



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

*Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei sistemi socio sanitari*

**L'EVOLUZIONE DEL SSN DAL 1978 AD OGGI**

**THE EVOLUTION OF THE ITALIAN NHS FROM 1978 TO TODAY**

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa SPINA ELENA

Tesi di Laurea di:

MENCARELLI GIACOMO

Anno Accademico 2020/2021

## INDICE

INTRODUZIONE .....	1
CAPITOLO 1 RIFORMA 833/1978 .....	3
1.1 CLIMA SOCIO ECONOMICO.....	3
1.2 VERSO LA RIFORMA .....	8
1.3 IL RUOLO DEGLI ORDINI E DEI SINDACATI MEDICI PER LA RIFORMA.....	13
1.4 IL RUOLO DEL MEDICO.....	17
1.5 DAGLI ENTI OSPEDALIERI ALLE USL.....	22
1.6 INTRODUZIONE SSN, LEGGE 833/1978: UNA RIFORMA IN RITARDO.....	28
CAPITOLO 2 DAGLI ANNI '90 AL NUOVO MILLENNIO .....	34
2.1 IL CLIMA SOCIOECONOMICO.....	34
2.2 LE RIFORME SANITARIE DEI PRIMI ANNI '90.....	38
2.3 RIFORME FINE ANNI '90.....	44
2.4 LA TRASFORMAZIONE DEGLI ATTORI: MEDICI E MANAGER ...	50
2.5 VERSO IL NUOVO MILLENNIO .....	56

CAPITOLO 3 SERVIZIO SANITARIO OGGI.....	62
3.1 FINANZIAMENTO E SPESA, TRA PUBBLICO E PRIVATO.....	62
3.2 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR) .....	72
3.3 SODDISFAZIONE E INSODDISFAZIONE NEL SSN.....	77
3.4 SSR ALLA PROVA del COVID-19 .....	81
CONCLUSIONE .....	86
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	92

## **INTRODUZIONE**

In questo elaborato si analizza la nascita e lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano partendo dalle vicende e dal contesto socioeconomico del dopoguerra fino al contesto attuale. In Italia si inizia a parlare di SSN già nel 1948 (ISS 2018): la Costituzione italiana è l'unica a considerare il diritto alla tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo garantendo cure gratuite agli indigenti (art.32).

Il servizio sanitario è un sistema composto da più parti e da più attori che si impegnano nella promozione della salute, nella cura del malato, nel mantenimento e nel recupero della salute dei cittadini.

Promuovere la salute significa anche sostenere stili di vita sani, coltivare il rispetto e la tutela dell'ambiente, vivere in condizione socioeconomiche adeguate. Tutti questi fattori sono fortemente interconnessi con il servizio sanitario, che spesso può fare poco se gli i fattori precedentemente elencati non sono raggiunti in maniera soddisfacente. Il ruolo del SSN è anche quello di farsi promotore di corretti stili di vita al fine di promuovere il benessere individuale e della comunità.

Il servizio sanitario per operare necessita di risorse provenienti dal sistema economico. Negli ultimi anni sono stati operati molti tagli nei confronti della sanità pubblica, a causa della contrazione economica e dell'aumento della spesa sanitaria. Il presente lavoro si suddivide in tre capitoli.

Il primo capitolo analizza il clima socioeconomico, le dinamiche politiche e sociali nonché l'excursus storico che dal secondo dopoguerra portano alla approvazione della legge 833 del 1978 che istituisce il SSN. Il percorso è molto articolato e complesso, è il secondo paese europeo dell'area mediterranea ad approvare un sistema sanitario universalistico dopo il Regno Unito. Un ruolo fondamentale per l'approvazione della riforma sanitaria viene giocato dai medici di medicina generale, dal settore sociale, da alcuni sindacati e partiti politici. In questo periodo vengono inoltre istituiti gli enti ospedalieri, poi inglobati dalle unità sanitarie locali (USL).

Nel secondo capitolo si prosegue la ricostruzione storica fino ad arrivare ai primi anni del 2000. Si inizia dagli anni '90 dove il mondo occidentale viene attraversato da profondi cambiamenti culturali, economici, politici. In questo periodo in Italia importanti riforme sanitarie vengono approvate, riforme che segnano l'assetto del SSN fino ai giorni nostri, dando vita al processo di aziendalizzazione della sanità. Le riforme più significative sono le leggi 502/1992 e 517/1993, il D.lgs. 229/1999, la legge 56/2000 e la legge costituzionale 3/2001.

Infine, nell'ultimo capitolo si analizza il SSN da come sono cambiate le dinamiche di finanziamento e spesa. Si affronta il tema del livello di soddisfazione degli utenti verso il servizio sanitario dopo poco più di 40 anni dalla sua istituzione. Inoltre, si esamina la struttura regionale della sanità.

Il lavoro viene svolto tramite un'analisi secondaria della letteratura.

# **CAPITOLO 1**

## **RIFORMA 833/1978**

### **1.1 CLIMA SOCIO ECONOMICO**

Le politiche di welfare nascono nel 1881 in Germania, create dalla società economica capitalistica dove uguaglianza e sicurezza sono le finalità principali (Ranci, Pavolini 2015). Le politiche di welfare emergono in risposta alle questioni sociali indotte dall'industrializzazione e alla grande depressione del 1929. Particolare contributo si deve al pensiero dell'economista J. M. Keynes, secondo il quale in caso di crisi economica, lo Stato interviene con le proprie risorse per rendere efficiente il sistema economico al fine di raggiungere la piena occupazione, aumentare la capacità di spesa e quindi per alimentare il sistema capitalistico (Ranci, Pavolini 2015).

A favorire questa nuova frontiera del welfare ci sono degli eventi storici importanti come la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata dalle Nazioni Unite nel 1948; l'avvento dei consumi di massa; l'espansione del modello di produzione industriale fordista, incentrato sulla catena di montaggio (Conti, Silei 2018). Inoltre, di grande rilievo sono la firma tra i paesi occidentali dell'accordo di Bretton Woods nel 1944 e il Piano Marshall. Il primo fa del dollaro la moneta di

riferimento per le transazioni economiche internazionali, il secondo ufficialmente chiamato piano per la ripresa europea (European Recovery Program), è uno dei piani politico-economici statunitensi per la ricostruzione dell'Europa dopo la Seconda guerra mondiale.

L' Italia è uno dei paesi europei più in ritardo nell'applicazione delle politiche di welfare state. Nel secondo dopoguerra, infatti, il territorio italiano è caratterizzato ancora da un'economia fortemente basata sull'agricoltura, con una quota di lavoratori dipendenti molto bassa. Inoltre, alcuni attori fondamentali, come Confindustria e i rappresentanti delle libere professioni, rendono inizialmente impossibile l'applicazione dei modelli universalistici. Questo perché l'Italia del secondo dopoguerra, a differenza dei paesi nordeuropei con un sistema di welfare avanzato, è fortemente connotato da un'economia agricola di sussistenza, con un impianto industriale arretrato, quindi con un numero di lavoratori dipendenti basso rispetto agli altri paesi europei, come gli scandinavi e i britannici. Queste condizioni economiche difficilmente permettono un consistente finanziamento di un sistema di welfare universalistico. La mancanza di una rete industriale diffusa impedisce inoltre lo sviluppo del fordismo, con l'attitudine all'omogeneizzazione dei lavoratori che questo comporta, determinando una carente propensione ad avvicinare i modelli di welfare più evoluti (Conti, Silei 2018).

Nel contesto occidentale il modo più intuitivo per analizzare l'importanza del welfare state nel tempo è la spesa pubblica investita nei programmi sociali (Ranci,

Pavolini 2015). Nel 1960, nei paesi OCSE, la spesa sociale è del 11,2% in percentuale del PIL mentre la spesa pubblica totale è del 27,9%. Nel 1980 queste raddoppiano. Infatti, la spesa sociale arriva al 22,1% e la spesa pubblica totale al 43,1% (Ranci, Pavolini 2015). Tale aumento è imputabile alla grande crescita economica correlata al compromesso sociale di mezzo secolo che permette lo sviluppo del welfare e, quindi, l'avvento dei "Trenta gloriosi", che inizia dal secondo dopo guerra per circa trenta anni (1945-1973).

In questo stesso periodo le politiche di welfare elaborate da J.M. Keynes conoscono il loro maggiore successo. La composizione della spesa pubblica destinata al welfare è formata da sanità, pensioni, e disoccupazione. Visto l'aumento del benessere in questi trent'anni e quindi l'allungamento della speranza di vita, molte risorse sono destinate alla spesa pensionistica, fino a coprire nel 1970 quasi l'intera popolazione europea (92,7%) (Alber, 1982). In Italia c'è uno sbilanciamento importante a favore della spesa pensionistica, rispetto agli altri paesi Europei, tagliando però su disoccupazione e interventi familiari (Ferrera, Fargion e Jessoula 2012). La spesa per l'istruzione impegna grandi risorse economiche, in particolare per la campagna di alfabetizzazione di massa.

Lo schema che si afferma in questo periodo è definito modello di "compromesso sociale di mezzo secolo" (Ranci, Pavolini 2015). Questo modello, caratteristico del trentennio, è composto da:

- Passaggio da un'economia agricola a un'economia industriale;



- Veloce incremento dell'occupazione, aumentando il benessere;
- Importante assottigliamento delle disuguaglianze.

L'aumento delle tutele di welfare coinvolge tutta la popolazione, partendo dalle classi operaie. L'incremento dell'occupazione è un segnale chiaramente positivo, si afferma il "male breadwinner", paradigma che si fonda sull'idea di una divisione di lavoro tra uomo e donna, dove la donna si interessa del compito delle cure non retribuite (figli, parenti anziani) mentre all'uomo spetta il compito di procacciatore di risorse. Quindi è un'occupazione fortemente connotata da divisione di genere (Ranci, Pavolini 2015).

Il rischio principale per la società di questo periodo storico è la perdita di lavoro. Proprio per evitare questo, i principali sistemi di tutela introdotti sono l'estensione delle assicurazioni contro i rischi di invalidità, disoccupazione, vecchiaia e malattia. I "Trenta gloriosi" rappresentano un periodo fondamentale per la copertura sanitaria, che avvenne in tutti i paesi Europei (vedi paragrafo 1.2).

Temi emergenti al riguardo sono la prevenzione primaria e il trattamento dei bisogni acuti, attraverso gli ospedali (Vicarelli 2011).

Agli inizi degli anni '70 si assiste, tuttavia, ad un cambiamento dello scenario macroeconomico occidentale. La crescita economica rallenta, a causa di alcuni importanti fattori come l'aumento dei costi energetici; del costo del lavoro e dell'inflazione oltre che la crescita della competizione internazionale (Triglia 2011).

A ciò si aggiungano la crisi petrolifera del 1973 e la decisione nel 1971 degli U.S.A. di non rendere più operativo l'accordo di Bretton Woods.

In concomitanza si verifica un nuovo fenomeno, "la stagflazione", che si esprime in un aumento dell'inflazione e della contemporanea stagnazione economica (Conti, Silei 2018).

Si avvia l'era postindustriale, cioè si passa da una produzione manifatturiera di beni materiali a una produzione di beni immateriali e di servizi a imprese e persone (Bell 1973).

In Europa si fa strada un nuovo modo di considerare il welfare state. Da "Stato del benessere" si passa a "Stato assistenziale", questo anche come conseguenza dell'affermarsi di nuove forze politiche conservatrici. Grande influenza sul cambiamento delle politiche occidentali viene svolta dal pensiero della Margaret Thatcher, nel Regno Unito, e da Ronald Reagan negli U.S.A. Diversi paesi Europei iniziano a mitigare le loro politiche di spesa sociale, mentre in Italia la spesa pubblica per sanità e pensioni continua a crescere, spesso per sprechi clientelari, fino ad arrivare al 1989, dove la spesa pensionistica e sanitaria superano l'ammontare del PIL (Conti, Silei 2018).

## **1.2 VERSO LA RIFORMA**

Il Servizio Sanitario Nazionale in Italia vede una gestazione molto articolata. Usciti dal periodo delle guerre, l'Italia versa in una condizione socio-economica e infrastrutturale molto svantaggiata. Nella fase della ricostruzione l'istituzione del sistema sanitario non viene messo tra le priorità. Soltanto alcuni cittadini italiani hanno come forma di tutela sanitaria l'assicurazione obbligatoria, che si esplica attraverso le casse mutue per la malattia. Gli aventi diritto a tale tutela sono gli operai di imprese industriali e artigiane. Successivamente la copertura sanitaria viene estesa anche ad altre categorie lavorative. Da ciò si evince come è il lavoro la determinante fondamentale che distingue chi può o meno godere della copertura sanitaria;

Negli altri paesi occidentali, salvo alcune eccezioni, le politiche sanitarie appaiono più avanzate.

Nello specifico, il Regno Unito sembra essere il paese guida sulla nascita del sistema sanitario nazionale, questo grazie anche all'influenza del pensiero dell'economista e sociologo W. Beveridge e dall'approvazione, già nel 1946, della legge sull'istituzione del National Health Service (NHS). Questo modello di Servizio è strutturato su tre livelli:

- 1) medicina di base diffusa sul territorio;
- 2) strutture ospedaliere specialistiche;

3) servizi territoriali per armonizzare i servizi sanitari e sociali.

Questo ultimo livello rappresenta una vera novità. Il NHS è gratuito e finanziato attraverso la fiscalità generale.

In Norvegia viene seguito il modello britannico, con accentramento dei poteri e una diffusa rete territoriale. Il risultato è molto positivo, si arriva a debellare rapidamente malattie endemiche come la tubercolosi (Conti, Silei, 2018). Sempre nel secondo dopoguerra, in Svezia prende avvio un progetto di sistema sanitario nazionale, che a causa di problemi finanziari si istituisce ufficialmente nel 1955, con una fiscalizzazione più a trazione locale.

La Germania presenta una situazione ibrida poiché soltanto alcune cure sono garantite costituzionalmente a tutta la cittadinanza, infatti permane in parte l'assistenza sanitaria connessa al sistema delle assicurazioni occupazionali.

La Francia interviene per singoli settori. Nel 1956 il dinamico governo Mollet aumenta i finanziamenti per affrontare politiche sanitarie verso i temi dell'infanzia abbandonata, degli infermi e degli anziani. In ambito farmaceutico, nasce un nuovo istituto unico nazionale di controllo dei farmaci. Successivamente viene approvato un progetto che dà copertura parziale delle prestazioni sanitarie ai cittadini rientranti negli schemi assicurativi, con un rimborso fino all'80% delle spese sanitarie sostenute (Conti, Silei 2018). Nel 1970 viene varata la nuova legge ospedaliera e viene approvata la carta sanitaria. Quest'ultima prevede una programmazione sanitaria con all'interno prestazioni vincolate al rispetto di precisi parametri e diritti

di base (Conti, Silei 2018). Infine, vi è una capillarizzazione della rete ospedaliera sul territorio.

Negli USA l'assistenza sanitaria viene gestita prevalentemente da privati. Nel 1965 vengono approvati i programmi "Medicare" e "Medicaid" riservati alle fasce più deboli della popolazione. Per la restante parte della cittadinanza rimane l'assistenza privata (Conti, Silei 2018).

In Italia, nell'immediato dopo guerra, viene istituita la Commissione d'Aragona (1947), la quale nel suo report finale sottolinea l'importanza di una sanità gratuita, universale, unitaria e finanziata dai datori di lavoro, dagli enti locali e dallo Stato (Delogu, 1967), (Mazzini, 1980). Questa nuova visione della sanità, tuttavia, non trova parti politiche in grado di sostenerla e attuarla.

Il paese versa in condizioni sanitarie precarie, con un sistema di protezione igienica, alimentare e ambientale molto carente.

Tra i primi sostenitori della riforma sanitaria italiana ci sono igienisti, epidemiologi e il movimento femminile, che vede nella tutela della salute la loro mission. Sul fronte dei contrari alla riforma vi sono i rappresentanti di Confindustria e della Democrazia Cristiana (DC) che preferivano mantenere la solida burocrazia sanitaria creatasi, con al comando la lobby dei medici della mutua, importanti indirizzatori di consenso elettorale (Conti, Silei 2018). Il Presidente di Confindustria Costa e il leader della DC De Gasperi sostengono che "l'onere delle assicurazioni sociali deve ricadere sui lavoratori, raccomandando di limitare la previdenza ai casi estremi e di

affidare ai datori di lavoro la gestione delle mutue in nome dell'efficienza" (Vicarelli 2010, p.77). All'interno della categoria medica vi sono posizioni divergenti, che influenzano in ogni modo il pensiero politico e sociale del tempo. Infatti, grazie alle ultime conquiste medico - scientifiche e alla capacità di fare massa critica ed entrare nei gangli del potere politico, i medici conquistano sempre più prestigio e forza contrattuale.

Nel 1958 viene istituito il Ministero della Sanità con la legge 296, per dare piena attuazione all'art. 32 della Costituzione che afferma "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". Al nuovo Ministero vengono attribuite le funzioni dell'ACIS (alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica) e quelle del ministero dell'interno nei riguardi del personale sanitario e degli esercenti professioni e arti sanitarie (art.2, legge 256 del 1958').

