL operano sotto una triplice autorità: il Sindaco che è, di fatto, l'autorità sanitaria locale e può avvalersi direttamente dei presidi e servizi delle USL; il Consiglio Regionale che esercita le funzioni di indirizzo delle attività delle USL al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi del SSN e del Piano sanitario regionale triennale; la Giunta regionale che esercita le funzioni di coordinamento delle USL, verifica la rispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici in relazione ai contenuti del Piano sanitario regionale triennale.

Le USL hanno mostrato sin da subito delle problematiche legate alla loro amministrazione affidata a molteplici attori, anche conflittuali, tanto da rendere necessaria una riforma sanitaria che arriva nel 1991 (Balduzzi, 2005).

La Regione Marche, nei primi anni, si dimostra molto adempiente, tanto da essere una delle prime al livello nazionale a redigere un Piano Sanitario Regionale per il periodo 1982 – 1985, primo piano per la regione, in cui indica gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del servizio sanitario nazionale nell'ambito del territorio marchigiano.

4.1.2. Anni '90: le Aziende USL

Nel 1992 con il Decreto Legislativo n. 502 viene inaugurata la stagione delle riforme del sistema sanitario nazionale a cui la Regione Marche ha risposto con la LR n.22/1994. Questa legge ha ridisegnato gli ambiti territoriali, riducendoli da 24 a 13, ha trasformato le USL in Aziende USL e ha istituito le Aziende Ospedaliere e l'Azienda Ospedaliera-Universitaria, individuate tra i presidi ospedalieri in possesso di specifici requisiti come l'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, la presenza di almeno 3 unità operative di alta specialità, la presenza del dipartimento di emergenza (DEA) di 2° livello e la disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo. Il riordino della sanità marchigiana continua con la LR n. 26/1996 che indica la struttura gerarchico – organizzativa articolata nel seguente modo:

- Direttore generale: è nominato dalla Regione dall'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità e gli sono attribuiti tutti i poteri di gestione e la rappresentanza legale; inoltre sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale e della corretta ed ottimale gestione delle risorse a disposizione dell'azienda. Il Direttore Generale³ nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario.
- Collegio dei revisori: è composto da tre membri, uno scelto dalla Regione, uno dal Ministro del Tesoro e il terzo dall'amministrazione locale (sindaco o conferenza dei sindaci o presidenti dei consigli circoscrizionali) e dura in carica cinque anni. Il suo compito è vigilare sull'osservanza delle leggi, verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esaminare il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento.
- Consiglio dei sanitari: è in carica tre anni e svolge consulenza tecnico – sanitaria al DG.
- Servizio infermieristico: si occupa della valutazione del fabbisogno di personale infermieristico ed ausiliario, dell'assegnazione ai presidi ospedalieri ed extraospedalieri, della definizione e dello sviluppo di modelli assistenziali, della verifica e del miglioramento della qualità delle funzioni assistenziali ed alberghiere e infine della promozione di iniziative di formazione, aggiornamento e ricerca.

Per quanto concerne l'organizzazione territoriale delle Aziende USL è strutturato come segue:

- Distretto: rappresenta l'unità territoriale dell'assistenza sanitaria territoriale dell'azienda USL. Ogni distretto “deve comprendere una popolazione residente non inferiore a 15 mila abitanti e nelle aree urbane una popolazione non inferiore a 30mila abitanti” e ha i seguenti compiti: assistenza sanitaria di base, assistenza infermieristica ambulatoriale e domiciliare, assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza residenziale e semiresidenziale, educazione sanitaria, assistenza sanitaria specialistica territoriale, assistenza sociale di base e attività amministrativa.

³ D'ora in poi DG.

- Dipartimenti territoriali: il Dipartimento di prevenzione è stato istituito ai sensi del DL 502/92 ed è strutturato nei seguenti servizi, igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione, veterinario.

Possono esserci anche altri dipartimenti formati dall'aggregazione di Unità operative omogenee per funzione. Il Responsabile del Dipartimento è coadiuvato da un Comitato direttivo composto dai Responsabili dei servizi e da una rappresentanza elettiva, stabilita dal Regolamento di Dipartimento. Il Comitato direttivo esprime parere vincolante sulle decisioni relative alla gestione del Dipartimento secondo quanto previsto dal Regolamento predetto. Il Responsabile del Dipartimento ed i Dirigenti dei servizi, in relazione alle funzioni amministrative esercitate, si avvalgono di una apposita Unità operativa amministrativa.

- Presidi ospedalieri⁴: il PO è dotato di autonomia economico – finanziaria con contabilità separata rispetto al bilancio dell'azienda ASL basata sul principio di articolazione del bilancio per centri di responsabilità. Ciascuno è dotato di un Dirigente medico di Presidio (responsabile delle funzioni igienico-organizzative) e di un dirigente amministrativo (con funzioni di coordinamento amministrativo) che concorrono entrambi al conseguimento degli obiettivi fissati dal DG. Ogni PO è organizzato in dipartimenti, comprendenti più unità operative tra loro omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur conservando autonomia funzionale. I dipartimenti ospedalieri sono individuati dal DG dell'Azienda ASL, su proposta del Direttore sanitario e sentito il Consiglio dei sanitari.

4.1.3. L'ASUR Marche

Il 19 giugno 1999 viene approvato il decreto legislativo n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”, noto anche come “riforma Bindi”, successivamente recepito dalla regione Marche con la LR n.13/2003 e con l'approvazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003 – 2006 che ridisegna il volto della sanità marchigiana. La principale novità principale consiste in una consistente diminuzione delle aziende sanitarie, da diciassette a tre, grazie

⁴ D'ora in poi PO.

all'istituzione dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale⁵ nata dalla fusione dell'Ausl di Ancona e delle altre dodici preesistenti (Balduzzi, 2005). In base alla legge regionale le Aziende sanitarie nella regione sono: l'ASUR con sede ad Ancona, l'Azienda Ospedaliera - Universitaria ad alta specializzazione che riunisce i presidi "Ospedali Riuniti Umberto I", "Lancisi" e "Salesi" di Ancona e l'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" di Pesaro, ciascuna dotata di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale. L'ASUR è un'azienda di coordinamento" che non cura direttamente l'erogazione ma coordina, come una "cabina di regia", le attività sul territorio per conto della Regione (Balduzzi, 2005). Tra i compiti attribuiti ci sono "l'acquisto di beni e servizi di importo superiore a centomila euro, gli appalti di opere pubbliche di importo superiore a cinquecentomila euro, la gestione del patrimonio immobiliare con esclusione della manutenzione ordinaria, l'affidamento e la gestione della tesoreria unica, la gestione del sistema informativo, il controllo di gestione" (Art. 28, comma 3, LR. 13/03). Gli organi di cui è costituita sono il DG, che approva i piani di attività delle zone territoriali e l'atto aziendale dei vari dipartimenti, il Collegio Sindacale e il Collegio dei Direttori di Zona (Clini, 2012). A livello territoriale l'ASUR si articola in tredici Zone Territoriali⁶ (ZT) che ricalcano le ex Ausl:

