

PROBLEMI ORGANIZZATIVI E PROSPETTIVE DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA

**EBOOK OF THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH PROGRAM
“ORGANIZATION AND WELL-BEING”**

EDITED BY GIOVANNI RULLI AND ANGELO SALENTO

Abstract

The Italian National Health Service is facing a crisis characterized by healthcare deficiencies, economic inefficiencies, and a lack of investments. Furthermore, the ongoing public debate on this critical issue remains incomplete. This book addresses these challenges by fostering interdisciplinary discussions, analyzing organizational issues, and identifying strategies to revitalize the healthcare system in accordance with constitutional principles and the needs of the diverse Italian regions. The decentralized and unequal state of the Italian healthcare system is examined through a comparative analysis of the Lombardia region in the North of Italy and the Puglia region in the South of Italy. Despite similar national funding per capita, demographic disparities impact resource allocation: only individuals with higher income levels can afford more extensive personal spending on private healthcare when the public healthcare system is deficient. This book provides insights into the evolution of the Italian National Health Service, from its inception to the current crisis, serving as a platform for informed debates and proposals for revitalizing actions.

Keywords

National health systems; Citizens' well-being; Italian Constitution, Health policy, Organizational action.

Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia, Rulli Giovanni, Salento Angelo (Eds.). Bologna: TAO Digital Library, 2023.

Licenza: CC BY-NC-ND 4.0
© Copyright 2023 degli autori

ISBN: 978-88-98626-34-2
DOI: <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7413>



The TAO Digital Library is part of the activities of the Research Programs based on the Theory of Organizational Action proposed by Bruno Maggi, a theory of the regulation of social action that conceives organization as a process of actions and decisions. Its research approach proposes: a view on organizational change in enterprises and in work processes; an action on relationships between work and well-being; the analysis and the transformation of the social-action processes, centered on the subject; a focus on learning processes.

The contributions published by the TAO Digital Library are legally deposited and receive an ISBN code. Therefore, they are to be considered in all respects as monographs. The monographs are available online through AMS Acta, which is the institutional open archive of the University of Bologna. Their stable web addresses are indexed by the major online search engines.

TAO Digital Library welcomes disciplinary and multi- or inter-disciplinary contributions related to the theoretical framework and the activities of the TAO Research Programs:

- Innovative contributions presenting theoretical or empirical analysis, selected after a double peer review process;
- Contributions of particular relevance in the field which are already published but not easily available to the scientific community.

The submitted contributions may share or not the theoretical perspective proposed by the Theory of Organizational Action, however they should refer to this theory in the discussion.

EDITORIAL STAFF

Editor: Bruno Maggi

Co-editors: Francesco M. Barbini, Enrico Cori, Giovanni Masino, Massimo Neri, Giovanni Rulli, Angelo Salento, Luca P. Vecchio

International Scientific Committee:

Jean-Marie Barbier	CNAM, Paris	Science of the Education
Vittorio Capecchi	Università di Bologna	Methodology of the Social Sciences
Yves Clot	CNAM Paris	Psychology of Work
Renato Di Ruzza	Université d'Aix-Marseille	Economics
Daniel Faiña	Université d'Aix-Marseille	Language Science
Vincenzo Ferrari	Università degli Studi di Milano	Sociology of Law
Armand Hatchuel	Ecole des Mines Paris	Management
Luigi Montuschi	Università di Bologna	Labour Law
Roberto Scazzieri	Università di Bologna	Economics
Laerte Sznelwar	Universidade de São Paulo	Ergonomics, Occupational Medicine
Gilbert de Terssac	CNRS Toulouse	Sociology of Work

ISSN: 2282-1023

www.taoprograms.org – dl@taoprograms.org
<http://amsacta.cib.unibo.it/>

Publicato nel mese di novembre 2023
da TAO Digital Library – Bologna

PROBLEMI ORGANIZZATIVI E PROSPETTIVE DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA

**EBOOK OF THE INTERDISCIPLINARY RESEARCH PROGRAM
"ORGANIZATION AND WELL-BEING"**

EDITED BY GIOVANNI RULLI AND ANGELO SALENTO

Table of contents

GIOVANNI RULLI, ANGELO SALENTO, Una discussione per il Servizio Sanitario Nazionale	1
GIOVANNI RULLI, L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la sua eredità	11
LAVINIA BIFULCO, Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale	24
LUIGI MACCHI, Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario in Lombardia	35
MAURIZIO PORTALURI, Prospettive per la sanità pugliese	49
LUIGI MACCHI, GIOVANNI RULLI, Obiettivi e proposte per la sanità lombarda	57

Una discussione per il Servizio Sanitario Nazionale

*Giovanni Rulli, già direttore di dipartimento in Agenzia di Tutela della Salute
Angelo Salento, Università del Salento*

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale - uno dei pilastri della costruzione del benessere nel nostro Paese - affronta oggi un quadro di difficoltà conclamate, in cui non è azzardato riconoscere una condizione di crisi. Benché le carenze del sistema sanitario siano chiaramente percepite dalla cittadinanza - con differenze, peraltro, assai rilevanti nelle diverse regioni e macro-regioni italiane - nel nostro Paese non si è istituito uno spazio di conoscenza e di discussione fondato su analisi organizzative del problema; né si può affermare che si sia sviluppato nel tempo un dibattito pubblico fondato su solidi elementi di riflessione. Soltanto a seguito del collasso dell'infrastruttura sanitaria, sotto il peso della pandemia Covid-19, sono emersi nuclei di un tale dibattito, che hanno preso a oggetto sia l'assistenza ospedaliera sia la sanità cosiddetta territoriale.

Alla mancanza di una riflessione fondata e di lungo corso hanno contribuito due tendenze di fondo, che affliggono in realtà tutta l'economia fondamentale (ovvero il quadro delle infrastrutture della vita quotidiana e del benessere collettivo) (Dagnes, Salento, 2022). La prima è la tendenza, che si registra nella sfera pubblica, alla depoliticizzazione di questioni decisive per il benessere dei cittadini. Come per altri settori dell'economia fondamentale, ad esempio dell'abitare o dei trasporti e della mobilità, anche nel caso della sanità scelte e decisioni estremamente rilevanti per la natura stessa dei servizi sono state concepite in chiave eminentemente tecnico-economica, affidandole perciò alla competenza di una *expertise*, in apparenza puramente tecnica, destinata a sottovalutare l'importanza di questi servizi per il benessere collettivo e la coesione sociale e territoriale. In luogo di auspicabili interventi di politica

sanitaria, si è invece assistito all'ingerenza degli apparati della politica nella sanità. La seconda tendenza che ha impedito lo sviluppo di un dibattito soddisfacente è stato il processo di regionalizzazione, a cui la riforma del Titolo V della Costituzione, all'inizio del XXI secolo, ha impresso una forte accelerazione. I problemi e il destino della sanità pubblica sono stati percepiti come questioni gestionali eminentemente regionali e locali, perdendo di vista che un sistema sanitario evoluto necessita di una regolazione di scala (quantomeno) nazionale, sia per garantire prestazioni di qualità e quantità comparabile nei diversi contesti territoriali, sia per affrontare questioni che non sono in alcun modo riducibili a una dimensione regionale o locale (si pensi, per esempio, alla questione dei costi delle tecnologie sanitarie).

Obiettivi della discussione

Questo libro intende portare un contributo alla costruzione di uno spazio di dibattito in grado di superare questi limiti, proponendo una discussione interdisciplinare sullo stato del Servizio Sanitario italiano, sui suoi problemi organizzativi e sulle sue possibilità di rilancio e affidandone l'approfondimento anche (e, anzi, prevalentemente) a figure professionali esperte. Esso si rivolge pertanto, anzitutto, all'attenzione di ogni soggetto decisore di politica sanitaria (tecnico o politico), di ogni gestore di servizi sanitari (tecnici sanitari o amministratori), di chiunque, infine, abbia conoscenze e competenze utili a partecipare a un costruttivo dibattito, e che sia in grado di fornire punti di vista, analisi e proposte per migliorare e sviluppare sistemi sanitari efficaci, efficienti e basati sui principi costituzionali. Per non trascurare il carattere eminentemente politico delle questioni, e il loro radicamento nella storia del Paese, gli argomenti trattati dagli autori seguono una propedeutica che rappresenta anche un richiamo storico sullo sviluppo dei servizi sanitari nazionale e regionali, sulla loro evoluzione (in particolare nei 45 anni dalla entrata in vigore delle legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale - SSN ad oggi), sulle criticità manifestatesi e sulle azioni che possono essere intraprese per un rilancio del nostro sistema di assistenza basato sui principi

costituzionali. Emerge così una caratteristica essenziale del sistema sanitario, spesso trascurata ma in realtà comune a tutte le branche dell'economia fondamentale: non siamo di fronte a un mero dispositivo tecnico, ma a un prodotto storico-politico, che si è sviluppato come risposta a una serie di questioni che riguardano i bisogni umani: quali essi siano, come si possano soddisfare, quali siano le forme organizzative e gestionali appropriate a questo scopo.

Inoltre, per dare conto della configurazione spiccatamente decentrata (e fortemente diseguale) del sistema sanitario italiano - che oggi non consente di trascurare le differenze (e le disparità) territoriali, ma impone anzi di farne oggetto di analisi - il libro introduce alcuni elementi di confronto tra due casi regionali, uno del Nord (Lombardia) e uno del Sud (Puglia).

L'individuazione di queste due Regioni non è stata casuale, bensì è avvenuta in quanto esse costituiscono esempi di situazioni molto diverse sia sotto il profilo delle risorse economiche disponibili, sia sotto il profilo delle scelte di strutturazione del Sistema Sanitario locale.

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT del 2021, la Lombardia dispone del 22% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale ospitando il 16,5% della popolazione, mentre la Puglia dispone del 4,5% del PIL a fronte del 6,5% della popolazione. Ciò significa che il PIL pro-capite in Lombardia è circa il doppio del PIL pro-capite della Puglia, mentre il reddito pro-capite è in Lombardia superiore di circa il 45% rispetto al reddito pro-capite della Puglia. Pur essendo il finanziamento nazionale del Sistema Sanitario in prima battuta analogo per ciascun residente, è comprensibile che alcuni costi incompressibili saturino maggiormente le risorse quanto minore è il numero regionale di abitanti, come pure è evidente che la maggiore disponibilità di reddito garantisce maggiore disponibilità di mezzi personali da spendere per acquistare prestazioni presso la sanità privata.

Per ciò che concerne le scelte di strutturazione locali di Servizio Sanitario, la Puglia ha operato scelte più vicine alle originarie previsioni del legislatore nazionale, ad esempio mantenendo nelle medesime Unità Sanitarie Locali - USL

(poi Aziende Sanitarie Locali - ASL) sia le attività territoriali sia le attività di ricovero e cura pubbliche, mentre la Lombardia ha privilegiato, specie con il trascorrere dei decenni, scelte di parificazione tra pubblico e privato, nonché di separazione tra soggetti erogatori e acquirenti delle prestazioni (pubbliche e private).

Questo libro presenta anzitutto alcune chiavi di lettura per comprendere la trasformazione del Sistema Sanitario italiano, dalla sua fondazione ai processi di ristrutturazione del nuovo secolo, sino a ciò che oggi si presenta come una vera e propria crisi di efficacia.