Il Ministero è composto da sette direzioni generali che si occupano della parte amministrativa, dell'ambito farmaceutico, dell'igiene pubblica, dei servizi veterinari, dell'igiene alimentare, della medicina sociale e degli ospedali. Il Consiglio superiore di sanità è l'organo consultivo del Ministero e l'Istituto superiore di sanità è l'organo scientifico che svolge funzioni di ricerca in sanità pubblica e dipende direttamente dal Ministero stesso. Nonostante l'istituzione di

questo importante Ministero con ruolo di supervisione e razionalizzazione sanitaria, non emerge un cambiamento notevole (Vicarelli 2010).

Il sistema delle mutue creatosi è diventato così ampio da venire considerato una “burocrazia sanitaria parallela” (Vicarelli, 2010 p.79) sostenuto dalla Democrazia Cristiana (Vicarelli, 2010).

Nel 1968 viene approvata la legge Mariotti sulla riforma ospedaliera. Il periodo, pervaso da grandi cambiamenti culturali, dà un importante contributo al movimento di riforma sanitaria. Insieme agli igienisti e agli epidemiologi, si aggiunge la clinica del lavoro di Milano, che riesce a coinvolgere il movimento operaio a favore del cambiamento. Successivamente si aggiungono psichiatri, psicologi, insegnanti, assistenti sociali e medici di medicina generale che sostengono la riforma. I movimenti di protesta contro le mutue diventano sempre più accesi e alimentano giornate di sciopero. Inoltre anche i mass media dedicano sempre più spazio e visibilità al tema.

Infine, la mobilitazione sempre maggiore pro-riforma del Partito Comunista Italiano (PCI), unita all'accordo raggiunto con i medici di medicina generale nel 1977, permettono l'approvazione della legge 833 nel dicembre 1978 (Vicarelli, 2010), la quale istituisce il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

### **1.3 IL RUOLO DEGLI ORDINI E DEI SINDACATI MEDICI PER LA RIFORMA**

La figura medica gioca un ruolo centrale nello sviluppo del sistema sanitario nazionale. Dagli anni '60 il ruolo del medico nella società cambia completamente. I progressi in campo clinico, farmacologico e tecnologico contribuiscono sicuramente alla nuova legittimazione sociale del medico. Si osserva la loro presenza massiccia nei grandi agglomerati urbani, inoltre si passa da un interesse sistemico e generale del paziente ad una visione sempre più specialistica e ad organum (Vicarelli, 2012).

In questo periodo inizia la concorrenza spietata tra medici che appartengono alle varie casse mutue e parallelamente emergono le prime organizzazioni professionali. I primi gruppi organizzati di medici nascono nel 1947: vengono istituite la Federazione Italiana Medici Mutualisti (FIMM); il Sindacato Nazionale Medici (SNM) e la Confederazione Italiana Medici Ospedalieri (CIMO). In particolare, quest'ultima si adopera per sostenere un'assistenza sanitaria pubblica, con il medico come figura centrale che deve essere dotata di piena autonomia professionale, con buona retribuzione e con possibilità di esercitare la libera professione. Inizia una dura fase contrattuale dove anche la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi (FNOMM) rivendica il suo ruolo nella stipula dei contratti collettivi di lavoro, in quanto sostiene di rappresentare anche i medici non appartenenti a nessun



sindacato (Vicarelli, 2010). Nel 1951 viene organizzato uno sciopero nazionale ove il SNM riesce a conquistare buoni risultati, infatti il SNM invoca uno sciopero nazionale contro l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) riuscendo a raggiungere un accordo soddisfacente per i medici (Vicarelli 2010).

Nel frattempo, la FIMM vede il crearsi di scissioni interne tra gli ambulatoriali e i generici. I primi sono coloro che svolgono attività all'interno degli ambulatori delle casse mutue, mentre i generici svolgono la propria attività in maniera autonoma tramite una convenzione con le casse mutue. In definitiva gli ambulatoriali escono dalla federazione con un forte indebolimento di quest'ultima. Al successivo congresso FIMM, il nuovo direttivo, più orientato politicamente a sinistra, chiede:

- maggiore vicinanza dei medici ai cittadini, specie nelle aree più degradate del paese;
- l'allargamento dell'assistenza sanitaria;
- una maggiore relazione con i sindacati dei lavoratori.

Il tutto trova approvazione al Congresso di Bologna dove si auspica una “urgente riforma generale dell'assistenza sanitaria” (Vicarelli, 2010, p.85).

A seguito di logiche individualistiche o di schieramenti di partito, sia le federazioni, la confederazione e il sindacato, devono continuamente affrontare scontri interni che contribuiscono ad una forte perdita di potere e rappresentanza nel panorama nazionale. Questo contribuisce alla scissione di diverse associazioni.

Nel 1957 nasce la Associazione nazionale chirurghi ospedalieri (ANCO), nel 1959 la Associazione nazionale aiuti e assistenti ospedalieri (ANAAO) quindi, in contrapposizione, nel 1961 la Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO) e il Sindacato italiano primari ospedalieri (SIPO). L'ANAAO, più orientata a sinistra, raccoglie grande consenso, anche perché molti assistenti medici difficilmente trovano posti di lavoro stabili e ben retribuiti, come invece accade per i medici primari, considerati ancora una élite ricca e di nicchia.

Dall'altro versante la FIMM intuisce la necessità di dare ai medici piena autonomia e compensi retributivi adeguati per permettere loro “di lavorare in tranquillità e piena coscienza” (Turziani, 1997, p.53); chiedendo con forza che vi sia, uno stato giuridico del medico convenzionato come libero-professionale, l'istituzione di un albo unico dei medici di medicina generale e la regolarizzazione fiscale del reddito derivante dall'attività professionale. Inoltre la FIMM cerca di fare fronte comune con le altre federazioni mediche, purtroppo a volte senza successo. Queste richieste proposte dalla FIMM vengono portate sul tavolo governativo insieme al rinnovo della convenzione firmata nel 1970 dopo una dura lotta tra le parti. Con queste conquiste i medici di medicina generale sono favorevoli all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Parte del successo derivato, si basa su due importanti fattori strategici. In primis, la FIMM è abile non solo nelle trattative di palazzo ma anche nel fare squadra al proprio interno, uscendo dai congressi in forma unita e decisa. Questo atteggiamento riesce a sollevare importanti mobilitazioni pubbliche dei

propri associati, aumentandone così la visibilità sull'opinione pubblica e sui media, i quali si interessano sempre di più alle loro tematiche. Inoltre, visto il diretto contatto con i cittadini, questa organizzazione che, va ricordato rappresenta i medici di base, ha il potere, di essere grande indirizzatore di consenso politico.

Molti medici ospedalieri si mostrano contrari alla riforma poiché temono per la loro figura un ruolo di impiegatizzazione della professione, pertanto di non avere una posizione di primo piano e autonomia professionale, diventando dei comuni dipendenti della pubblica amministrazione. Infatti, l'articolo 47 legge 833/1978 cita "lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi generali e comuni del rapporto del pubblico impiego". Da ciò, i medici si sentono sviliti del loro ruolo, vedono declassata la loro professionalità alla stregua delle altre figure professionali della pubblica amministrazione..

Il primo contratto dei medici ospedalieri viene firmato nel 1983, con l'opposizione della CIMO (Vicarelli, 2010). Ci sono molte insoddisfazioni, poiché il ruolo del medico non viene riconosciuto, in quanto le associazioni mediche non vengono invitate in sede di contrattazione.

Da metà anni '80 si avvia una nuova fase contrattuale, con miglioramenti sia del contratto (scomparsa dell'incentivazione) sia salariali, questo grazie ad una rinascita del sindacalismo medico che torna a parlare direttamente con il Governo.

Nei primi anni '90 la CIMO per prima intravede il problema del rapporto tra medici e amministrativi, problema che verrà affrontato nel D.lgs. 29/ '93 con l'introduzione di una nuova figura in sanità, il manager pubblico.

#### **1.4 IL RUOLO DEL MEDICO**

La figura medica, di cui si possono distinguere i medici di medicina generale e i medici ospedalieri, ha un ruolo di primo piano nella riforma sanitaria.

Al contrario, le professioni sanitarie non mediche hanno poca se non alcuna voce in capitolo, ad esempio molte infermiere erano ancora le religiose, quasi tutte diplomate e che coprivano anche ruoli direttivi. Nel 1955 sono 17.000 le infermiere laiche diplomate e 18.000 circa quelle senza titoli, così che il rapporto tra infermiere e medico è di 1,8 (Vicarelli, 2010). Nel 1960 cresce di poco il numero di infermiere, ma aumenta in percentuale il numero delle non diplomate.

Nel 1965, ci sono ancora ben 11.000 infermiere appartenenti alla categoria ecclesiastica, quasi tutte diplomate, mentre le laiche non diplomate sono 37.800 su 53000 circa cioè il 70% del totale. La bassa percentuale di infermiere diplomate denota come gli ospedali preferiscono l'economicità e il lavoro poco retribuito rispetto alla qualità del servizio erogato.

Anche se numericamente più presenti all'interno dell'ospedale, tali figure sanitarie hanno caratteri di marginalità rispetto al ruolo medico (Vicarelli, 2010).

Tra i medici, come si è visto non vi è unità: alcuni sostengono le mutue in quanto creatrici di lavoro, altri viceversa le rifiutano, considerandole élites mediche (Malatesta, 2006). I sostenitori delle mutue, considerati la base della professione, svolgono due se non tre attività. Il principale se non l'unico obiettivo del medico sembra il proprio profitto economico. A conferma di ciò Padre Agostino Gemelli racconta che “basta conoscere un certo numero di medicine chiamate specialità, basta avere una sommaria idea dell'esame del malato, basta avere un poco di lingua sciolta per sciorinare innanzi al malato e ai suoi familiari un poco di pseudo dottrina per arrivare a formarsi dei clienti” (Gemelli 1950 p.125).

Gli sviluppi scientifici danno una svolta nel rapporto medico-paziente. La parte di 'counseling' viene velocemente sostituita da un approccio più pragmatico e freddo, determinato dall'esame obiettivo, anamnesi, fino ad arrivare alla diagnosi e prescrizione terapeutica. Questa nuova figura, definita da Vicarelli, 'medico terapeuta' si isola nel suo ambulatorio privato guidato dalla logica del profitto; tuttavia, però si deve dedicare anche all'attività ospedaliera, in quanto il solo ambulatorio privato non garantisce spesso i proventi desiderati. È chiaro come ci sia una traslazione del ruolo sociale del medico, da curante della comunità, che ascolta l'individuo e che ha funzioni anche di prevenzione e difesa dell'ambiente, a ruolo individualista, dove il potere e il successo sembrano essere spesso gli unici

stimoli professionali (Gemelli 1950). A ciò si arriva sia per la legittimazione sociale che il medico si è conquistato, sia per la debolezza delle altre professioni.

A questa debolezza del sistema sanitario si aggiungono ruoli dirigenziali sanitari ancora in mano a figure religiose; alcuni lavori di basso profilo assistenziali vengono svolti da figure non qualificate.

A queste criticità si aggiunge che a livello strutturale ci sono edifici inadeguati e amministrazioni nominate dai consigli comunali con dinamiche proprie, spesso collegate a indicazioni di partito o clientelari. È chiaro come tutto ciò determini una non ottimizzazione delle risorse, dando vita a sprechi e a un sottoutilizzo sia di materiali che di conoscenze.

In questa situazione di crisi del mondo sanitario, spostando lo sguardo verso il processo formativo del medico si evince che alle facoltà universitarie di medicina, il numero di iscritti sono in calo in particolare tra gli uomini, poiché preferiscono iscriversi alla facoltà di economia.

Così come la progressiva differenziazione rispetto al genere. Infatti, gli ospedali sono spesso ambiti da nuove dottoresse benestanti di famiglia (Vicarelli 2010), che si dedicano completamente al lavoro ospedaliero, tralasciando la libera professione, questo permette loro di soddisfare le proprie ambizioni umanitarie e scientifiche. Sembra quasi un ritorno alla figura medica del secondo dopo guerra.

Le specialità più frequentate dal mondo femminile sono pediatria, anestesia, psichiatria, igiene e odontostomatologia (Vicarelli 2010).

Il ruolo medico-ospedale, quest'ultimi sono enti privati con funzione sociale, controllati dai comuni, è connotato da una dominanza medica netta, anche sulla parte amministrativa (Vicarelli 2016). Nonostante questo l'ambizione medica, soprattutto nella figura maschile, resta la libera professione. Malgrado la riforma sanitaria del '78 i medici si oppongono a qualsiasi controllo istituzionale (Vicarelli 2016).

Tra le categorie mediche, i medici di medicina generale sono più uniti avendo quindi maggiore forza contrattuale. Ciò è dovuto anche alla nascita della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) che nel 1980 sostituisce la FIMM. La FIMMG ha un ruolo di primo piano in fase di rivendicazione politica. Secondo la riforma sanitaria del '78 il medico di base ottiene una retribuzione forfettaria annua, dipendente dal numero di pazienti e un rimborso per spese ambulatoriali. Svolge solo attività diurna infrasettimanale. Non può svolgere attività con strutture private e deve aggiornarsi obbligatoriamente. Inoltre, lo stesso medico deve permettere controlli di qualità sul proprio operato che però paradossalmente non possono essere imposti. I medici di medicina generale non possono svolgere la libera professione verso i loro pazienti e viene regolamentato il secondo lavoro.

Per quanto riguarda i pazienti, possono scegliere liberamente il proprio medico di base di fiducia.

Come già anticipato nel paragrafo precedente i medici di base hanno dalla loro parte un'arma potentissima, cioè il controllo del consenso politico, vista l'interazione continua con i cittadini. Teoricamente questi svolgono medicina di base, ma nella realtà, quasi la metà svolge una seconda attività ospedaliera o su servizi territoriali, già dopo l'approvazione della riforma sanitaria (Vicarelli 1982).

I medici di medicina generale si ritengono pienamente soddisfatti della riforma, ove riescono a conquistare anche la progressione economica per anzianità e il pagamento a quota capitaria. Riescono a conquistare maggiore considerazione sociale, avere un ruolo di guida del paziente nel nuovo sistema sanitario e soprattutto vengono visti come limitatori di spesa, una nuova garanzia rispetto al periodo precedente contraddistinto dalla crisi finanziaria delle mutue.

Successivamente il Governo Amato non mostra di avere un ruolo autorevole nell'elaborazione della riforma contrattuale e la FIMMG si oppone con tutti gli strumenti a sua disposizione, attivandosi pubblicamente con i propri iscritti. Infatti, alle elezioni politiche la FIMMG invita i suoi candidati "ad attivarsi per sostenere indipendentemente dai partiti di appartenenza tutti i candidati medici e ogni candidato non medico che abbiano dimostrato in passato o si sia impegnato per il futuro a sostenere le nostre tesi e le nostre legittime richieste" (Turziani 1997, p.211).



## **1.5 DAGLI ENTI OSPEDALIERI ALLE USL**

Prima del '68 il sistema sanitario si regge sulle casse mutue. Man mano queste coperture vengono allargate ad una maggiore platea di profili lavorativi. I consumi di servizi dal 1950 al 1970 aumentano vertiginosamente. Mapelli documenta che in questo ventennio, grazie appunto all'aumento della copertura delle mutue e alla gratuità di molti servizi sociali, le visite generiche, l'uso di farmaci pubblici e i ricoveri quintuplicano.

Dal 1960 al 1980 l'incremento della spesa sanitaria nazionale è del 6% annuo rispetto ad una crescita del PIL del 4,4% annuo (Mapelli 2012). Nel '66 viene approvata la legge sull'invalidità civile 625/1966 ove lo stato si impegna a dare un compenso ai maggiorenni senza reddito con invalidità certificata. Nelle aree più povere del paese e non solo, le modalità clientelari permettono anche ai non invalidi di percepire questo compenso. Spesso l'estensione delle casse mutue è legata a finalità poco trasparenti, in parte dovuta anche alla potente lobby dei medici legata alla Democrazia Cristiana (DC) (Conti, Silei 2018). Il deficit delle mutue si amplia sempre più, i medici precari spingono per la riforma ospedaliera come occasione lavorativa. Inoltre, l'evoluzione tecnologica e specialistica necessitano di strutture ospedaliere adeguate. In vista delle elezioni politiche viene licenziata la legge Mariotti 132/1968, con la quale si istituiscono gli enti ospedalieri (Vicarelli 2010). Tutti gli enti assistenziali sanitari esistenti vengono trasformati in enti ospedalieri

come unico punto di assistenza sanitaria pubblica rivolta a tutti i cittadini. La centralità data all'ospedale lascia in secondo piano il ruolo fondamentale che anche la prevenzione deve avere in un contesto nazionale (Vicarelli 2010). Gli enti ecclesiastici ospedalieri vengono riconosciuti, dalla nuova legge, come enti con personalità giuridica di diritto privato in convenzione con il servizio pubblico.

Il consiglio di amministrazione degli enti ospedalieri viene affidato ai soggetti delle autonomie locali (spesso scelto su base politica piuttosto che tecnica) che nomina il direttore amministrativo e sanitario.

I cittadini possono avere possibilità di ricovero ospedaliero in caso di necessità ma i punti critici sono molteplici. Ad esempio, i partiti di maggioranza usano i nuovi enti per i loro interessi locali, come veri e propri centri di potere, destinando risorse anche se non necessario così da creare spesso delle inefficienze. Altre criticità sono il mantenimento delle casse mutue sempre per categorie professionali, oltre che l'assenza di programmi di controllo e programmazione (Astuto 2014).