- Zona Territoriale n. 1 – Pesaro (sede di Zona) + altri 15 comuni
- Zona Territoriale n. 2 – Urbino (sede di Zona) + altri 28 comuni
- Zona Territoriale n. 3 – Fano (sede di Zona) + altri 21 comuni
- Zona Territoriale n. 4 – Senigallia (sede di Zona) + altri 10 comuni
- Zona Territoriale n. 5 – Jesi (sede di Zona) + altri 22 comuni
- Zona Territoriale n. 6 – Fabriano (sede di Zona) + altri 4 comuni
- Zona Territoriale n. 7 – Ancona (sede di Zona) + altri 14 comuni
- Zona Territoriale n. 8 – Civitanova Marche (sede di Zona) + altri 8 comuni
- Zona Territoriale n. 9 – Macerata (sede di Zona) + altri 23 comuni
- Zona Territoriale n. 10 – Camerino (sede di Zona) + altri 19 comuni
- Zona Territoriale n. 11 – Fermo (sede di Zona) + altri 33 comuni
- Zona Territoriale n. 12 – San Benedetto del Tronto (sede di Zona) + altri 12 comuni

⁵ D'ora in poi ASUR.

⁶ D'ora in poi ZT.

- Zona Territoriale n. 13 – Ascoli Piceno (sede di Zona) + altri 27 comuni

Le ZT sono dotate di autonomia gestionale e operativa e si occupano della programmazione e della gestione dei servizi sanitari e sociosanitari assicurando alla popolazione un accesso equo ai Livelli essenziali di assistenza⁷. Nello specifico si occupano della definizione degli obiettivi di salute secondo i Piani di Attività Zonali⁸, della programmazione organizzativa e operativa per la gestione delle risorse umane e strumentali, del coordinamento dei servizi sanitari di zona (Distretto, Ospedale, Dipartimento di Prevenzione), della gestione delle risorse e del loro utilizzo, della rilevazione della domanda sociosanitaria, della gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza dei sindaci e della negoziazione sindacale. Ogni ZT è presieduta da un Direttore, nominato dalla giunta regionale su proposta del DG ASUR e su parere della conferenza dei sindaci, tra gli iscritti in apposito elenco e che non versino in condizioni di incompatibilità. Tra i compiti del Direttore ci sono la programmazione aziendale realizzata attraverso l'elaborazione dei piani delle attività zonali, della gestione del budget di zona e della relativa negoziazione con i Responsabili delle Unità Operative, della valutazione epidemiologica della domanda e del suo grado di soddisfazione attraverso l'offerta di servizi, dell'istituzione di un sistema organizzato di controllo clinico, della nomina dei Direttori di dipartimento Zonali e dell'attribuzione delle posizioni organizzative aziendali, delle verifiche gestionali e tecnico-professionali dei dirigenti e della cura dei rapporti di informazione e collaborazione con la conferenza dei sindaci. Il Direttore è coadiuvato dal Collegio di Direzione di Zona, la cui composizione è disciplinata nell'atto aziendale, per poter espletare i suoi numerosi compiti. Ogni ZT si articola a livello territoriale in:

- Distretti: il Distretto mantiene caratteristiche analoghe a quelle indicate nella precedente normativa (LR n. 26/1996) con alcune differenze come la nomina del Direttore del Distretto ad opera del Direttore di ZT con cui negozia i budget.
- Presidi ospedalieri: il PO mantiene la struttura per Dipartimenti e la nomina del Direttore di Presidio è affidata al Direttore di ZT.
- Dipartimento di Prevenzione: come nel 1996 è una struttura preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della

⁷ D'ora in poi LEA.

⁸ D'ora in poi PAZ.

popolazione ed è retta da un Direttore nominato dal Direttore di ZT. Tutti i Dipartimenti di Prevenzione sono coordinati a livello regionale dalla Direzione Tecnica per la prevenzione collettiva che ha l'intento di creare un sistema a rete attraverso una programmazione generale.

- Dipartimenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della professione ostetrica: in ottemperanza alla Legge n.251/2000, il Direttore generale dell'Azienda nomina i Direttori di dipartimento tra i dirigenti delle professioni sanitarie afferenti alle singole aree.

In sostanza, la LR del 2003 è stata una diretta conseguenza dei limiti strutturali del sistema ospedaliero marchigiano caratterizzato da un forte municipalismo che nel tempo ha provocato particolarismi ed inefficienze e dalla ridotta dimensione delle aziende territoriali rispetto alla popolazione (Marche: 110.000 abitanti/Asl vs media nazionale di 290.000 abitanti) che presentano troppe strutture ospedaliere tra "Ospedali di rete", "Ospedali di polo" e "Case di cura private" a fronte di pochi posti letto con un evidente distorsione dell'offerta ospedaliera (Balduzzi, 2005). Un'ulteriore osservazione è sull'apparente organizzazione decentrata, infatti, il rapporto tra ciascuna ZT e ASUR si caratterizza per una forma di autonomia limitata in quanto deve conformarsi alle direttive stabilite dall'ASUR. L'azienda unica esplica il suo potere attraverso la figura del DG che approva il piano annuale della attività zonali e nomina i Direttori di dipartimento, a sua volta sottoposto al volere della Giunta regionale che sceglie i Direttori di zona tra quelli proposti dal DG, con il risultato che l'autonomia gestionale di programmazione e gestione dei servizi sanitari in capo alle ZT nei fatti è in mano alla Regione (Padrin, 2022).

4.1.4. Le Aree Vaste

Il concetto di Area Vasta⁹ viene introdotto con il DGR 511/06 su proposta del Direttore generale dell'ASUR con l'intento di ottimizzare la gestione delle attività logistiche e amministrative e di migliorare la qualità nell'erogazioni dei servizi di cura e assistenza. Si è proceduto individuando la Zona Territoriale "capofila" di ogni territorio e di conseguenza il Direttore coordinatore dell'AV facendola coincidere con il capoluogo di provincia arrivando all'identificazione di cinque AV:

- Area Vasta 1 – Fano (Zona territoriale 3)

⁹ D'ora in poi AV.

- Area Vasta 2 – Fabriano (Zona territoriale 6)
- Area Vasta 3 – Macerata (Zona territoriale 9)
- Area Vasta 4 – Fermo (Zona territoriale 11)
- Area Vasta 5 – Ascoli Piceno (Zona territoriale 12)

Saltano all'occhio due eccezioni, Ancona, su cui non è ricaduta la scelta per non sommare nella stessa sede l'amministrazione centrale di ASUR e quella di AV e per forse per motivi politici, e Pesaro, non scelta perché già sede dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord, quindi formalmente ZT a budget minore e quindi meno prevalente, in ambito ASUR, di Fano (Clini, 2012).