I contributi degli autori

Il primo contributo fa il punto sulla storia del Servizio Sanitario Nazionale e sulla sua importante eredità. Giovanni Rulli, Medico Specialista in Medicina del Lavoro e in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore del Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo di ATS dell'Insubria, ricostruisce i passaggi storici che hanno portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale del 1978 e alla sua prima applicazione, e analizza i principali temi che si pongono, con riferimento al suo futuro. L'eredità del SSN - sottolinea Rulli - è un'eredità in vita, in quanto la legge istitutiva (n. 833 del 1978), è tutt'oggi vigente, pur con modifiche e integrazioni succedutesi nel tempo. Resta ancora inalterato l'articolo 1 (Principi), che riprende completamente i principi della Costituzione repubblicana. Rulli passa poi a elencare alcune delle principali criticità della legge, mettendone in luce sia le mancanze rispetto ai propri obiettivi, sia le incongruenze applicative su scala nazionale e regionale. Conclude infine commentando i principi a suo avviso tutt'oggi condivisibili, congruenti con i principi costituzionali, che possono rimanere riferimenti essenziali per le possibilità di sviluppo prossimo del SSN.

Sui processi di riordino e aziendalizzazione, dagli anni Novanta del XX secolo in poi, sia sul piano nazionale sia regionale, si interrogano poi due Autori.

Lavinia Bifulco, Professoressa di Sociologia Generale presso l'Università di Milano Bicocca, illustra le logiche e i principali effetti di questi processi di riorganizzazione. Il suo contributo sottolinea l'impatto della logica di mercato e di managerializzazione sul SSN, descrivendo il significato e le forme in cui si sono sviluppate, da un lato, la separazione delle funzioni di programmazione, finanziamento e controllo e, dall'altro lato, la competizione di mercato (compresa la competizione tra pubblico e privato). Approfondisce inoltre la questione della centralità dell'entità e dell'uso del finanziamento del Servizio e di come ciò si sia modificato e ridotto nel tempo, discutendo altresì dell'impatto delle scelte neoliberiste sulla gestione della pandemia da Sars-Cov2 (Covid-19), in particolare analizzando la centralità del rapporto tra ospedale e territorio (ponendo anche a confronto differenti risultati in differenti regioni). Infine individua alcune scelte che ritiene auspicabili, tra cui un orientamento sistemico ai determinanti sociali della salute e un riorientamento verso logiche di cura che mettano al centro l'interdipendenza fra gli esseri umani e i loro contesti di vita, anziché la prestazione e la produttività.

Luigi Macchi, già Direttore Generale del Policlinico di Milano e dell'Unità Organizzativa di Prevenzione della Regione Lombardia, presenta il caso del Sistema sanitario lombardo, illustrando il succedersi di norme che hanno dapprima consentito di applicare localmente la legge istitutiva del SSN e poi permesso di operare una successiva riforma, improntata ai principi di riordino e aziendalizzazione contenuti nelle norme nazionali del 1992-1993. In particolare, si sofferma dapprima sulla scelta e decisione lombarda di dare peculiare importanza alla componente sociale della salute e alla prevenzione territoriale, nei luoghi di vita e di lavoro. Discute poi dell'entrata in vigore, nel 1997, della legge regionale di riordino del Servizio Sanitario Regionale e della sua integrazione con le attività dei servizi sociali, ricordando la scelta e decisione di separare le Aziende Sanitarie Ospedaliere dalle Locali e le peculiarità del sistema di accreditamento e del rapporto pubblico-privato in Lombardia, con l'obiettivo di favorire il controllo della spesa e con la volontà di creare una competizione virtuosa tra pubblico e privato. Evidenziando luci e

ombre dell'esperienza lombarda, segnata da rilevanti interventi normativi anche nel secondo decennio del XXI secolo, Macchi richiama infine la recente valutazione dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sulla sperimentazione lombarda, insistendo sull'impatto che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹ avrà sul SSN e sui SSR, e richiamando la necessità di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio in Lombardia, per ottenere un equilibrato sviluppo nei molteplici piani dell'agire organizzativo sociosanitario.

Due contributi, infine, ragionano sulle prospettive per il futuro del SSN e propongono scelte organizzative in parte o radicalmente alternative alle attuali, che garantiscano una migliore presa in carico del benessere della popolazione, sia sul piano nazionale sia piano regionale.

Maurizio Portaluri, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Radioterapia del Presidio "Di Summa - Perrino" di Brindisi (ASL di Brindisi), illustra le prospettive e articola proposte per la Sanità pugliese. Dall'esperienza dell'inizio del XXI secolo, durante il quale la sanità pugliese è stata sottoposta a un rigido piano di rientro economico che ha comportato un depauperamento ulteriore dell'offerta sanitaria, già da tempo carente, Portaluri ricorda che la situazione non è migliorata affatto nel secondo decennio, in particolare perché non è stato possibile stabilizzare posti di lavoro a termine, né si è proceduto attraverso la normale via dell'indizione di concorsi pubblici. L'Autore sottolinea l'importanza, per il futuro prossimo, di operare scelte che perseguano alcuni principi basilari: anzitutto la necessità di considerare il servizio sanitario come bene pubblico che deve essere accessibile soprattutto per i meno abbienti e che non deve essere considerato come fonte di spreco di danaro (a condizione che si garantisca l'equilibrio tra l'appropriatezza e l'efficienza). In secondo luogo, la congruità dei livelli retributivi del personale, elemento imprescindibile per assicurare la soddisfazione dei medici pubblici e degli utenti/cittadini. In terzo

¹ Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), del 2021, si inserisce all'interno del programma Next Generation EU (NGEU), del 2020, sostenuto da 750 miliardi di euro, di cui la metà circa come sovvenzioni, costituito dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica. La principale componente del programma ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026

luogo, la verificabilità dei risultati, sia in termini di efficienza del processo sia in termini di raggiungimento degli obiettivi di salute. Infine, la necessità di sostenere prioritariamente il servizio pubblico e la medicina del territorio, anche attraverso un ammodernamento tecnologico che consenta di gestire al meglio i bisogni della cronicità.

Luigi Macchi e Giovanni Rulli, infine, illustrano le possibilità di sviluppo della Sanità, in particolare lombarda, articolando un quadro di proposte. Partendo da tre principi che ritengono imprescindibili - l'integrazione tra i livelli nazionale e regionale, il rispetto dei principi costituzionali ripresi dalla legge 833/1978 e la divisione e il reciproco rispetto tra tecnica e politica (specie a livello regionale e locale) individuano diverse possibilità di sviluppo dei Sistemi Sanitari regionali, auspicando anzitutto che si concilino l'universalità e la sostenibilità economica, in un nuovo patto Stato-Regioni. Una seconda fondamentale risorsa, sostengono gli Autori, concerne il personale sanitario; essa deve essere promossa sul piano della quantità, della qualità e della remunerazione, attraverso politiche di programmazione universitaria e di incentivazione retributiva, attraverso un uso più flessibile dei fondi disponibili (pur nel rispetto dei principi contabili dell'Unione Europea). Macchi e Rulli, infine, propongono un insieme articolato di obiettivi per una riforma possibile dell'organizzazione sanitaria: garantire l'equità delle prestazioni con un aggiornamento e un appropriato monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo principi di *evidence based medicine*; ridefinire i rapporti e le prerogative di pubblico e privato; integrare maggiormente la componente sanitaria con la componente sociale del benessere; (ri)dare un forte impulso alla sanità di territorio e alla prevenzione. In vista di questi obiettivi, gli Autori articolano una serie di ipotesi e propongono soluzioni organizzative alternative alle vigenti.

Conclusioni: i possibili sviluppi

Nel complesso, questo libro vuole offrire elementi di conoscenza rilevanti su almeno due piani. Anzitutto sul piano delle questioni generali che si

sono poste nel tempo, dalla istituzione del SSN alla successiva delega alle Regioni, sino al determinarsi delle attuali configurazioni regionali, assai differenti nel territorio nazionale. In secondo luogo, sul piano delle possibilità di sviluppo dell'organizzazione sanitaria pubblica, in un futuro che appare oggi solo parzialmente prevedibile. Emerge, su quest'ultimo piano, la necessità di scelte e soluzioni alternative rispetto alle tendenze registrate nell'ultimo ventennio: se l'obiettivo è traghettare il Servizio Sanitario Nazionale – con il suo carattere di accessibilità universale – verso un futuro sostenibile, è necessario oggi confrontarsi con questioni organizzative da cui dipende la capacità del sistema di dare attuazione ai diritti, agli interessi e alle garanzie sanciti nella Costituzione repubblicana.

Nel prossimo futuro, sarà indispensabile seguire l'evoluzione delle scelte, delle decisioni e delle azioni che saranno intraprese da tutti i soggetti coinvolti nella cosa pubblica sanitaria e sociale, analizzandone e interpretandone le conseguenze per la salute dei cittadini. Su questi temi – che presentano aspetti di elevata complessità tecnica, connessi anche all'enorme volume di interdipendenze che si sviluppa in un sistema sanitario avanzato – è necessario creare uno spazio di riflessione interdisciplinare, aperto ai saperi professionali, capace di sviluppare, in modo iterativo, nuove analisi critiche e propositive, offrendo alla discussione pubblica strumenti di conoscenza per indirizzare la trasformazione dell'organizzazione sanitaria verso finalità di benessere condiviso.

Di certo vi sono almeno due non compatibili concezioni, che sul terreno dell'organizzazione dei sistemi sanitari si confrontano nel tempo². La prima è oggettivista, congruente al periodo delle mutue e, attualmente, all'aziendalizzazione, caratterizzata da scelte, decisioni e azioni orientate al centralismo delle strutture sanitarie di ricovero e cura e alla competizione nel

² I molteplici punti di vista presuppongono fondamentali concezioni, o visioni dl mondo. (Maggi, 1984/1990). Dall'analisi delle configurazioni organizzative concrete, si possono riconoscere le concezioni presupposte dai punti di vista del legislatore e del "gestore" sanitario, le loro scelte, a volte anche le puntuali decisioni e azioni assunte, certamente anche a quale salute ci si riferisce quando di essa si parla (Rulli, 2011).

libero mercato, basata sull'efficacia ed efficienza economica, quindi con massimizzazione della produzione sanitaria (prestazioni e servizi) al minor costo possibile. La seconda è concezione processuale della realtà sociale, con cui la legge 833/1978 risulta congruente e che riteniamo auspicabile per il futuro (secondo quanto illustrato dagli autori di questo libro), caratterizzata in sanità da scelte, decisioni e azioni orientate a rapporti ospedale-territorio e pubblico-privato di interazione e sinergia, con obiettivi di prevenzione primaria e con privilegio della presa in carico dei bisogni, efficiente ed efficace, invece che con orientamento al consumo di prestazioni.

Confidiamo che questo libro possa costituire un passo avanti (sia pur piccolo) nella direzione auspicata di approfondimento dell'analisi dei sistemi sanitari, e che i suoi contenuti suscitino la partecipazione alla discussione da parte di altri ricercatori, anche con analisi basate su ulteriori orientamenti teorici e metodologici. La prima ricostruzione che qui abbiamo proposto dischiude un campo di questioni molto ampio e plurale, perché l'organizzazione sanitaria è una delle più importanti infrastrutture del benessere, ed è straordinariamente ricca di specificità: sono molti gli apparati tecnici messi in gioco e le reti di soggetti sociali che vi operano; sono complessi i processi politici che interagiscono. Studiare il sistema sanitario richiede perciò un lavoro di ricerca collettivo ma, al tempo stesso, policentrico.