Nel 1970 viene varata la legge 281 del 1970 sull'istituzione delle Regioni. Questo è un passo fondamentale per la futura riforma sanitaria del '78. Riforma che determina il passaggio da un'assistenza occupazionale a una universalistica pubblica, dagli enti ospedalieri alle Unità sanitarie locali (USL). Tutti gli ospedali esistenti così perdono la propria autonomia giuridica per divenire presidi delle USL.

Gli ospedali privati continuano ad esistere, a differenza del NHS britannico, a cui l'Italia si ispira, nel quale la maggior parte delle strutture sanitarie private vengono nazionalizzate.

Per quanto riguarda gli ospedali religiosi devono ottenere il convenzionamento per accedere al finanziamento statale.

Le USL sono composte da rappresentanti degli enti locali competenti in materia, i quali eleggono un comitato di gestione e il suo presidente con compiti di rappresentanza. Il comitato di gestione è composto in gran parte da componenti del Consiglio Comunale, svuotando di competenza l'autonomia gestionale. A livello centrale vengono decisi gli obiettivi generali a cui le regioni devono adeguarsi.

Le risorse destinate al SSN sono finanziate dalle imposte generali e contributi sociali attraverso il Fondo sanitario nazionale (FSN) distribuito alle Regioni e quindi alle USL, che lo usano per le attività sanitarie necessarie al territorio comunale.

I compiti delle USL sono principalmente: "l'educazione sanitaria, la prevenzione individuale e collettiva, l'assistenza medica generica ed infermieristica domiciliare e ambulatoriale, l'assistenza medica specialistica e infermieristica ambulatoriale e domiciliare per malattie fisiche e psichiche, la riabilitazione, l'assistenza farmaceutica, l'igiene e medicina del lavoro, l'igiene ambientale alimentare e veterinaria, la tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, la gestione dei servizi per la procreazione materna e infantile, l'assistenza pediatrica

e l'igiene scolastica, i servizi di medicina sportiva, gli accertamenti e le certificazioni medico-legali" (Tognetti Bordogna M. 1998, p. 157).

Le USL possono erogare servizi sia attraverso le proprie strutture che tramite strutture private convenzionate (Giarelli 2017). Inoltre, esse hanno capacità di spesa praticamente infinita, in quanto il finanziamento che ricevono, anche se teoricamente basato sulle risorse destinate dallo Stato alle Regioni su base capitaria, è ancorato alla spesa storica. Questo genera una deresponsabilizzazione degli amministratori locali. Non avendo incentivi al contenimento della spesa, il budget loro assegnato viene superato costringendo lo Stato a ripianare con finanziamento aggiuntivo a piè di lista (Marinò 2008). Quindi il problema della spesa fuori controllo a cui si è giunti con le casse mutue, anche se sotto un'altra veste, si ripresenta anche nelle USL.

Negli anni immediatamente successivi la riforma, il legislatore si mette subito al lavoro per individuare azioni normative correttive alle varie lacune riscontrate.

I medici ospedalieri sono delusi da questa riforma poiché sfugge loro il controllo diretto delle USL. Al contrario i partiti politici ottengono l'obiettivo di spalmare il debito delle casse mutue sul debito pubblico e mantengono il controllo della sanità viste le dinamiche di gestione clientelari e poco trasparenti (Astuto 2014).

Inoltre, ben presto si evidenzia la debolezza degli enti locali nel gestire le USL, spesso a causa di forti interessi clientelari, economici e professionali (Astuto 2014).

La struttura organizzativa delle USL appare ambivalente, in quanto non sono vere

aziende municipalizzate poiché, ad esempio, il finanziamento, il controllo e l'assunzione del personale non spetta al comune; ma allo stesso tempo non sono neanche organi regionali. La gestione del personale, dall'assunzione alla definizione delle competenze è in oggetto del nazionale (Vicarelli 2004).

Infatti, con la riforma sanitaria viene istituito il Piano sanitario nazionale (PSN), che si declina in un documento nazionale, di durata triennale, in cui si individuano gli obiettivi del SSN e le linee di indirizzo a seconda delle risorse finanziate dal Fondo sanitario nazionale (Marinò 2008). In questo contesto, le Regioni si sentono impoverite del loro ruolo, in quanto non hanno partecipazioni di rilievo nella decisione del Piano sanitario nazionale (PSN), seppur continuano ad avere un ruolo nel Consiglio Sanitario Nazionale (Cammelli 1981).

Queste ed altre disfunzioni nell'apparato organizzativo, come ad esempio, i ritardi delle leggi finanziarie, le risorse insufficienti, il mancato invio da parte delle USL dei rendiconti trimestrali, causano un aumento importante della spesa sanitaria.

Il primo Piano sanitario nazionale viene approvato soltanto nel 1994 con ben 15 anni di ritardo. Tutto ciò porta ad una seria riflessione su alcune modifiche che devono essere fatte sul controllo della spesa e sulla compartecipazione dei cittadini (vedi paragrafo 1.6).

In merito alla riforma delle USL si scatena un intenso dibattito sui tavoli parlamentari, con una forte opposizione della sinistra, preoccupata per la tendenza troppo aziendalistica che sta prendendo la riforma.

Viene approvata la legge 4/1986, in cui si elimina l'assemblea generale (costituita dal Consiglio comunale o dall'assemblea generale dell'associazione dei Comuni in caso di ambito territoriale formato da più comuni, compito dell'assemblea generale è quello di approvare gli atti amministrativi predisposti dal Comitato di gestione), così da avere un rapporto più vicino tra USL e comune.

Successivamente il dibattito e i disegni di legge 1942 del 1987, tendono sempre più a indirizzarsi verso una rivisitazione giuridica e territoriale delle USL, staccandole dalla amministrazione comunale e facendole passare direttamente sotto il controllo della Regione.

Negli anni '80 e '90 cambiano anche gli interessi e le domande che i cittadini fanno alla politica, tra cui vi è richiesta di un cambiamento del sistema sanitario malfunzionante (Vicarelli 2004). Queste dinamiche sono legate sia ad un aumentato benessere generale, sia ad un accrescimento del livello culturale.

Si ricorda che Tangentopoli contribuisce ad un'accelerazione improvvisa per l'elaborazione e l'approvazione di queste riforme.

## **1.6 INTRODUZIONE SSN, LEGGE 833/1978: UNA RIFORMA IN RITARDO**

In questo periodo storico, caratterizzato da un clima di rinnovamento culturale, di mobilitazioni pubbliche e di tensioni politiche, grazie anche ai movimenti per la riforma sanitaria, viene approvata, seppur con ritardo rispetto agli altri paesi europei, la riforma sanitaria: legge 833 nel dicembre 1978. Tra gli obiettivi della riforma c'è particolare accento alla prevenzione, al mantenimento e all'innalzamento del benessere generale.

Nel momento della soppressione delle casse mutue, se ne contano ben 316 che coprono il 95% della popolazione (Mapelli 2012) e che hanno enormi debiti verso gli enti ospedalieri (ISS 2018).

La legge 833/1978 è preceduta da leggi altrettanto importanti, come la legge 180, più comunemente conosciuta come legge Basaglia sul trattamento sanitario obbligatorio e sulle cure delle malattie mentali: la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza e la già citata legge sul decentramento locale dei servizi attraverso l'istituzione delle Regioni. Queste riforme contribuiscono, a delineare la strada verso la nascita del SSN. L'Italia, rispetto agli altri Paesi europei, arriva

putroppo in ritardo nell'approvazione della riforma sanitaria, infatti già nella politica occidentale emerge un'idea diversa e nuova di welfare basato sulla linea Thatcheriana Reaganiana e sulle teorie neoliberiste.

Il nuovo SSN italiano si ispira al National Health Service (NHS) inglese, pensato da Beveridge nel 1946 e basato sul Social Security Act del 1938 introdotto in Nuova Zelanda (Mapelli 2012).

Il SSN garantisce cure e assistenza sanitaria a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro posizione sociale ed economica, garantendo la salute indistintamente a tutti in maniera egualitaria. La riforma dà maggiore libertà al cittadino in quanto, ad esempio, può scegliersi liberamente il medico di medicina generale così come l'ente di cura; ha diritto ad essere informato sui servizi di cura, ha possibilità di reclami nei confronti del servizio e può esprimere il proprio consenso negli interventi affrontati nel SSN (ISS 2018).

Quindi si passa dal modello mutualistico, basato sul rapporto lavorativo, a un modello profondamente diverso, dove si è considerati tutti allo stesso livello. È chiaro che, almeno negli intenti, si attua un cambiamento importante nella sanità e nel welfare nazionale.

Il SSN è un ente pubblico con sviluppo verticale formato da varie istituzioni. I suoi principi, , sono:

- universalismo,



- globalità degli interventi, in quanto eroga servizi sanitari individuali ma anche di igiene pubblica e veterinaria,
- unicità, poiché l'unico ente erogatore autorizzato è l'USL,
- eguaglianza,
- accentramento del prelievo fiscale allo Stato, poi redistribuito localmente,
- programmazione dei servizi (Mapelli 2012).

La stipula dei contratti collettivi del personale viene gestita direttamente dallo Stato, così come la gestione delle tariffe dei servizi e dei prezzi dei farmaci (Mapelli 2012). Una gestione così accentrata e quindi monopolistica crea delle distorsioni come, ad esempio, l'assenza di concorrenza e di misurazione dell'efficienza produttiva (Mapelli 2012). A differenza del NHS il SSN mantiene in vita gli enti sanitari privati, probabilmente questo è dovuto all'influenza del partito politico liberale, tradizionalmente a sostegno delle imprese private e unico a votare contro la riforma sanitaria italiana. Nonostante ciò, lo stesso partito liberale, negli anni successivi, esprime un suo ministro alla guida della sanità (Giarelli 2017).

La struttura del SSN è articolata in maniera prettamente verticale con all'apice lo Stato che indirizza le scelte e finanzia il sistema, così da garantire omogeneità (che non si attuerà) di erogazione dei servizi su tutto il territorio nazionale.

Le Regioni fanno da intermediarie tra lo Stato e i comuni con le loro USL, che sono i veri erogatori dei servizi. Si conta una USL ogni quindicimila abitanti circa e sono organizzate con distretti sanitari e ospedali. Inoltre, viene data particolare rilevanza

alla collaborazione con le organizzazioni di volontariato (ODV), come supporto al quadro istituzionale (Coppola e al. 2008).

Il finanziamento al SSN avviene con il Fondo Sanitario Nazionale (FSN), finanziato dalla fiscalità generale senza un preciso controllo di spesa a livello locale. Tale finanziamento viene ripartito su quota capitaria alle Regioni, che lo distribuiscono alle USL (Marinò 2008).

Il FSN è costituito da due capitoli, uno per la spesa corrente e l'altro per la spesa d'investimento. Il primo è gestito dal ministero del Tesoro e il secondo dal ministero del Bilancio, da ciò si evince che il ministero della Sanità non ha voce sui poteri di spesa (Mapelli 2012). Mapelli considera pubblico il sistema sanitario italiano nel suo finanziamento ma misto per quanto concerne l'erogazione dei servizi, cioè sia pubblico che privato.

Il mercato sanitario privato è un mercato protetto (che vende i prodotti al mercato pubblico. Infatti, molti medici sono sia medici del SSN che dei servizi privati. Nonostante ciò, l'Italia rimane comunque sotto la soglia di finanziamento privato rispetto agli altri paesi dell'Europa continentale (Mapelli 2012).

Rispetto all'ampiezza e alla generosità del Piano Sanitario Nazionale (PSN) vi è una diretta dipendenza del Piano alla portata economica del FSN. Non essendoci un'impronta aziendalistica, non è chiaro fin in fondo chi siano i controllori della

gestione del FSN e di come avviene la verifica della spesa sanitaria. Il risultato è un peggioramento dei servizi e un aumento della spesa.

Le USL hanno una capacità di spesa fuori controllo, non esistendo informazioni sui costi delle attività e sono finanziate a piè di lista, in base ai fattori produttivi impiegati (Mapelli 2012). Si sente subito la necessità di mettere sotto controllo e regolarizzare domanda e offerta. Sull'urgenza del controllo della domanda si avviano politiche di compartecipazione degli utenti alla spesa con l'istituzione dei ticket su farmaci e sulle prestazioni sanitarie, con la limitazione dei farmaci prescrivibili per ogni ricetta e con la revisione del prontuario farmaceutico. Questo strumento di compartecipazione della spesa viene modellato varie volte, l'esenzione si raggiunge in base al reddito, alla morbilità e alla invalidità (Ferrera 1986). Ciò causa una distorsione sull'impianto originario della riforma, poiché la sanità non è più gratuita e uguale per tutti; inoltre la riduzione della spesa sanitaria restringe il ventaglio di servizi oltre che acuire le differenze territoriali (Donanti 1986). Sull'offerta, già nel 1981 il fabbisogno finanziario della sanità viene ridotto di circa 1000 miliardi di lire, per la spesa corrente del piano sanitario 1981- 1983 rispetto alla previsione precedente (Vicarelli 2004). Successivamente, ulteriori misure restrittive saranno il blocco degli organici nel 1981, il blocco delle assunzioni nel 1983, la sospensione di alcune prestazioni integrative costose, la cancellazione di servizi non necessari e il divieto di costruire nuove strutture

sanitarie (Vicarelli 2004). In tale contesto, le USL nel dibattito politico prendono sempre più la strada dell'aziendalizzazione, unica via per ottenere un controllo sul SSN. Tra gli oppositori di questa aziendalizzazione della sanità ci sono gli esponenti del partito comunista italiano e alcuni gruppi di medici. Nel 1985 viste le imminenti elezioni amministrative viene data un'accelerazione alla riforma delle USL riducendo la portata innovatrice; infatti, se inizialmente si pensa di intervenire sull'assemblea, sul comitato di gestione, sul collegio dei revisori e sulle dimensioni delle USL, successivamente, viste le pressioni del PCI, si attua una riforma ridotta intervenendo sulla soppressione dell'assemblea generale e sulla riduzione dei componenti dei comitati di gestione (Vicarelli 2004). Non essendoci una responsabilizzazione a livello locale della spesa correlata ai risultati, si avvia un'impennata della spesa da ben 28.000 miliardi di lire nel 1982 a 95.000 nel 1992; il tutto correlato a una disomogeneità a livello territoriale (Coppola e al. 2008), quest'ultima rientra in un principio cardine, purtroppo mai attuato della 833. Il modello burocratico, inoltre, determina un eccessivo irrigidimento e formalismo delle procedure piuttosto che puntare all'efficacia del servizio. Si cerca, in altre parole, di creare un servizio sanitario collettivo senza una cultura collettiva degli utenti (Zanetti, Casalegno 1999).

## **CAPITOLO 2**

### **DAGLI ANNI '90 AL NUOVO MILLENNIO**

#### **2.1 IL CLIMA SOCIOECONOMICO**

Negli anni '90 profondi cambiamenti scuotono il clima socioeconomico e politico occidentale. In questo periodo si assiste alla conclusione della politica Reaganiano-Thatcheriana e al consolidamento dell'economia post-industriale avviata negli anni '70. Nel 1992 viene firmato il Trattato di Maastricht e nel 1999 viene introdotto l'euro come moneta unica europea; il modello economico dei trenta gloriosi si esaurisce (Battilani, Fauri 2014) e si avvia l'applicazione nella pubblica amministrazione del New Public Management (NPM). Sempre nei medesimi anni in Italia scoppia il caso Tangentopoli e nel 1989 la caduta del muro di Berlino, oltre ai cambiamenti politici determina anche un cambiamento importante nelle politiche di welfare.

Si afferma il "welfare capitalism", che si caratterizza da una protezione mista con l'obiettivo di mantenere, in parte, lo stato sociale, seppur configurandosi all'interno di una visione neoliberista. Infatti, il welfare capitalism accetta meccanismi di razionalizzazione e criteri di economicità (Conti, Silei 2018).

Per quanto riguarda il NPM esso si basa sui concetti di efficienza, efficacia ed economicità, i quali entrano all'interno del settore pubblico nella valutazione dei risultati e delle performance. Le teorie del management compaiono quindi nel governo della pubblica amministrazione, contribuendo così ad aumentare il livello di razionalità decisionale. Si avvia una svolta nella cultura organizzativa pubblica, dove i dirigenti oltre che creare valore, ne sono i diretti responsabili (Marinò 2008). Nel panorama italiano il caso Tangentopoli e il rispetto dei parametri di Maastricht portano ad un cambio radicale nella politica e nell'economia. Si assiste alla scomparsa dei partiti politici, che dal secondo dopo guerra avevano governato il paese, e si rende necessario applicare politiche economiche che mirano al pareggio di bilancio dello stato. Quindi il periodo della spesa incontrollata, che riguardava anche la gestione delle organizzazioni sanitarie, quali delle USL, giunge al termine. In questa epoca i meccanismi alla base del welfare vengono rivisti, si iniziano ad introdurre dinamiche concorrenziali nella erogazione dei servizi, questo viene visto come strategia per avere sostenibilità nella spesa pubblica di lungo periodo (Battilani, Fauri 2014).

Negli anni '90 la necessità di contrazione della spesa pubblica si fa pressante, dovuta sia al basso livello di crescita economica che all'elevata pressione fiscale. La crescita economica italiana è molto lenta con periodi di contrazione, come nel 1993 con uno -0.8% del PIL (Battilani, Fauri 2014). Le nuove politiche di austerità

fanno diventare le risorse per il welfare un variabile dipendente dello sviluppo economico complessivo.

