



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in Economia e Commercio

**Il Diritto alla Salute: il Sistema Sanitario
Nazionale**

**The Right to Health: the Italian Health
Service**

Relatore:
Prof. Di Stasi Antonio

Rapporto Finale di:
Bonazza Alessandro

Anno Accademico 2019/2020

Indice

- Introduzione
- Capitolo I: la Tutela del Diritto alla Salute
- Capitolo II: organizzazione Sanitaria dall'Unità d'Italia agli anni '70
- Capitolo III: nascita del Sistema Sanitario Nazionale
- Capitolo IV: riordino ed aziendalizzazione del SSN
- Capitolo V: il Sistema Sanitario Nazionale, oggi
- Capitolo VI: prospettive future e confronti con altre realtà
- Conclusioni
- Bibliografia

Introduzione

L'impegno della Repubblica nel garantire le cure agli indigenti, presupposto dall'articolo 32, vede espletarsi con nell'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, massima espressione di volontà di tutela della salute individuale e collettiva per una società moderna. L'intento dell'elaborato è sottoporre il Sistema Sanitario ad una scrupolosa analisi nei principi, logiche, e relativo percorso istituzionale che ne hanno delineato la moderna struttura e continuano a fissarne gli obiettivi futuri. Partendo dalla nascita del Welfare State in Europa, verranno trattate le principali riforme che dall'Unità ai nostri giorni hanno coinvolto la sanità italiana, per poi approfondire nello specifico il Servizio Sanitario Nazionale, dall'istituzione in poi, ponendo questioni per il futuro e confrontandone i risultati con quelli ottenuti da altre realtà comunitarie. Se la salute non è mai stata, perlomeno fino a marzo 2020, tra i primi problemi di ogni italiano, se non si ha alcuna necessità di pagare assicurazioni sanitarie da migliaia di euro, o 400 euro per l'intervento di un'ambulanza, gran parte del merito è della riforma che nel 1978 rivoluzionò la Sanità Pubblica, senza dimenticare, ovviamente, il contributo del progresso medico e scientifico, non oggetto di questo trattato. L'accesso alla quasi totalità delle cure per via gratuita è un lusso non appannaggio di ogni nazione, e non solo tra quelle del terzo mondo: lungi dal considerarsi perfetto, vanno riconosciuti i meriti del SSN e poste critiche solo se sensate, non prive di fondamento. Non è semplice rendersi

conto di un tale privilegio quando esso è un modello formale apparentemente intangibile di organizzazione di una moltitudine di servizi, priva di manifestazioni materiali al di fuori dell'erogazione degli stessi. Gli ospedali, i dottori, gli infermieri, e tutti gli altri protagonisti della sanità, con relativo buon operato sono alla luce del sole, ma lo erano già da prima del 1978, mentre non esistono monumenti in onore degli obiettivi raggiunti dalla sanità gratuita. Cos'è precisamente questo Sistema Sanitario Nazionale? Chi dovrebbe venire ringraziato dal paziente uscito da una qualsiasi sala operatoria: il chirurgo e lo staff oppure anche chi, o cosa, gli ha dato la possibilità di subire quell'intervento?

Capitolo I: la Tutela del Diritto alla Salute

Nascita del moderno Welfare State e del National Health Service

I sistemi sanitari di contemporanea accezione sono frutto della modernità: in passato era possibile curarsi solo per chi disponesse dei mezzi economici sufficienti all'accesso di cure e trattamenti medici, tra l'altro di discutibile validità scientifica, o terapeutica. Alla salute, alla vita stessa, non era attribuito lo stesso valore di oggi. Nell'Europa del 1800 molteplici conflitti tra le principali potenze si susseguirono senza tregua, generando un clima di guerra che mise sul piatto dei maggiori governi il problema della scarsità della manodopera, soprattutto tra operai e soldati, per i quali l'aspettativa di vita non superava i quarant'anni, inermi di fronte ad epidemie, denutrizione, nonché usurati dal duro lavoro. Servivano uomini in salute, capaci di lavorare, combattere e morire sul fronte, non per un'influenza. Sono questi i presupposti che portarono alla nascita delle casse mutue comuni auto-organizzatesi tra le diverse categorie di operai, successivamente evolute in società di mutuo soccorso, primi tentativi di tutela sociale, comunque tutt'altro che sufficienti a coprire l'intera popolazione. L'intuizione di un sistema sanitario moderno che potesse risolvere tutti questi problemi e supportare lo sviluppo economico del paese venne, per la prima volta, al cancelliere dell'impero tedesco, Otto von Bismarck, che introdusse l'obbligo normativo di stipulare una polizza assicurativa sanitaria per tutti i cittadini. La nuova tutela ottenne ottimi risultati, rafforzando popolazione

ed economia, soprattutto nel settore bellico. Tutti i paesi abbracciarono il modello bismarckiano, denominato da allora “assicurativo sociale”, rimasto per oltre settant’anni l’unico sistema di servizio sanitario moderno. Solo all’indomani del secondo conflitto mondiale, con l’elezione in Inghilterra dei Laburisti, emerse un nuovo modello di assicurazione sociale, di tipo universalistico: un nuovo sistema di Welfare State, garantite di un’assistenza “dalla culla alla tomba”, per un futuro nella prosperità, concepito dalla mente dell’economista e sociologo William Beveridge. Le fondamenta beveridgiane dello Stato Sociale sono scuola, università, formazione professionale, sussidi di disoccupazione, pensioni, ed anche il servizio sanitario pubblico, o, nel caso inglese, National Health Service (NHS), gratuito e finanziato tramite la fiscalità generale. Tra incredulità e scetticismo, il NHS fu istituito nel 1948 ed ottenne risultati straordinari, inducendo altri governi ad adottare il modello britannico per soddisfare il desiderio di giustizia sociale dei popoli tra gli anni ’50 e ’70, tra i quali anche l’Italia.

La tutela della salute nell’ordinamento internazionale

L’organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1948, definiva “stato di salute” come una condizione che andasse oltre la semplice assenza di malattia, ponendo i requisiti necessari di essa nel benessere fisico, mentale e sociale. Sempre nel 1948, l’Assemblea Generale delle Nazioni Unite approvava la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, la quale con l’articolo 25 garantisce ad ogni individuo il diritto

ad un tenore di vita che possa assicurare salute e cure mediche, con particolare attenzione alle situazioni di maternità ed infanzia. Dalla memoria dei conflitti e delle epidemie che, nella prima metà del secolo, avevano messo in ginocchio la popolazione europea si consolidò questa nuova concezione di salute e benessere, pilastro delle società contemporanee e presupposto per la crescita economica di una nazione.

La tutela della salute nell'Ordinamento Italiano

La tutela della salute è parte di un insieme di diritti che vantano di una particolare protezione garantita dal nostro ordinamento:

Articolo 2, Costituzione:

“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.

La Carta Costituzionale italiana ha la peculiarità di dedicare al diritto della tutela alla salute un ulteriore articolo, ponendo in evidenza il carattere inderogabilmente fondamentale della stessa, non solo a livello individuale, bensì collettivo. Nello specifico:

Articolo 32, Costituzione:

“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.”