È auspicabile, infine, che il dibattito si estenda anche su un piano sovranazionale, con contributi che permettano di confrontarsi con ulteriori scelte di politica sanitaria e con illustrazioni e analisi di esperienze organizzative alternative.

Riferimenti bibliografici

DAGNES S., SALENTO A.

2022 *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, Milano: Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.

MAGGI B.

1984/1990 *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, Milano: Etas.

RULLI G.

2011 Considerazioni biomediche sulle concezioni di salute, prevenzione e organizzazione, e sulle conseguenze per la tutela della salute e della sicurezza nel lavoro, in Maggi B., Rulli G., Pascucci P., Marchiori M., Salento A., Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, *Sociologia del Diritto*, 3: 167-202.

L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la sua eredità

Giovanni Rulli, già direttore di dipartimento in Agenzia di Tutela della Salute

Introduzione

Prima di entrare nel merito del significato e dei contenuti della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, deve essere anzitutto ricordata la scelta ideale che ha portato alla sua promulgazione, anche attraverso un richiamo alla situazione antecedente. Questo richiamo è anche utile per capire l'eredità che questa norma ci ha lasciato (eredità in vita, potremmo dire, trattandosi di una norma tuttora vigente) e quale potrebbe essere un verosimile futuro scenario assistenziale in caso di rarefazione dei principi introdotti dalla l. 833/1978.

E' quindi opportuno un breve richiamo storico sull'assistenza sanitaria italiana, sul concetto di mutua assistenza e sui limiti di quest'ultima. I momenti principali dell'evoluzione di questo sistema, anche in successione cronologica, sono almeno quattro.

Le mutue sanitarie

Il primo momento è rappresentato dall'introduzione e dallo sviluppo del cosiddetto modello mutualistico, nel periodo trascorso dalla seconda metà del XIX secolo sino al periodo fascista.

Dapprima, durante l'ultimo ventennio del XIX secolo, si assistette alla nascita delle Società (Operaie) di Mutuo Soccorso, riconosciute con legge dello Stato nel 1886. Si svilupparono così, a poco a poco, le mutue sanitarie operaie, artigiane e territoriali, basate sul modello assicurativo prussiano instaurato da Bismarck, caratterizzato dai principi di solidarietà e mutua assistenza, con prestazioni sanitarie garantite ai contribuenti di specifiche casse malattia (Busse *et al.*, 2017).

In seguito, durante il periodo fascista, il sistema mutualistico è sottoposto a un maggiore controllo statale (Salfi, Tarozzi, 2014): nel 1925 nasce l'INADEL (Istituto Nazionale per i Dipendenti degli Enti Locali), dello stesso anno è la fondazione dell'ONMI - Opera Nazionale Maternità e Infanzia, nel 1933 nasce l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), nel 1942 l'ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i dipendenti Statali) e infine, nel 1943, l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie). Il finanziamento di questi Istituti avviene da parte di datori lavoro e lavoratori. Pertanto, si tratta di un'organizzazione a tutela dei lavoratori, non dei cittadini in quanto tali. Al fine di non escludere l'assistenza in caso di gravi problematiche sanitarie nazionali, si aggiungono alcune forme di tutela specifiche riguardanti il contrasto della mortalità infantile e sul lavoro, della malaria, della tubercolosi, ecc., tramite l'intervento di altri appositi enti. Le mutue non coprono quindi l'assistenza sanitaria di tutta la popolazione: una quota di soggetti capienti provvede direttamente alle proprie spese, mentre la copertura assistenziale per i poveri (inseriti in appositi elenchi) è a carico del comune di residenza. Le mutue, inoltre, non si occupano di prevenzione.

L'avvento della Costituzione e l'influenza del NHC inglese

Il secondo momento evolutivo è rappresentato dall'avvento dei principi sulla salute e sulle relazioni umane sanciti dalla Costituzione italiana, promulgata il 27 dicembre 1947 ed entrata in vigore l'1 gennaio 1948.

Ricordiamo soprattutto l'art. 2 sulla solidarietà economica e sociale; l'art. 3 sull'eguaglianza; l'art. 5 sul decentramento amministrativo; l'art. 32 che definisce la salute come un fondamentale diritto; l'art. 53 sulla concorrenza alla spesa pubblica secondo la capacità contributiva; l'art. 117 che distingue la legislazione esclusiva dello Stato (definizione dei livelli essenziali di prestazioni e dei diritti sociali), e la legislazione concorrente (tutela della salute). Spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Il terzo momento è rappresentato dall'eco dell'esperienza inglese di realizzazione del *National Health System* (NHS). L'economista e sociologo Lord Beveridge consegna nel 1942 al Primo Ministro Churchill il rapporto da quest'ultimo richiestogli sulle criticità dell'assistenza sanitaria inglese; da questo rapporto nasce un approfondito dibattito (la cui lunghezza fu determinata anche dalla guerra in corso), che porta nel 1948 alla nascita del NHS. Esso rappresenta il primo sistema sanitario universalistico in senso proprio, in quanto rivolto a tutti i cittadini, semigratuito, amministrato centralmente e finanziato dalla fiscalità generale (Webster, 2002).

Dieci anni dopo, nel 1958, è istituito in Italia il Ministero della Sanità, che sostituisce il Ministero degli Interni come responsabile politico nazionale per l'igiene e la sanità pubblica e che ha funzioni di controllo, vigilanza e programmazione delle attività riguardanti la salute pubblica e l'assistenza sanitaria.

Le criticità del modello mutualistico

Il quarto e ultimo momento è rappresentato dal manifestarsi in modo oggettivo di forti criticità e incongruenze dell'impianto mutualistico, essenzialmente etiche (con un *deficit* di equità nell'accesso alle prestazioni) ed economiche (con eccessi di spesa), che si palesano insostenibili e sostanzialmente insuperabili, se non attraverso un cambiamento radicale.

I motivi del fallimento economico delle mutue dipendono da un notevole progressivo incremento dei costi di gestione, senza contemporaneo incremento delle entrate, connesso anzitutto all'aumento del costo della vita determinato dall'aumento dell'inflazione (con acme durante la crisi petrolifera degli anni Settanta). Gli ospedali garantiscono un'assistenza a maggiore impegno di risorse a fronte di rette di degenza che non coprono i reali costi. La visione dei legislatori e dei gestori del sistema mutualistico si può senz'altro definire oggettivista, votata alla massimizzazione del risultato produttivo per gli ospedali: il rapporto ospedale-territorio è totalmente sbilanciato verso le strutture sanitarie di ricovero e cura, deputate a produrre la cura dell'acuzie e a

riabilitare (prevenzione secondaria e terziaria), mentre nel territorio vi è sostanzialmente solo l'attività di visite specialistiche per la selezione e l'invio agli ospedali, la prescrizione farmaceutica e l'attività di prevenzione delle malattie a più alto impatto sociale, come la tubercolosi. Ogni paziente è una fonte di reddito per l'ospedale quanto più la sua degenza si prolunga, per le aziende farmaceutiche quanto più consuma farmaci. Mutue e ospedali sono quindi sempre più indebitati, inseriti in un circolo vizioso di spesa e partecipi di esso. Si manifesta pertanto, appieno, una forte incongruenza organizzativa di sistema tra previsione di completi rimborsi delle prestazioni (di ricovero, specialistiche, farmaceutiche) e mancata previsione di sistemi di controllo sull'appropriatezza (necessità, numerosità, costo) di queste ultime. Per questi motivi sono effettuati alcuni interventi normativi per migliorare la situazione. Tra questi si possono citare sia la legge Mariotti (n. 132 del 1968, di istituzione degli Enti Ospedalieri) sia il Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4 (per il trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria e ospedaliera), sia, infine, la legge 386/1974 ("Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri").

La legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale

La necessità di superare questa situazione di eccesso di spesa e di ineguale accessibilità delle prestazioni, unita all'evidente incongruenza dello *status quo* rispetto al dettato costituzionale, sono i principi ispiratori della legge del 1978¹.

Lo schema normativo di riforma sanitaria, elaborato dall'allora Ministro della Sanità Vittorino Colombo, fu presentato alla Camera dei Deputati il 12 agosto 1974. Nella relazione introduttiva, Colombo si soffermò sui vari

¹ Occorre notare che, nella storia delle innovazioni legislative, non solo in sanità, molti interventi avvengono sia in ragione di mutamenti culturali e di progresso nel vivere civile, ma anche, e a volte anzitutto o almeno contemporaneamente, in ragione dell'insorgere di criticità di tipo economico, determinate da incongruenze interne o da eventi esterni, che squilibrano i conti e la sostenibilità degli investimenti pubblici in un determinato capitolo di spesa.

problemi dell'assistenza sanitaria italiana. Il termine di paragone della progettualità riformatrice italiana era il NHS inglese. Secondo i dati riportati dal Ministro, nel 1970 il NHS era costato a ogni cittadino inglese poco più di 55.000 lire, mentre il costo dell'INAM, nello stesso anno, era stato di quasi 62.000 lire per iscritto. La differenza non era solo di natura economica, ma anche di qualità e quantità di prestazioni e servizi offerti dai due sistemi assistenziali. Il NHS, oltre ad assicurare la gratuità di tutti i servizi garantiti (o meglio la semigratuità, data la presenza dei *ticket* in molti ambiti prestazionali), offriva una copertura in campi che l'INAM non assicurava (ad esempio l'assistenza dentistica oppure l'assistenza sanatoriale, coperta dall'INPS) e garantiva interventi di prevenzione, mentre INAM e altri enti mutualistici italiani si limitavano a garantire le cure. La proposta normativa definitiva, che non si discostava di molto dalla proposta del 1974, fu presentata alla Camera dei Deputati dal Ministro della Sanità Luciano Dal Falco il 16 marzo 1977, dopo un lungo periodo di dibattiti in Parlamento e nella società. Infine il governo Andreotti IV, su proposta del Ministro della Sanità Tina Anselmi, istituì il SSN (Servizio Sanitario Nazionale) con legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Fassari, 2019).

Ricordiamo che il 1978 fu un anno carico di eventi, tra cui spicca purtroppo il rapimento del 16 marzo e l'assassinio del 9 maggio dell'On. Aldo Moro da parte delle Brigate Rosse. Nello stesso mese di maggio furono approvate due leggi la cui importanza è stata ed è ancora cruciale: il 13 la legge n. 180 (cosiddetta Legge Basaglia), con la quale si stabilì la chiusura dei manicomi e l'istituzione dei servizi pubblici di igiene mentale, il 22 la legge n. 194, sul ruolo dei già esistenti consultori familiari nella procreazione cosciente e responsabile, e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Elencando i capisaldi e gli obiettivi testuali della legge 833/1978, si deve ricordare che, anzitutto, essa rappresenta una congruente applicazione dei principi costituzionali, volta a rendere sistema - con un orientamento universalistico - ciò che prima non era, trattandosi sino a quel momento, in senso proprio, di un insieme di servizi solo parzialmente integrati e comunque non universalmente accessibili.

E' importante citare per esteso l'art. 1 (Principi) della legge 833/1978, che, ricordiamo, non è mai stato modificato, a differenza di molti altri articoli, per testimoniare la compiutezza: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge."