Il SSR attraversa una fase di transizione tra l'accentramento, posto in essere con la LR del 2003, e il decentramento realizzato con l'attuale LR del 2022; nel mezzo le LR n. 17/2010 e n. 17/2011 modificano gradualmente l'assetto del sistema sanitario marchigiano. Dopo un iniziale momento di coesistenza tra le ZT, deputate alla gestione dei servizi sanitari e sociosanitari e le AV, deputate alle attività amministrative, queste ultime avranno il sopravvento mentre le ZT di fatto cessano di esistere dal 1 agosto 2011 (LR 17/2011). Tale legge definisce le AV articolazioni dell'ASUR “aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, organizzate nel territorio” (Padrin, 2022). I compiti a loro assegnati sono: la definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale e al loro perseguimento attraverso i piani di area vasta, la gestione delle risorse umane e strumentali dei servizi sanitari, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali, il coordinamento dei servizi sanitari relativi ai differenti livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione), la rilevazione, l'orientamento e la valutazione della domanda socio-sanitaria e la verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché la valutazione complessiva dei consumi, la corretta utilizzazione delle risorse assegnate, la gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza di area vasta e la negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali.

Al netto delle varie riorganizzazioni susseguitesi negli anni, questo è l'assetto del SSR marchigiano nel 2022 costituito dai seguenti enti ufficiali: ASUR Marche, articolata in 5 Aree Vaste e distretti, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali

Riuniti, l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord e l'Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani (INRCA).

4.2. Il nuovo SSR: le AST

L'8 agosto 2022 la Regione Marche ha approvato la LR n.19 "Organizzazione del Servizio Sanitario" (entrata in vigore dal 1 gennaio 2023), innovando l'assetto del SSR che ancora aveva l'impostazione data venti anni prima dalla LR n.13/2003. Una riforma non del tutto inaspettata dato il malcontento generale nei confronti dell'ASUR per il mancato raggiungimento delle finalità per cui era nata, quali la standardizzazione e l'omogeneità di servizi e prassi a livello regionale ed equità nell'accesso ai servizi sanitari, che *de facto* si è rivelata lenta e appesantita nel suo funzionamento (Padrin, 2022) e con bassa responsabilizzazione a livello locale (Pesaresi, 2022). Ciò che ha portato al riordino del SSR è la necessità di semplificare il quadro amministrativo per dare maggiori risposte ai cittadini rendendo protagonisti i territori e attuare una seria spending review come spiega il presidente della Regione Acquaroli (Comunicato stampa regionale, 5 luglio 2022). La cosa che salta all'occhio è il superamento della centralizzazione attraverso la soppressione dell'ASUR, a decorrere dal 31 dicembre 2022, e l'istituzione di cinque Aziende Sanitarie Territoriali¹⁰ corrispondenti alle 5 Aree Vaste, ma procediamo con ordine all'esamina della nuova legge per poter comprendere meglio come la modifica dell'organizzazione sanitaria incida sui livelli e sulla qualità dell'assistenza erogata dalla Regione.

La nuova legge mantiene i principi e i valori che hanno ispirato il SSN quindi la centralità della persona, l'universalità e la garanzia di livelli di assistenza uniformi ed egualitari (art.1), quello che cambia è l'assetto e la gestione del SSR a partire dagli enti che lo compongono. Allo stato dell'arte ci sono cinque nuove AST, ciascuna dotata di personalità giuridica e autonomia imprenditoriale e organizzativa, affiancate dall'Azienda ospedaliera – universitaria delle Marche e dall'INRCA di Ancona (art.22). Le nuove AST, che ricalcano le ex AV, si articolano in distretti, dipartimenti, uno o più presidi ospedalieri (art. 23) e sono:

- AST di Ancona
- AST di Ascoli Piceno

¹⁰ D'ora in poi AST.

- AST di Fermo
- AST di Macerata
- AST di Pesaro – Urbino;

l'allegato A specifica gli ambiti territoriali di riferimento delle AST che corrispondono ai territori provinciali, ad eccezione dei Comuni di Cingoli, Apiro e Poggio San Vicino che appartengono all'AST Ancona ma sono della provincia di Macerata. Rispetto all'assetto precedente due sono le principali differenze strutturali, la scomparsa dell'ASUR e la fusione nell'AST di Pesaro – Urbino dell'Azienda “Ospedali Riuniti Marche Nord” con l'Area Vasta 1, per un totale di sette aziende rispetto alle precedenti quattro con una dimensione di popolazione di circa 300 mila assistiti per AST (valore inferiore rispetto alla media italiana di 538 mila abitanti / ASL) (Piercamilli, Grinta, 2022). Il compito delle AST è la gestione dell'erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali, la garanzia delle prestazioni dei LEA e l'integrazione socio – sanitaria territoriale. Gli organi che amministrano le AST sono il direttore generale (art.25), responsabile della gestione del raggiungimento degli obiettivi e dell'impiego delle risorse, una nuova clausola che lo riguarda è che può effettuare massimo due mandati consecutivi nello stesso ente (comma 11); il Collegio di Direzione (art. 27), composto dai direttori di distretto, direttori di dipartimento, direttori di presidio, coordinatori degli ambiti sociali territoriali¹¹, direttore sanitario e amministrativo, si occupa della pianificazione e del governo delle attività cliniche (ricerca, didattica, formazione, attività libero – professionale); Collegio sindacale (art. 28), in carica per tre anni costituito da tre membri per le AST e cinque per l'AOU Marche. Un altro elemento di novità è costituito dal rilievo dato ai Comuni, in linea con il principio alla base della legge di dare maggior enfasi al territorio, che in base agli artt. 5, 8, 9 e 10, partecipano alla programmazione socio – sanitaria a livello regionale con la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio – sanitaria, a livello di AST e di Distretto con la Conferenza dei sindaci, inoltre possono stipulare convenzioni con gli enti per erogare servizi integrativi di livelli di assistenza con oneri a proprio carico ed esprimere pareri preventivi e consuntivi sull'operato del direttore generale. Per quanto riguarda gli strumenti di programmazione a livello regionale e locale sono rappresentati da:

¹¹ D'ora in poi ATS.