Presentata come “fondamentale diritto dell’individuo”, nel Primo Comma, è anche testualmente indicata essere “interesse della collettività”, presupposto sul quale si basa il dovere istituzionale dello Stato nel garantirne la tutela attraverso le cure gratuite agli indigenti, nel rispetto dell’articolo 3, Costituzione: “È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini”. Quest’onere da parte della Repubblica troverà concreta attuazione soltanto a trent’anni di distanza dall’emanazione della Costituzione, con la Legge 833/1978, che sancì la nascita del Sistema Sanitario Nazionale. Il Secondo Comma, invece, si presta ad una doppia interpretazione. Introduce, da una parte, una libertà in senso negativo, imponendo il divieto alla somministrazione di trattamenti sanitari, se violante la volontà del diretto interessato: riserve di legge e “rispetto della persona umana” delimitano i limiti costituzionalmente espressi ad ogni attività diagnostica e terapeutica volta a prevenire o curare le malattie. La Corte Costituzionale ha successivamente specificato, con la sentenza 307/1990 (sulla vaccinazione antipoliomelitica), che l’imposizione di un trattamento sanitario non è incompatibile con l’articolo 32 a condizione che il trattamento sia diretto non solo a migliorare la salute dell’interessato, ma anche quella collettiva, per raggiungere comportamenti

opportunistici e rifinire i limiti precedentemente espressi. L'altra interpretazione del Secondo Comma vede l'espressione di una libertà positiva per ogni individuo: libera scelta della struttura e del medico curante, sia di carattere pubblico che privato, senza alcun tipo di vincolo precostituito. Interessante notare come la tutela della salute, in Italia, abbia vissuto un particolare percorso istituzionale attraverso una serie di riforme nel corso dei decenni che sono state il riflesso degli scenari politici susseguitesesi della Prima Repubblica al secondo decennio del ventunesimo secolo, coinvolgendo lo sviluppo di molteplici professioni, costumi ed il mondo della ricerca.

Capitolo II: organizzazione Sanitaria dall'Unità d'Italia agli anni '70

L'Italia ottocentesca

La legge 833/1978 rappresenta il traguardo del percorso centenario che trasformò la sanità in Italia da un ottocentesco modello solidaristico, fondato sulla Beneficenza da parte di privati e Chiesa, all'attuale sistema di accesso alla quasi totalità delle cure per via gratuita. Più di 150 anni fa, con la Prima Legge sulla Sanità Pubblica (Allegato C, Legge n. 2248 del 20 marzo 1865) si fece un primo passo verso la modernità, con l'affidamento della tutela della sanità al Ministero dell'Interno, alle dipendenze del quale sottostavano sindaci e prefetti, operanti a livello periferico. Successivamente venne istituita la Direzione generale di Sanità, sempre presso il Ministero dell'Interno, con la prima “legge crispina” (Legge n. 5849 del 22 dicembre 1888), oggi ricordata come un primo sperimentale Ministero della Salute, assieme ad una serie di uffici provinciali addetti all'igiene pubblica. A seguito, con la seconda “legge crispina”, o Legge 17/07/1890 n. 6972 furono trasformate le vecchie case di riposo, ospedali e opere pie da enti privati a Istituti Pubblici di Beneficenza (IPB). La riforma mirava ad offrire una forma di tutela anche per i più poveri, oltre che garantire tempestività negli interventi a fronte di un'effettiva urgenza di cura, introducendo, quindi, per la prima volta nella Storia

Unitaria il concetto di “fine pubblico” così come oggi inteso, ovvero nell’assunzione di competenza da parte dello stato in settori di assistenza sociale sino ad allora lasciati alle dipendenze della libera iniziativa di Chiesa ed enti privati laici. Fu la salute il primo bene a godere di una moderna tutela pubblica. Sebbene i presupposti fossero ottimi, le strutture sanitarie rimasero inadeguate sia nell’offrire servizi che si avvicinassero al livello della attuale scienza medica, sia nel rispetto delle condizioni igieniche, decisamente “ottocentesche”. Nonostante ciò, la Legge 6972/1890 va comunque considerata un passaggio tra due epoche. Così come va ricordata la pubblicazione del codice dell’igiene e della sanità pubblica, ordinata per cura di Giuseppe Saredo, nel 1896, per comprendere in che modo, verso la fine del secolo, fosse mutata la coscienza politica verso i temi dell’igiene degli abitati e delle scuole, malattie infettive ed organizzazione degli uffici sanitari, dei quali l’opera di Saredo propone legge e regolamento.

La prima metà del Novecento

Il secolo si apre con alcuni provvedimenti non irrilevanti varati prima della Grande Guerra, come la Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 sui manicomi e gli alienati, allora ancora di competenza di strutture private psichiatriche, la Legge n. 455 del 10 luglio 1910, sugli ordini professionali sanitari, e la numero 468 del 22 maggio 1913, sull’ordinamento delle farmacie. Ma è nel 1907 che, con Giolitti, viene varato il primo testo unico delle leggi sanitarie, che raccolse i principi fondamentali e

coordinò regolamenti di esecuzione e disposizioni finora emanate in date diverse. Esso presentava una gerarchia amministrativa con il Ministero degli Interni al vertice, articolata, a scendere, in prefetti e poi sindaci, con l'obiettivo di garantire opere di soccorso medico da personale appositamente stipendiato oltre che la distribuzione dei medicinali affidata a farmacie o, in caso di emergenza, tramite armadietti farmaceutici custoditi dai medici stessi. Inoltre rafforzò i controlli in termini di igiene, incrementando le risorse a disposizione dei funzionari, dettando norme specifiche in ordine di manifatture e fabbriche insalubri, abitazioni rurali ed urbane, igiene di acqua ed alimenti, oltre che procedimenti in merito alla lotta contro la diffusione di malattie infettive e malaria mediante la diffusione di vaccini, sieri e chinino. Dopo la Grande Guerra, la Sanità italiana venne colpita per la prima volta da una grande crisi finanziaria che, causa contributi insufficienti da parte dei comuni, trascinò le amministrazioni ospedaliere verso lo sviluppo di prestazioni mediche a pagamento dirette, ovviamente, alle classi più agiate. Tuttavia, l'incentivo della libera professione medica consentì un miglioramento delle strumentazioni e delle strutture ospedaliere, al costo del sacrificio del principio solidaristico di gratuità dell'assistenza. Nel 1923, le IPB si trasformarono in IPAB, ora Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza. Negli anni 30, il regime fascista tentò di dare una svolta alla questione sanitaria introducendo un sistema previdenziale ed assicurativo in grado di garantire assistenza ai lavoratori. Risale al 1933 la creazione dell'INPS (Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale) e

dell'INAIL (Istituto Nazionale per le Assicurazione sugli Infortuni sul Lavoro), e successivamente di ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti Statali) ed INAM (Istituto Nazionale di Assicurazione contro le Malattie), nel biennio 42-43. Questi ultimi rappresentarono un'importante novità, proponendo l'INAM una prima forma di assicurazione obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti di agricoltura, industria, commercio e settore creditizio, mentre per i dipendenti statali e lavoratori nelle ferrovie divenne obbligatorio aderire all'ENPAS. Le preesistenti società di mutuo, fondate sull'adesione volontaria, confluirono in essi, dando vita ad un nuovo sistema di assicurazione sociale di malattia.