Del secondo articolo (Obiettivi), ricordiamo il richiamo al superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese, all'importanza dell'educazione sanitaria per il cittadino e le comunità, al ruolo cruciale della prevenzione.

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti Locali territoriali. Lo Stato: a) ha funzioni di indirizzo e coordinamento delle Regioni in materia sanitaria; b) si occupa, tramite il Ministero della Sanità, di programmazione (Piano Sanitario Nazionale), determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA) e dei requisiti minimi che devono possedere i vari profili professionali degli operatori sanitari, nonché di redigere e aggiornare il Prontuario terapeutico nazionale; c) determina il fondo, il finanziamento sanitario nazionale, definendolo annualmente. Le Regioni, dal

canto loro: a) possono legiferare in materia secondo le proprie competenze e nel rispetto dei principi legislativi statali, definendo i livelli essenziali regionali, esercitando le funzioni sanitarie proprie o a loro delegate; b) disciplinano l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato. Ai Comuni, infine, in forma singola o associata, "sono attribuite tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato e alle Regioni".

Secondo la legge 833/1978, alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali (USL) (art. 10), cui è attribuita l'erogazione delle prestazioni e degli interventi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione. Esse rappresentano il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni che per singolo territorio hanno la competenza della gestione degli interventi sanitari (art. 14): di prevenzione (art. 20), di assistenza ospedaliera e di specialistica extraospedaliera (art. 25) (di norma con erogazione da parte delle USL, ma che possono essere fornite anche da soggetti convenzionati), di igiene pubblica, di igiene ambientale, di medicina scolastica e del lavoro, di assistenza di base e farmaceutica (nel territorio, tramite i Distretti sanitari di base) (art. 61). Ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari (art. 19).

Come è finanziato il Sistema Sanitario Nazionale? Secondo la l. 833/1978 i cittadini e le imprese, attraverso contributi e tasse (fiscaltà generale), forniscono allo Stato risorse finanziarie che, in seguito alla programmazione economica triennale, sono ripartite alle Regioni, le quali a loro volta pagano le USL (che comunque attraverso i *ticket* aumentano localmente le entrate e che si avvalgono anche dei proventi delle attività a pagamento non coperte dai LEA).

Le criticità nell'applicazione della legge 833/1978

Riguardo all'applicazione della l. 833/1978, elenchiamo, certamente in modo non esaustivo, alcune delle principali criticità che si sono manifestate, da

subito e negli anni Ottanta, sia a causa di incongruenze interne alla legge rispetto ai propri obiettivi, sia a causa del suo impatto in un processo di erogazione di servizi sanitari caratterizzato da numerosissimi contemporanei elementi di variabilità (ad esempio ampie differenze di scelte organizzative tra le strutture erogatrici territoriali, consolidatisi nel tempo nel Paese) e di vincolatività (ad esempio la configurazione prescritta del rapporto tra Enti Locali e Unità Sanitarie Locali).

Anzitutto, i principi di efficacia, appropriatezza, economicità delle cure sono tenuti a margine e sono inseriti tra gli obiettivi di SSN solo nel dicembre del 1992, con il d.lgs. 502.

Vi è poi una scarsa declinazione dell'integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale (infatti si richiama sempre la salute fisica e psichica, non citando la componente sociale - secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS del 1948).

Ancora la legislazione regionale applicativa è stata molto (troppo) variegata, con tempi di introduzione assai differenti e con l'inserimento della componente sociale in modo molto differenziato.

Si è inoltre sviluppato un rapporto anomalo tra politica e gestione tecnica, caratterizzato non tanto da auspicabili interventi di politica sanitaria, bensì dall'ingerenza degli apparati politici nella sanità, in un rapporto difficile tra organismo tecnico ed Enti Locali. Gli enti pubblici sono stati spesso portatori di interesse del potere politico locale invece che dei cittadini nel loro complesso e le USL hanno diffusamente mostrato sia rigidità nelle procedure loro affidate dalla l. 833/1978, sia un'evidente separazione interna tra le aree sanitaria e amministrativa, con il personale scarsamente coinvolto nel processo decisionale.

Si deve ancora ricordare che sono trascorsi ben 16 anni per avere il primo Piano Sanitario Nazionale - PSN (1994), che tra l'altro contiene i primi standard sul numero di posti letto negli ospedali, cosicché diverse Regioni hanno approvato i loro piani prima della promulgazione del PSN, invece di redigere i propri sulla base del piano statale. Lo stesso numero di anni è stato necessario

per definire le modalità di pagamento dei ricoveri con il sistema dei *Diagnosis Related Groups* (1994-1995) mentre sono trascorsi addirittura 22 anni prima dell'indicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (2001). Vi è stata così una lunga, lunghissima, mancanza di indicazioni su alcuni standard cruciali per garantire l'assistenza sanitaria, che fossero cogenti per le Regioni.

Infine, nel primo decennio di attuazione della l. 833/1978, vi è stata una sostanziale deresponsabilizzazione finanziaria di USL e Regioni, con ritardi nella definizione e ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, spese superiori a quanto ricevuto e conseguente necessità di ripiani economici dei disavanzi a piè di lista. In questo modo si è concretizzata l'insostenibilità economica del Sistema, non troppo dissimile dall'era mutualistica, benché nella l. 833/1978 vi fossero gli elementi, da sviluppare nel concreto, per una buona gestione amministrativo-contabile della cosa pubblica. Questi ultimi elementi erano ben elencati nell'art. 50 della Legge: a) disciplina amministrativo-contabile delle gestioni che deve risultare corrispondente ai principi della contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente; b) bilanci strutturati su base economica che devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenza quanto in termini di cassa; c) conti consuntivi che devono contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, anche dei risultati economici e patrimoniali delle gestioni; d) risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa nonché dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, che devono essere iscritti rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o delle comunità montane; e) bilanci di previsione e conti consuntivi delle unità sanitarie locali che debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono.

Quali principi della legge del 1978 mantenere e sviluppare?

Concludiamo riassumendo quali dei principi della legge, al netto delle incongruenze sopra elencate, appaiono completamente e attualmente condivisibili e quindi quali istanze ci ripresenti la vigente legge 833/1978, qualora si voglia sviluppare il Sistema Sanitario mantenendolo congruente ai

principi costituzionali, pur con le innovazioni che nel tempo si sono succedute. Tra queste ricordiamo, prima fra tutte, la legge n. 3 del 2001 di modifica del Titolo V della Costituzione, che invero, insieme ad alcuni aspetti positivi, ne ha presentati altri negativi, tra cui aver favorito lo svilupparsi di Sistemi Sanitari Regionali spesso troppo differenti.

Riteniamo che i principi da salvaguardare siano:

- la Salute quale diritto [art. 1] (art. 32)², universale (per tutta la popolazione, cioè per tutti i cittadini, non solo in quanto contribuenti), con superamento degli squilibri sociali e territoriali [art. 2] (art. 2 - solidarietà sociale; art. 3 - eguaglianza), affinché non si acuiscano gli squilibri tra le Regioni e si evitino possibili ritorni a sistemi assistenziali socio-sanitari a forte contribuzione privata, sperequativi nei confronti dei meno abbienti;
- la partecipazione dei cittadini (cittadini non solo come somma di individui ma come comunità [art. 45] (art. 2 - esercizio dei diritti nelle formazioni sociali), ricordando sia che “è riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del SSN”, sia che ogni organizzazione o comunità ha il diritto di interloquire con gli enti preposti all'applicazione dei principi di SSN, anzitutto comuni e USL;
- il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari [art. 19], che è contemporaneamente un importante riconoscimento dei diritti individuali ma che, nel contempo, nella seconda parte del testo, richiede una riflessione accurata su quali siano i limiti organizzativi non solo possibili, ma anche opportuni. Non è detto che una facoltà interpretata in senso troppo estensivo non vada contro gli interessi della persona, ad esempio con un utilizzo incongruo del contributo della sanità privata;
- il collegamento e coordinamento con il settore sociale (“attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività”) [art. 1],

² Indichiamo tra parentesi quadre i riferimenti alla legge 833/1978, tra parentesi tonde i riferimenti alla Costituzione.

essendo un obiettivo assolutamente imprescindibile, sia in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, sia in ragione della necessità di tutelare la salute in termini di benessere contemporaneamente fisico, mentale e sociale (ricordando la definizione dell'OMS del 1948);

- il finanziamento del SSN attraverso la fiscalità generale [art. 51-52-53] (art. 53 - concorrenza alla spesa pubblica secondo la capacità contributiva), in quanto unica possibilità per garantire l'equità tra i cittadini, per superare in modo solidaristico le differenze di reddito e sociali;

- le funzioni statali di indirizzo e coordinamento delle Regioni (Piano Sanitario Nazionale, Piano Nazionale della Prevenzione, LEA) [art. 6] (art. 117 - determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali). Regioni con poteri su legislazione concorrente [art. 7-11] (ad esempio, tutela della salute e profilassi), in modo che sia sempre garantito un livello di qualità e di numerosità di prestazioni che abbia un minimo comune denominatore in tutte le Regioni e che sia sempre possibile una forte azione di coordinamento in tutte le situazioni in cui sia pericoloso dal punto di vista sanitario e ingiusto dal punto di vista morale avere comportamenti differenti in differenti territori (ad esempio in corso di epidemie o per campagne di prevenzione dei tumori);

- la prevenzione come obiettivo primario (diagnosi precoce, vaccinazioni, sicurezza del lavoro, ecc.) [art. 2-11-14-19-20-21] (tutela della salute come legislazione concorrente - art. 117);

- l'avvalersi dei distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento [art. 10-61] (art. 5 - decentramento amministrativo).

Per commentare infine questi ultimi due punti, ci preme ricordare un esempio assai virtuoso di applicazione regionale della l. 833/1978, e cioè la l.r. lombarda n. 64 del 26.10.1981, in materia di igiene, prevenzione e sanità pubblica che prevedeva, tra l'altro, nell'ambito territoriale di competenza e in forma dipartimentale, la programmazione degli interventi di igiene e sanità pubblica, l'igiene dell'ambiente (materia la cui competenza è stata inopinatamente tolta alle USL a seguito del Referendum del 1993), la

prevenzione individuale e collettiva delle malattie, la gestione dei dati epidemiologici e delle mappe di rischio, in costante relazione con i Comuni e i Sindaci in quanto Autorità Sanitarie Locali.

Ai Dipartimenti di Prevenzione istituiti con tale norma erano stati attribuiti i compiti di prima segnalazione delle situazioni di emergenza e le prime attività di prevenzione (nei distretti sanitari di base). Riteniamo che, se questo impianto di prevenzione nel territorio fosse stato fermamente mantenuto sino ad oggi, proteggendo il sistema ospedaliero e delle residenzialità sociosanitarie e sociali, l'impatto dell'epidemia da Covid-19 in Lombardia sarebbe stato assai verosimilmente inferiore.