- Piano socio – sanitario regionale¹² (PSSR), ha durata triennale, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale, l'organizzazione del SSR, le strategie di sviluppo dei servizi in relazione ai bisogni di salute per garantire LEA uniformi ed equi (art. 14); il nuovo PSSR 2023 – 2025 è stato approvato dalla Giunta Regionale l'8 agosto 2022 in concomitanza alla LR n. 19;
- Atto di definizione degli obiettivi sanitari annuali dell'attività degli enti, individua per l'anno di riferimento le azioni del PSSR da attuare ed è approvato dalla Giunta regionale (art.15);
- Piani attuativi degli enti del SSR, ha durata triennale ma viene aggiornato annualmente, è lo strumento con cui gli enti del SSR definiscono le attività e le modalità operative in relazione alle risorse disponibili; viene elaborato dal Collegio di direzione tenendo conto dei pareri della Conferenza dei sindaci e della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio – sanitaria regionale, successivamente adottato dal Direttore generale dell'AST e trasmesso alla Giunta che ne verifica la conformità e lo approva (art. 16);
- Programma delle attività territoriali (PAT), è relativo al distretto ed è predisposto dal Comitato dei sindaci e dal direttore di distretto, elenca i bisogni e gli interventi sanitari e socio – sanitari da realizzare nell'anno di riferimento (art.17).

In merito agli strumenti di monitoraggio e controllo la legge prevede la relazione sanitaria regionale e la relazione sanitaria degli enti del SSR, mentre la Giunta si occupa di effettuare una funzione generale di controllo gestione per verificare i risultati in termini di buon andamento e conseguimento dell'equilibrio economico e di valutazione dei direttori generali (art.39). Inoltre, la Regione si occupa del controllo sui seguenti documenti, bilancio pluriennale di previsione, bilancio preventivo economico annuale, bilancio di esercizio, Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), programmi di spesa sempre in un'ottica di attenzione all'economicità, efficienza ed efficacia dello svolgimento delle attività. Questi strumenti valorizzano ogni livello di governo come regolatori del funzionamento dell'intero sistema (Piercamilli, Grinta, 2022).

¹² D'ora in poi PSSR.

In termini di organizzazione aziendale, viene dato un forte impulso al decentramento decisionale verso dipartimenti, distretti e presidi per ottimizzare l'efficienza operativa ed evitare un'eccessiva burocratizzazione, addirittura nell'art.24 si invita ad evitare duplicazioni organizzative e funzionali in relazione alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte alle funzioni aziendali. Per quanto riguarda le funzioni tecniche dell'ASUR sono state assorbite dall'Agenzia sanitaria regionale¹³, ovvero il coordinamento delle procedure concorsuali per il reclutamento e la definizione del fabbisogno di personale, la programmazione degli acquisti centralizzati di beni, servizi e lavori pubblici, il supporto alla stazione unica appaltante (SUAM) e la raccolta ed elaborazione dei flussi informativi dei dati e delle informazioni di interesse sanitario.

Per quanto concerne la governance, ovvero la ripartizione delle responsabilità, il modello della Regione Marche è compatto e con un numero limitato di livelli:

- regionale composto da Dipartimenti Programmazione integrata e Risorse finanziarie, umane e strumentali;
- erogatori pubblici e privati, le cinque AST, l'AOU Marche, l'INRCA e le strutture private accreditate; le AST che erogano i servizi si interfacciano direttamente con il livello politico locale grazie alla conferenza dei sindaci;
- periferico, frammentazione di erogatori pubblici e privati, questi ultimi sono dislocati su tutto il territorio regionale.

Le novità riguardano l'eliminazione del livello decisionale intermedio rappresentato dall'ASUR, riconoscendo una forte autonomia gestionale, decisionale ed economico – finanziaria alle AST che sono direttamente responsabili del raggiungimento dei risultati prefissati (Piercamilli, Grinta, 2022).

Riassumendo, il legislatore ha operato scelte per semplificare il quadro amministrativo del SSR e raggiungere livelli assistenziali maggiori e migliori concedendo una maggiore autonomia agli enti territoriali, le AST, e riorganizzando le risorse in funzione delle reali esigenze della comunità (Acquaroli, 2022).

¹³ D'ora in poi ARS.

4.2.1. Criticità

Ci sono aspetti della LR n.19/2022 che meritano un maggiore approfondimento data la portata del nuovo impianto sanitario regionale e le ripercussioni che ha sui livelli e sulla qualità dell'assistenza erogata dalla Regione.

Uno di questi è la retrocessione della prevenzione, in quanto nel nuovo assetto l'organizzazione dell'AST è così articolata “distretti, dipartimenti, uno o più presidi ospedalieri” (art. 23, comma 6) senza alcun riferimento al Dipartimento di prevenzione, che di fatto viene ridotto a uno dei tanti dipartimenti privandolo di una propria autonomia e di budget. Questa disposizione non sembra essere compatibile con la normativa statale, la legge n.833/1978 e il successivo D.Lgs 502/1992 stabiliscono che il SSN si articola in tre grandi aree, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera e la prevenzione collettiva e sanità pubblica incentrata nel Dipartimento di Prevenzione, in aggiunta, i LEA garantiscono i servizi rispettando questa tripartizione (DPCM 12/1/2017), è evidente che le tre aree individuate a livello statale non coincidano con quelle indicate dal legislatore marchigiano (Padrin, 2022). Il Dipartimento di prevenzione non è l'articolazione di qualcosa di più grande ma è il contenitore organizzativo obbligatorio preposto ad erogare tutte le prestazioni di prevenzione per il territorio (Pesaresi, 2022) e alla luce della pandemia da Covid-19 è ancora più chiara l'importanza che tale Dipartimento ha, tanto che andrebbe potenziato e rinforzato e non retrocesso.

Un'altra considerazione che può essere fatta è in merito al ridimensionamento delle unità operative, tutto il potere decisionale e operativo è affidato ai dipartimenti, o meglio, al Direttore di dipartimento, che da solo partecipa ai processi decisionali della direzione aziendale e non anche le altre unità operative (art.33) (Pesaresi, 2022). Questa impostazione porta a parlare di dipartimentalizzazione spinta, un'organizzazione caratterizzata da un forte spostamento di competenze e potere dalle unità operative, che hanno solo funzioni consultive, ai dipartimenti, ciò è evidente anche dal numero di volte in cui i dipartimenti vengono citati nel testo di legge, ben 70, contro le sole 4 volte delle unità operative (Pesaresi, 2022).

Altra criticità è rappresentata dal ridisegno territoriale degli ambiti sociali, il D.Lgs 147/2017 prevede che i distretti sanitari coincidano con gli ATS e i centri per l'impiego per favorire l'integrazione socio – sanitaria, ma nella regione Marche ci sono 13 distretti sanitari e 23 ATS, un'evidente non coincidenza. La legge 328/2000 affida alla Regione il compito di determinare gli ambiti sociali, pertanto, solo la

Regione può intervenire per sistemare questo disallineamento tra settore sanitario e sociale, tuttavia la nuova legge all'art.47, afferma che non è possibile superare il numero dei distretti già esistenti. Sembrerebbe emergere una poca considerazione da parte del legislatore nei riguardi dell'ambito sociale, subordinato a quello sanitario e destinato a doversi adeguare (Pesaresi, 2022).