Le società di mutuo soccorso

Prima di proseguire è doveroso soffermarsi brevemente sulle Società di Mutuo Soccorso, libere associazioni senza fini di lucro con lo scopo di tutelare i lavoratori aderenti in caso di malattia o infortunio. A cavallo del XIX e XX secolo, ammalarsi poteva comportare la perdita, talvolta definitiva, del reddito da lavoro, alla quale si affiancava l'insostenibilità delle spese mediche per gran parte della popolazione. Dunque, compito delle Società di Mutuo Soccorso era somministrare indennità in denaro agli iscritti qualora si trovassero in condizioni di perdita della capacità lavorativa per motivi di salute. Le mutue presentavano un'estrema frammentazione a livello territoriale, categoriale o aziendale, tantoché nel 1862 potevano contarsi

443 mutue (ognuna della quali con proprio regolamento e statuto), con circa 121000 iscritti. L'unica tutela garantita a chi non fosse iscritto ad una di queste, quali nullatenenti e donne non sposate, era riposta nella Opere Pie, che prestavano soccorso e ricoveri gratuiti agli indigenti, purché iscritti in registri comunali che ne attestassero l'effettiva povertà. Fino a metà degli '30, gli assistiti delle società di mutuo soccorso si accerta fossero circa al 5% della popolazione totale. Questo dato fece maturare la convinzione che il sistema di assistenza volontario fosse inadeguato: la Legge 138/1943 fu la prima svolta verso l'obbligo assicurativo, tramite la creazione del sopracitato INAM, rivolto ai lavoratori dipendenti, obbligo che continuò ad espandersi verso sempre più categorie di individui, fino a coprire, nel 1966, l'82% degli Italiani. Nonostante i numeri, apparentemente confortanti, il sistema mutualistico presentava diversi limiti, tra i quali l'estrema frammentazione amministrativa che comportava la ripartizione dei contributi in centinaia di enti diversi, le ripetute difficoltà finanziarie causa ricorrenti bilanci passivi, e l'eccessiva politicizzazione delle stesse. Inoltre, benché nel periodo di massima espansione riuscirono a coprire quasi tutta la popolazione, gli esclusi, soprattutto giovani in cerca di lavoro, disoccupati, o i non appartenenti a nuclei familiari iscritti, erano vittime di importanti disuguaglianze, non potendo percepire alcun tipo di indennità. Nemmeno la riforma ospedaliera del '68 riuscì ad alleggerire le mutue dalle persistenti difficoltà economiche, tantoché, con la Legge 386/1974 vennero indirizzate verso la soppressione, con l'estinzione dei debiti accumulati verso gli

enti ospedalieri, lo scioglimento dei consigli di amministrazione, la disposizione del commissariamento ed il trasferimento dei compiti alle regioni.

Dal secondo Dopoguerra al 1978

La nascita della Repubblica e l'entrata in vigore della Costituzione nell'immediato Dopoguerra segnano l'affermarsi del diritto universalistico alla salute. Sui principi di universalità e gratuità insiti nell'articolo 32 Costituzione si fondano le radici giuridiche del futuro Sistema Sanitario Nazionale, mentre dall'ACIS, o Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica, istituito nel 1945 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, nascerà poi, nel 1958, il Ministero della Sanità, che ne assorbirà compiti e funzioni, scorporandosi dagli Interni. Inoltre, competenza legislativa concorrente in materia di salute venne affidata alle regioni con l'Articolo 117, ed agli enti pubblici territoriali rimase invece la responsabilità diretta in quanto ad assistenza psichiatrica (alle Provincie), interventi in campo di igiene ed ospedalizzazione degli indigenti (ai Comuni). Negli anni successivi sorsero svariati enti mutualistici, rivolti a categorie di lavoratori quali: pensionati dello Stato (1953), coltivatori diretti (1954), artigiani (1956), commercianti (1960), oltre che un susseguirsi di enti minori, come la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali, l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati e piccolissime realtà mutualistiche di fabbrica o di azienda. Essi raggiunsero ottimi numeri in termini di copertura degli individui e di strutture, di

contro problemi come abusivismo, eccessiva frammentazione e deficit di bilancio portarono nuovamente alla luce i limiti del sistema mutualistico, mentre la qualità dei servizi offerti andava deteriorandosi. In soccorso, la riforma ospedaliera varata con la Legge 12/02/1968 n. 132, detta Legge Mariotti, si propose di uniformare la tutela ad ogni cittadino, trasformando gli ospedali in enti pubblici, disciplinandone organizzazione, funzionamento e finanziamenti. Le strutture medico-ospedaliere passarono dalle mani dei singoli enti a quelle del Ministero, diventando parte di una programmazione nazionale estesa a livello provinciale. Eppure ciò non fu comunque sufficiente a superare la crisi del sistema assistenziale, in attesa di un cambiamento più importante.

Capitolo III: nascita del Sistema Sanitario Nazionale

La legge 833/1978 come punto di arrivo punto di partenza

La rottura sul piano politico ed istituzionale, in quanto a sanità, arrivò con la Legge 23/12/1978 n. 833. Sul piano giuridico contribuì al “disgelo della Costituzione”, con l’attuazione dell’Articolo 32, fornendo alla Repubblica lo strumento mediante il quale potersi impegnare a tutelare il diritto alla salute degli individui: il Sistema Sanitario Nazionale. Esso si presenta come soluzione alle disuguaglianze geografiche e sociali prodotte dal sistema mutualistico negli ultimi decenni, incompatibili con la natura repubblicana del paese, uniformando a tutti i cittadini il diritto alle prestazioni mediche finora riservato solamente agli occupati (ed alle loro famiglie), tramite un sistema di erogazione egalitario ed universale, senza differenze tra categorie professionali. Strutturalmente, il nuovo SSN andava a sostituire ai bacini di assicurati delle casse mutue delle specifiche unità territoriali di riferimento per i locali, le Unità Sanitarie Locali (USL), vere e proprie entità decentrate del Ministero della Sanità.

Origini istituzionali

L'origine ed i contenuti della riforma possono ricondursi sia all'inadeguatezza del regime delle mutue, anacronistico, che alla sensibilità politica dell'epoca per temi come l'equità, la giustizia sociale e lo sviluppo. L'istituzione delle Regioni nel 1970 fu un primo elemento di rottura con il passato, con il trasferimento in esse delle funzioni statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, finora detenute da enti mutualistici indipendenti, ospedali e medici, con lo Stato marginalmente relegato al ruolo di finanziatore di ultima istanza e conciliatore. Già da prima della riforma del '78, alcune regioni cominciavano ad intraprendere iniziative legislative in materia di gestione della sanità, sperimentando nuovi sistemi organizzativi ed economici che verranno successivamente ripresi a livello centrale. Nonostante la validità logica dei presupposti precedentemente elencati, secondo Berlinguer, nel momento chiave, il vero motore per l'istituzione del Sistema Sanitario fu la battaglia dei diritti condotta dal popolo, a cavallo tra gli anni 60 e 70, che influenzò notevolmente la nascita molteplici leggi nei settori della scuola, del lavoro e del fisco. Nel mentre, si rivelò di centrale importanza la partecipazione dei sindacati e dei movimenti per il riconoscimento dei diritti, che fecero della sollecitazione ai partiti, e della domanda collettiva di riforme, strumenti di istituzionalizzazione politica. Nel contesto di una serie di leggi ottenute in questa stagione, si collocano i presupposti per la numero 833 del 1978. Se a tutto ciò si sommano l'instabilità economica perdurante dalla crisi petrolifera del 1973, gli attentati delle Brigate Rosse culminati con l'assassinio di Aldo Moro, nel '78, seguito dalle dimissioni del

Presidente della Repubblica Leoni, è possibile ottenere quel quadro politico di “solidarietà nazionale” facente sì che il nuovo Governo Andreotti ottenesse tutta la fiducia necessaria per compiere manovre, in ambito sanitario, altrimenti ritenute impossibili. Rimanere uniti non era una scelta, ma l’unica speranza per andare avanti. L’appoggio al governo di PSI, PSDI, PRI, ma soprattutto del PCI, che pose come condizione necessaria al sostegno di Andreotti proprio l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, fu più che determinante, fondamentale. Alla votazione decisiva, la Legge 833 ottenne un’ampia maggioranza, con 381 voti favorevoli, 7 astenuti e 77 contrari, superando l’opposizione di MSI e Partito liberale, decretando la nascita della sanità pubblica così come è conosciuta oggi.