In Italia c'è un forte sbilanciamento dei costi verso la sanità e le pensioni che coprono il 90% della spesa sociale, lasciando poche risorse agli altri settori come la disoccupazione o la famiglia e vi è la crescita del dualismo che contrappone categorie di cittadini molto protetti a categorie completamente escluse dal sostegno dello stato (Conti, Silei 2018).

Con la trasformazione socioeconomica in atto questi ed altri problemi devono essere affrontati con urgenza.

Già in questi anni sembrano necessari interventi per diminuire la spesa dei “vecchi rischi sociali” (Ranci, Pavolini 2015) per evitare così disagi nella società e perdita di credibilità delle istituzioni pubbliche e dei partiti politici. Inoltre, appare fondamentale ricalibrare il sistema di welfare verso “nuovi rischi sociali”. Questi ultimi possono essere raggruppati in (Ranci, Pavolini 2015):

- aumento delle persone che vivono in condizioni di povertà,
- conciliazione dei tempi di vita con quelli di lavoro,
- parità di accesso ai servizi per l'infanzia,
- aumento della non autosufficienza dovuta ad un accrescimento dell'invecchiamento della popolazione e delle cronicità,
- accesso alla prima casa,
- inclusione sociale degli immigrati.

Per quanto riguarda la disoccupazione, la tendenza negli anni è in risalita, soprattutto tra donne e giovani, che sono peraltro le categorie maggiormente escluse dai principali benefici del welfare tradizionale (Ranci, Pavolini 2015). Tuttavia, l'ampliarsi del settore dei servizi dà maggiori opportunità al lavoro femminile; il più intenso sviluppo culturale permette altresì alle donne di avere maggiore consapevolezza del loro ruolo nel mondo del lavoro (Ranci, Pavolini 2015). Si assiste, specie nell'Europa continentale e meno in quella mediterranea, al passaggio dal modello male breadwinner a quello del "dual adult worker" (Levis 2001), dove entrambi i componenti adulti della famiglia lavorano. Cambia l'assetto familiare, cambia l'impatto femminile nel mondo del lavoro, nascono problemi di conciliazione lavoro e cura. Aumenta quindi la richiesta di servizi alla persona erogati dal settore pubblico o privato.

Nel contesto nazionale, vengono approvate importanti riforme in ambito sanitario, dalla riforma del '92 alla riforma *ter*, per giungere alla riforma costituzionale. Queste novità normative danno una svolta radicale all'assetto della sanità italiana prendendo la direzione dell'aziendalizzazione e del decentramento regionale.



## **2.2 LE RIFORME SANITARIE DEI PRIMI ANNI '90.**

Nel settembre del 1992 viene emanato il D.L. 384 del 1992 ove si dà la possibilità ai cittadini di aderire ad assicurazioni sanitarie alternative all'assistenza pubblica. Questa possibilità di adesione causa forti proteste verso il Ministro De Lorenzo, a cui anche la FIMMG si unisce con una decisa presa di posizione in senso contrario. Vicarelli (2004 p.26) afferma che "le forme differenziate di assistenza" del '92 divengono "forme integrative finalizzate a fornire prestazioni aggiuntive" rispetto a quelle garantite dal SSN.

La riforma sanitaria più importante risale al 30 dicembre 1992, in cui il Governo Amato I, con a capo della sanità il Ministro De Lorenzo, approva il D. Lgs. 502/1992. Tra gli obiettivi principali del D. Lgs. vi è la riorganizzazione della pubblica amministrazione, con scopo di renderla più aggiornata ed efficiente, introducendo meccanismi di miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico (Coppola e al. 2008). Con questo D. Lgs. si dà avvio all'aziendalizzazione della sanità, al fine di arginare parte del debito pubblico. L'art.9 del D. Lgs. 502/1992 mantenendo l'iscrizione obbligatoria al SSN prevede la possibilità di iscriversi a mutue e assicurazioni private.

Nello stesso anno l'esplosione del caso Tangentopoli coinvolge la sanità italiana. Le indagini della magistratura si estendono anche ai vertici sanitari nazionali. La portata della corruzione che si evince dall'inchiesta porta alle dimissioni del

Ministro De Lorenzo e a forti tagli della spesa sanitaria (Vicarelli 2010). Questo causa forte sconcerto nell'opinione pubblica, che si sente ingiustamente colpita ed estranea a fenomeni poco trasparenti da parte del governo.

Nel 1993, con la caduta dell'esecutivo, viene eletto il Governo Ciampi, che approva il D. Lgs. 517/1993, che riprende la riforma 502/1992 e modifica alcuni punti, come ad esempio l'art.9 del D. Lgs. 502/1992, abolendo le mutue alternative e introducendo le mutue integrative. Il D. Lgs. 517/1993 suddivide l'organizzazione delle strutture sanitarie in dipartimenti, classificati come insieme di discipline omogenee o complementari. Disciplina omogenea può essere, ad esempio, il dipartimento chirurgico, mentre la complementare il dipartimento emergenza materno-infantile (Mapelli 2012).

Questo grande periodo riformatore del SSN con i D.lgs. 502/1992 e 517/1993 portano alla trasformazione delle USL in ASL, alla trasformazione della governance aziendale, alla parziale privatizzazione delle aziende sanitarie e all'introduzione della concorrenza, seppur amministrata, tra fornitori di prestazioni. Vengono introdotte le figure del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo; sulla privatizzazione viene avviata la contabilità generale per costi e ricavi e la nomina del manager a contratto, sulla concorrenza si introduce la libertà di scelta dei pazienti e il pagamento a tariffa degli erogatori (Mapelli 2012).

L'applicazione dei D. Lgs. del '92 e del '93, è tutt'altro che facile. Nel contesto italiano emerge disorganizzazione causata dalla lentezza legislativa delle Regioni e dalla complessa scelta dei direttori generali, così come da altri aspetti normativi poco chiari (Vicarelli 2004).

La riforma del 1992 delinea una governance sanitaria verticale fortemente decentrata. A livello centrale con il Ministero della sanità, si ha il coordinamento e l'indirizzo generale, che elabora il piano sanitario nazionale triennale (PSN); a livello locale, invece, le Regioni, con il loro assessorato alla sanità, recepiscono gli indirizzi e attuano le proprie scelte nel rispetto delle PSN. All'interno del PSN vengono indicati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che tutte le Regioni devono applicare. Sul territorio le aziende sanitarie locali (ASL) si occupano dell'attuazione e gestione dei compiti assegnati dalle Regioni (Marinò 2008). Questo porta alla diminuzione del controllo governativo sul territorio, causando un aumento di responsabilità per gli amministratori locali (Mussari 1996). Le nuove ASL sostituiscono le USL, che sono enti strumentali delle Regioni e acquisiscono personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (art.3, D. Lgs. 502/'92).

Le ASL a differenza delle USL aumentano la loro estensione territoriale coprendo spesso il territorio provinciale. Inoltre, il cittadino può scegliere di ricevere assistenza in qualsiasi struttura sanitaria anche se fuori dalla propria ASL.

Per quanto riguarda gli ospedali, quelli di maggiori dimensioni vengono denominati aziende ospedaliere (AO). Le AO, inoltre, indipendenti dalle ASL erogano servizi di ricovero e specialistica in base ad accordi con le ASL stesse, da cui sono (non sempre) finanziate (Mapelli 2012). Quindi le AO producono servizi mentre le ASL sono aziende sia di produzione che di finanziamento di servizi sanitari. Questo trova alcune eccezioni come, ad esempio, in Lombardia dove le ASL piuttosto che produrre servizi sanitari si occupano dell'acquisto e finanziamento degli stessi (Mapelli 2012). Nel 1997, caso unico in Italia, la Lombardia approva la riforma regionale 31/1997 dove prevede la completa separazione degli ospedali dalle ASL e la loro costituzione in AO.

Dal '93 le Regioni e province autonome ricevono contributi per le prestazioni del SSN derivanti dal domicilio fiscale del cittadino, quindi il finanziamento è correlato alla presenza dei cittadini in quel territorio. Diminuisce la portata del FSN, in quanto le regioni possono usare il proprio bilancio per ripianare i debiti del mondo della sanità (Coppola e al. 2008).

A livello organizzativo le nuove ASL sono dirette dal Direttore generale e dal collegio dei revisori che si occupano della parte economica e contabile. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Vengono introdotti gli strumenti delle aziende private, come la contabilità generale costi/ricavi, scelta dei manager con contratti a scadenza. Si dà avvio alle prime

forme di concorrenza tra le aziende sanitarie (Mapelli 2012). Altro importante step verso l'aziendalizzazione è l'introduzione del raggruppamento omogeneo di diagnosi/diagnosis-related group (ROD/DRG). Questo strumento diventa operativo nel 1995.

Il finanziamento alle ASL non viene più erogato basandosi sulla spesa storica, sfruttando cioè le operazioni a piè di lista. I DRG associano una tariffa per ogni prestazione sanitaria, così che la Regione può controllare la produttività e i costi di ciascun servizio. Le tariffe vengono decise dalle Regioni, secondo modalità di calcolo ministeriali o possono usufruire del tariffario nazionale, che può essere ridotto di un massimo del 20%. Il tariffario viene aggiornato ogni tre anni, anche se non sempre viene rispettata questa scadenza (Mapelli 2012). Attraverso questo strumento si ricevono finanziamenti non in base agli input ma secondo gli output erogati.

La Regione diviene sempre più il fulcro del sistema sanitario, avendo poteri di indirizzo e controllo della gestione sanitaria (Coppola e al. 2008).

Le aziende sanitarie devono ora guadagnarsi il finanziamento con i ricoveri, le visite specialistiche e gli esami diagnostici, senza più la certezza, pre-riforma, di un flusso finanziario sicuro (Mapelli 2012).

I DRG vengono usati anche per valutare la difficoltà delle prestazioni fornite dalle aziende sanitarie, l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria erogata (Taroni 1996). L'introduzione di questo strumento determina un aumento dell'attività

ospedaliera con una incidenza maggiore dei day hospital (Mapelli 2012), che passano da un 8% del 1997 ad un 18% del 2009 (Ministero della salute 2010).

In queste riforme si colgono cambiamenti radicali verso una parziale privatizzazione, conseguente all'ingresso della contabilità economico-finanziaria per costi e ricavi e il raggiungimento del pareggio di bilancio (Giarelli 2017).

In tema di concorrenza, nonostante il D. Lgs. Del 1992 non faccia riferimenti espliciti, sembra esserci un pensiero condiviso, per cui con questa riforma si dà avvio alla concorrenza tra le stesse strutture sanitarie pubbliche e tra queste ed il settore privato. Si cerca di introdurre una “concorrenza amministrata”, cioè una concorrenza che punti ad avere un ruolo importante nel miglioramento della salute dei cittadini, migliorando servizi e razionalizzando i costi delle prestazioni sanitarie (Vicarelli 2010).

Sul finanziamento al sistema sanitario fino al 1992 i contributi sanitari vengono riscossi da INPS e INPDAP ai produttori di reddito, cioè lavoratori e imprese, e versati nel bilancio statale. Dopo il 1992 i contributi sanitari vengono accreditati direttamente nel bilancio regionale e calcolati secondo la residenza dei lavoratori (Mapelli 2012).

Guardando al livello della spesa sanitaria, che appariva molto elevata fino agli anni '90 (2,6% medio annuo), si assiste ad una frenata dal 1992, a causa sia della riforma sanitaria che della crisi finanziaria europea del settembre 1992 (Mapelli 2012). Nel

triennio 1993-1995 la spesa totale sanitaria crolla di 0,6 punti, grazie a misure forti di contenimento quali il blocco delle assunzioni, dei contratti e delle convenzioni. Successivamente torna a crescere ma con un trend più graduale.

Sempre in questi anni si assiste, inoltre, ad una separazione contabile e finanziaria degli interventi sanitari da quelli socioassistenziali. I primi sono di competenza dell'ASL, i secondi degli enti locali e possono essere gestiti dalle ASL solo su delega degli stessi enti.

### **2.3 RIFORME FINE ANNI '90.**

La ventata di cambiamento portata dalle precedenti riforme non trova terreno molto fertile e alcuni provvedimenti legislativi successivi ne riducono la portata innovativa (Maino 2001). Inoltre, a livello contabile non c'è un sistema efficace di sanzioni per chi non rispetta i limiti di spesa (Pellegrino 2005).

A fine degli anni '90 viene approvato il D.lgs. 229/1999, che apre la strada alla riforma *ter* o Riforma Bindi, dal nome del ministro di allora Rosy Bindi. Il decreto punta sull'efficacia, sull'equità e sull'umanizzazione, attraverso una responsabilizzazione degli attori coinvolti nel sistema sanitario (Vicarelli 2004).

Viene rafforzato il concetto di territorio attraverso il distretto e il medico di medicina generale (Vicarelli 2004). I distretti diventano obbligatori e si presentano autonomi nella gestione, con responsabilità diretta rispetto alla qualità dei servizi erogati. Si assiste ad una maggiore integrazione tra ambito sanitario e sociale (Vicarelli 2004).

La legge, inoltre, incentiva l'associazionismo dei medici di base, favorendo e supportando questi medici a collaborare tra loro e con l'ASL, al fine di condividere le finalità di cura e contemporaneamente la razionalità di spesa (Vicarelli 2004).

Si afferma una forma di "cooperazione amministrata" dove le Regioni collaborano all'approvazione del PSN e i comuni organizzano i servizi attraverso i distretti sanitari. Il concetto di "cooperazione amministrata" si contrappone a quello di "competizione amministrata" caratteristico della precedente riforma. Infatti, la riforma del '99 tende a recuperare i principi fondamentali della 833/1978 come il diritto alla salute (Vicarelli 2004) e abbandona l'idea di concorrenza delle riforme dei primi anni '90 (Mapelli 2012). Quindi, invece di avere una "competizione amministrata" basata sulla concorrenza di mercato di impronta Thatcheriana, dove c'è una competizione per avere dei miglioramenti sulla qualità e sui costi delle prestazioni facendo in modo che ci siano regole per evitare effetti negativi sulla salute della popolazione (Vicarelli 2010), si punta sulla programmazione data dalla cooperazione tra i vari stakeholder del SSN, ispirandosi alle logiche sanitarie del primo Governo Blair 1997-2001 (Giarelli 2017). Questa cooperazione viene



definita da Vicarelli (2005) “cooperazione amministrata”, fondata sulla responsabilità di ogni attore del sistema sanitario (Vicarelli 2010).

Il SSN diventa sempre più un Servizio sanitario regionale, composto da 21 servizi sanitari regionali (Mapelli 2012), grazie alle riforme sanitarie dei primi anni '90 e al D.lgs. 229/1999 che crea nuovi equilibri tra le Regioni e gli Enti locali nel processo di razionalizzare del SSN. Con il D. Lgs. 229/1999 le Regioni hanno piena responsabilità della programmazione e governo della sanità regionale.

Le aziende sanitarie acquisiscono personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, tanto che a livello organizzativo si orientano con atto aziendale di diritto privato, cioè con un documento di autogoverno dove è indicata la descrizione della missione e visione aziendale, la sua organizzazione e le responsabilità che l'azienda vuole perseguire (Mapelli 2012). Questo status è esteso anche alle aziende ospedaliere, alle aziende sanitarie universitarie, agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici (Coppola e al. 2008).

Da un punto di vista economico le aziende sanitarie devono perseguire il pareggio di bilancio, cioè l'equilibrio tra costi e ricavi e possono anche stipulare contratti di fornitura di beni e servizi fino a 200000 euro (Coppola e al. 2008).

Il collegio dei revisori diventa Collegio sindacale e viene istituito il Collegio di direzione che collabora con il DG per pianificare l'attività.

Il collegio sindacale controlla la tenuta della contabilità e la correttezza del bilancio, inoltre, comunica ogni tre mesi alla Regione i dati, segnalando eventuali anomalie.

Le Regioni possono così intervenire e correggere le distorsioni.

Ulteriore novità è che il Sindaco può revocare il DG in particolari situazioni.

Cambia l'organizzazione ospedaliera, vengono aboliti i dirigenti di primo e secondo livello, sostituiti con un unico ruolo distinto secondo le responsabilità professionali.

I nuovi ruoli sono dirigente di struttura semplice o di struttura complessa.

La riforma del 1999 stabilisce che l'estensione delle ASL deve coincidere con l'estensione della provincia mentre le aziende ospedaliere (AO) con determinati requisiti possono diventare aziende ospedaliere autonome. Gli altri ospedali sono presidi ospedalieri delle ASL.

Per quanto concerne i LEA devono essere negoziati e fissati considerando contemporaneamente la domanda dei cittadini e il budget necessario ad attuarli.

Nella legge 833 i livelli di assistenza erano stati fissati, invece, senza considerare le reali disponibilità economiche.

Altra novità della riforma 229/1999 è la fissazione di un principio operativo, in cui i medici devono riconoscersi per decidere il percorso diagnostico; all'interno di questa cornice ogni decisione medica non si fonda solo su basi cliniche ma anche su basi economiche, garantendo il rapporto tra efficacia e costo (Pellegrino 2005).