In merito alla scelta di istituire Aziende sanitarie che coincidano con le province si può dire che sia una scelta in linea con le altre regioni italiane, ma si registra una differenza importante in termini di dimensioni, le ASL italiane hanno una media di 510.000 abitanti quelle marchigiane 303.000 con il rischio di avere aziende poco efficienti (Pesaresi, 2022). Un'altra considerazione in merito è che un aumento del numero delle aziende, da 4 a 7, comporti un aumento dei costi di gestione per via dei servizi amministrativi e tecnici e di personale necessario in ogni azienda, ma di questo aspetto la Giunta sembra non averne tenuto conto perché nella relazione finanziaria allegata alla proposta di legge si parla solo dei costi delle figure dirigenziali (Pesaresi, 2022).

Una volta approvata la legge l'8 agosto 2022, la Giunta avrebbe dovuto provvedere alla nomina dei Direttori di AST così da essere pronti con l'entrata in vigore della nuova legge dal 1 gennaio 2023, nei fatti ci si è ritrovati con un gestione delle AST affidata a commissari con incarico di due mesi con conseguenti ritardi nell'organizzazione del nuovo SSR dovuti a una gestione commissariale, basti pensare al CUP su base regionale a uno su base provinciale o al rinnovo di tutti i contratti con privati (Quotidianosanità, 2023), solo il 30 maggio 2023 è arrivata la nomina ufficiale dei Dirigenti AST.

Altre questioni sono legate alla carenza di organico e di posti letto, a fronte della territorializzazione decantata dall'amministrazione regionale nei fatti non sono state stanziare risorse per il potenziamento del personale o dei servizi, infatti si assiste a una grande fuga da parte dei medici ospedalieri, secondo i dati dell'IRES – CGIL nelle Marche la media dei medici che si è dimesso è dal 3,8 % rispetto a una media nazionale del 2,9% e ad una crescente mobilità passiva sanitaria (+16,3%) a fronte di una mobilità attiva molto bassa (+ 3,7%) che comporta una perdita di 21,1 milioni di euro (Coticelli, 2023). Un altro dato da tenere in considerazione dallo studio condotto dalla CGIL è che entro il 2026 circa 2000 medici e 600 infermieri andranno in pensione in un contesto in cui non sono previsti piani di assunzione per il personale sanitario e in cui i giovani se ne vanno in cerca

di lavoro. Sia il Consiglio Regionale dell'Economia e del Lavoro (CREL) che le associazioni sindacali hanno bocciato il piano socio sanitario 2023 – 2025 approvato contestualmente alla LR 19/2022 perché a fronte di tante promesse e principi non contiene azioni concrete che aggrediscono i problemi sollevati dalla questione Covid – 19 e non affronta i nodi strutturali della sanità marchigiana (CGIL, 2023). I problemi hanno dei connotati precisi e sono: liste di attesa, pronto soccorso, sanità territoriale, integrazione socio – sanitaria, rette per le residenze degli anziani, prevenzione, ruolo del privato, potenziamento delle dotazioni organiche, ma non vengono menzionati nel nuovo PSSR, un piano che nasce già “vecchio” in quanto i dati messi a disposizione riguardano gli anni 2019, 2020 e 2021 (Anconatoday, 7 agosto 2023).

4.3. I servizi socio – sanitari della Regione

Le politiche sociali sono diventate di competenza esclusiva delle Regioni a seguito della riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione, delegittimando il livello nazionale di programmazione sociale, lo Stato si occupa di definire i livelli essenziali definiti nel DPCM 12 gennaio 2017. Tale decreto definisce l'assistenza socio - sanitaria come l'insieme di prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

A livello locale, la programmazione sociale risente, fortemente dell'impegno politico e delle risorse investite a livello di singolo comune o dei comuni associati. I dati Istat (2021) sulla spesa sociale dei comuni mettono in luce il perdurare di differenze regionali molto marcate, si passa dai 22 euro pro – capite della Calabria ai 540 della provincia autonoma di Bolzano, le Marche si attestano con 108 euro per abitante al di sotto della media nazionale di 124 euro (Tartari, 2022). Le disuguaglianze attengono non solo alla comparazione tra regioni, ma anche tra singoli ambiti territoriali sociali all'interno di una stessa regione.

Gli ATS della regione Marche sono stati attivati nel 2002, con l'intento di organizzare una risorsa attraverso la quale erogare tutte le attività sociali interne ed esterne alle istituzioni pubbliche, uno strumento che potesse gestire il benessere della comunità. Gli ambiti territoriali permettono l'integrazione sociale e sanitaria

perché permettono di programmare e gestire le attività di sostegno, accompagnamento, promozione, a persone e famiglie, in altre parole fa attività di pianificazione sociale. Attualmente nelle Marche ci sono 23 ATS, sono troppi per una regione piccola di soli 1,5 milioni di abitanti, tanto che il risultato è una realtà organizzata a macchia di leopardo che fatica a trovare un'efficienza adeguata (Tacchi, 2022). Tornando al discorso delle disuguaglianze, i dati marchigiani mostrano un'elevata variabilità di spesa sociale pro – capite, il gap è di 109 euro con il massimo nell'ATS di Ancona (168 euro/residente) e il minimo nell'ATS 23 – Unione Comuni Vallata del Tronto (59 euro/residente) (Tartari 2022). Le distanze maggiori riguardano gli ATS dei capoluoghi di provincia che presentano valori medi più alti rispetto agli ATS delle aree interne, ad eccezione del maceratese.

In questo quadro regolativo nazionale, la Regione Marche ha sviluppato il suo piano di programmazione sociale approvando il nuovo Piano Socio Sanitario 2023 -2025 Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani. I principi di integrazione tra sanità e sociale sono alla base del nuovo documento che si propone come obiettivi la riduzione delle disuguaglianze e il miglioramento delle condizioni di vita e dello stato di salute della popolazione, il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale, lo sviluppo di ospedali di alta specializzazione e strutture minori diffuse su tutto il territorio, l'abbattimento delle liste di attesa, la drastica riduzione di mobilità passiva, l'integrazione tra servizi pubblici e privati, la lotta agli sprechi e l'ottimale utilizzo delle risorse regionali, nazionali ed europee. Come dichiarato dal presidente Acquaroli, *“il nuovo piano sanitario parte da una analisi dei fabbisogni effettuata in maniera scientifica in collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche che ci ha restituito la reale domanda sanitaria della popolazione e da un lungo percorso di confronto con i territori, i Sindaci e le categorie sociali; da una visione esclusivamente ospedali-centrica si passa a una sanità che vede nel territorio e nella medicina territoriale elementi strategici del nostro sistema sanitario per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini”*.