La Legge 833/1978

Inspirata dai principi di universalità ed uguaglianza del trattamento, globalità delle prestazioni, libera scelta del cittadino e finanziamento tramite la fiscalità generale, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, o “Prima Riforma Sanitaria”, partendo dai concetti sanciti dalla Costituzione nell’articolo 32, fissa obiettivi futuri ed alza le fondamenta della nuova sanità italiana. Le disposizioni contenute:

- istituzione del Servizio sanitario nazionale per l’erogazione di trattamenti sanitari uniformi, sia a livello individuale che territoriale;
- estensione dell’assistenza sanitaria a tutti i cittadini garantendone l’eguaglianza nei confronti del servizio;

- prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito (sia di vita che di lavoro) e promozione della salubrità e dell'igiene ambientale;
- globalità del servizio, che mira a fornire interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- collegamento e coordinamento fra il servizio sanitario e tutte le istituzioni e servizi di natura sociale le cui attività possono riflettersi sullo stato di salute delle persone;
- affermazione della partecipazione dei cittadini come metodo per intervenire nelle scelte in materia sanitaria e per verificarne la qualità offerta;
- formazione permanente del personale per accrescerne il livello di professionalità;
- affermazione del volontariato, in nome di principi di solidarietà, come contributo alla realizzazione dei fini istituzionali del servizio;
- centralità della programmazione come metodo di razionalizzazione dei servizi, a partire dalla conoscenza dei bisogni della popolazione. Il piano sanitario nazionale, di norma triennale, stabilisce le linee di indirizzo per le attività del servizio e fissa i livelli delle prestazioni da garantire ai cittadini. Ai suoi indirizzi e contenuti devono uniformarsi i piani sanitari regionali;
- determinazione di tre livelli di competenza per l'attuazione degli interventi sanitari: nazionale, regionale e locale-territoriale. L'Unità Sanitaria Locale (USL), struttura operativa dei Comuni, è l'asse portante di tutta la riforma. Articolata in distretti sanitari, di base concepiti come strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, è ritenuta la struttura

organizzativa idonea a garantire ai cittadini, in condizioni di uguaglianza, un servizio globale, decentrato e partecipativo, capace di svolgere le necessarie attività di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione. La gamma completa di servizi forniti a tale scopo, dalle USL, spazia dalla ricerca epidemiologica all'igiene ambientale, dall'educazione sanitaria all'assistenza medica ed infermieristica domiciliare e ambulatoriale, dall'assistenza ospedaliera alla riabilitazione, e non solo. Tramite una rete completa di Unità sanitarie locali omologhe si perseguono gli obiettivi di livellamento degli squilibri nelle condizioni sanitarie tra le diverse aree e dei diversi ceti e di collegare l'azione sanitaria con gli interventi e i servizi sociali;

- finanziamento attraverso il fondo sanitario nazionale mediante la fiscalità generale, determinato annualmente e ripartito fra le Regioni, poi nelle varie Unità sanitarie locali, nel perseguire l'uniformità qualitativa e quantitativa delle prestazioni sull'intero territorio nazionale. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale è un aspetto della costruzione in Italia di quel Welfare State che si era cominciato a sviluppare in gran parte dell'Occidente, a partire dal secondo dopoguerra, con lo scopo di elevare lo status sociale dei cittadini e di metterli in grado di esercitare pienamente i propri diritti civili e politici. La costruzione dello Stato Sociale, tra discussioni politiche ed aspre lotte sociali, interessò molti campi, dall'economia all'istruzione pubblica, fino a coinvolgere tutti i settori dell'assistenza sociali: l'introduzione di un servizio pubblico garante di

un'assistenza sanitaria universalistica ne rispecchia una delle componenti essenziali.

È nella Legge 833 il primo vero punto di svolta nella storia italiana della tutela del Diritto alla Salute, sulla quale si è perfezionato, negli anni, un sistema previdenziale che è una certificata eccellenza riconosciuta anche oltreconfine.

Limiti della riforma ed esigenza di razionalizzazione del sistema

Il primo decennio di vita del SSN ne evidenziò anche i limiti. Il forte divario tra Nord e Sud, ma anche tra le singole regioni adiacenti, fece subito emergere l'insoddisfazione di quella parte di cittadini che non vedeva la riforma arrivare anche a "casa loro", ma soltanto in una parte d'Italia privilegiata. La qualità dei servizi lasciava desiderare, mentre la spesa sanitaria appariva come incontrollabile, con deficit di bilancio che crescevano di anno in anno. Serviva una responsabilizzazione economica delle ASL, maggiore coordinamento con il Ministero ed una razionalizzazione dei servizi per migliorarne qualità e quantità. A breve, la Seconda Riforma Sanitaria avrebbe tentato di proporre soluzioni sostenibili, inaugurando un decennio denso di attenzioni del Legislatore nei confronti del servizio sanitario.

CAPITOLO IV: riordino ed aziendalizzazione del SSN

Il riordino del Servizio sanitario nazionale (1992-1993)

A poco più di un decennio dalla sua origine, i provvedimenti di legge che si sono proposti di modificare sostanzialmente il sistema sanitario italiano nel suo complesso sono stati il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e, qualche anno dopo, il decreto legislativo n. 229 del 1999. Essi esprimono l'intento del Legislatore di riordinare il servizio sanitario nazionale sulla base dei criteri di aziendalizzazione, privatizzazione, responsabilizzazione, decentramento. Le principali modifiche apportate, dal primo biennio di riforme, al sistema della sanità pubblica sono:

- ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali, notevolmente ampliati per farli coincidere di norma con quelli delle Province;
- trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in aziende pubbliche di servizi, oggi note come Aziende Sanitarie Locali, ASL, con personalità giuridica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con il fine di enti strumentali delle Regioni. Il D.Lgs. n. 229/1999 conferirà a queste aziende larga autonomia imprenditoriale;

- trasformazione in Aziende Ospedaliere o, in seguito, Aziende Ospedaliere Universitarie degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione;
- introduzione di un vincolo di bilancio (chiusura in pareggio), il cui rispetto diventa condizione per il mantenimento nella carica del direttore generale dell'azienda, di carattere comunque temporaneo;
- adozione a livello nazionale di una quota capitaria indifferenziata per il riparto fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale, ripartito tramite il meccanismo della “quota capitaria pesata”, cioè un insieme articolato di criteri legati alle caratteristiche popolazione delle Regioni (sesso, età media...) che danno poi luogo al finanziamento assegnato dallo Stato a ciascuna di esse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- maggiore autonomia programmatica e organizzativa attribuita alle singole Regioni, bilanciata dalla responsabilizzazione per quanto riguarda i livelli di spesa. Lo Stato non interviene direttamente, se non in fase di controllo;
- introduzione nella gestione delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere di strumenti di regolazione economica: budget predefiniti, sistemi di reporting, contabilità analitica per centri di costo e bilanci preventivi pluriennali e annuali;
- superamento delle convenzioni con le strutture private, adozione dell'accreditamento come prerequisito per l'esercizio di attività sanitarie e

riconoscimento ai cittadini della facoltà di scegliere se fare ricorso a enti pubblici o privati;