Si introduce il vincolo di esclusività del rapporto di lavoro per i neoassunti dal 1° gennaio 1999, mentre i dirigenti sanitari già in servizio devono scegliere, in caso si

voglia esercitare anche la libera professione, tra intra-moenia o extra-moenia. Per intramoenia si intende l'attività libero professionale svolta all'interno dell'ospedale. Questo determina un rapporto più stretto tra lavoratore e azienda, tant'è che dai dati del Ministero della Sanità del 2000, il 94% dei medici aderisce all' intra-moenia (Coppola e al. 2008). Con extramoenia ci si riferisce ai medici che decidono di svolgere l'attività libero professionale fuori dal contesto ospedaliero, in tal caso si riceve una decurtazione salariale oltre che avere l'impossibilità di arrivare a posizioni apicali (Vicarelli 2016).

Infine, la riforma-ter introduce la Commissione nazionale per la formazione continua, attraverso l'erogazione di crediti in educazione continua in medicina (ECM). Questo comporta l'aggiornamento professionale e la formazione continua per tutti gli operatori sanitari, al fine di avere le proprie conoscenze sempre aggiornate.

L'anno successivo alla 229 viene approvato il D.lgs. 56/2000 sul federalismo fiscale. Esso abolisce il FSN di parte corrente assegnando le risorse tributarie alle Regioni a statuto ordinario. In tale contesto legislativo le Regioni sono autonome nella gestione, seppur chiamate a rispettare i criteri minimi di assistenza descritti dai LEA.

Dal 2001 i trasferimenti dallo stato alle Regioni vengono aboliti, esse usufruiscono di una parte delle entrate fiscali come Iva, IRPEF e IRAP. Inoltre, le Regioni

aumentano la quota percepita sull'accisa della benzina (Pellegrino 2005). Le Regioni con poca capacità fiscale attingono al fondo perequativo nazionale, determinato in base ai criteri stabili dall'art. 7 del D.lgs. 56/2000 (popolazione residente, dimensione geografica...).

Questo decreto permette alle Regioni, con le competenze e risorse necessarie, di avviare una sanità integrativa a quella pubblica attraverso pagamenti out of pocket, dando quindi ai cittadini maggiori servizi (Dirindin 2001). Con l'accordo stato-regioni del 2001, queste ultime devono ripianare autonomamente i propri debiti attraverso l'aumento delle imposte (Irap e Irpef), l'inasprimento dei ticket o la sospensione dei servizi facoltativi dei LEA (Mapelli 2012).

Nel 2001 viene eletto il Governo di centro destra con a capo della sanità il Ministro Sirchia. In questi anni si assiste ad un'accelerazione del processo di aziendalizzazione della sanità, si dà maggiore autonomia alle Regioni utilizzando strumenti come la certificazione di qualità e il benchmarking ospedaliero (Vicarelli 2004). Il benchmarking consente di misurare e confrontare le performance raggiunte dalle aziende sanitarie, permettendo quindi ai dirigenti di valutare il giusto impiego delle risorse al fine di fare correzioni eventuali nelle politiche sanitarie (Barretta, Vagnoni 2005).

## **2.4 LA TRASFORMAZIONE DEGLI ATTORI: MEDICI E MANAGER**

Con le riforme degli anni '90 e con il processo di aziendalizzazione della sanità, anche la figura medica si trasforma. In primis si tenta di scindere i compiti della direzione politica da quelli della direzione gestionale sanitaria, ove viene introdotta la figura del direttore generale, il quale è scelto dalla Giunta Regionale attingendo ad una lista di candidati (Vicarelli 2010). Questa nuova figura di manager a sua volta sceglie il direttore sanitario e il direttore amministrativo.

Per quanto riguarda i contratti, essi sono quinquennali e rinnovabili sulla base del raggiungimento di alcuni obiettivi prefissati in sede di nomina.

Per i medici viene introdotta una nuova classificazione e coloro che vogliono raggiungere posizioni apicali devono possedere l'apposito certificato di formazione manageriale (Vicarelli 2016).

La figura medica assume i connotati del ruolo di dirigente e si suddivide in dirigente di primo o di secondo livello. I medici appartenenti al primo livello, gli ex primari, sono i responsabili della loro unità operativa e hanno contratti quinquennali. Questi medici vengono scelti dal direttore generale entro una rosa di abilitati al ruolo (Vicarelli 2010).

I medici di secondo livello sono gli ex aiuti e assistenti medici.

Forte è l'opposizione della CIMO che vede in questa scelta il rischio potenziale che il direttore generale possa compiere scelte non obbiettive ma guidate da influenze soggettive e politiche (Vicarelli 2010).

Anche gli stessi medici non sembrano cogliere con favore queste novità, intimoriti dalla perdita di autonomia professionale, con l'introduzione della nuova figura manageriale (Tousijn 2008). Si tratta di un fenomeno di rimodellamento del gruppo medico che si verifica sia sul piano manageriale che su quello dei rapporti interprofessionali, soprattutto nei paesi anglofoni. Sul piano manageriale si verificano migliori performance negli ospedali diretti da medici-manager, sul piano delle relazioni interprofessionali il rimodellamento del ruolo medico permette di rafforzare il controllo medico rispetto alla parte aziendalistica-manageriale (Vicarelli 2016). In Italia mancando dati non è possibile fare uno studio approfondito (Vicarelli 2016).

Considerando inoltre che i valori dominanti sono quelli del profitto e della razionalità delle risorse, le disuguaglianze sociali tra la figura medica e amministrativa sono impercettibili. Il medico perde di autorevolezza a favore della figura manageriale. Anche all'interno della categoria medica sono richieste competenze manageriali, a tutti i livelli. Rispetto al passato dove la gerarchia è tra primari e assistenti, oggi oltre a queste differenze si sommano anche quelle nei confronti dell'area manageriale (Vicarelli 2016). Questi mutamenti riguardano tutti

i paesi occidentali che nell'organizzazione sanitaria adottano dinamiche manageriali. Sembra che ci si trovi alle prese con una nuova professione, dove gli organi direttivi medici cercano di studiare ed elaborare uno schema per inquadrare il fenomeno (Vicarelli 2016).

Nel 2002 le principali associazioni e federazioni internazionali mediche (American Board of Internal Medicine, ABIM; American College of Physicians, ACP Foundation; European Federation of Internal Medicine) promuovono la “Carta del professionalismo medico per il terzo millennio” (Vicarelli 2016), che individua i principi e le responsabilità della professione, con lo scopo di massimizzare la qualità delle cure e offrire assistenza in maniera uniforme verso tutti i pazienti.

A riguardo, il candidato Presidente della federazione nazionale ordini medici, il Dott. Bianco, nel 2012 dichiara che bisogna superare la contrapposizione medici – manager ed è inoltre fondamentale ricreare un'idea comune di adesione a valori etici e civili, puntando sul merito professionale, nel rispetto della trasparenza ed efficienza nella amministrazione delle risorse (Vicarelli 2016).

Si assiste dunque ad un rimodellamento del ruolo professionale dei medici.

Si verifica una scissione professionale tra chi è più orientato al rapporto con i pazienti e le loro associazioni e chi invece è più interessato all'ambito manageriale (Vicarelli 2016).

Alcuni medici preferiscono la via della carriera politica al fine di poter guidare direttamente le scelte in sanità (Vicarelli, Pavolini 2013). A riguardo va osservato come dal 1990 al 2012, quasi un anno su due, abbia visto un medico alla guida del ministero della sanità (Vicarelli, Pavolini 2013).

Recentemente la figura medica è molto più presente, rispetto al passato, nei ruoli politici regionali piuttosto che in quelli nazionali o comunali, questo conseguentemente alla regionalizzazione della sanità, dove le scelte più importanti vengono prese in Regione (Vicarelli, Pavolini 2013). Nonostante ciò, la presenza medica nel Parlamento italiano rimane la più alta rispetto agli altri principali paesi occidentali (5,5%, dati 2011-2012) (Vicarelli, Pavolini 2013).

Questo fenomeno deriva dalla necessità di avere maggior influenza per sviluppare la propria carriera professionale, dei propri colleghi e delle strutture pubbliche ove si lavora.

Per quanto concerne il management sanitario, spesso il ruolo apicale viene ricoperto da profili medici: nel 2010 il 52% di direttori generali sono medici (Vicarelli, Pavolini 2013), questo è dovuto sia per il possesso di specialità più attinenti al management come quelle in igiene, quella in epidemiologia e quella in medicina preventiva, sia perché la doppia connotazione di conoscenze (manageriali e sanitarie), permette ad essi di relazionarsi meglio con il mondo sanitario rispetto ai manager autoctoni (Vicarelli, Pavolini 2013).



A livello di management la figura del direttore generale ospedaliero dura 5 anni, anche se nella pratica non è così, spesso dipende dalla volontà e disponibilità di manager competenti a livello regionale su cui poter contare (Giarelli 2017). Pavolini (2011), sostiene che bisogna riflettere sul processo di managerializzazione della sanità, dove le figure di direttori generali non sembrano veri e propri top manager ma “direttori di stabilimento”, in cui la stabilità professionale concessa dalla politica regionale viene contrattata con un basso grado di incisività professionale nelle scelte (Giarelli 2017).

Entrando nello specifico delle varie realtà regionali nel periodo 1996 – 2003 si registra una durata media degli incarichi dei direttori generali (DG) che va dai 5 anni circa dell’Alto Adige ai 1,6 anni della Calabria (Del Vecchio, Carbone 2002). Non c’è una chiara spiegazione al fenomeno anche se secondo Vicarelli i processi di nomina e valutazione dei direttori generali sono strettamente legati a influenze politiche (Vicarelli 2007). Appare evidente che una stabilità temporale maggiore del DG permette un’applicazione più coerente e corretta del proprio mandato. Emerge, inoltre, che il DG spesso si trova ad operare in contesti instabili, spesso decisi dalla politica, con strumenti manageriali fragili. Inoltre, si sottolinea che nella maggior parte dei casi al cambio del DG consegue anche il cambio del direttore sanitario e amministrativo.

I direttori generali lamentano arretramento culturale e ostacoli all'innovazione, in quanto l'applicazione, ad esempio, delle novità introdotte dalla legge 229/1999 come l'individuazione del dipartimento come modello di gestione ordinario, la creazione del piano strategico triennale e l'identificazione delle azioni concrete da applicare attraverso l'atto aziendale, risultano solo dal punto di vista formale piuttosto che pratico (Pagano 2003).

Il DG spesso si trova in una posizione stretta tra le richieste della politica, quelle della comunità e quelle dell'organizzazione aziendale.

Una strategia di rafforzamento del ruolo del DG è quella di offrire una formazione manageriale pubblica di alto livello, nonché istituire una authority per verificare costantemente i risultati raggiunti nella governance aziendale, lasciando invariata la funzione di controllo delle Regioni. Tutto questo dà stabilità istituzionale alla sanità, che può garantire i LEA, senza essere troppo influenzata dall'imprevedibilità delle dinamiche politiche (Vicarelli 2007).

Nei primi anni del 2000 si assiste ad una riduzione dell'autonomia dei DG voluta dalle Regioni, che hanno come fine quello di utilizzarli più come esecutori che, come decisori (Giarelli 2017). La parte decisionale viene infatti reindirizzata principalmente verso il Presidente regionale, l'Assessore regionale di competenza e il Direttore regionale alla sanità (Giarelli 2017). Inoltre, la Giunta Regionale possiede strumenti manageriali che permettono di rafforzare il controllo sui DG e

nello specifico su temi come il budget, il bilancio sociale e la rendicontazione analitica.

Con l'aziendalizzazione il conflitto tra medici e manager si acuisce. Tale scissione si percepisce sia all'interno dell'azienda sanitaria dove spesso medici e manager hanno visioni di operatività diverse, sia in altri livelli dove la competizione e la cooperazione tra le figure mediche e manageriali incidono direttamente sul grado di accountability dell'azienda (Vicarelli 2012).

A livello più territoriale, anche il medico di medicina generale individua la sua posizione all'interno del processo di aziendalizzazione della sanità. La sua professione cerca di diventare sempre più una specialità, intesa come complessità assistenziale al paziente, sotto l'aspetto clinico, psicologico e sociale (Sessa 2001). Su questa strada va anche la convenzione nazionale firmata nel 2000, dove i medici di medicina generale partecipano alla organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale.

## **2.5 VERSO IL NUOVO MILLENNIO**

Analizzando la struttura del SSN nel 2000 si riconosce non un servizio nazionale ma piuttosto una composizione di 21 servizi sanitari regionali, a volte differenziati

tra loro (Giarelli 2017). Il quadro viene rafforzato dall'approvazione della legge costituzionale 3/2001 che modifica il Titolo V della Costituzione italiana.

La riforma del Titolo V della Costituzione è dovuta anche al fatto che il contenimento della spesa e la ricerca continua dell'efficienza sanitaria rischiano di compromettere i principi individuati nell'art.32 della Costituzione dove “la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” (Pellegrino 2005).

La riforma del Titolo V ridefinisce l'assetto delle competenze legislative nella gerarchia istituzionale. L'art. 117 della Costituzione riformata suddivide le competenze in:

- a legislazione esclusiva dello Stato,
- a legislazione concorrente
- a legislazione esclusiva delle Regioni.

Nella legislazione concorrente le Regioni possono legiferare all'interno di un perimetro stabilito a livello centrale (Pellegrino 2005), in questo ambito è presente la tutela della salute nella sua integrità. Quindi sulla tutela della salute le Regioni hanno una propria autorità legislativa all'interno del quadro normativo nazionale, il quale fissa i principi fondamentali e quindi i livelli omogenei di servizi e prestazioni (Maino 2003).

Inoltre, le Regioni definiscono le risorse da impiegare affinché vengano rispettati i LEA e conquistano maggiore potere nell'indirizzo tecnico delle aziende

ospedaliera, impoverendo però queste ultime di capacità progettuali e di innovazione (Vicarelli 2010).

Con le riforme precedentemente elencate, in Italia, si vanno distinguendo tre tipi di ASL:

- Integrate
- Separate
- Miste

Le integrate sono quelle ASL dove tutti gli ospedali e le strutture sanitarie sono gestite dall'ASL stessa.

Nelle ASL separate tutte le strutture sanitarie, compresi anche gli ospedali, sono divise e costituiscono aziende ospedaliere. In questo caso le ASL si occupano dell'acquisto e del finanziamento dei servizi sanitari, mentre le aziende ospedaliere si occupano della produzione delle prestazioni sanitarie.

Le aziende sanitarie separate, svolgono le funzioni di assicurare i cittadini dai rischi di malattia, acquistare dalle AO e dai privati accreditati alcuni servizi sanitari (Mapelli 2012).

Questo modello di aziende separate, in Italia, è presente solo in Lombardia (Mapelli 2012).

La tipologia mista, infine, rappresenta un ibrido tra le due, poiché si caratterizza per l'essere costituita da strutture sanitarie aderenti all'ASL di appartenenza e aziende ospedaliere indipendenti.

Le miste e le integrate a livello economico hanno come compiti principali aggiuntivi, rispetto alle aziende separate, la produzione diretta delle prestazioni sanitarie (Mapelli 2012).

In tutte queste aziende sanitarie l'erogazione delle prestazioni sanitarie spesso comporta la decisione tra la produzione diretta del servizio o l'acquisto presso un'altra azienda, definito anche "make or buy" (Mapelli 2012). In caso di acquisto di servizi sanitari esternamente, si devono acquistare pacchetti di cura, basati sulle evidenze scientifiche (EBM) e sul rapporto costo-efficacia (Mapelli 2012).

Per responsabilizzare la Regione a livello fiscale il D.l.vo. 56/2000 abolisce il FSN che viene sostituito con il Fondo Nazionale di Solidarietà (FNS) (usato come elemento perequativo per le Regioni in difficoltà), ancora oggi tale FNS non risulta operativo (Giarelli 2017). Questo chiaramente è causa di mancati accordi nella Conferenza Permanente tra le varie istituzioni Stato, Regioni e Province Autonome.

Dal 2007 le Regioni in deficit devono predisporre piani di rientro e servirsi dell'istituto di affiancamento stabilito dall'art. 1 della legge 311/2004. Le Regioni in questa situazione deficitaria devono procedere ad un aumento dell'Irpef al massimo del 2,03% e devono avviare azioni di risparmio; tutto questo con il sostegno di un delegato del ministero dell'Economia.

Questi primi anni di avvio del federalismo sanitario vedono un importante sostegno dello Stato per riequilibrare i conti delle Regioni.

Ad inizio 2000 le Regioni obbligano le aziende ospedaliere e le case di cura a limiti di spesa, inoltre alcune regioni finanziano direttamente le aziende ospedaliere, bypassando le ASL e riducendo la loro possibilità contrattuale (Mapelli 2012).

Nel 2007 Abruzzo, Molise, Lazio, Liguria, Campania, Sicilia e Sardegna si impegnano a pianificare il piano di rientro, nel 2009 entra la Calabria e nel 2010 entrano Piemonte e Puglia (Mapelli 2012).

In questo inizio del nuovo millennio, si avvia un cambiamento di pensiero nell'organizzazione della sanità, con attacchi verso l'aziendalizzazione. L'azienda sanitaria viene vista troppo autonoma rispetto alla politica, i direttori generali appaiono troppo indipendenti nelle loro scelte (Vicarelli 2010). Si passa quindi da una competizione amministrata ad una cooperazione amministrata del sistema sanitario, dove la mano della politica nella gestione dei bilanci aziendali risulta importante. La presenza della politica nella gestione dei bilanci delle aziende sanitarie è una delle poche vie di manovra per scambi politici locali (Vicarelli 2010).