Il presente piano socio - sanitario vede il consolidamento e lo sviluppo del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari come priorità assoluta, coerentemente con i LEA, potenziando il sistema della prevenzione e delle cure territoriali, sviluppando piani assistenziali individualizzati e coerenti con i bisogni di salute e ribadendo la centralità dei bisogni del cittadino, che non si deve trovare in balia di sistemi assistenziali rigidi e incapaci di comunicare.

Il contenuto fondamentale del Piano riguarda la descrizione dei Programmi Strategici della Regione per i prossimi tre anni nei seguenti ambiti: prevenzione, assistenza territoriale con particolare riguardo alla rete socio sanitaria sul territorio delle cure primarie, le Case della comunità, gli Ospedali di comunità, le disabilità, Malattie rare, Salute mentale, Dipendenze patologiche, Cure palliative, sanità penitenziaria, assistenza ospedaliera, tempi di attesa, assistenza farmaceutica, della protesica e dei dispositivi medici, innovazione e digitalizzazione nel SSR, adeguamento infrastrutturale, qualificazione del personale e valorizzazione della ricerca ed infine interventi in ambito normativo, organizzativo e relazionale.

Il Piano colloca le Marche tra le regioni italiane caratterizzate da un sistema di welfare “social-programmatorio”, che si differenzia da quello “comunitario-mercantile” tipico della Lombardia, e da quello che caratterizza la maggior parte delle regioni del sud, accomunate da uno scarso investimento nel sociale. Il sistema di welfare sociale marchigiano ha, dato priorità all’ autonomia dei Comuni singoli o associati in ATS gestiti da un Coordinatore (Genova, 2022).

Il contesto demografico e sociale della regione è complesso, si possono osservare diverse componenti, un progressivo aumento dell’età media della popolazione delle Marche (ISTAT, 2018), la presenza di una percentuale di popolazione straniera stabile, la riduzione del numero di componenti delle famiglie residenti, il calo del tasso di fecondità, tassi di disoccupazione in crescita, tasso di attività femminile (64,4%) superiore alla media nazionale (56,5%) e un’incidenza della povertà pari al 10,7% delle famiglie (Genova, Tacchi, Drago, 2022). Tutto ciò ha un pesante risvolto in termini di aumento di patologie croniche, degenerative e invalidanti e di una riduzione delle disponibilità dei nuclei familiari che comportano nuove necessità assistenziali per la popolazione. Di certo non sono trascurabili l’impatto devastante dell’emergenza pandemica da Covid-19 né gli eventi sismici del 2016 – 2017 che hanno colpito la regione Marche che hanno evidenziato la necessità di sviluppare forme assistenziali meno rigide e più velocemente riconfigurabili che forniscano risposte assistenziali ai disagi derivanti da bisogni emergenti e dalla variabilità delle necessità dei cittadini.

Questo complesso quadro appena descritto rende necessario un riassetto operativo e funzionale delle strutture territoriali, gli ATS, in modo da prevenire ricoveri ripetitivi, costosi e non risolutivi ed assicurare continuità assistenziale e una risposta concreta ai bisogni dei cittadini marchigiani.

CONCLUSIONI

Riprendendo il tema delle disuguaglianze sociali nella salute affrontato nel primo capitolo è chiaro che esisteranno sempre all'interno della società ma occorre contrastarle e lavorare per ridurle il più possibile sia per una questione di giustizia che di costi. Non va dimenticato che, gli interventi mirati a ridurre tali disuguaglianze, pur comportando costi iniziali, potrebbero ridurre i costi umani ed economici associati a esse, che sono tutt'altro che trascurabili, basti pensare alla crescita delle spese di welfare per il servizio sanitario nazionale. Le politiche sociali dovrebbero cessare di essere viste come un investimento improduttivo, al contrario, assumono una valenza produttiva in quanto favoriscono la partecipazione degli individui e sostengono lo sviluppo e la crescita economica. Uno sviluppo che non va visto solo in termini di crescita economica, ma anche come promozione e avanzamento del progresso umano e delle condizioni di vita complessive. Si fa strada un nuovo concetto di welfare considerato non più come un "fardello" per l'economia di un paese o come un "ostacolo" al suo progresso, ma piuttosto come un investimento nel capitale umano e come un sostegno per l'economia stessa, passando da un semplice assistenzialismo ad un investimento nelle capacità delle persone. È chiaro che per affrontare le disuguaglianze nella salute, non è sufficiente affidarsi unicamente a politiche sanitarie, ma sono necessarie politiche integrate che combinino interventi educativi, ambientali e di welfare (Herzlich e Adam, 1999). È cruciale intervenire in una varietà di contesti, tra cui la famiglia, la scuola e il lavoro ed utilizzare una gamma diversificata di strumenti, come campagne educative per promuovere stili di vita salutari, politiche per il miglioramento delle condizioni abitative e il sostegno del reddito, azioni per ridurre l'inquinamento, controlli sulla qualità degli alimenti, e così via. Un'ulteriore considerazione che rafforza il fatto che le disuguaglianze della salute non possano essere ridotte solo con interventi sanitari può essere fatta riprendendo quanto detto nel paragrafo 1.5 a proposito della situazione nei paesi più sviluppati in cui vengono offerte maggiori tutele grazie all'istituzione di un servizio sanitario nazionale. Si potrebbe infatti pensare che i paesi più ricchi, in cui c'è un maggior benessere, siano esenti dalla mortalità o dalle malattie ma non è così, anzi, nonostante non ci siano condizioni di povertà assoluta sia poveri che ricchi continuano a morire e non per mancanza di cibo o beni essenziali ma a causa di malattie cardiache, tumori, malattie legate a droghe, alcool, fumo, obesità, incidenti e morti violente (The Marmot Review Team 2010). Un

altro esempio di come le differenze nella salute non riguardino solo i più svantaggiati viene fornito dallo studio di Redelmier e Singh pubblicato da Plos One nel 2022, il quale, confrontando la speranza di vita degli attori che hanno vinto un oscar con quella degli attori che sono stati solamente nominati per l'Oscar della medesima età hanno scoperto che i primi vivono in media cinque anni in più.

Tuttavia, per poter rispondere all'interrogativo posto all'inizio di questo lavoro rispetto alla capacità di rispondere ai bisogni di salute e alla riduzione delle disuguaglianze della nuova legge regionale n.19/2022 della giunta marchigiana è stato necessario comprendere il contesto generale per poi scendere nel dettaglio dei singoli articoli della normativa per coglierne le novità e le criticità (Capitolo 4, paragrafi 4.2 e 4.2.1). Da questa analisi è emerso che il nuovo assetto sanitario marchigiano prevede la presenza di 5 AST sul territorio, ciò significa ritrovarsi con cinque aziende diverse, ciascuna dotata di autonomia imprenditoriale e personalità giuridica, analogamente a quanto avvenuto a livello nazionale con la riforma del Titolo V che ha portato all'instaurazione di 21 sistemi sanitari diversi che hanno nei fatti acuito il divario tra Nord e Sud perdendo il significato solidaristico istitutivo, che era quello di creare uno slancio trainante tra le regioni più virtuose e quelle meno adempienti. Similmente questo è quello che potrebbe accadere anche a livello regionale, con il rischio di ampliare le differenze tra territori in termini di offerta e spesa pro – capite con il risultato che il diritto alla salute diventi un diritto differenziato a seconda del territorio oltre che condizionato, in quanto vincolato alla disponibilità delle risorse.