In conclusione, bisogna osservare che, rispetto all'impianto mutualistico, la legge 833 ha affermato non soltanto una revisione delle modalità di finanziamento e di accesso alle prestazioni, introducendo – per la prima volta in Italia – il principio di universalità; ma anche una vera e propria svolta nella concezione stessa dell'organizzazione del sistema sanitario. Laddove un sistema fondato sulle mutue aveva un'impostazione chiaramente oggettivista, centrata sull'erogazione e con obiettivo di garanzia della quantità delle prestazioni, la legge 833 adotta una concezione schiettamente processuale del sistema sanitario, concependolo come un'infrastruttura del benessere, radicata nel tessuto sociale (o, se si preferisce, nel territorio), in grado di farsi carico non soltanto degli interventi di ripristino, ma di prevenzione e di cura delle persone e della collettività.

Riferimenti bibliografici

BUSSE R., BLÜMEL M., KNEIPS F., BÄRNIGHAUSEN T.

2017 Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, *The Lancet*, 390, August 26.

FASSARI L. (ED.)

2009 *1959-2009 I 50 anni dell'Anaa Assomed*, Roma: Health Communication.

SALFI A., TAROZZI F. (EDS.)

2014 *Dalle società di mutuo soccorso alle conquiste del Welfare State*, Roma: Futura Editrice.

WEBSTER C.

2002 *National Health Service: A Political History* (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Lavinia Bifulco - Università di Milano Bicocca

Introduzione

Obiettivo di questo contributo è richiamare le logiche e gli effetti delle riorganizzazioni del Servizio Sanitario italiano (SSN) realizzate dagli anni Novanta.

Come è noto, la pandemia Covid-19 ha portato in primo piano il problema dell'insufficienza dei servizi di prevenzione, di assistenza primaria e territoriali che pure sono alla base del SSN istituito dalla legge 833 del 1978. Oggi, in effetti, la situazione è molto lontana da quanto aveva prefigurato una fra le riforme più avanzate del mondo.

Nel corso degli anni Novanta i processi di *marketization* e managerializzazione hanno notevolmente modificato le architetture istituzionali e organizzative del SSN. Dopo la crisi finanziaria ed economica del 2007, le politiche di austerità hanno aggravato la situazione, generando sottofinanziamenti, carenze strutturali e di personale. Gli eventi pandemici sono dunque solo gli ultimi di una serie di fattori critici che hanno reso evidenti nodi critici strutturali e di lungo periodo. Di seguito ci soffermeremo sinteticamente su quattro di essi: le risorse, le architetture istituzionali, i modelli organizzativi, il rapporto fra ospedali e territorio. Nelle conclusioni delineremo alcune prospettive possibili.

Le risorse

Conviene cominciare dai dati sulla spesa, distinguendo fra le tendenze in atto fino alla fase pandemica e, poi, nella fase successiva.

Comparativamente, la spesa sanitaria pubblica in Italia si mostra da tempo poco generosa. Secondo i dati OECD (2020), nel 2018 era pari al 6,5% del PIL, inferiore alla spesa di Francia, Germania e Regno Unito. Per di più, la

distanza è cresciuta e cresce nel tempo. Nel 2009 le differenze assolute di spesa pubblica tra l'Italia e gli altri Paesi del G7 erano modeste, ma negli anni successivi sono decisamente aumentate: per esempio, se nel 2009 la Germania investiva pro-capite solo 1.165 dollari in più dell'Italia (+50,6%), nel 2020 la differenza è di 3.053,7 dollari (+107,1%) (GIMBE, 2022; Bifulco *et al.*, 2022).

Le dinamiche della spesa sono, di fatto, di tendenziale diminuzione negli anni. Secondo le analisi molto puntuali e accurate presentate dal rapporto GIMBE (2022), la sanità pubblica ha perso finanziamenti per oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza di tagli previsti da varie manovre finanziarie, e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in conseguenza del definanziamento che ha assegnato al SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati. E' vero che nel decennio 2010-2019 il Fondo Sanitario Nazionale è aumentato di 8,2 miliardi di euro, ma questo equivale a una crescita media dello 0,9% annuo, cioè a un tasso inferiore al tasso dell'inflazione media annua, pari a 1,15%. Il quadro al momento della pandemia è, come si vede, sconcertante. Con la pandemia qualcosa è cambiato, ma non di molto. Oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è inferiore alla media OCSE (6,8% contro 7,1%, che è anche media UE). In Europa, Paesi quali Germania, Francia, Austria, Regno Unito, Svizzera, Svezia, Olanda, Danimarca, Belgio, Spagna, Norvegia, Islanda, Finlandia e Repubblica Ceca destinano alla sanità una percentuale del PIL superiore alla percentuale italiana.

Secondo lo stesso rapporto GIMBE, il definanziamento pubblico continua tutt'oggi. Formalmente la stagione dei tagli alla sanità dovrebbe essere terminata grazie al maggior finanziamento disposto a seguito della pandemia. Tuttavia le risorse sono state di fatto assorbite dalla gestione della situazione pandemica. Inoltre, stando a quanto previsto dall'ultimo Documento di Economia e Finanza, la spesa sanitaria si ridurrà mediamente dello 0,6% per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/PIL calerà al 6,2%, al di sotto dei livelli pre-pandemia. La scarsità delle risorse si traduce, anzitutto, in problemi di posti letto e di personale. Nel 2018 i posti letto ospedalieri risultavano pari a

3,1 per 1000 abitanti, un valore molto più basso di Germania (8,0) e Francia (6,0).

Quanto al personale, dal 2010 al 2017 è diminuito di 21.813 unità (Bifulco *et al.*, 2022). Il principale sindacato dei medici ospedalieri (Anaa Assomed) stima da tempo una crescente carenza di medici nei prossimi anni. In alcune aree del Paese si osserva una drammatica insufficienza di medici di base e di pediatri, che si aggiunge alla nota carenza di medici specialisti. Va detto che la riduzione del personale ha riguardato principalmente il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, mentre è aumentato il personale assunto a tempo determinato (circa il 6% dal 2009 al 2018). È aumentato nello stesso periodo anche il personale delle strutture private accreditate, di circa il 15%.

Le architetture istituzionali

La riduzione delle risorse è connessa alle politiche di austerità adottate dopo la crisi del 2007 e ancor prima alle politiche nazionali di revisione della l. 833 - le cosiddette riforme della riforma - che negli anni Novanta hanno introdotto nel servizio sanitario italiano forme regolative di mercato. Queste politiche prendono impulso da un mix di fattori: l'importazione dei modelli neoliberalisti di matrice anglosassone; la domanda di efficienza che in quegli anni investe l'amministrazione pubblica in Paesi e settori diversi; la ricerca di una via italiana al decentramento, incanalata nel solco della regionalizzazione. Nel loro complesso le riorganizzazioni attuate sono incentrate su due meccanismi regolativi inediti nel panorama italiano: la separazione fra funzioni di programmazione/indirizzo, di finanziamento e di controllo; la competizione amministrata, cioè forme di mercato regolate dall'autorità pubblica. A ciò si accompagna, sul piano organizzativo, l'applicazione del *New Public Management*, un modello volto a ristrutturare l'ambito amministrativo pubblico secondo i criteri propri del mondo aziendale prevalente: la cosiddetta aziendalizzazione.

I nuovi modelli regolativi e organizzativi non solo hanno contribuito ad affermare come prioritario l'obiettivo della razionalizzazione - cioè,

concretamente, del taglio della spesa – ma hanno anche pesantemente concorso al declino della sanità territoriale e preventiva. Occorre ricordare che l'Italia è stata tra i primi Paesi europei ad adottare negli anni Novanta un meccanismo di rimborso ai fornitori di tipo tariffario (i cosiddetti DRG) che incentiva fortemente le prestazioni ospedaliere e rende meno remunerative, dunque scoraggia, le attività preventive e con una maggiore componente sociale e territoriale (Arlotti *et al.*, 2021). Quanto all'aziendalizzazione, essa ha affermato il primato di logiche di massimizzazione della produttività a scapito di logiche centrate sulla prevenzione e sulla promozione della salute.

Alla razionalizzazione e all'obiettivo di realizzare consistenti economie di scala deve essere inoltre imputata anche la configurazione del sistema ospedaliero, basata sulla concentrazione in grandi strutture delle funzioni di assistenza sanitaria e su strategie di accorpamento o chiusura delle strutture più piccole, che hanno privato di servizi essenziali per la salute aree territoriali anche estese.

La regionalizzazione è un'altra delle dinamiche chiave di questa fase nel corso della quale ha preso corpo un assetto decentrato dei servizi e dei diritti decisamente differenziato. Com'è noto, i processi di regionalizzazione sono culminati nella riforma del Titolo V della Costituzione, del 2001, che ha lasciato in capo allo Stato solo la prerogativa di definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ossia l'insieme delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. Non stupisce, a fronte di ciò, che anche gli investimenti pubblici pro-capite in sanità siano squilibrati: osservando i dati riguardanti il periodo 2000-2017, a fronte di un importo medio annuo al livello nazionale di 44,4 euro, nel Nord-Est sono stati destinati 76,7 euro, nel Sud Continentale 24,7 euro, al Centro e al Nord-Ovest i dati sono molto vicini alla media nazionale (Viesti, 2021).

In ogni caso, il quadro è carico di dinamiche contraddittorie. Secondo le politiche di austerità, ritroviamo nella sanità una forte tendenza alla ricentralizzazione, collegata all'inasprirsi delle funzioni di controllo e riduzione della spesa esercitate dal livello nazionale. Tuttavia, a ciò si è contrapposta la

richiesta di una maggiore autonomia, in particolare da parte di alcune Regioni. Le vicende riguardanti la rivendicazione dell'autonomia differenziata sono complesse oltre che di grande attualità e non è possibile approfondirle qui. Si può comunque dire, molto sinteticamente, che non si può comprendere la sanità italiana senza fare i conti con il ruolo delle Regioni. Infatti è vero che la *marketization* e l'aziendalizzazione sono processi comuni ai diversi contesti, ma si concretizzano in forme abbastanza differenti.

Il modello lombardo spicca per la sua forte caratterizzazione di mercato, sia per quanto riguarda il meccanismo regolativo prevalente, incentrato sulla competizione fra pubblico e privato, sia per quanto riguarda lo spazio che hanno le strutture private, accreditate e non. Questo modello è anche prevalentemente orientato a privilegiare l'assistenza ospedaliera rispetto ai servizi territoriali. Altri modelli, come i modelli emiliano e toscano, mostrano una minore propensione pro-mercato e al contempo una distribuzione territoriale dei servizi più ampia e integrata con il sistema ospedaliero.

Forme di *marketization* e privatizzazione attraversano comunque in profondità le evoluzioni recenti del sistema sanitario. Si pensi allo sviluppo dei fondi integrativi – favorito fra l'altro dal peggioramento del servizio sanitario pubblico per quanto riguarda le liste d'attesa – che finiscono con l'erogare tendenzialmente prestazioni sostitutive e non integrative, con effetti molto discutibili di eterogeneità delle prestazioni a seconda del settore e della condizione lavorativa (Bifulco *et al.*, 2022; Bifulco, Neri, 2022).

Questioni organizzative: un sistema senza *buffering*

In termini generali, i Paesi con una quantità maggiore di risorse – personale, letti, strumenti – hanno contenuto di più la diffusione del contagio e, soprattutto, il numero dei casi più gravi e dei decessi. Per esempio, la Spagna ma anche il Regno Unito, più poveri di risorse al confronto di altri paesi come la Francia e la Germania, hanno avuto esiti peggiori.