Il processo di aziendalizzazione di questi anni porta contestualmente anche ad uno sviluppo delle varie professioni sanitarie.

Nel 2001 sono presenti ben 23 profili professionali e molti di essi ottengono credenziali universitarie, con lauree triennali e specialistiche, fino al dottorato di ricerca; un esempio ne è la professione infermieristica. Questo accrescimento socioculturale affianca l'infermiere al profilo medico, dotandolo di una professionalizzazione basata sulla conoscenza scientifica, motivo per cui va crescendo la rivendicazione di una propria autonomia professionale (Vicarelli 2004). Nascono, inoltre, nuove figure assistenziali intermedie come gli Operatori Socio Sanitari (OSS). Questa nuova conformazione professionale della sanità determina una perdita di dominanza della figura medica (Vicarelli 2004).



## **CAPITOLO 3**

### **SERVIZIO SANITARIO OGGI**

#### **3.1 FINANZIAMENTO E SPESA, TRA PUBBLICO E PRIVATO**

Il SSN viene finanziato attraverso un processo, nel quale il prelievo fiscale dai cittadini alimenta in maniera importante il budget sanitario, che poi viene suddiviso tra le regioni ed infine trasferito alle ASL, le quali a loro volta pagano gli erogatori di prestazioni (Mapelli 2012). Il budget sanitario annuale, erogato dallo Stato, viene deciso all'interno della legge finanziaria, secondo cui si deve garantire un sostegno dei LEA di tutte le Regioni.

La spesa sanitaria è formata dalla spesa privata e dalla spesa pubblica.

La spesa privata riguarda:

- La spesa intermediata attraverso fondi sanitari o da polizze assicurative
- La spesa out-of-pocket, cioè la spesa affrontata direttamente dagli utenti per acquistare prestazioni sanitarie.

La spesa sanitaria pubblica, invece, è correlata ai bisogni di salute, alle condizioni sociali, e al reddito percepito degli utenti (Mapelli 2012).

Nel 2019 la spesa sanitarie a carico del SSN è di 120,3 miliardi di euro, registra un aumento del 1% rispetto al 2018 dovuto alla ripresa del PIL. La spesa privata rimane stabile tra il 2018 e 2019, sui 37,7 miliardi di euro. I disavanzi registrati in particolare prima del 2013 sono importanti. Si registrano perdite per 33,7 miliardi di euro, di cui 21,3 miliardi di euro in fase di ripiano. Dei restanti 12,4 miliardi, vengono coperti per il 70% con mezzi propri, i rimanenti 3,5 miliardi di euro non hanno copertura (Rapporto OASI 2020).

In Italia la spesa sanitaria ha un tasso di crescita del 2% nel periodo 2000-2010, mentre dal 2010 al 2018 è del 0,3%, tra i più bassi dei paesi occidentali (Rapporto OASI 2020). Questa frenata della crescita della spesa nel secondo periodo viene imputata a manovre di contenimento. Infatti, dal 2010 viene applicato il blocco dei contratti collettivi nazionali del lavoro, rilevatosi poi incostituzionale (sentenza 178/2015) e, dal 2011, vengono attivati meccanismi di contenimento della spesa sui farmaci. Infatti, si attua una trattenuta dello Stato nei confronti delle farmacie del 1,82% della spesa farmaceutica (Decreto-legge 78/2010), una riduzione dei prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti varata dall'AIFA e un incentivo alla diffusione dei farmaci generici rispetto a quelli brandizzati. Dal 2012 grazie alla 'Spending Review' si ampliano le modalità di contrazione della spesa, come i provvedimenti sul budget per la spesa farmaceutica e per i dispositivi medici oltre ad essere rimodulati i modelli strategici di gestione dell'assistenza regionale soprattutto nelle Regioni con piani di rientro. La spesa sanitaria viene coperta

principalmente attraverso il finanziamento pubblico e assicurazioni obbligatorie. Questo finanziamento vede una riduzione nel periodo 2010-2018 di ben il 4,6% nel contesto nazionale. L'Italia nell'area Euro è il paese con la maggiore contrazione, dopo Grecia e Portogallo. Il rimanente di spesa è coperto dal privato tramite premi assicurativi volontari o di spesa out-of-pocket direttamente sostenuta dagli utenti (Rapporto OASI 2020). Secondo i dati 2018 (Rapporto OASI 2020) la spesa out-of-pocket rappresenta il 23,5% della spesa sanitaria, quindi escludendo le fasce esenti, quasi un quarto della spesa è sulle spalle dei cittadini. La spesa per i premi assicurativi obbligatori, cioè delle assicurazioni obbligatorie INAIL per attività rischiose, per gli artigiani, per i lavoratori autonomi è dello 0,1% mentre quella per le assicurazioni private è del 2,6%.

In rapporto al PIL la spesa sanitaria totale nel 2018 è del 8,7%, tra le più basse dell'Europa. Nel periodo 2000-2010 questa vede un aumento del 1,3% mentre dal 2010 al 2018 una decrescita del 0,2%.

Nel 2017 la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 13,4% della spesa pubblica totale, con una diminuzione dello 0,7% rispetto al 2010. L'Italia, tra i paesi occidentali con SSN universale, è quella con minore spesa sanitaria pro capite (Rapporto OASI 2020).

Nel 2019 il finanziamento della sanità riguarda per il 45% le strutture ospedaliere, per il 5% la prevenzione e per il restante 51% l'ambito distrettuale dove il 19%

viene destinato al territorio (come servizi domiciliari, consultori, strutture residenziali e semiresidenziali), il 13% alla medicina specialistica, il 11% alla farmaceutica e il 7% alla medicina di base (Rapporto OASI 2020).

Da questi dati si evince che il settore portante della spesa sanitaria è rappresentato dagli ospedali, mentre la prevenzione rappresenta soltanto una quota marginale.

Appare importante sottolineare che, negli ultimi cinquanta anni, con la costituzione del SSN, si ha una riduzione della spesa amministrativa, che diminuisce di quasi la metà, grazie alla scomparsa del sistema burocratico delle casse mutue (Mapelli 2012).

Il SSN viene finanziato dalle imposte e dai redditi privati. Le imposte possono essere statali, come le accise sulla benzina e parte dell'Iva, oppure regionali, come Irap e Irpef ed infine locali, che si riferiscono alla compartecipazione alla spesa (ticket) (Mapelli 2012).

Le imposte statali sono la fonte perequativa ma la fonte principale di finanziamento è quella specifica di ogni singola regione, la quale può anche aumentare il budget di spesa sanitario, facendo deficit, il quale però deve essere poi ripianato in autonomia.

Il budget statale viene suddiviso alle Regioni e tra le varie ASL secondo una quota capitaria ponderata per età dei cittadini.

Le Regioni partecipano al prelievo fiscale in maniera disomogenea nel panorama nazionale, in quanto dipende dalla capacità fiscale correlata all'economia regionale. Ad esempio, secondo la rilevazione di Cgia Mestre nel 2017 ogni cittadino lombardo paga mediamente 12.297 euro tra tasse, imposte e tributi mentre un calabrese paga mediamente 5.516 euro. La media nazionale è di 9168 euro. Questa disomogeneità regionale dà vita ad un federalismo solidale, per cui il fondo perequativo è inferiore nelle Regioni con maggiore capacità fiscale e maggiore nelle Regioni più povere.

Le AO vengono finanziate dalle ASL attraverso i DRG erogati (Mapelli 2012).

Le ASL usano le risorse per pagare i vari fornitori di servizi (farmacie, ospedali, prevenzione, medicina di base). I servizi possono essere prodotti in autonomia o acquistati da enti pubblici o privati accreditati.

Il SSN opera quindi una redistribuzione delle risorse nella società, dove cittadini più ricchi pagano di più per sostenere anche le spese dei cittadini più poveri, nonché i giovani (che sono i meno fruitori del SSN) pagano (ad esempio con l'Irap che è calcolata sul costo del lavoro) anche per i più anziani (Mapelli 2012). I malati cronici sono quelli che usufruiscono maggiormente dei servizi sanitari pubblici. La restante gran parte della popolazione ne fa in realtà un uso limitato (Berk, Monheit 2001).

Dal 2013, con il D.lgs. 68/2011, il finanziamento sanitario viene deciso analizzando i costi e i fabbisogni medi standard regionali. Il ministero della salute insieme al ministero dell'economia e delle finanze, individuano le cinque migliori Regioni che garantiscono i seguenti parametri:

- la fruizione dei LEA mantenendo equilibrio economico,
- servizi sanitari con caratteristiche di qualità, efficienza e appropriatezza,
- nessun piano di rientro in corso.

Di queste cinque Regioni, la Conferenza Stato-Regioni né individua tre benchmark sui costi e fabbisogni.

Nell'anno 2018 vengono scelte Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna.

Il costo medio pro-capite di queste tre Regioni è rapportato alla popolazione pesata per genere ed età, dal quale scaturisce anche il finanziamento regionale. Il costo medio pro-capite ponderato viene poi moltiplicato per la popolazione di ciascuna Regione, dividendo i risultati per ogni LEA (Rapporto OASI 2020).

Per quanto concerne, invece, il finanziamento privato della sanità, questo può avvenire attraverso:

- il pagamento diretto delle prestazioni all'erogatore, definito anche "out of pocket",
- la contribuzione per l'assicurazione volontaria,
- la contribuzione per la mutua integrativa.

Rispetto al primo punto, fino al 2006 i prezzi dei servizi privati medici e dentistici sono regolamentati dal ministro della Sanità, che stabilisce le quote minime, garantendo tra l'altro anche il decoro della professione; oggi, invece, i prezzi sono liberi, dando così pieno spazio alla concorrenza (Mapelli 2012). L'unica eccezione sulla regolamentazione dei prezzi si ritrova nel codice deontologico medico (Fnomceo 2006).

Le spese sostenute nei servizi sanitari privati sono detraibili dall'imposta dei redditi, questo fenomeno viene visto da Mapelli (2012) come un incentivo all'acquisto sul mercato sanitario privato.

Sul fronte delle assicurazioni sanitarie private, che sono integrative rispetto al SSN, aderiscono, nel 2016, il 6,9% dei nuclei familiari (dati Banca d'Italia). Essendo in un regime di mercato le assicurazioni possono scegliere quali patologie e servizi coprire e stabilire un limite d'età massimo del cliente.

Le mutue volontarie a differenza delle assicurazioni sanitarie private sono senza scopo di lucro (Mapelli 2012) e vengono introdotte dall'art. 46 della riforma 833/1978. Il fine di tali mutue è quello della solidarietà del gruppo di appartenenza e dell'autogestione.

In effetti la spesa sanitaria “rappresenta il valore dei beni e servizi che gli individui consumano per curare la propria salute” (Mapelli 2012, p.134).

Nella convinzione comune, la spesa privata viene pensata come marginale rispetto a quella pubblica e che la spesa sanitaria privata dipende dalle dinamiche del servizio pubblico e dalle difficoltà di quest'ultimo di fornire servizi che rispondano ai bisogni richiesti dai cittadini (Armeni e Ferrè, 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015). In realtà viene osservato che l'interazione tra spesa pubblica e privata dipende dall'andamento del PIL. Analizzando i dati OASI sulla spesa sanitaria pubblica e i dati ISTAT (2017) sulla spesa sanitaria privata e PIL, si evince che in periodi in cui il PIL cresce si ha un aumento della spesa sanitaria privata e una stasi del fondo pubblico (Rapporto OASI 2020).

L'avvento della pandemia da Covid-19, causa una forte decrescita del PIL e allo stesso tempo un'importante crescita del fondo sanitario nazionale pubblico dovuto all'emergenza sanitaria. Probabilmente, si osserverà nei prossimi anni come questa dinamica si intreccerà con l'andamento della spesa privata.

Dai dati del Rapporto Gimbe del 2019 emerge che la spesa out-of-pocket non compensa le inferiori tutele sanitarie pubbliche offerte, come ad esempio nei territori del mezzogiorno. Secondo questi dati il 40% circa della spesa sanitaria viene destinata per "bisogni consumistici indotti dalla medicalizzazione della società" (Rapporto Gimbe 2019). La spesa media out-of-pocket pro-capite tra il 2015 e il 2017, registra un uso sopra la media nelle Regioni del nord, dove l'offerta sanitaria pubblica è migliore.



Negli anni passati i parametri considerati sulla spesa sanitaria sono: l'efficacia negli anni '70 e '80; EBM e costo-efficacia negli anni '90; qualità e sicurezza negli anni 2000. In questi ultimi anni il punto centrale è rappresentato dal value (Rapporto Gimbe 2019), con il quale si intende il rapporto tra gli outcome di salute del paziente, cioè gli esiti positivi meno gli esiti negativi, e i costi che il sistema sostiene (Gray 2017).

Di seguito viene analizzato il value for money nell'ambito sanitario, cioè i benefici sanitari dei cittadini, in termini di salute, considerando le risorse impiegate. Questo è ridotto da tutte le "attività che consumano risorse senza generare value" (Porter 2010), come sprechi e scarsa produttività. Alcuni esempi sono l'acquisto di materiali superiori al valore prodotto, l'eccesso di burocrazia ed elargizione di prestazioni sanitarie inefficaci con value basso.

La spesa sanitaria viene classificata in quattro categorie di value for money, si va dalla spesa che non si traduce in servizi sanitari, alla spesa utilizzata in maniera inopportuna, fino ad arrivare alla spesa che determina benefici per la salute dei pazienti (Rapporto GIMBE 2019).

Secondo il Rapporto GIMBE (2019) analizzando i dati del 2017, ben il 19% della spesa sanitaria contribuisce a sostenere sprechi e mal funzionamento del sistema sanitario pubblico. Di questo 19% la maggior parte viene disperso in frodi, acquisti eccessivi, inadeguato coordinamento dell'assistenza; un terzo viene usato per

sostenere servizi non necessari e il restante 15% circa viene impiegato per amministrare il peggioramento degli esiti di salute dovuti al malfunzionamento del sistema sanitario.

Rispetto la spesa out-of-pocket più della metà viene destinata agli utenti per sostenere importanti bisogni di salute o destinata alla long term care, cioè prestazioni extra-LEA.

Infine, sulla spesa sanitaria privata, vedi le assicurazioni sanitarie, più di un terzo non si traduce in servizi in quanto si disperde su costi di gestione e utili delle compagnie assicurative.

Il controllo della spesa sanitaria dipende sostanzialmente dal dominio della domanda, che a sua volta è governata dalle scelte diagnostiche e terapeutiche dei medici (Marinò 2008). Sul fronte della medicina di base, si tenta di operare una programmazione dell'attività della medicina generale attraverso lo strumento degli incentivi per allineare le scelte dei medici di base con quelle delle ASL. Alcuni esempi sono l'introduzione dei tetti massimi per le prescrizioni di visite specialistiche e prescrizioni di farmaci (Marinò 2008). Sul fronte delle aziende sanitarie il finanziamento a DRG induce comportamenti anomali all'interno delle unità operative sanitarie. Le unità operative tendono ad allineare il processo di produzione dei servizi ai contenuti delle tariffe, all'aumento del volume di produzione al fine di abbattere i costi (Marinò 2008). Alcune Regioni sono corse ai

ripari limitando l'incremento della produzione di servizi, imponendo dei tetti di fatturato aziendale. Altra soluzione al controllo della spesa sanitaria è quella di stipulare accordi tra le aziende sanitarie acquirenti di servizi e le aziende sanitarie fornitrici, cioè tra ASL e AO, questo permette di superare maggiormente i conflitti responsabilizzando entrambe su obiettivi comuni (Marinò 2008). Oggi le Regioni sono più efficienti rispetto al passato, ricercando autonomamente un equilibrio attraverso l'aumento delle entrate e il controllo della spesa (Mapelli 2012).

### **3.2 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR)**

In diverse Regioni italiane la sanità rappresenta la prima industria, per il numero di dipendenti e per il fatturato erogato; nel meridione è la principale azienda creatrice di posti di lavoro e ricchezza (Mapelli 2012).

Ogni Regione, in autonomia, stabilisce la struttura del suo assetto sanitario, definendo le aziende sanitarie pubbliche che lo compongono, decidendo se e come trasformare alcuni ospedali in AO e definendo il ruolo degli IRCCS, nonché l'apparato amministrativo. Questa autonomia decisionale porta ad una forte eterogeneità dei SSR.

Dagli anni 2000 ad oggi si osserva una periodica trasformazione dei SSR, per cui si evince che il numero delle aziende sanitarie pubbliche si è ridotto grazie ad

accorpamenti e a modifiche istituzionali delle varie realtà sanitarie locali. Tali unificazioni sono una delle misure centrali delle Regioni caratterizzate da Piani di Rientro del deficit sanitario (Cuccurullo 2012). Le fusioni hanno portato ad un aumento degli utenti per ogni azienda sanitaria.

A livello degli apparati amministrativi sanitari regionali ben sei, hanno istituito un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) come tecnostruttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale. Le Regioni interessate sono Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia e Sardegna. La Lombardia nel 2016 costituisce l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS), la quale coordina i risultati a livello locale, verifica la correttezza delle procedure di gara e individua i criteri migliori di monitoraggio delle performance (Rapporto OASI 2020). Le altre Regioni, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania, Liguria hanno eliminato la propria agenzia negli ultimi anni trasferendone le funzioni alla Direzione Regionale competente.