- adozione in via ordinaria del metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni per garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini;
- adozione di provvedimenti volti a garantire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini. Si prevede un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività preventive;
- rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università tali da includere, tra l'altro, la formazione universitaria del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

I decreti 502/1992, 517/1993 e norme successive mirano fundamentalmente al raggiungimento di un duplice obiettivo:

- aumento di efficienza, efficacia e produttività del sistema, offrendo servizi capaci di soddisfare le crescenti esigenze dei cittadini. L'ottimizzazione delle risorse è la chiave per il miglioramento qualitativo e quantitativo del sistema;
- porre vincoli all'entità della spesa sostenuta dal SSN, attraverso l'obbligo di pareggio di bilancio e la valutazione delle prestazioni erogate;

Nel perseguire le finalità del riordino del SSN, giocano un ruolo fondamentale le figure del dirigente e del coordinatore, le cui conoscenze e competenze devono necessariamente spaziare tra le diverse discipline nelle quali si interfacciano quotidianamente, sempre più centrali all'interno dell'architettura del servizio sociale sanitario.

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I Livelli Uniformi di Assistenza sanitaria (LUA), denominati Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nella loro forma minima, sono tra i protagonisti indiscussi di questa stagione di riforme. Concretamente, i LEA si configurano come il minimo erogabile dei LUA, per la prima apparsi nell'art. 1 del D.Lgs. n. 502/1992, nell'affermazione secondo cui il Servizio sanitario nazionale garantisce a tutti i cittadini i LEA attraverso le risorse finanziarie pubbliche. Dal 1992 il Servizio sanitario nazionale, anche a causa dell'esplosione della spesa sanitaria, comincia a fissare dei limiti ai servizi erogabili dallo Stato, in base ai quali non sono erogabili prestazioni che non rispondano ai principi ispiratori del SSN e non soddisfino i presupposti di efficacia, appropriatezza ed economicità. A titolo esemplificativo, sono escluse dai LEA ogni qualsiasi tipo di prestazione della quale non sia documentata scientificamente l'efficacia, oppure quelle delle quali non se ne abbia un bisogno essenziale per la salute (come la chirurgia estetica) o che potrebbero

essere esageratamente costose, nonostante l'efficacia. Sono, invece, garantite dai LEA:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro,
- l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale,
- l'assistenza ospedaliera in regime di ricovero, di day-hospital o di cura al domicilio del paziente,
- l'assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati
- le attività di supporto all'organizzazione assistenziale

Il DPCM 29/11/2001 fornì la prima definizione specifica delle prestazioni erogabili dai LEA, per poi essere riformati con il DPCM 12/01/2017, che li estese. Tuttavia, non tutte le regioni dispongono attualmente delle capacità di erogazione dei nuovi servizi.

La Riforma Bindi: il D.Lgs 12/06/1999 n. 229

A completare il processo di razionalizzazione del Servizio sanitario, il D.Lgs 229/1999, noto come "Riforma Bindi" introduce una serie norme non necessariamente in continuità con quanto predisposto nel biennio 92-93, tra le quali la molto discussa questione dell'attiva libera-professionale dei medici del servizio pubblico: avrebbero dovuto scegliere se esercitare esclusivamente all'interno delle

strutture pubbliche, oppure anche presso strutture private (al di fuori dell'orario di lavoro). L'esclusività del rapporto avrebbe portato incentivi economici e di carriera, con la possibilità di promozione a direttori di struttura. Circa l'85% dei medici optò per questa opzione. Altre importanti disposizioni introdotte dal decreto interessano diverse materie, come la revisione delle disposizioni su dirigenza medica e professioni sanitarie e l'introduzione della formazione continua (nota come Educazione Continua in Medicina) e di nuovi principi nell'ambito della ricerca sanitaria. Per l'attuazione di molte delle disposizioni contenute nel decreto rimane centrale la collaborazione delle Regioni, titolari di poteri in ambito economico e dell'erogazione dei servizi.

Le aziende sanitarie ed il passaggio da USL ad ASL

Mentre allo Stato compete la definizione degli obiettivi fondamentali e l'indirizzo della politica sanitaria, tramite il Piano Sanitario Nazionale, ed alle Regioni spetta adeguare ad esso la programmazione territoriale di competenza, definendo qualità e quantità dei servizi che intendono fornire, sono le Aziende Sanitarie Locali che si interfacciano direttamente con la realtà individuale ed ospedaliera. Esse mantengono la stessa centralità delle vecchie USL all'interno del sistema, con il Medico di Medicina Generale ed il distretto socio-sanitario come attori fondamentali nell'indirizzamento ed organizzazione della domanda di servizi. Di norma, le singole ASL, con a carico tra le 60000 e 100000 persone, sono dotate di

autonomia economico-finanziaria e tecnico-gestionale. Le specifiche competenze del distretto riguardano l'assistenza specialistica ambulatoriale, la prevenzione e cura delle tossicodipendenze, le attività consultoriali e di assistenza ad anziani, a disabili e malati terminali. Il riordino del SSN, definendo le USL come aziende (ASL), ne impronta il funzionamento sui criteri economici di efficacia ed efficienza nel perseguimento delle finalità assegnate. Tutti i professionisti operanti all'interno del Sistema Sanitario Nazionale devono quindi familiarizzare con le principali nozioni economiche e capirne i meccanismi: infermieri, ostetriche, tecnici e chiunque altro lavori all'interno di strutture sanitarie diventano risorse umane e, come tali, vanno gestite, attraverso la parametrizzazione di variabili come capacità, turni, reperibilità e ferie. Inoltre, tutti i poteri di gestione e rappresentanza legale sono ora affidati al direttore generale, un vero e proprio manager, coadiuvato da un direttore sanitario, un direttore amministrativo ed il dirigente del SITRA (Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale), tutti assunti con un contratto tipico del diritto privato. Sono presenti anche il collegio di direzione strategica ed il consiglio dei sanitari, con funzioni di consulenza. La conferenza dei sindaci (o il sindaco) rappresenta gli interessi della collettività locale, partecipando alla definizione delle linee di programma e formulando proposte come esterni. Gli stessi principi economici relativi alle ASL sono direttamente applicabili agli ospedali, sia come Aziende Ospedaliere Universitarie che come presidi dei distretti. Essi assorbono la maggior parte delle risorse, sia umane che finanziarie, godono di

ampia autonomia e sono governati da organi analoghi a quelli delle ASL. Un ospedale moderno fornisce contemporaneamente un'ampia tipologia di servizi: assistenza in degenza intensiva, sub-intensiva e ordinaria, assistenza in day-hospital, trattamento domiciliare ospedaliero, prestazioni ambulatoriali e diagnostiche di varia natura, oltre che alle libere-prestazioni erogate in loco. Le aziende ospedaliere espletano anche funzioni formative, di ricerca scientifica, e soprattutto di prevenzione, ricoprendo un importante ruolo socio-educazionale.