La questione della insufficienza delle risorse ha implicazioni che riguardano il livello organizzativo. Essa, infatti, è collegata a uno specifico

deficit organizzativo che la letteratura definisce scarsità di ridondanza o di *slack*. In questo senso, la situazione italiana è molto simile alla situazione del Regno Unito, attentamente studiata da alcuni ricercatori (Froud *et al.*, 2020) che hanno provato a comprendere i motivi delle pessime prestazioni della sanità inglese. In sostanza, nel Regno Unito gli ospedali e i servizi hanno fallito perché strutturati secondo un modello troppo rigido, privo di *buffering* (capacità di tamponamento) per quanto riguarda la dotazione di posti letto, *test*, dispositivi di protezione individuale, ventilatori e personale di riserva disponibile, cioè privo dei cuscinetti necessari ad assorbire un'ondata di pandemia. La capacità organizzativa per rispondere a circostanze impreviste è mancata esattamente perché questo tipo di sistema, essendo privo di *buffering*, è intrinsecamente fragile. Ciò è a sua volta determinato dalla carenza di finanziamenti a lungo termine e dalla logica produttivistica dell'aziendalizzazione. Secondo questa logica, ciò che è successo è stato un cosiddetto incidente normale. Il concetto deriva dalla teoria organizzativa degli incidenti elaborata da Perrow (1999): gli incidenti diventano normali quando i sistemi complessi sono strutturati e funzionano senza *buffering* e senza tempo per intervenire, cosicché un piccolo guasto può trasformarsi in modo incontrollabile in una catastrofe su larga scala. Secondo i ricercatori inglesi, data la disorganizzazione del sistema ospedaliero per acuti e dei laboratori di sanità pubblica, aggiungere ulteriori finanziamenti è necessario ma non sufficiente di per sé per evitare future fragilità. Tuttavia, finanziamenti extra sono un prerequisito fondamentale per una situazione migliore.

Questioni organizzative: ospedale e territorio

Come appare chiaramente, la questione del rapporto fra ospedale e territorio è centrale.

Questo tema ci impone di ritornare brevemente alla riforma istitutiva del servizio sanitario nazionale. La territorializzazione è il cuore dell'orientamento integrato alla salute che vi è stato sancito, intesa però non come mera dislocazione della assistenza ospedaliera sul territorio ma come un

cambiamento radicale dei modelli di cura basato sulla centralità della prevenzione, l'integrazione fra la dimensione sociale e la dimensione sanitaria della salute, la prossimità dei servizi ai cittadini e alle comunità locali (incarnata dal distretto), un approccio sistemico alla salute.

La ramificazione nel territorio delle funzioni di servizio e di governo ha alle spalle l'orientamento dei determinanti sociali di salute (Marmot, 2016), che nel focalizzare le diseguaglianze nella salute della popolazione prende in conto l'intreccio tra dimensione individuale e sociale e il peso di fattori quali il contesto sociale e di *policy*, le condizioni di vita e di lavoro, i servizi accessibili e disponibili, la posizione socio-economica.

Cosa accade di questa impostazione con la *marketization* e l'aziendalizzazione? Una risposta è fornita dai dati sulla spesa per la prevenzione collettiva e la sanità pubblica codificata sotto la voce Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Tra il 2008 e il 2015 (ultimo dato disponibile), questa voce di spesa rimane sempre inferiore allo standard (5%) fissato dalla programmazione nazionale (Agenas, 2015).

L'architettura nazionale ovviamente fa da sfondo comune ad architetture (e scelte) regionali differenziate. Il dibattito sulla sanità ai tempi del Covid ha in vario modo evidenziato come la migliore tenuta di sistemi regionali quali i sistemi del Veneto e dell'Emilia-Romagna sia connessa a un'articolazione territoriale della sanità più solida. Una controprova in negativo è la situazione della Lombardia, dove le riorganizzazioni avviate negli ultimi cinque anni hanno esasperato lo stampo ospedalocentrico del sistema sanitario e impoverito ulteriormente la dotazione territoriale. È risultato evidente, a ogni modo, che le Regioni in cui l'investimento sull'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale-territorio è maggiore si sono dimostrate in grado di fronteggiare meglio l'emergenza, attraverso forme di assistenza territoriale e domiciliare che hanno consentito di ridurre il numero dei casi gravi e l'accesso agli ospedali. Dove invece il sistema è strutturalmente centrato sull'ospedale, quest'ultimo ha finito con il funzionare da unica possibilità di cura, con i problemi conseguenti

a tutti noti. Come è stato notato da molti, il confronto tra Veneto e Lombardia è in questo senso paradigmatico.

Un altro piano su cui si riflette questa relazione fra *marketization* e impoverimento della sanità territoriale è il piano, meno visibile ma altrettanto cruciale, delle culture e delle concezioni in tema di salute che sono incorporate nelle architetture organizzative e ne orientano le pratiche quotidiane. La fragilizzazione del territorio è infatti collegata a doppio filo all'avanzata di dinamiche di desocializzazione della salute. Quest'ultima a sua volta rimanda alla ascesa e alla pervasività del modello di mercato. La competizione come principio ordinatore dell'architettura del sistema di offerta scoraggia pesantemente l'investimento sulle aree di mercato meno redditizie come la prevenzione e le cure primarie, favorendo invece la medicina ospedaliera e specialistica. Ancora, il meccanismo domanda-offerta è incoerente con strategie di promozione della salute, che per loro natura dovrebbero interessare prevalentemente la componente territoriale dei servizi. Per converso, questo meccanismo tende a dar forza a una domanda di tipo consumeristico (GIMBE, 2019).

Prospettive

Il PNRR 2020-2025 indica alcune linee strategiche che fanno sperare in un miglioramento della situazione nel futuro. In tema di sanità sono infatti previsti finanziamenti riguardanti la riorganizzazione delle cure primarie, la creazione delle cosiddette case della comunità, il rafforzamento della prevenzione, l'istituzione di nuove strutture ospedaliere quali gli ospedali di comunità. Ma le strategie di cambiamento delle politiche sanitarie richiederebbero di intervenire non solo sugli assetti strutturali e organizzativi ma anche sulle culture di intervento sulla salute.

Secondo questa visione occorre mettere con forza al centro due temi. Uno è la necessità di un orientamento sistemico. Un orientamento di questo tipo è da tempo alla base della visione incentrata sui determinanti sociali di salute, cui si accennava prima. Inoltre, è alla base del concetto di sindemia, riproposto di

recente da Richard Horton (2020), redattore capo della prestigiosa rivista *The Lancet*. Vale la pena riportare uno stralcio del suo articolo: “La conseguenza più importante del considerare il COVID-19 come una sindemia è sottolineare le sue origini sociali. La vulnerabilità dei cittadini più anziani; delle comunità di colore, asiatiche e delle minoranze etniche; e dei lavoratori chiave, generalmente mal retribuiti e con minori tutele sociali, evidenzia una verità finora poco riconosciuta – ovvero che, per quanto efficace possa essere un trattamento o un vaccino protettivo, la ricerca di una soluzione puramente biomedica al COVID-19 è destinata a fallire.... A meno che i governi non elaborino politiche e programmi per invertire le profonde disparità, le nostre società non saranno mai veramente sicure dal COVID-19. [...] L’approccio al COVID-19 come sindemia inviterà a una visione più ampia, che comprenda istruzione, occupazione, alloggio, alimentazione e ambiente. Considerare il COVID-19 solo come una pandemia esclude questa prospettiva più ampia ma necessaria” (Horton, 2020: 874, *nostra traduzione*)¹.

L’altro tema, collegato, riguarda la necessità di riorientare l’assistenza sanitaria sulla base di logiche di cura (Puig de la Bellacasa, 2017), cioè su logiche che mettono al centro l’interdipendenza fra esseri umani e i loro contesti di vita anziché la prestazione e la produttività.

Entrambi i temi sono presenti nell’*One Health Approach*, basato sul presupposto che la salute umana, la salute animale e la salute dell’ecosistema siano indissolubilmente legate (Mackenzie, Jeggo, 2019). Questo orientamento, promosso da diversi anni dalle organizzazioni internazionali, è stato di recente recepito nelle programmazioni sanitarie di alcune Regioni italiane.

Su questo c’è già un dibattito sterminato. E molto c’è ancora da discutere.

¹ “The most important consequence of seeing COVID-19 as a syndemic is to underline its social origins. The vulnerability of older citizens; Black, Asian, and minority ethnic communities; and key workers who are commonly poorly paid with fewer welfare protections points to a truth so far barely acknowledged – namely, that no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to COVID-19 will fail.... Unless governments devise policies and programmes to reverse profound disparities, our societies will never be truly COVID-19 secure. ... Approaching COVID-19 as a syndemic will invite a larger vision, one encompassing education, employment, housing, food, and environment. Viewing COVID-19 only as a pandemic excludes such a broader but necessary prospectus” (Horton, 2020: 874).

Riferimenti bibliografici

AGENAS

2015 *Aggiornamento "Andamento della spesa sanitaria delle regioni, anno 2015"*
https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2015/andamento_spesa_2015.pdf

ARLOTTI M., NERI S., SPINA E.

2021 Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute, in Vicarelli G., Giarelli G. (Eds.), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*: 99-104, Milano: Franco Angeli.

BIFULCO L., NERI S.

2022 The Italian National Health Service: Universalism, marketization and the fading of territorialization, *Forum for Social Economics*, 51: 2, 192-206.

BIFULCO L., NERI S., POLIZZI E.

2022 Sanità. Diritti frammentati, aziendalizzazione e declino del territorio, in J. Dagnes, A. Salento (Eds.), *Prima i fondamentali*: 97-145, Milano: Fondazione Feltrinelli.

FROUD J., HASLAM C., JOHAL S., LAW J., WILLIAMS K.

2020 *When systems fail*, Research report. The Foundational Economy Collective
<https://foundationaleconomycom.files.wordpress.com/2020/08/when-systems-fail-uk-acute-hospitals-and-public-health-after-covid-19.pdf>

GIMBE

2019 4° *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna: Fondazione GIMBE, www.rapportogimbe.it

2022 5° *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna: Fondazione GIMBE, www.rapportogimbe.it

HORTON R.

2020 Sindemic, www.thelancet.com, 396, 26, 874.

MACKENZIE J.S., JEGGO M

2019 The One Health Approach-Why Is It So Important? *Trop Med Infect Dis*. May 31; 4, 2: 88.

OECD

2020 *Health statistics*, www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

PERROW C.

1999 *Normal Accidents: Living with High Risk Technologies*, Princeton and Chichester: Princeton University Press.

PUIG DE LA BELLACASA M.

2017 *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*,
Minneapolis and London: University of Minnesota Press.

VIESTI G.

2021 *Centri e periferie. Europa, Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, Roma-
Bari: Laterza.

Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario in Lombardia

Luigi Macchi, già direttore generale del Policlinico di Milano

Introduzione

In questo capitolo intendo illustrare quali siano stati gli obiettivi e le conseguenze, le criticità, della riforma del SSN, avviata nel Paese durante gli anni Novanta del XX secolo, riferendomi, in particolare, al Sistema Socio-Sanitario lombardo, tanto peculiare quanto rappresentativo dell'orientamento di tale riforma verso l'aziendalizzazione.

Per sviluppare questo argomento è necessaria una premessa, un rimando ad alcune norme, per non perdere il segno, per non dimenticare la storia e per evitare che le attuali scelte strategiche regionali scordino un più che dignitoso passato.