Le Regioni, inoltre, decidono l'assetto delle proprie aziende sanitarie pubbliche. Questo permette sul panorama nazionale, di avere eterogeneità in merito al numero e dimensione delle ASL e delle AO. Negli ultimi venti anni grazie ai piani di rientro del deficit sanitario e alla ricerca delle dimensioni istituzionali migliori il numero delle aziende sanitarie sul panorama nazionale è diminuito drasticamente. C'è un decremento del 40% passando da 197 del 2001 a 118 del 2020 (Rapporto OASI 2020).

La Regione con maggiore popolazione per azienda sanitaria è l'AST sarda, seguita dalle Marche, dove è presente un'unica azienda sanitaria ASUR (Rapporto OASI 2020), unica realtà in tutto il panorama nazionale.

Rispetto alle AO si evidenzia lo stesso orientamento, per cui vi sono accorpamenti e spostamenti di alcune funzioni alle ASL.

Al vertice delle dinamiche di efficienza ed efficacia nel SSR si ha l'istituzione regionale, il quale compito fondamentale è la razionalizzazione dei servizi (Marinò 2008). La definizione dell'offerta sanitaria, la strutturazione territoriale delle aziende sanitarie, la programmazione dei meccanismi di funzionamento e il controllo della concorrenza interregionale, sono le scelte più importanti da affrontare per aspirare ad un equilibrio del sistema regionale sanitario (Marinò 2008). Diversi autori (Marinò 2008, Rapporto OASI 2019) indentificano la Regione come una holding del SSR avente un ruolo di coordinamento delle ASL e delle AO; in effetti essa svolge il ruolo di capogruppo delle aziende sanitarie erogatrici di servizi.

Secondo il Rapporto OASI (2019) molte funzioni delle ASL sono state ultimamente fatte proprie dalla Regione.

Quest'ultima dirige per mezzo dell'Assessorato alla Salute e delle agenzie che hanno ruoli di monitoraggio o fornitura di servizi, la quale non solo definisce gli obiettivi strategici delle proprie aziende sanitarie, ma ne individua i programmi per raggiungerli ed elabora le procedure operative per perseguirli (Cantarelli, Lega,

Longo, 2017). Questa centralità delle Regioni si afferma con la riforma costituzionale del 2001 e con l'avvio dei piani di rientro dal deficit sanitario; piani che hanno prodotto maggiore responsabilizzazione economico-politica generale (Rapporto OASI 2019). Sul versante opposto si può osservare come il concentrarsi troppo sull'aspetto economico-finanziario, porta ad un congelamento dell'innovazione del servizio sanitario regionale. Infatti, emerge tale deficit strutturale delle Regioni, che concentrandosi troppo sul controllo amministrativo ed economico tralasciano lo sviluppo della parte innovativa dei processi, che spesso vengono gestiti direttamente dalle aziende sanitarie stesse. Il rallentamento dell'aspetto innovativo si è evidenziato maggiormente nelle Regioni con piani di rientro del deficit sanitario (Rapporto OASI 2019).

Altro aspetto importante sono i modelli di governance della sanità adottati dalle Regioni. Questi modelli sono stabiliti in base a degli strumenti di governo del sistema sanitario regionale e dalla stipula di accordi tra le aziende sanitarie. I modelli che Mapelli (2012) individua sono:

- burocratico
- accentrato
- contrattuale

Il modello burocratico è il modello tradizionale per eccellenza, definito da dinamiche per cui la Regione è l'ente che detta la linea delle aziende sanitarie. La

governance è attuata attraverso rapporti formali e di scarsa condivisione delle decisioni. La metodologia utilizzata si basa su delibere, sanzioni, circolari e leggi. Questo modello si avvicina alla visione burocratica-weberiana, per cui c'è una comunicazione di tipo "top-down" all'interno delle aziende sanitarie, ancorata alla cultura di lavoro anni '80, in cui non vi è spazio per l'aspetto manageriale. Tipologia di governance molto presente nelle Regioni del sud, ad esclusione di Basilicata e Sardegna (Giarelli 2017).

Il modello accentrato, caratteristico del Veneto, è un modello dove c'è una comunicazione condivisa tra Regione e aziende sanitarie; comunicazione basata anche sull'ascolto, seppur gli obiettivi finali vengono tuttavia stabiliti dall'alto. Questo paradigma predilige un modello istituzionale integrato, dove le poche AO presenti sono governate direttamente dalla Regione. A tutti i livelli, centrale o locale, sono presenti buone quantità di risorse e capacità di efficienza, c'è, inoltre, un'ottima cooperazione fra pubblico e privato, caratterizzata da una programmazione strategica ben attuata. La Regione si comporta quindi come il capogruppo, che definisce obiettivi, standard e tetti di spesa, monitorando contemporaneamente i risultati raggiunti di ogni singola azienda sanitaria.

Infine, il modello contrattuale appare il modello ideale e dove le AO sono separate dalle ASL (Mapelli 2012). Tale modello è caratterizzato da una comunicazione partecipativa di tutti gli attori, sia a livello locale che centrale. La Regione ha il ruolo di fulcro della rete sanitaria e di regolatore degli interessi fra le varie aziende

sanitarie. Per attuare questo modello è fondamentale avere competenze strategiche elevate, equilibrio tra l'ospedale e il territorio, una logica manageriale di sistema, un buon rapporto tra acquirenti e fornitori, sia pubblici che privati, e un importante orientamento verso i risultati. Il modello contrattuale esprime al meglio la riforma ter (Mapelli 2012); ne fanno parte Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia.

### **3.3 SODDISFAZIONE E INSODDISFAZIONE NEL SSN**

Un buon indice di soddisfazione nei confronti del SSN è dato dal grado di fiducia che il paziente ha verso il sistema sanitario. In Italia questo rapporto è poco coltivato tanto che spesso emerge una dinamica “patrono-cliente” (Vicarelli 1999 p.148). La tendenza del livello di soddisfazione è direttamente legata all'andamento del processo di aziendalizzazione, che ha fatto emergere delle lacune dovute alla massiccia carenza di risorse economiche, oltre che ad un quadro politico incerto e al costante sgretolamento delle tradizionali relazioni di fiducia e spirito umanitario (ad esempio il paternalismo medico, il clientelismo politico-sociale). L'erosione di questi ancoraggi tradizionali di fiducia non viene sostituita da nuove forme di fiducia (Vicarelli 2004) e quindi anche il livello di soddisfazione nel servizio sanitario ne risente.



Secondo Vicarelli è fondamentale costruire un patto tra utenti e servizio sanitario, sia attraverso un'infrastruttura normativa adeguata, sia attraverso scelte metodologiche e attori in grado di instaurare un rapporto fiduciario tra utenti e servizi, così da diffondere soddisfazione nei riguardi del sistema sanitario. La costruzione della fiducia si ha con l'impegno della politica, nonché con la buona capacità di mediatori amministrativi o sociali (Vicarelli 1999). Ne è prova la nascita dell'ufficio relazioni con il pubblico (URP), istituito con la legge 150 del 2000, che connota un nuovo legame tra azienda sanitaria e utenza. Compito di questi uffici è quello di creare una relazione soddisfacente con il cittadino e dare la possibilità di avere una comunicazione costruttiva tra clienti e servizio. Dall'altra parte, non meno importante, è avere una base di aspettative positive da parte dell'utenza, al fine di evitare comportamenti opportunistici e conflittuali da parte dei cittadini (Vicarelli 1999).

Analizzando alcuni dati, secondo il 52° Rapporto Censis 2018, in Italia il 54,7% dei cittadini è insoddisfatto del proprio SSN in quanto pensa che non tutti abbiano le stesse opportunità di diagnosi e cura. A livello territoriale questo pensiero è diffuso nel 58,3% del nord-est, nel 53,3% del nord-ovest, nel 53,9% del meridione e nel 54,1% del centro. A livello di soddisfazione del proprio SSR si registra un 77% nel nord-ovest, un 79,4% nel nord-est, un 61,8% nel centro e un 40,6% nel sud e isole. La media nazionale è del 62,3%. Sempre secondo il Rapporto, nella penisola è

diffuso il fai da te (73,4%) per i piccoli disturbi (ad esempio cefalee, mal di schiena...). Di questi ne soffrono 49,4 milioni di cittadini. Il primo rapporto con i canali di cura viene fatto per il 28% navigando nel web, per il 53,5% rivolgendosi al proprio medico di famiglia, per il 32,2% consultando il farmacista e per il 17,7% si rivolge direttamente al medico specialista. Un fenomeno diffuso è quello di curarsi in autonomia con farmaci senza obbligo di ricetta medica. Si contano 15,4 milioni di lavoratori che hanno continuato l'attività lavorativa grazie al reperimento in autonomia di farmaci senza obbligo di ricetta. Il rapporto della popolazione italiana con il SSN varia in base alla condizione socioeconomica, all'offerta territoriale e all'età dei cittadini. Nelle aree dove l'accessibilità alla sanità è più difficoltoso si alimentano comportamenti opportunistici, una sensazione di ingiustizia e un aumento di costi aggiuntivi.

L'Italia è uno dei pochi paesi dove l'aumento della spesa sanitaria non coincide con un aumento dell'indice di soddisfazione, anche laddove si registrano performance molte alte per mortalità evitabile (Vicarelli 2010).

I motivi dell'insoddisfazione vanno dunque ricercati anche in altre variabili, come ad esempio nelle difficoltà organizzative del SSN e nel rapporto pubblico-privato, piuttosto che nei livelli di salute o nei livelli di spesa sanitaria.

I dati Istat, che elaborano l'indice di soddisfazione degli utenti che hanno un'esperienza diretta all'interno del servizio sanitario, mostrano che l'88%

dell'utenza è soddisfatta per l'assistenza medica e infermieristica ricevuta, il 68% per il vitto, il 78% per i servizi igienici (Istat 2010).

Questa ambivalenza nei dati sembra mostrare che il basso livello di soddisfazione è spesso dovuto a stereotipi di vecchia data, enfatizzati dai mass media, non sempre preparati sull'argomento (Mapelli 2012).

Infatti, fattori che hanno creato un clima di sfiducia dei cittadini verso il SSN, si ritrovano soprattutto negli anni '80, dove il servizio sanitario rappresenta l'icona dello spreco, della corruzione e dell'irresponsabilità politica (Vicarelli 1999). Questo va a sommarsi all'eccesso di burocrazia, al basso livello di organizzazione dei servizi, alla presenza di lunghe liste d'attesa spesso aggirabili grazie alle visite a pagamento dagli stessi medici che operano nel pubblico (Mapelli 2012).

Osservando i dati, emerge che oggi il SSN italiano garantisce a tutti un accesso gratuito alla sanità e con un'ampia libertà di scelta, caratteristica non comune a tutte le realtà sanitarie dei paesi occidentali. L'offerta delle prestazioni garantite dal SSN è tra le più globali e integrate presenti nel contesto mondiale (Mapelli 2012). Il nostro SSN è economicamente sostenibile (9,2% del PIL), seppur ha un carico di spesa sulle famiglie importante (22%) ma non smisurato, presenta un buon equilibrio tra pubblico e privato. Il nostro SSN ci garantisce una speranza di vita tra le più alte al mondo (81,8 anni nel 2009), dietro solo a Giappone e Svizzera. L'OMS nel 2000 classifica il nostro SSN secondo al mondo (Who 2000).

Da un punto di vista normativo già l'art.14 del D.lg. 502/1992 cita che le strutture e le prestazioni sanitarie devono adeguarsi alle richieste degli utenti. Il PSN '94-'96 indica come fondamentale la partecipazione del paziente al processo decisionale e la responsabilizzazione dell'utenza verso i benefici e i costi del servizio sanitario (Vicarelli 1999). Successivamente la Carta di Lubiana del 1996, redatta dai paesi europei, sostiene che le scelte dei cittadini possono avere influenza su come vengono strutturati i servizi sanitari (Vicarelli 1999).

Concludendo appare fondamentale creare una base di consenso e di aspettative positive, al fine di ottenere comportamenti altrettanto positivi sia da parte dell'utenza che da parte degli operatori sanitari, creando quindi una base di fiducia (Vicarelli 1999). Si ha così la possibilità di avviare comportamenti virtuosi, che alimentano fiducia e soddisfazione nei confronti del SSN, mantenendo in ogni caso la centralità del cittadino (Vicarelli 1999).

### **3.4 SSR ALLA PROVA DEL COVID-19**

In epoca pre-Covid, la copertura dei LEA trova delle differenze nel panorama nazionale. Nel 2017, infatti, Calabria e Campania non garantiscono in maniera soddisfacente i LEA, in particolare negli ambiti che riguardano l'assistenza

residenziale agli anziani e gli screening sui cittadini. Altre regioni, come Piemonte, Veneto ed Emilia-Romagna presentano invece dei livelli di garanzia dei LEA elevati. Sicilia, Molise e Puglia mostrano una copertura minima dei LEA (Vicarelli, Spina 2020).

Questa situazione molto eterogenea è influenzata negativamente dall'applicazione di politiche di tagli alla sanità. Tagli di risorse che vanno dal personale all'impossibilità di innovazione tecnologica. Va ricordato che nel periodo 2000-2009 la spesa sanitaria pubblica è del 56% mentre nel periodo 2009-2018 è del 10% (European House Ambrosetti 2018).

L'arrivo della pandemia da Covid-19 mette inevitabilmente alla prova la stabilità e l'efficienza dei vari SSR. Di seguito vengono analizzate tre Regioni che fungono da esempio di differente modalità di fronteggiamento della pandemia; Veneto, Lombardia e Campania.

Il Veneto, che soddisfa già pienamente i LEA, attraverso una sanità di primo livello ben funzionante, è tra le regioni migliori ad affrontare l'impatto della pandemia (Giarelli, Vicarelli 2020). Tale regione fonda la propria azione di contrasto pandemico su basi e studi epidemiologici oltre ad attuare una politica di comunità e di salute pubblica, grazie alla forte integrazione tra i servizi sanitari territoriali e la rete ospedaliera. La medicina di base e territoriale veneta è riuscita a fronteggiare con forza l'ondata pandemica, riducendo così gli ingressi ospedalieri (Vicarelli

2021). La campagna preventiva che il Veneto ha effettuato è stata vincente, il numero altissimo di tamponi somministrati ha permesso di isolare immediatamente i soggetti contagiati. Il Veneto, secondo dati di ottobre 2020, riesce a individuare ben il 45% dei contagiati.

In Lombardia, nonostante gli alti livelli di garanzia sanitaria, i problemi legati alla pandemia non si riescono ad affrontare in maniera tempestiva; ciò appare legato anche alla riduzione delle risorse destinate alla medicina di primo livello effettuata negli anni precedenti. Inoltre, la massiccia presenza di un sistema sanitario misto pubblico/privato ha ulteriormente ostacolato la battaglia contro i contagi e i ricoveri. In Lombardia la sanità è prevalentemente centrata su grandi strutture ospedaliere di eccellenza, a discapito della medicina territoriale. Di conseguenza la Regione cerca di fronteggiare la pandemia con una politica prettamente ospedaliera e di mercato privato convenzionato (Giarelli, Vicarelli 2021). La campagna di screening mirati permette di individuare nel mese di ottobre 2020 tra il 10 e 20% di soggetti positivi (Quaglia, Terraneo, Tognetti 2021).

Rispetto al personale sanitario, emerge che la possibilità di contagiarsi è di 19-20 volte superiore al resto della popolazione, dato simile si evidenzia nel Veneto, ma con la differenza che la maggiore istituzionalizzazione ospedaliera lombarda dei pazienti Covid-19, aumenta ulteriormente il rischio di contagio per gli operatori sanitari.

Le morti per Covid-19 in RSA sono del 7,5% (Arlotti, Marzulli 2021).

La Campania nella fase iniziale della pandemia si trova in una posizione intermedia tra i dati del Veneto e quelli della Lombardia, successivamente si rileva un picco di ricoveri ospedalieri a fine maggio 2020 (Quaglia, Terraneo, Tognetti 2021).

La campagna di screening mirati dell'autunno 2020 mostra risultati simili a quelli della Lombardia e il personale sanitario ha una probabilità di contagiarsi 15 volte superiore rispetto alla popolazione non sanitaria.

Le diverse strategie e i diversi assetti sanitari regionali portano a risultati interessanti da analizzare. In Veneto, nel periodo dal 21 febbraio 2020 al 23 giugno 2020, si registra uno 0,39% di popolazione positiva al Coronavirus con una percentuale di tamponi effettuati del 18,1%. In Lombardia, nello stesso periodo, si registra uno 0.92% di positività, con una percentuale di tamponi effettuati del 9.7%. Il numero di decessi nello stesso periodo è dello 0.4% della popolazione residente in Veneto, mentre in Lombardia l'incidenza è dello 0.16% (Giarelli, Vicarelli 2020).

In conclusione, il Veneto con un modello fortemente integrato tra rete ospedaliera e sanità territoriale riesce ad affrontare l'emergenza sanitaria con buoni risultati. La Campania, viste anche le limitate risorse strutturali della propria sanità, agisce soprattutto con misure di contenimento degli spostamenti e delle interazioni sociali (Quaglia, Terraneo, Tognetti 2021). La Lombardia con un modello sanitario ospedalocentrico, mostra dati negativi rispetto alle altre Regioni, in esiti di salute

dei cittadini e in contagi del personale sanitario. Il modello Lombardia vanta strutture ospedaliere eccellenti ma una rete territoriale carente.