Un altro aspetto da considerare è l'intento che ha spinto alla riforma e all'abbandono dell'azienda sanitaria unica ASUR, la giunta ha spiegato che l'intento è quello di portare la sanità più vicino al cittadino ma non si chiarisce in che modo né si fa riferimento all'organizzazione di una rete ospedaliera. Inoltre, viene sottolineato come il nuovo assetto non comporterà spese aggiuntive rispetto a quello precedente, ma ci si chiede come sia possibile a fronte di un numero maggiore di aziende, e se ci saranno dei miglioramenti se la spesa è addirittura inferiore. L'obiettivo della riforma non può essere solo la riduzione della spesa per rientrare nell'equilibrio di bilancio, è necessario intervenire con una riorganizzazione strutturale per garantire un maggior equilibrio nell'unitarietà del sistema tra Stato e Regione; bisogna tornare a privilegiare a tutti i livelli il processo di programmazione e progettualità, se il processo decisionale è carente vengono

colpite solo le strutture organizzative ma restano in funzione le parti di offerta che dovrebbero essere rimosse o riconvertite. In assenza di programmazione e in uno stato di subordinazione alla crisi economica c'è il rischio di adottare interventi che colgono solo l'aspetto della restrizione delle risorse, che si traducono in tagli alla spesa, e di attuarli in ritardo rispetto alle esigenze di riorganizzazione.

Infine, non può non essere fatta una considerazione sul tema della prevenzione, grande assente all'interno della LR n.19/2022, questo suscita preoccupazione perché mette in discussione un pilastro del SSN faticosamente raggiunto nel corso degli anni e fondamentale per la salute dei cittadini in nome della legge di bilancio. Lo scenario che si prospetta per le Marche è quello di un progressivo spostamento del proprio baricentro vero sud, anche alla luce del recente rapporto sulle "Performance regionali 2023" (CREA Sanità), mentre si attua una riforma sanitaria che sembra non saper far fronte ai bisogni di salute e che sembra voler smantellare il sistema pubblico universalistico. È importante ricordare che la sanità pubblica non può essere messa in discussione perché significherebbe compromettere la salute dei cittadini, al contrario, occorre rimetterla al centro dell'agenda politica e rilanciarla con investimenti e finanziamenti.

BIBLIOGRAFIA

AIS, Sociologia della salute e della medicina, Newsletter Giugno 2023, pp. 2 -5

Balduzzi R. (2005), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano: Giuffrè editore

Bertin G. (2012), *Welfare regionale in Italia*, Venezia: Edizioni Ca' Foscari

Blane D., Bartley M., Davey Smith G. (1997), *Disease Aetiology and Materialist Explanations of Socioeconomic Mortality Differentials*, in «European Journal of Public Health», 7, pp. 385-391

Blaxter M. (1990), *Health and Lifestyles*, New York: Routledge

Blaxter M. (1990), *Health and Lifestyles*, New York: Routledge

Briggs A. (1961), *The Welfare State in Historical Prospective*, Archives of European Sociology, n. 2

Calamandrei C. (2015), *Manuale di management per le professioni sanitarie*, Milano: McGraw-Hill Education, cap. 3

Clini, G. (2012), *1970-2010 Il processo evolutivo dell'ordinamento sanitario della regione marche (Tomo1)*, Ancona: Tecnoprint editrice

Clini, G. (2012), *1970-2010 Il processo evolutivo dell'ordinamento sanitario della regione marche (Tomo2)*, Ancona: Tecnoprint editrice

Cockerham W. (2007), *Medical Sociology*, Upper Saddle River: Prentice Hall

Costa G., Faggiano F., Ghetti V., Golini A., Muraro G. e Renga G. (1994), *Introduzione: equità nella salute, lo scenario italiano*, in G. Costa e F. Fagiano (a cura di), *L'equità della salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali*, Milano: Franco Angeli, pp. 23-42

Cotichelli G. (2023), *La salute nelle Marche: riformare il sistema per quali obiettivi*, Capo Horn, n. 24, pp. 29 – 31

D'Angela D, Polistena B, Spandonaro F, 2023, *“Le Performance Regionali” XI edizione 2023*, CREA Sanità, Roma: Università San Raffaele

Di Stanislao F. (2008), *Organizzazione dei servizi sanitari*, Ancona: Università Politecnica delle Marche

- Esping-Andersen G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press
- Esping-Andersen G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press
- EURISPES (2023), *Il termometro della salute, il 2° rapporto sul sistema sanitario italiano*
- Feroni Cerrina G. Livi Bacci M. Petretto A. (2017), *Pubblico e Privato nel sistema di Welfare*, Firenze: Fondazione CESIFIN Alberto Predieri
- Ferrera M. (1993), *Modelli di solidarietà*, Bologna: Il Mulino
- Ferrera M. (1996), *The “southern model” of welfare in social Europe*, Journal of European Social Policy, 6 (1), pp. 17-37
- Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna: Il Mulino
- Gallino L. (1993), *Dizionario di sociologia*, Milano: Tea
- Genova A. Palazzo F. (2008), *Il welfare nelle Marche*, Roma: Carocci editore, cap. 1,2,3
- Genova A. Pesaresi F. (a cura di), (2022), *Rapporto sull'assistenza nelle Marche 2022, Le sfide e le prospettive per il welfare sociale territoriale integrato*, Milano: FrancoAngeli editore, cap. 2, 3, 9
- GIMBE, (2022) *Rapporto sul SSN, 2022*, Roma: Fondazione GIMBE
- ISTAT, 8 marzo 2023, *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute*
- Jylha M. (2009), *What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model*, in “Social Science and Medicine”, 69, pp. 307-316
- Lannutti V. (2011), *Metodologia della rilevazione dei bisogni e della pianificazione*, Materiale didattico Corso di qualifica per operatore socio sanitario, ENFAP Marche
- Link B.G. e Phelan J. (1995), *Social Conditions as Fundamental Cause of Health*, in «Journal of Health and Social Behavior», 35, pp. 80-94