Anzitutto, la legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, individuava all'art. 7 le funzioni delegate dallo Stato alle Regioni dal 1 gennaio 1981, mentre il successivo art. 11 precisava le competenze regionali. In conseguenza di queste previsioni, la Regione Lombardia adottò una propria legge regionale (35/1980 "Ordinamento dei servizi di zona") in tempi assai ragionevoli, dando così origine alla struttura operativa dell'Ente responsabile dei servizi denominata Unità Socio-Sanitaria Locale (USSL) (art. 6, punto 2). In virtù del potere organizzativo conferito dalla legge 833/1978 alle Regioni, in Lombardia si sceglie di integrare dunque anche la componente sociale, con immediata ricaduta negli assetti di tali enti. Infatti, nel medesimo anno, con legge regionale numero 39 ("Organizzazione e funzionamento delle Unità Socio-Sanitarie Locali"), all'art. 3, si individuarono i Servizi di cui obbligatoriamente dovevano dotarsi le USSL: a) igiene pubblica e ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro, b) assistenza sanitaria di base, c) assistenza sanitaria specialistica, ospedaliera ed extra-ospedaliera, d) medicina veterinaria, e) assistenza sociale, f) amministrazione. In particolare, l'art. 7 della

stessa legge regionale faceva riferimento all'erogazione di prestazioni al livello distrettuale, anche a motivo dell'art. 10 della legge 833/1978 che prevedeva tale organizzazione formale territoriale. Il primo atto conseguente alla legge nazionale appare dunque sostanzialmente congruente, a maggior ragione per quanto riguarda la presa in carico della componente sociale.

La Regione Lombardia ritiene inoltre fondamentale l'innovativa scelta del legislatore nazionale di dare particolare importanza alla prevenzione: non deve essere dimenticato infatti che, meno di un anno dopo l'entrata in vigore delle norme regionali appena citate, è promulgata la l.r. 64/1981 ("Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi veterinari e dei presidi multizonali di igiene e prevenzione"). Essa, con successive modifiche, dalla l.r. 65/81, e nello spirito dei contenuti della legge 833/1978, propone una visione unitaria di tutti gli interventi di prevenzione, superando la logica di polizia sanitaria che aveva caratterizzato le attività svolte dai Medici provinciali e dagli Ufficiali sanitari e veterinari. E' così favorita la raccolta di dati ambientali e sanitari della popolazione, epidemiologici, per programmare interventi, anzitutto negli ambienti di vita e lavoro, introducendo, tra gli altri e pur in forma embrionale, i concetti e i principi di promozione della salute, anche con interventi sugli stili di vita, attraverso l'educazione sanitaria.

L'aziendalizzazione del SSN e le scelte della Lombardia

Richiamiamo ora brevemente il percorso nazionale verso l'aziendalizzazione, che caratterizzerà anche i dispositivi normativi regionali. L'assetto delle competenze regionali è rivisto dai decreti legislativi 502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421") e 517/1993 ("Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"); in materia di programmazione sanitaria, in particolare, sono poste in capo alle Regioni

l'elaborazione del Piano Sanitario Regionale, la sottoscrizione di Protocolli d'intesa con le Università, l'organizzazione delle Aziende Sanitarie, la determinazione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento (cioè l'inserimento in elenchi quali potenziali fornitori) delle strutture sanitarie pubbliche e private, la definizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Le Aziende Sanitarie, che ora devono distinguersi in Aziende Unità Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, sono dotate di personalità giuridica, il che consente loro di rispondere alle obbligazioni con propri beni, stipulare convenzioni, avere capacità giuridica e quindi vari gradi e profili di autonomia. In primo luogo, autonomia patrimoniale, seppur in modo parziale, poiché la quasi totalità delle risorse derivano dalle Regioni, che a loro volta in parte le ricevono dal Fondo Sanitario Nazionale e in parte da entrate proprie. In secondo luogo, l'autonomia organizzativa, consistente anzitutto nel predisporre e garantire il funzionamento di strutture amministrative e tecniche, in funzione dei fini da raggiungere. In terzo luogo, l'autonomia amministrativa, dovendo gestire direttamente i propri beni e decidere in modo autonomo circa le modalità tecniche di svolgimento dei servizi. Infine, l'autonomia contabile, che prevede la redazione di uno specifico e separato bilancio.

Con gli stessi decreti, la responsabilità del riequilibrio finanziario della sanità è spostata sulle Regioni, e quindi sulle Aziende Sanitarie.

In sostanza il riordino rafforza i poteri delle Regioni in materia di programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento e controllo delle attività, responsabilizzazione per i risultati finali della gestione.

Ciò premesso, i processi di riordino e aziendalizzazione degli anni Novanta hanno visto nella Regione Lombardia l'affermarsi di diversi provvedimenti normativi, in particolare attraverso la promulgazione della legge regionale 31/1997 ("Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali"). Con questa legge, definita legge quadro sul sistema socio-sanitario regionale, e con successivi ulteriori provvedimenti regionali lombardi, sono quindi definiti:

- i precisi ambiti territoriali delle aziende sanitarie;

- l'individuazione e la denominazione di Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO);
- i criteri di finanziamento di ASL e AO;
- la natura e le regole di rapporto tra ASL e AO e tra istituzioni sanitarie pubbliche e private mediante i criteri dell'accREDITamento, le modalità di acquisto e di pagamento a prestazione e il sistema di verifica e revisione della qualità;
- i criteri per l'individuazione delle strutture organizzative interne alle Aziende sanitarie, quali ad esempio i Dipartimenti;
- le modalità per la verifica del raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi fissati dai Piani Sanitari Regionali.

Nella legge di recepimento dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, la Regione Lombardia introduce così alcuni aspetti che, di fatto, modificano la struttura stessa del SSN (e perciò saranno motivo di conflitto con il Governo), configurando in particolare un sistema organizzativo del tutto unico nel panorama nazionale, con la completa separazione tra ASL e AO, cioè tra territorio e ospedale, tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori di prestazioni sanitarie. Infatti, secondo i suddetti decreti nazionali, solo poche strutture avrebbero potuto ambire a essere AO separate dalle AUSL, cioè i policlinici universitari, i presidi ospedalieri che operavano in strutture di pertinenza dell'Università, gli ospedali di rilievo nazionale ad alta specializzazione, le strutture destinate a diventare centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza.

Le principali motivazioni della scelta organizzativa adottata dalla Regione Lombardia sono state da un lato la necessità del controllo della spesa (separando i soggetti erogatori dai soggetti acquirenti di prestazioni per conto del SSN) e dall'altro lato la volontà di creare una competizione virtuosa tra pubblico e privato (sotto ponendoli a medesime regole contrattuali).

Con la legge regionale 31/1997 l'ASL assume compiti precisi di definizione delle priorità in termini di fabbisogno e allocazione delle risorse, verifica della qualità dei servizi presenti nel territorio, facilitazione delle attività

di informazione, prenotazione e accesso da parte degli utenti, promozione di interventi finalizzati a garantire l'appropriatezza delle prestazioni, controllo della dinamica dei costi, controllo sulla valorizzazione delle prestazioni di ricovero (DRG), verifica dei requisiti autorizzativi e di accreditamento delle attività territoriali (pubbliche e private), negoziazione e sottoscrizione dei contratti con le strutture pubbliche e private erogatrici di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

La scelta normativa lombarda, mentre nei propri principi è senz'altro in gran parte coerente con i principi generali della legge 833/1978 (libertà di scelta, equità, ecc.), ha mostrato invece incongruenze sia rispetto ad alcune scelte del legislatore nazionale (ad esempio introducendo la separazione tra erogatori e acquirenti di prestazioni per conto dei cittadini), sia rispetto al proprio stesso dettato. La principale criticità emersa da questa scelta è infatti avere confermato la regola di accreditamento, sia per le strutture pubbliche sia per le strutture private, ma con vincoli differenti e sperequativi (ad esempio stato giuridico degli operatori, procedure di acquisto, regole sui capitoli di bilancio, ecc.), con risultato di minore efficacia e allungamento dei tempi di erogazione delle strutture pubbliche e conseguente inevitabile spostamento del soddisfacimento dei bisogni di salute verso le strutture private, anche in regime privatistico, con incremento della spesa pubblica¹.

Le criticità nel Sistema Sanitario lombardo

Proseguendo nell'analisi delle scelte organizzative adottate nella Regione Lombardia, anche valutando i risultati ottenuti, si può osservare che alcune di esse sono state congruenti e positive, ad esempio la scelta di procedere a una standardizzazione dei *set* di prestazioni e dei loro costi (riducendo l'incertezza e la variabilità dei costi tramite la definizione di durata e criteri di appropriatezza

¹ Già nel 2017, secondo dati riguardanti i ricoveri ordinari e diurni e le attività di specialistica ambulatoriale di Regione Lombardia, il privato effettuava il 35% dei ricoveri pari al 40% della loro valorizzazione complessiva, il 42% delle prestazioni ambulatoriali pari al 43% della loro valorizzazione complessiva (Sartor, 2019).

del regime di ricovero e introducendo il sistema dei DRG), oppure la scelta di stimolare la competizione tra erogatori privati, che ha concorso a determinare una migliore qualificazione delle strutture (pur con standard di accreditamento rivelatisi poco sfidanti e con rendite di posizione dovute a contratti nel concreto non rinegoziabili).

Criticità più evidenti sono invece da riportare alla conflittualità istituzionale tra ASL (cui è affidato l'obiettivo di contenere i costi di sistema) e AO Pubbliche e Private (la cui inevitabile vocazione è ampliare le prestazioni per ottenere un risultato economico sempre più positivo), all'incremento del numero di prestazioni e conseguentemente all'allungamento delle liste di attesa, al bisogno di effettuare complesse valutazioni di qualità a tutela dei cittadini che non siano meramente formali, alla necessità di rispondere alla richiesta di prestazioni non sempre rispondenti a criteri di appropriatezza o evidenza di efficacia (*evidence based medicine*).

Sarebbe stato inoltre opportuno consentire alle ASL di ridefinire i contratti con gli ospedali in modo più congruente con un corretto rapporto tra entità dei costi e qualità delle prestazioni, non meramente confermando un *budget* storico bensì rinegoziandolo sulla base dei bisogni riconoscibili attraverso indicatori di tipo epidemiologico, verificando la reale appropriatezza delle prescrizioni a favore del cittadino, effettuando sostanziali (non semplicemente formali) controlli di garanzia di buone cure e analisi dei protocolli utilizzati per i percorsi di diagnosi e cura (valutando, ad esempio, gli accertamenti diagnostici inutili e gli interventi di medicina difensiva²).