## CONCLUSIONE

Ripercorrendo la strada che porta al SSN come lo conosciamo oggi, emerge un'evoluzione che si intreccia con i cambiamenti culturali, demografici e ambientali. A partire dal secondo dopoguerra il paese ha saputo reagire con forza alle condizioni sociali ed economiche, nonché sanitarie, che erano molto precarie. Indubbiamente il piano Marshall è stato un volano incredibile. Il boom economico di quegli anni ha permesso all'Italia di passare da un'economia agricola ad un'economia industrializzata e di avere un tasso di crescita del PIL tra i più alti d'Europa (Governo Italiano 2021). Il PIL è cresciuto del 5,3% annuo e la produzione industriale è salita del 8,2%, così come il reddito medio è aumentato dal 38% al 64% di quello USA e dal 50% al 88% di quello inglese (Governo Italiano 2021).

In questo contesto di grande cambiamento ed enorme speranza, anche se con un certo ritardo, si assiste all'approvazione dell'attuale servizio sanitario, tramite la riforma 833/1978. Si passa da un sistema per mutue ad un sistema sanitario universalistico. Questa riforma, che contribuisce enormemente a modernizzare il paese e a renderlo più equo e solidale, proietta l'Italia tra i migliori posti delle classifiche degli indicatori sanitari mondiali. L'aspettativa di vita è seconda dopo il Giappone (ISS 2018). Successivamente, la spesa sanitaria aumenta

vertiginosamente, il mondo cambia il proprio assetto politico e culturale, in Italia lo scandalo di Tangentopoli travolge e ribalta in maniera netta l'assetto istituzionale. Con le riforme sanitarie dei primi anni '90 si tenta di dare un'ulteriore sterzata al sistema sanitario, avviando il percorso di aziendalizzazione e di razionalizzazione delle risorse. Si inizia a parlare di management sanitario e di concorrenza, parole sconosciute fino ad allora nel mondo della sanità pubblica. Nascono le ASL e le AO, vengono introdotti i DRG. Questo processo di razionalizzazione della sanità sfocia nella riforma ter, dove l'allora Ministra Bindi cerca di dare impulso all'efficacia, all'equità e all'umanizzazione delle cure. Si riprende il concetto di distretto e di territorio, fondamentali per la prevenzione e per le cure primarie. La sanità non è solo ospedale ma diviene una rete di servizi che necessitano di comunicare e interagire tra loro per il benessere dell'utente. Negli anni 2000 si rinforza il concetto di aziendalizzazione e di federalismo sanitario, con la modifica del Titolo V della Costituzione. Un tassello importante, nell'evoluzione del SSN, è il passaggio dalla competizione amministrata alla cooperazione amministrata, dove la politica entra nella gestione dei bilanci aziendali (Vicarelli 2010). Parallelamente, in una logica di miglioramento costante delle prestazioni, nei primi anni del 2000 vengono istituiti i percorsi di laurea per le professioni sanitarie, ciò contribuisce ad aumentare le competenze di tali figure, nonché la loro autonomia decisionale nei confronti della classe medica. Sul solco tracciato dal

D.lgs. 502/1992 nel 2001 vengono introdotti i LEA, elementi chiave per il funzionamento del servizio sanitario.

Negli ultimi anni a questa parte, forti politiche di contenimento della spesa sanitaria hanno contribuito ad una riduzione significativa delle risorse. Il servizio sanitario nazionale è oramai decentrato e costituito da 21 servizi sanitari regionali nel rispetto dei LEA.

Nel 2017 l'Italia destina l'8,8% del PIL alla sanità contro una media UE di 9,8%. La spesa pro-capite è del 10% inferiore a quella UE (OCSE 2019). Le spese out-of-pocket sostenute dalle famiglie per la sanità sono abbastanza elevate, rappresentano il 24% (OCSE 2019).

Il numero di medici dipendenti della sanità pubblica è in calo e oltre la metà ha un'età superiore ai 55 anni, questo alimenta un'importante carenza di personale all'interno delle strutture sanitarie. Il numero di infermieri impiegati nella sanità pubblica è di 5,8 ogni 1000 abitanti, dato molto sotto alla soglia UE, che è di 8,5 ogni mille abitanti. Il numero dei posti letto tra il 2000 e il 2017 è diminuito del 30%, arrivando a 3,2 posti ogni 1000 abitanti contro una media UE di circa 5 posti ogni 1000 abitanti (OCSE 2019).

Questo assetto del servizio sanitario nazionale viene investito, ad inizio 2020, dalla pandemia da Covid-19. Secondo i dati ISTAT, nei mesi di marzo e aprile 2020, ci sono 49000 decessi in più rispetto allo stesso periodo nei cinque anni precedenti; di questi il 60% sono dovuti al Covid-19, il 10% alle polmoniti e il 30% ad altre cause.

La pandemia è un fenomeno che cambia radicalmente la vita dei cittadini sotto molteplici aspetti. Dal punto di vista sanitario si assiste ad uno stravolgimento dell'assetto organizzativo delle strutture sanitarie, in particolare nelle Regioni più colpite. Analizzare tutti gli aspetti della pandemia in questa nota non è possibile, ma nel dramma arrecato il Covid-19 sembra voler mostrare la necessità di cambiamento e modernizzazione di questo sistema paese. Probabilmente nulla resterà come prima ma si dovranno, verosimilmente, cambiare gli stili di vita ed anche le politiche di previsione di ulteriori squilibri pandemici nel rapporto uomo-natura. Come sostenuto da Giarelli e Vicarelli (2020), la pandemia costituisce un fenomeno di focusing event, cioè un evento che forza sia i decisori politici che l'opinione pubblica ad avviare, con rapidità, i temi che altrimenti non sarebbero entrati con la stessa velocità e determinazione nell'agenda politica.

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con la pubblicazione di un programma che ha tra i suoi obiettivi investimenti e riforme, per accelerare la transizione ecologica e digitale, per migliorare la formazione dei lavoratori e per raggiungere una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale (Governo Italiano 2021). Il programma viene definito Next Generation EU (NGEU). L'Italia aderisce al NGEU con la presentazione di un proprio pacchetto di riforme, costituito dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il PNRR si suddivide in sei Missioni, di cui una dedicata alla salute. Il documento sottolinea le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari, la necessità di uno sviluppo

tecnologico consistente, l'importanza di creare nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e un maggiore collegamento con la ricerca e le cure. La Missione salute è suddivisa in due parti. La prima dedicata alla sanità territoriale e ad una maggiore integrazione tra tutti i servizi sociosanitari. La seconda parte è dedicata all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del SSN. Inoltre, si presume di migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA, delle competenze e del capitale umano del SSN. Per la Missione Salute vengono stanziati 15,63 miliardi di euro. Si vedrà in futuro quando e come verranno applicati i punti del PNRR.

A parere di chi scrive sarà importante non dimenticare alcuni aspetti:

- umanizzazione delle cure, mettendo davvero il paziente al centro del processo di cura;
- mantenere un SSN pubblico; la pandemia ha mostrato ancor di più l'importanza di avere un servizio pubblico e universale;
- investire sulla medicina territoriale e riappropriarsi con forza del concetto di distretto sanitario. Dunque, rafforzare la rete territorio-ospedale;
- rilanciare la prevenzione, favorire il cambiamento degli stili di vita e la riduzione dei fattori di rischio;
- aumentare la capacità dei cittadini di acquisire conoscenze e abilità per migliorare la propria salute individuale e quella della comunità (health literacy);

- promuovere la salute nei luoghi di lavoro;
- sostenere la digitalizzazione della medicina.

Credo sia fondamentale non perdere questa enorme occasione di ripartenza e cambiamento, come già avvenuto nel secondo dopoguerra quando, che conseguentemente ad una crisi totale, il paese ha fatto un salto di qualità decisivo.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ALBER J. (1982). *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analyses zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*. Frankfurt a.M. Campus. Trad. It. Dalla carità allo Stato sociale. Il Mulino. Bologna 1986
- ARLOTTI M., MARZULLI M. “*La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA*”, in VICARELLI G., GIARELLI G. (a cura di) (2021). *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte. Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*. Franco Angeli.
- ARMENI P., FERRÈ F. (2014), «*La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L’aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Egea, Milano
- ASTUTO G. (2014). *L’amministrazione italiana, dal centralismo napoleonico al federalismo amministrativo*. Carocci editore
- BARRETTA A., VAGNONI E. (2005) *Il Benchmarking in Ambito Sanitario*. Studi Di Ragioneria E Di Economia Aziendale Serie Incontri 3. Editore CEDAM. Padova
- BATTILANI P., FAURI F. (2014). *L’economia italiana dal 1945 a oggi*. Il Mulino, Bologna.

- BELL D. (1973). *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. New York. Basic
- BERK M.L. e MONHEIT A.C. (2001). *The concentration of health care expenditures*. Revisited, in *Health Affairs*, 20, 2, pp.9-18
- CAMMELLI M. (1981). *La collaborazione fra Stato e Regioni alla prova dei fatti: il Consiglio Sanitario Nazionale*. “Le Regioni”, n. 6: 1163-1180
- CANTARELLI P., LEGA F., LONGO F. (2017). *La regione capogruppo sanitaria: assetti istituzionali e modelli organizzativi emergenti*. CERGAS Bocconi
- CONTI F., SILEI G. (2018) *Breve storia dello Stato sociale*. Carocci editore. Roma
- COPPOLA F.S., CAPASSO S., RUSSO L. (2008), *Profili evolutivi del SSN italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi*, XX Conferenza della Società italiana di economia pubblica. Pavia. Università 25-26 settembre
- CUCCURULLO C. (2012). *Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di Rientro*. ANESSI PESSINA E. e CANTÙ E. (a cura di), *L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI*.
- DEL VECCHIO M., CARBONE C. (2002) *Stabilità aziendale e mobilità dei direttori generali nelle aziende sanitarie*, in ANESSI PESSINA E.,



CANTÙ E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*. Egea. Milano

- DEL VECCHIO M., FENECH L., RAPPINI V. (2015), «*I Consumi Privati in Sanità: i dati*», in DEL VECCHIO M., MALLARINI E., RAPPINI V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- DELOGU S. (1967), *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Einaudi, Torino.
- DIRINDIN N. (2001). *Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?* Il Pensiero Scientifico editore. Roma.
- DONATI P. (1986). *Sociologia della salute e complessità sociale*, in Donati P. (a cura di), *Salute e complessità sociale*. Franco Angeli. Milano
- EUROPEAN COMMISSION (2010). *Patient safety and quality of healthcare*. Special Eurobarometer 327. Bruxelles
- EUROPEAN HOUSE AMBROSETTI (2018). XIII Meridiano sanità. *Le coordinate della salute*. Rapporto 2018, al sito [www.ambrosetti.eu](http://www.ambrosetti.eu)
- FERRERA M. (1986). *Aspetti organizzativi e domanda sanitaria: il caso italiano* in FERRERA M., ZINCONI G. (a cura di). *La salute che noi pensiamo*. Il Mulino. Bologna
- FNOMCEO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) (2006). *Codice di deontologia medica*. Fnomceo. Roma

- GEMELLI A. (1950) *La difesa della salute in un sistema di sicurezza sociale*. in Rivista Internazionale di Scienze Sociali. 22, marzo – aprile, pp.97-129
- GIARELLI G. (2017). *1978-2018: quarant'anni dopo. Il Ssn tra defianziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione*. "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare" 3/2017, pp. 455-482. Doi: 10.1447/89537
- GIARELLI G., VICARELLI M. G. (2020). *Politiche e sistemi sanitari al tempo della pandemia da Covid-19: una lettura sociologica in "Sociologia Italiana"*, n.16, pp.69-86 DOI: DOI: 10.1485/2281-2652-202016-5
- GIARELLI G., VICARELLI M. G. (2021). Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte. Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19
- GIMBE (2019). *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE. Bologna ([www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)).
- GOVERNO ITALIANO (2021). Piano nazionale di ripresa e resilienza. Presidenza del Consiglio dei Ministri
- GRAY M. (2017) *Value based healthcare*. BMJ; 356:j437, doi: 10.1136/bmj.j437. PMID: 28130219.

- ISTAT (2010). *La vita quotidiana nel 2009*. Sommario di statistiche storiche italiane. Roma
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2018). *1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica. La voce dell'Istituto Superiore di Sanità*. A cura di Walter Ricciardi, Enrico Alleva, Paola De Castro, Fabiola Giuliano, Sandra Salinetti 2018
- LEWIS J. (2001). *The decline of the male breadwinner model: implications for work and care*, in “Social Politics: International Studies in Gender, State & Society”. Vol. 8 n°2, pp 152-169
- MAINO F. (2001). *La politica sanitaria*. Bologna. Il Mulino.
- MAINO F. (2003). *La sanità fra Stato e Regioni*. Bologna. Il Mulino.
- MALATESTA M. (2006) *Professionisti e gentiluomini*. Torino. Einaudi
- MAPELLI V. (2012) *Il sistema sanitario italiano*. Bologna. Il Mulino
- MARINÒ L. (2008). *La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali*. Torino. G. Giappichelli Editore.
- MAZZINI F. (1980), *Il sistema previdenziale in Italia fra riforma e conservazione*, in A. Orsi Battaglini (a cura di), *Amministrazione pubblica e istituzioni finanziarie*, il Mulino, Bologna
- MINISTERO DELLA SALUTE (2010). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*. Dati SDO 2009. Roma

- MUSSARI R. (1996). *L'azienda del comune tra autonomia e responsabilità*. Padova. CEDAM.
- OCSE/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari (2019). *Italia: Profilo della sanità 2019, Lo Stato della Salute nell'UE*. OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e Dei Sistemi Sanitari, Bruxelles
- PAGANO A. (2003). *Il processo di aziendalizzazione del SSN continua a restare in bilico tra rischio-chimera e necessità*, in Accademia Nazionale di Medicina, ABC salute, supplemento Il Sole 24 Ore Sanità, pp. 21-23
- PAVOLINI E (2011). *Il sistema sanitario italiano alla prova del New Public Management*, in G.M. Vicarelli (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*. Bologna. Il Mulino, pp. 57-77
- PELLEGRINO P. (2005). "La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale," POLIS Working Papers 55, Institute of Public Policy and Public Choice - POLIS.
- PORTER M.E. (2010). *What is value in health care?* New England Journal of Medicine 2010. Vol. 363 pp. 2477-2481. doi 10.1056/NEJMp1011024
- QUAGLIA V., TERRANEO M., TOGNETTI M. "Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario", in VICARELLI G., GIARELLI G. (a cura di) (2021). Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte. *Libro*

*Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19.* Franco Angeli.

- RANCI C., PAVOLINI E. (2015). *Le politiche di welfare.* Bologna. Il Mulino
- Rapporto OASI (2019). *Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano.* CERGAS – Bocconi. Milano
- Rapporto OASI (2020). *Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano.* CERGAS – Bocconi. Milano
- SESSA A. (2001). *Specialista in medicina generale: essere o non essere?* Rivista SIMG I
- TARONI F. (1996). *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali.* Roma. Il Pensiero Scientifico.
- TOGNETTI BORDOGNA M. (1998). *Lineamenti di politica sociale. Cambiamenti normativi e organizzativi dei servizi alla persona.* Milano. Franco Angeli.
- TOUSIJN W. (2008), *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumeristica e alla sfida manageriale,* in L. SPERANZA, W.TOUSIJN, G. VICARELLI, *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza,* Bologna. Il Mulino.
- TRIGLIA C. (2011). *Manuale di sociologia economica.* Bologna. Il Mulino

- TURZIANI G. (a cura di) (1997), *1946-1996: 50 anni di storia*, FIMMG, Roma
- VICARELLI M. G. (1982). *Il medico di famiglia. Una indagine conoscitiva sui medici di medicina generale*. “Quaderni dell’Istituto di Storia Economica e Sociologia”. Ancona
- VICARELLI M. G. (1999). *La fiducia nei servizi sanitari come prerequisito della qualità*. Arco di Giano, (21), 143-152.
- VICARELLI M. G. (2004) *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*. Salute e società. Fascicolo 3. Franco Angeli, Milano, pp. 1 – 20
- VICARELLI M. G. (2005). *Introduzione*, in *Id. (a cura di), Il malessere del welfare*. Liguori Editore, pp. 1-37 Napoli
- VICARELLI M. G. (2010) *Gli eredi di Esculapio*. Roma. Carocci.
- VICARELLI M. G. (2011). (a cura di). *Regolazione e governance dei sistemi sanitari europei*. Bologna. Il Mulino
- VICARELLI M. G. (2012) *L'ideale del medico nella storia della medicina*. Bioetica. Fascicolo 2
- VICARELLI M. G., PAVOLINI E. (2013). "Una danza generativa": lo studio della sanità in Italia fra management, professioni e politica. *La rivista delle politiche sociali*, p. 187-209, ISSN: 1724-5389

- VICARELLI M. G. (2016) *Medici e manager. Verso un nuovo professionalismo?* *Cambio. Rivista Sulle Trasformazioni Sociali*, 2(3), 125-136. <https://doi.org/10.13128/cambio-19456>
- VICARELLI M. G.; SPINA E. (2020). *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile*. *Politiche Sociali/Social Policies*, n. 1, pp. 77-102.
- WHO (World Health Organization) 2000. *The world health report 2000. Health system: improving performance*. Genevè
- ZANETTI-CASALEGNO (1999)” *Le leggi della nuova sanità*”, seconda edizione, il sole 24ore