CAPITOLO V: il Sistema Sanitario Nazionale, oggi

Ultimi elementi di legislazione moderna sulla Sanità Pubblica

Le riforme dell'ultimo decennio del ventesimo secolo hanno portato la sanità alla sua configurazione attuale, tutta la relativa legislazione successiva ad esse può considerarsi solo di "ritocco" a quanto già fatto nei precedenti vent'anni. A seguire sono riportati i principali interventi:

- Legge Costituzionale 3/2001, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione. Di nostro interesse è l'introduzione della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni garantiti su tutto il territorio tra le competenze legislative esclusive dello Stato, nell'articolo 117, Cost.. Mentre la generale "tutela della salute" è materia di legislazione concorrente: spetta alle regioni potestà legislativa dove lo Stato non si esprima direttamente;
- DPCM 29/11/2001, sulla definizione dei LEA. Il decreto del 2001 individua le aree di intervento dei Livelli Essenziali di Assistenza, introdotti con la Legge 502/92, su tre livelli: ospedaliero, distrettuale e sanitario collettivo in ambiente di vita e lavoro;
- DLgs 68/2011, Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province nonché di determinazione dei costi e dei

fabbisogni standard nel settore sanitario. Trattasi del rinnovo dei criteri finanziari finora adottati, fissando un fabbisogno standard nazionale come ammontare di risorse necessarie per assicurare efficacemente i livelli essenziali di assistenza, successivamente ripartito tra le regioni seguendo precisi criteri.

- DL 158/2012, o Decreto Balduzzi, sulla riorganizzazione dei servizi e regolamentazione dell'attività medico-scientifica. Introduce novità in ambito della disciplina dell'assistenza ospedaliera territoriale, la possibilità per i medici delle aziende sanitarie di operare presso studi privati "intra moenia" (o "tra le mura" della stessa struttura dove esercitano) ed un serie di disposizioni finalizzate a limitare la medicina difensiva, la vendita di tabacchi e le ludopatie. Sono trattate anche la trasparenza sulla scelta dei direttori generali e primari, certificati medici amatoriali, sicurezza alimentare, sanità veterinaria, disponibilità dei farmaci, edilizia ospedaliera e ricerca. Convertito in legge nel giorno 8 novembre del 2012 dal Presidente Giorgio Napolitano, è, ad oggi, l'ultimo intervento legislativo di considerevole portata specificamente sanitario;
- Manovre di contenimento della spesa sanitaria: Legge 122/2010, Manovra Tremonti (2011), Spending Review e Legge di Stabilità tra il 2012 e 2013. L'effetto complessivo di tali manovre è stata la diminuzione, per la prima volta nella storia, del finanziamento statale al SSN rispetto all'anno

precedente, passando da 107,96 mld di euro del 2012, a 107,01 mld nel 2013. A ciò si aggiunge il taglio ai posti letto ospedalieri, portati da 6,5 a 3,7 ogni 1000 abitanti, previsto dalla Spending Review. L'insieme dei tagli previsti tra il 2011 ed il 2013 potrebbero logorare la qualità della sanità pubblica, con liste di attesa interminabili e ticket sempre più costosi;

- DM 70/2015, nuovo Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto propone una nuova classificazione delle strutture ospedaliere su base demografica, pone nuovi parametri relativi al tasso di ospedalizzazione, qualità delle strutture ed erogazione delle cure e soglie minime di volumi di attività, rischio ed esito concernenti alcune prestazioni;
- DPCM 12/01/2017, Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Il provvedimento espande i LEA (in attuazione della Legge di Stabilità del 2016, che vincolava 800 milioni all'aggiornamento dei LEA) definendo con maggior dettaglio attività, servizi e prestazioni garantite ai cittadini. È ampliato l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione del ticket, vengono destinati fondi per l'innovazione tecnologica dei servizi più obsoleti e concessi alle singole regioni margini di espansione nel numero delle prestazioni erogabili, in aggiunta a quelle incluse nei LEA, purché finanziate tramite risorse proprie;

L'evoluzione normativa del sistema sanitario sicuramente non finirà con questi ultimi decreti, nuove sfide ed opportunità saranno sempre presenti all'orizzonte. Il prossimo paragrafo è un modesto tentativo di valutazione dell'aderenza dell'attuale tutela sanitaria ai principi cardine delle più importanti riforme grazie alle quali è stata plasmata.

La sanità italiana moderna ed i suoi principi ispiratori

Sulla scia del singolare percorso istituzionale esperito, il servizio sanitario nel secondo decennio del ventesimo secolo si presenta come decentrato e organizzato su base regionale. Il governo centrale riversa parte delle entrate fiscali generali nell'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici, definisce il pacchetto di prestazioni sanitarie nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, ed esercita un ruolo di gestione generale della stessa, presso il Ministero della Sanità. Ciascuna regione è responsabile dell'organizzazione e dell'erogazione delle prestazioni tramite le unità sanitarie locali, gli ospedali pubblici e privati accreditati. In questo squarcio di sanità contemporanea sono individuabili i principi ispiratori del nostro sistema sanitario, di stampo Beveridgeano:

- Universalità della copertura assicurativa
- Uguaglianza nel trattamento
- Globalità delle prestazioni
- Equità nel finanziamento

- Controllo democratico da parte dei cittadini
- Unicità di gestione e proprietà in prevalenza pubblica dei fattori di produzione

Mentre l'universalità della copertura è più che garantita, dal momento che la tutela è offerta anche a cittadini stranieri sul territorio italiano, sull'uguaglianza di trattamento non si registra lo stesso confortante risultato, data la presenza di importanti squilibri territoriali per qualità di servizi e la possibilità di accesso a prestazioni superiori per chi avesse sufficiente disponibilità economica, tramite erogatori privati. I LEA circoscrivono l'insieme dei servizi assicurati dalla sanità pubblica (sono comprese prevenzione, riabilitazione, igiene degli alimenti, servizi veterinari, tutela della maternità, sicurezza sul lavoro, medicina scolastica, salute mentale, assistenza ai portatori di handicap e lotta alla tossicodipendenza), benché lontani dall'ambizioso concetto di "globalità", ma nel complesso valutabili più che sufficienti. Il finanziamento attraverso il gettito fiscale genera il meccanismo secondo cui la ripartizione delle spese tra gli individui avvenga non in base allo stato di salute, ma alla rispettiva capacità economica, e, sebbene la presenza di ticket a carico dei malati appaia contraddittoria, non influisce con tale rilevanza da vanificare il virtuoso principio di equità nel finanziamento. Invece è nell'applicazione delle idee di controllo democratico nella rendicontazione del buon uso delle risorse pubbliche da parte dei cittadini e, soprattutto, di unicità di gestione di natura pubblica, che, a distanza di 40 anni dalla nascita del SSN, può registrarsi

il principale insuccesso della riforma. Il voto alle elezioni regionali (due volte ogni decennio) come unica voce dei cittadini in merito allo stato di salute delle ASL appare fin troppo inconsistente per considerarsi uno “strumento di controllo democratico”, soprattutto se inteso in forma diretta, limitato quindi alla sola supervisione della giunta regionale sul buon operato dei direttori generali. Mentre è nel carattere misto del sistema sanitario, dove i privati ricoprono un ruolo fondamentale, sia in percentuali di spesa che nell'erogazione di servizi, che si ha riscontro dell'unico vero fallimento della Legge 833/1978, concepita con il fine di ricondurre in capo ad un unico soggetto la gestione di tutte le attività in precedenza ripartite tra una moltitudine di soggetti. Paradossalmente, il servizio “era più pubblico negli anni Sessanta, quando c'erano ancora le mutue, di quanto sia oggi” (Mapelli, *Il Sistema Sanitario Italiano*, 2012). Dopo aver completato il quadro legislativo che ha portato alla realtà attuale, nel prossimo capitolo verranno richiamati alcuni dati per meglio approfondire i temi sopracitati a completare l'analisi impostata nei precedenti paragrafi.