- Link B.G. e Phelan J. (1995), *Social Conditions as Fundamental Cause of Health*, in «Journal of Health and Social Behavior», 35, pp. 80-94
- Lynch J., Kaplan G.A. e Salonen J.T. (1997), *Why do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychosocial Characteristics by Stages of the Socio-Economic Lifecourse*, in “Social Science & Medicine”, n. 44, pp. 809-19
- Marmot M. (2004), *Status Syndrome*, London: Bloomsbury Publishing
- Materazzi M.R. (2018), *La Regione Marche e la sanità. Un'esperienza vissuta da dentro*, Ancona: edizione ae
- McDowell I. e Newell, C. (1996), *Measuring Health A Guide To Rating Scales And Questionnaires*, New York: Oxford University Press
- Meridiano sanità – Le coordinate della salute, Rapporto 2018, Milano: The European House Ambrosetti
- Neresini F. (2001), *Salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico*, in *Sociologia della salute*, Roma: Carocci
- Pavolini E. Sabatinelli S. Vesan P. (2021), *I servizi di welfare in Italia alla prova della pandemia. Uno sguardo di insieme*, Bologna: Il Mulino – Rivisteweb, Fascicolo 2, maggio – agosto 2021
- Pesaresi F. (2022), *La riforma della sanità marchigiana*, Welfare ebook n.5/2022
- Piercamilli S. Grinta R. (2022), *La riorganizzazione del Servizio Sanitario nella Regione Marche*, Roma: FRG Editore, Mondo sanitario 10 – 11/2022 pp. 37 - 52
- Robert S.A. e House J. (2000), *Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-Community-, and Societal-Level Theory and Research*, in Albrecht, G.L, Fitzpatrick R. e Scrimshaw, S.C. (a cura di) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London: Sage, pp. 115-135
- Stansfeld S. A. (2006), *Social support and social cohesion*, in *Social determinants of health*, Marmot, M. e Wilkinson, R.G. (a cura di), New York: Oxford University Press, pp. 148-171
- Titmuss, R. (1974), *Social Policy*, London: Allen and Unwin
- Vigliotti S. Vattai S. (2014), *Welfare State*, Bolzano: IPL

Wadsworth M.E. J. (1997), *Health Inequalities in the Life Course Perspective*, in “Social Science and Medicine”, 44, pp.859-869

White K. (2002), *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London: Sage

White K. (2006), *The Sage Dictionary of Health and Society*, London: Sage

Wilensky H.L. (1975), *The Welfare State and Equality*, Berkley: Univ. of California Press

Willson A.E., Shuey K.M., Elder G.H. (2007), *Cumulative Advantage Processes as Mechanism of Inequality in Life Course Health*, in “American Journal of Sociology”, 112, pp.1886-1924

SITOGRAFIA

ISTAT (2020), Dati statistici per il territorio, Regione Marche

Available at:

https://www.istat.it/it/files/2020/05/11_Marche_Scheda_rev.pdf

Confartigianato, Marche, Dinamica della spesa pubblica sanitaria corrente_variazioni % quinquennali

Available at:

<https://www.anap.it/risorse-sanitarie/marche>

CISL, agosto 2023, CGIL, CISL e UIL bocciano il piano socio sanitario

Available at:

<https://www.marche.cgil.it/cgil-cisl-e-uil-marche-bocciano-il-piano-socio-sanitario-regionale/>

Anconatoday, 7 agosto, 2023, “Il Pd boccia il piano socio sanitario: «E' irricevibile»

Available at:

<https://www.anconatoday.it/politica/piano-socio-sanitario-marche-pd.html>

Sossanita, 4 agosto 2022, Riforma sanitaria nelle Marche: la retrocessione della prevenzione di Franco Pesaresi

Available at:

<https://www.sossanita.org/archives/17739>

Osservatoriosullefonti, Regione Marche e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale: la l.r. 8 agosto 2022, n. 19 (3/2022) di Chiara Padrin

Available at:

<https://www.osservatoriosullefonti.it/archivi/archivio-rubriche/archivio-rubriche-2022/552-fonti-delle-regioni-ordinarie/4334-osf-3-2022-marche>

Il resto del carlino, 5 aprile 2022, Nelle marche valori inferiori al dato nazionale per le risorse destinate alla sanità

Available at:

<https://www.ilrestodelcarlino.it/pubbliredazionali/nelle-marche-valori-inferiori-al-dato-nazionale-per-le-risorse-destinate-alla-sanit%C3%A0-1.7537637>

CISL Marche, 9 luglio 2017, Quale sistema salute e quale sanità nelle Marche

Available at:

https://www.pensionaticislmarche.it/public/pdf/pdf_9894_quale-sistema-salute-e-quale-sanita-nelle-marche.pdf

Piano Socio Sanitario 2023 – 2025 Regione Marche

Available at:

https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Programmazione_organizzazione/2023-05-25%20finale%20PSSR-FINALE.pdf

Anconatoday, 26 maggio, 2023, “La Regione Marche approva il piano socio-sanitario: gli obiettivi

Available at:

<https://www.anconatoday.it/benessere/salute/piano-socio-sanitario-2023-marche.html>

Saluteinternazionale.info, 13 maggio 2015, *Diritto alla salute e riforma del Titolo V*, di Nino Cartabellotta

Available at:

<https://www.saluteinternazionale.info/2015/05/diritto-alla-salute-e-riforma-del-titolo-v/>

Ministero della Salute, 30 gennaio 2019, *I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*

Available at:

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=5073&lingua=italiano&menu=vuoto>

Wilkinson R.G. e Marmot M. (a cura di) (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, WHO Regional Office for Europe/Library Cataloguing in Publication Data (<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>)

The Marmot Review Team (2010) *Fair society, Healthy Lives, Strategic Review of Health Inequality in England post-2010*

Available at:

<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Saluteinternazionale.info, 25 luglio 2022, *L'esternalizzazione dei servizi sanitari* di Marco Geddes da Filicaia

Available at:

<https://www.saluteinternazionale.info/2022/07/lesternalizzazione-dei-servizi-sanitari/>

RINGRAZIAMENTI

Intendo dedicare questo ultimo (ma non per importanza) spazio, a coloro che mi hanno sostenuta e supportata in questo percorso di studi.

In primis, ringrazio il mio relatore, il Prof. Lannutti, per la disponibilità e per avermi seguita e guidata nella stesura di questo elaborato. Grazie per avermi permesso di accrescere le mie conoscenze in un campo del tutto nuovo per me.

Un secondo ringraziamento va ad una persona speciale, Alessio, il mio punto di riferimento, che grazie al suo contagioso ottimismo mi ha dato sicurezza e fatta credere ancora di più in me stessa.

Non può mancare un doveroso grazie alla mia famiglia, per essermi stata vicina, e alle mie amiche speciali, Ludo e Fede, sempre presenti e pronte a subire ogni mio sfogo.

Come dimenticare i miei compagni di corso, da perfetti sconosciuti a veri amici, grazie anche a voi, Nicolò, Michele, Monica, Stefania e Simona, per aver condiviso gioie e dolori in questi due anni di esami e lezioni.

Infine, voglio ringraziare me stessa, per aver avuto la caparbia e la tenacia di affrontare questa nuova sfida e non mollare mai.