Capitolo VI: prospettive future e confronti con altre realtà

Dati, statistiche, confronti con altre realtà

Se quasi ogni obiettivo fissato dalla Prima Riforma Sanitaria può dirsi, a distanza di decenni, del tutto ottemperato, solo dal confronto con altre realtà sanitarie è possibile delineare un profilo più completo del SSN, tra numerosi successi e qualche esitazione. A partire dalle statistiche nazionali ufficiali fornite da Eurostat ed OCSE (dati aggiornati al 2019), vengono periodicamente effettuati studi comparativi tra i vari sistemi sanitari europei, sulla dei parametri ritenuti più significativi: stato di salute garantito, spesa sanitaria totale, efficacia, accessibilità e resilienza. Dalle ultime analisi l'Italia risulta seconda per speranza di vita alla nascita in Europa, con 83,1 anni, ben due sopra la media europea (80,9) e dietro soltanto a Spagna (83,4). Le principali cause di morte sono collegate a malattie cardiovascolari, mentre dopo i 65 anni si registra un deterioramento della qualità di vita dato dall'insorgenza di malattie croniche per quasi un italiano su due, statistiche in linea con la media dell'UE, con un'aspettativa di vita dopo i 65 anni, stimata a 20,9 anni, comunque superiore di un anno. La spesa destinata alla sanità in Italia ammonta complessivamente all'8,8% del PIL, collocandosi sotto il valore medio europeo del 9,8%. Ciò si riflette nel valore di spesa annua pro capite, stimato a 2483 euro, contro i 2884 dell'UE. Dopo il calo registrato a partire dalla crisi economica del 2009, la spesa sanitaria reale totale ha ricominciato a crescere lentamente, di

circa lo 0,2% annuo, incremento comunque inferiore al tasso di crescita del PIL. Questo giustifica il trend opposto tra spesa reale e percentuale (rispetto al PIL), la prima in aumento, la seconda decrescente. Il finanziamento del SSN avviene per il 74% tramite fondi pubblici, lasciando spese non rimborsabili a carico delle famiglie relativamente elevate (24%) ed una parte marginale all'assorbimento da parte di assicurazioni sanitarie, per circa il 2%. Il numero di medici per abitante è superiore rispetto alla media dell'UE (4 rispetto a 3,6 per 1000 abitanti), numero in prospettiva destinato a calare vista l'età avanzata dei medici abilitati, prossimi alla pensione, mentre quello degli infermieri impiegati è tra i più bassi di Europa, 5,8 ogni 1000 abitanti, contro una media di 8,5. Nonostante la spesa sanitaria contenuta, i bassi tassi di mortalità prevenibile e trattabile riflettono l'efficacia delle infrastrutture ospedaliere: 110 ogni 100mila abitanti per la prima, 67 ogni 100mila per la seconda rispettivamente al secondo posto (dopo Cipro) ed al quarto (dopo Islanda, Norvegia e Francia), a fronte di valori medi europei stimati a 161 (mortalità prevenibile) e 93 (mortalità trattabile). Anche l'incremento del tasso di vaccinazione tra i bambini potrà contribuire in modo significativo a migliorare i parametri di efficacia del SSN, ancora non a livelli desiderabili stabiliti dall'OMS per alcune patologie. L'assistenza primaria si conferma di una qualità tale da prevenire la maggior parte dei ricoveri ospedalieri: i ricoveri ospedalieri evitabili per malattie croniche sono ben al di sotto dei valori registrati nel resto dell'UE, secondi solo al Portogallo per risultati ottenuti. A riflesso della preparazione del personale medico, spiccano

anche gli alti tassi di sopravvivenza per tumori e patologie con sviluppi acuti potenzialmente letali, tra i maggiori del Vecchio Continente. L'accessibilità alle cure si assesta su valori normali: il bisogno sanitario non soddisfatto, principalmente conseguente a problemi correlati all'importanza della spesa out-of-pocket o di interminabili liste di attesa, è prossimo alla media dell'UE, di circa il 2%, ma con sostanziali differenze percentuali (scostamenti da 1% a 5%) legate a livello di reddito e regione di provenienza. Constatata la necessità di intervento in riduzione dell'entità della spesa a carico delle famiglie e dei tempi di attesa, dall'inizio del 2019 il Ministero della Salute ha adottato un nuovo piano triennale finalizzato a ridimensionare i gap temporali tra prenotazione e percepimento della prestazione stessa, obbligando le regioni a fissare tempi massimi per tutti i servizi sanitari erogati; mentre per quanto concerne la riduzione della spesa out-of-pocket (24% della spesa sanitaria totale, nettamente superiore al 16% europeo), cresciuta, tra l'altro, di tre punti percentuali dal 2009, sembrano ancora non vedersi i frutti delle misure di contenimento. Il 40% delle spese a carico delle famiglie sono destinate all'assistenza medica ambulatoriale, delle quali una metà assorbite soltanto dalle cure odontoiatriche. I prodotti farmaceutici ambulatoriali rappresentano invece circa il 30% del totale. Le consultazioni del medico di famiglia sono gratuite, mentre occorre pagare il ticket per le visite specialistiche con prescrizione del medico di famiglia (senza prescrizione il costo è interamente a carico del paziente), per le procedure diagnostiche, e per i prodotti farmaceutici.

Il problema della spesa out-of-pocket è solo rimandato ad un futuro prossimo, tra soluzioni opposte e rischi che, prima o poi, dovranno essere assunti. Complessivamente, nel 2019, l'Italia ha conquistato il quarto posto nella classifica mondiale di efficienza dei modelli sanitari, stilata da Bloomberg, dietro soltanto a Spagna, Singapore e Hong Kong, confermandosi un'eccellenza alla quale non sempre è riconosciuto appieno il valore. Eppure, dal 2020 in poi, il valore attribuito a questo tipo di classifiche potrebbe venire ridimensionato, se non opportunamente ricalibrate per dare il giusto peso ai parametri emersi in relazione a tutti i problemi che la Pandemia da Covid19 ha portato alla luce.

Uno sguardo al futuro: sfide, trend, ambizioni del modello sanitario italiano

Mutamenti sostanziali alle caratteristiche della popolazione, dovuti ad una moltitudine fattori, dalla transizione demografica al progresso tecnologico, senza dimenticare la concomitante transizione epidemiologica verso patologie di tipo cronico-degenerativo dai prolungati decorsi, hanno concorso ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, sempre più anziana, con conseguenti esigenze sanitarie. I cittadini vivono più a lungo, ma l'ammontare di anni trascorsi in salute rimane invariato: tale evoluzione, associata all'attuale periodo di crisi economico-finanziaria, rende necessaria una ridefinizione delle priorità del sistema sanitario italiano, per tentare di continuare a garantire un'assistenza di qualità. Si presentano diverse sfide, prima su tutte la battaglia per la sostenibilità del servizio

stesso. Negli ultimi anni, il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa, allineandosi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e la Crisi del 2009. Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, poiché tale risultato è stato largamente conseguito tramite iniziative difficilmente mantenibili nel futuro di medio-breve termine, su tutte la riduzione dei volumi dei fattori produttivi ed il contenimento dei consumi sanitari. A ciò si aggiunge la pessima situazione di bilancio delle Asl, sistematicamente in perdita: l'accumulo di deficit erode il patrimonio netto aziendale, riducendo le risorse destinate alle attività dipendenti delle disponibilità di cassa e rendendo, di fatto, impossibile rinnovare adeguatamente le attrezzature necessarie, mettendo a rischio l'erogazione di molti LEA. Strettamente correlata alla situazione patologica dei bilanci è quella relativa alla trasparenza. Non meno importante sarà, quindi, procedere verso l'eliminazione della corruzione e degli sprechi che tormentano il settore pubblico, anche con l'imposizione di sistemi di valutazione delle performance, revisionando i modelli di finanziamento sulla base di risultati, e non solo sui costi sostenuti, al fine di premiare i comportamenti virtuosi. Sul medio-breve termine, un altro obiettivo del SSN è la riduzione dell'incidenza mortale delle patologie prevenibili: le malattie croniche sono responsabili dell'87% di tutti i decessi in UE (2017), con un enorme impatto sui costi per la società. Nei prossimi vent'anni potrebbero costare oltre 22000 miliardi di euro all'economia mondiale,

basti pensare che solo il costo delle malattie legate al fumo, più che prevenibili, in UE, supera i 100 miliardi annui. Ad oggi, la spesa attesa per la prevenzione, in Italia, rappresenta quasi il 5% della spesa sanitaria pubblica, anche se, tuttora, poche regioni raggiungono tali standard, lasciando un dislivello, a livello nazionale, di diverse centinaia di milioni di euro, rispetto a quanto previsto. Altre sfide che accompagneranno legislazione ed evoluzione della sanità nel prossimo decennio sono connesse alla riduzione delle disuguaglianze territoriali, alla previsione dell'impatto delle nuove malattie emergenti nonché alla formazione del personale e rinnovo tecnologico, ma soprattutto, e nell'immediato futuro, all'adeguamento delle strutture per il contenimento delle epidemie.

2020 annus horribilis

Nel 2020 il SSN ha dovuto fronteggiare l'emergenza più raccapricciante dalla sua fondazione. La Pandemia da Covid19 ha messo in ginocchio la sanità lombarda, presentando il conto, successivamente, anche alle altre regioni, seppur in misura minore. Vedere il paese annichilito a fronte del collasso della sistema sanitario, totalmente saturo per intere settimane, potrebbe averne messo in discussione la tanto millantata eccellenza, anche se, a giudicare dalle difficoltà insorte in ogni paese contagiato, sembra emergere che il problema sia più radicato nella moderna struttura dei sistemi stessi: "I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti intorno al concetto di assistenza centrata sul paziente, ma un'epidemia richiede un

cambiamento di prospettiva verso un concetto di assistenza centrata sulla comunità”, afferma un medico dell’ospedale di Bergamo, intervistato dal New England Journal of Medicine. Il passaggio ad un’assistenza comunitaria allarga la responsabilità ad ogni membro della società, dai vertici del Governo al singolo cittadino, chiamato a rispettare il prossimo per tutelare sé stesso. Soltanto a distanza di mesi potranno trarsi le conclusioni sulla bontà della risposta del paese all’emergenza, eppure alcuni dati sull’organizzazione sanitaria delle prime aree che hanno registrato contagi, rispettivamente Veneto e Lombardia, possono offrire qualche spunto di riflessione. Nella regione lombarda, un eccessivo squilibrio tra sanità pubblica e privata appannaggio di quest’ultima potrebbe avere concorso, tra le tante cause, all’esplosione del focolaio più importante d’Italia, che sembra, invece, non essersi mai scatenato anche nell’area veneta. Veneto che presenta, di fatto, un numero di laboratori di sanità e prevenzione pubblica per abitante decisamente superiore rispetto alla sopracitata regione, con un laboratorio ed un dipartimento di prevenzione sanitaria pubblica ogni 500mila persone, contro, rispettivamente, gli uno ogni 3milioni e uno ogni 1,2milioni di abitanti, in Lombardia. Sarebbe fin troppo semplicistico ed irresponsabile ricondurre il movente di questa tragedia esclusivamente a questi fattori, ma non si escludono, nell’immediato avvenire, importanti provvedimenti per migliorare l’accessibilità alla sanità pubblica di Milano e province, nella speranza di riuscire a contenere al meglio future ondate influenzali, più o meno tragiche.

Conclusioni

Sospeso il giudizio in merito al 2020, emerge che il Servizio Sanitario Nazionale è uno dei maggiori successi nella storia del nostro paese, spesso fin troppo bistrattato. Tuttavia, gli eccezionali risultati sanitari ed economici prodotti negli anni stanno cominciando ad attenuarsi, tra disuguaglianze territoriali e sociali, preoccupanti scenari demografici ed epidemiologici, attuali e futuri, e pazienti che sembra debbano mettere sempre più mano al portafogli per pagarsi le cure. Riamane tra politici, manager, ma anche tutti i cittadini, che va condivisa la responsabilità di un futuro migliore, pieno di sfide. La sanità non dovrebbe mai essere materia di politica elettorale, il coordinamento tra regioni e la programmazione nazionale vanno assolutamente potenziati, con la giusta quantità di risorse equamente distribuita e gestita da manager qualificati. Senza dimenticare il dovere di ogni cittadino di rimanere informato e mantenere uno stile di vita adeguato, così da godersi l'esistenza al massimo delle proprie capacità fisiche e mentali, senza trovarsi nella fascia percentuale di "popolazione a rischio". Nella prevenzione (a trecentosessanta gradi) sono riposte le speranze future, chiave dello sviluppo economico del sistema e del benessere dei cittadini. A riguardo, sull'attuale quadro epidemiologico, l'ex Ministro Lorenzin si era espressa, nel 2017, definendolo "caratterizzato dalla prevalenza delle malattie cronico-degenerative, e il ruolo assunto nel causarle da fattori comportamentali e stili di vita (scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo,

abuso di alcol), ha evidenziato quanto sia importante investire sulla promozione della salute e sulla prevenzione”. Si fa sempre più necessaria l’integrazione tra collettività ed individuo, nella promozione della salute come bene pubblico e sotto forma di compartecipazione nel miglioramento l’efficacia del servizio che permette di accedere gratuitamente ad una moltitudine di prestazioni medico-sanitarie, oggi dato per scontato, ma non per questo trascurabile. Superata la Pandemia da Covid19, l’integrazione collettività-singoli si presenta come prossima tappa del percorso, fino alla prossima emergenza che potrebbe rimescolare nuovamente le carte in tavola.

Bibliografia

- “Prima e dopo quel difficile dicembre 1978”, Francesco Taroni, Saggi per Corti supreme e salute, 2018
- “Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale Italiana”, Associazione Italiana Costituzionalisti, rivista n°3/2013
- “L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto”, AIOP per LUISS
- “Manuale di management per le professioni sanitarie”, Carlo Calamandrei, McGraw-Hill Education, 2015
- “Il Governo Clinico è l'ancora di salvezza per l'universalismo del Sistema Sanitario Pubblico?”, Massimo Annicchiarico per la fondazione GIMBE
- Legge 23/12/1978, n.833 <https://www.gazzettaufficiale.it>
- “Il sistema sanitario nazionale: una grande istituzione al servizio della tua salute” <http://www.ministerodellasalute.it>-Libro sanità in Italia
- “La battaglia per la salute”, Walter Ricciardi, Editori Laterza
- “State of health in the EU - Italia – Profilo della Sanità 2019”, European Observatory on Health Systems and Policies, OECD
- “Nella Storia della Sanità Italiana”, Filippo Leonardi e Mauro Marcantoni per AIOP
- Senato.it

- Ansa.it
- “La sanità in Italia”, Federico Toth, il Mulino