Un altro intervento normativo di forte rilievo è stato operato nel 2009, con la promulgazione della legge regionale numero 33 ("Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"). Essa ha ripreso i principi della l.r. 31/1997, in particolare richiamando e precisando le forme dell'integrazione sanitaria,

² Già nel 2015 il Ministero della Salute ha pubblicato un *report* che, citando i lavori della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, stimava l'esistenza di un *surplus* di spesa sanitaria non connessa a finalità terapeutiche, ma alla riduzione del rischio di contenzioso, pari a circa 10 miliardi di euro/anno (Ministero della Salute, 2015).

sociosanitaria e sociale previste dalla Regione, ha aggiornato le disposizioni organizzative riguardanti gli Enti e le Aziende del Sistema Sociosanitario Lombardo, ha ripreso e aggiornato le norme riguardanti l'igiene e la prevenzione (anche veterinaria). Essa ha abrogato una serie di norme, tra cui anzitutto la citata l.r. 31/1997, in modo che la maggior parte della produzione normativa lombarda in tema di sanità di circa trentacinque anni confluisse in un unico provvedimento, dotato di indubbia maggiore coerenza interna ed equifinalità rispetto alla somma dei singoli atti normativi che, sovrapponendosi nel tempo, hanno inevitabilmente mostrato numerosi elementi tra loro in contrasto.

L'evoluzione del Sistema Sanitario lombardo dal 2015

Concluso il periodo di presidenza di Roberto Formigoni³, in Lombardia è adottata, durante il governo di Roberto Maroni⁴, una nuova legge regionale, 23/2015 ("Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"). Con essa sono istituite le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) in numero di 8, le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) in numero di 27, l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS), mantenendo gli esistenti Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e l'Agenzia Regionale per l'emergenza e urgenza (AREU).

Gli obiettivi salienti della nuova legge si possono riassumere in un sintetico elenco:

- conferma del ruolo di programmazione e controllo delle ATS (ora denominate Agenzie, per sottolinearne meglio la diretta derivazione regionale), con separazione dalle funzioni di erogazione, affidate ad ASST e Privati e con il

³ La presidenza della Regione di Roberto Formigoni (leader di Comunione e Liberazione e proveniente dalla Democrazia Cristiana) è durata ininterrottamente dal 1995 al 2013, con riferimento a diverse alleanze, sempre di centro-destra.

⁴ La presidenza di centro-destra della Regione di Roberto Maroni (*leader* della Lega Nord) è durata dal 2013 al 2018.

completamento dell'integrazione tra componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale del Sistema Socio-Sanitario Regionale;

- adozione di soluzioni per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e fragilità con ricostruzione dei percorsi individuali del cittadino, anche all'interno del medesimo erogatore (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali - PDTA);
- superamento della vigente classificazione basata sui consumi di prestazioni (inseriti nella Banca Dati Assistito - BDA) per giungere all'individuazione dei reali fabbisogni di salute;
- valorizzazione del territorio tramite la cosiddetta sussidiarietà orizzontale, intesa non solo come principio ma come criterio organizzativo, affidando un ruolo più partecipativo alle associazioni di volontariato, senza tuttavia definirne precisamente le modalità.

Alle ATS spettano quindi le competenze di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, gestendo invece pochi servizi che non hanno diretto rapporto con l'assistenza, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, denominati di igiene e prevenzione sanitaria, deputati alla vigilanza e ispezione e dei dipartimenti veterinari. Inoltre, a esse è affidata la definizione delle strategie di prevenzione e anche il governo delle cure primarie, esercitato attraverso il convenzionamento dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS).

Le ASST invece sono deputate a gestire tutte le attività sanitarie e sociosanitarie del territorio, dagli ospedali agli ambulatori periferici all'assistenza domiciliare integrata, cioè tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rivolte direttamente alle persone. Come conseguenza dell'orientamento integrativo sanitario e sociosanitario, è istituito un unico Assessorato alla Salute e alle Politiche Sociali (Welfare), che riassume le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla Salute e all'Assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità (art. 27 ter l.r. 23/2015).

La sperimentazione lombarda e il parere di Agenas

Le modifiche introdotte dalla legge regionale 23/2015 hanno avuto valore dichiaratamente sperimentale per un periodo pari a cinque anni, al termine del quale la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, avrebbe valutato i risultati della sperimentazione.

Le conclusioni di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) (Agenas, 2020), hanno fornito specifiche proposte di riorganizzazione, al fine di allineare il sistema sociosanitario lombardo alle disposizioni normative nazionali, in particolare al d. lgs. 502/1992, e renderlo capace di fornire risposte efficienti e coerenti con le esigenze della popolazione.

In particolare, Agenas ha ritenuto necessario che la Regione ponga in atto una serie di vere e proprie prescrizioni, tra cui l'istituzione dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Distretti, dei Dipartimenti di Salute Mentale, quali articolazioni delle ASST, assegnando a queste ultime l'attuazione degli atti di indirizzo, pianificazione e programmazione, attribuendo alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale, mentre all'ACSS, oppure all'ATS unica regionale, le funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui siano in atto contratti per l'erogazione di prestazioni per conto del sistema sociosanitario lombardo.

Agenas fornisce inoltre, nel proprio parere, anche alcune indicazioni, alcuni suggerimenti migliorativi, quali:

- l'opportunità di costituire una sola ATS regionale con funzioni tecnico amministrative specialistiche, con il compito di coordinamento delle ASST e l'assegnazione ad essa, o in alternativa alla Regione, della negoziazione e contrattazione o stipula degli accordi con erogatori privati, nonché le funzioni di controllo;
- la valutazione/ridefinizione delle dimensioni delle ASST, al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari rivolti alla popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni;

- l'attribuzione all'ACSS dei compiti di programmazione, analisi, vigilanza e supervisione/analisi dell'attività di controllo, con competenza di emanazione di direttive.

Il valutatore di Agenas ha verosimilmente colto l'incongruenza della separazione tra chi eroga prestazioni e chi le programma, le acquista e le controlla, ponendo quindi dei dubbi sui principi introdotti dalla l.r. 31/1997, in sostanza confermati sia dalla l.r. 33/2009 sia dalla l.r. 23/2015 e successivamente, come vedremo, dalla l.r. 22/2021 ("Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità").

Si possono tuttavia avere perplessità rispetto ad alcuni contenuti del parere Agenas, in particolare quando conferma il compito affidato alle ASST di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in modo incongruente rispetto alla natura stessa di tali Aziende, che orientano la propria attenzione verso le prestazioni per gli acuti, tipicamente ospedaliere (cosiddetto ospedalocentrismo), con il rischio che il polo territoriale ASST possa essere posto in secondo piano e presentare conseguentemente sofferenze di varia natura (poco investimento di personale, basso numero di sedi, scarsi tempi di apertura, ridotta numerosità e tipi di prestazioni offerte, ecc.). Altre perplessità sul documento Agenas derivano da una non adeguata considerazione della necessaria fondamentale integrazione tra ricerca e clinica, nemmeno individuando suggerimenti per il suo sviluppo.

Un netto parere negativo si può esprimere sulla previsione del legislatore lombardo di separare gli interventi di prevenzione e di tutela individuale, che non possono in alcun modo essere scissi fra loro, come pure sull'assenza di ipotesi, da parte dello stesso legislatore, di proporre al Governo alternative all'attuale sistema convenzionale con MMG e PLS, con lo sviluppo e il cambiamento dei rapporti (anzitutto con l'ipotesi di creazione di alternativi rapporti di lavoro di dipendenza). La complessiva gestione strategica e operativa delle attività vaccinali è un esempio emblematico di questa incongruenza, che consiste nell'allocare le attività di sviluppo e di

raggiungimento degli obiettivi di copertura presso un Ente differente dall'Ente che poi dovrà gestire le azioni e le campagne di reclutamento e somministrazione.

Le ulteriori modifiche al Sistema Sanitario lombardo del 2021 e il PNRR

Nell'evoluzione più recente del sistema sociosanitario in Regione Lombardia emerge la promulgazione della l.r. 22/2021, che pone attenzione all'assistenza territoriale, alla programmazione di interventi coerenti con il PNRR, al coinvolgimento delle autonomie locali e del terzo settore. Essa inoltre sancisce il passaggio dalle ATS alle ASST dei Dipartimenti di Cure Primarie, come precedentemente già avvenuto a carico dei Distretti Socio Sanitari. La legge regionale, infine, istituisce un'Agenzia regionale unica per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.

Il polo territoriale ASST diventa pertanto il punto di riferimento per le cure primarie, l'assistenza specialistica, gli infermieri di famiglia e comunità, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza distrettuale (ove si procede all'erogazione di LEA territoriali), la tutela della salute mentale, la prevenzione individuale, l'autorizzazione e il controllo sulle Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA, l'autorizzazione e il controllo sulle farmacie.

Si tenta di consolidare il rapporto con il territorio, ma attraverso un'articolazione di strutture consultive e deliberative eccessivamente complessa e policentrica, composta da una moltitudine di organi: la Conferenza dei Sindaci (organo istituzionale di ASST con la funzione di formulare proposte per l'organizzazione della rete di offerta territoriale), il Collegio dei Sindaci (che formula proposte ed esprime pareri all'ATS al fine di garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con la rete sociale, anche attraverso i Piani di Zona), l'Assemblea dei Sindaci di Distretto (che almeno una volta all'anno deve promuovere un incontro pubblico con i cittadini nel corso del quale illustrare l'attività svolta, al fine di garantire i previsti diritti di partecipazione dei cittadini), e le Assemblee dei Sindaci dei Piani di Zona (Delibera di Giunta Regionale n. XI/6762 del 25 luglio 2022 "Attuazione l.r. 22/2021 - Regolamento

di funzionamento della conferenza dei sindaci, del collegio dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci e dell'assemblea dei sindaci del distretto").

Le attività di programmazione della prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, sono svolte dal Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione rivolte al singolo individuo e i dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST.

E' così nuovamente e ancor maggiormente sancita la separazione tra interventi di prevenzione a tutela della persona e interventi a tutela della collettività, nonostante si sia rivelata un elemento di criticità, insieme al difficile rapporto tra gestione territoriale e gestione di residenzialità e ricovero, in occasione dell'epidemia Covid-19.

La l.r. 22/2021 prevede l'istituzione sia di Ospedali di Comunità sia di Case della Comunità, che saranno attivati progressivamente, anche seguendo le indicazioni contenute nel Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale").

In particolare, in Lombardia è prevista l'istituzione, del 70% entro il 2023 e del 100% entro il 2024, di:

- 218 Case della Comunità (1 ogni 50.000 abitanti) (1 ogni 25.000 in caso di zone di montagna, "disagiate"), destinate all'accesso, accoglienza e orientamento dell'assistito, nonché alla progettazione e all'erogazione di interventi sanitari e sociosanitari a valenza sanitaria;
- 71 Ospedali di comunità (1 ogni 150.000 abitanti – coerente con un numero di 1 per ogni ASST), strutture sanitarie di ricovero di cure intermedie, destinate a ricoveri brevi per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, atte anche a ridurre accessi impropri ai pronto soccorso;

- 101 Centrali Operative Territoriali (1 ogni 100.000 abitanti) destinate al coordinamento della presa in carico della persona e al raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

In merito all'attuazione del PNRR, anche in relazione al decreto legge n. 77 del 31 maggio 2021, convertito in Legge con provvedimento n. 108 del 29 luglio dello stesso anno ("Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure."), la Regione Lombardia ha inoltre previsto interventi per la Gestione Digitale del territorio, per l'attivazione di una Piattaforma Regionale di Telemedicina, per l'attuazione di programmi di efficientamento energetico e di progetti specifici per la sostenibilità ambientale ed economica, con potenziamento della *Cibersecurity*.

Sono state infine previste misure per il governo delle liste di attesa e per il recupero delle prestazioni sanitarie, rallentate a seguito della pandemia da Covid-19, i cui risultati dovranno essere necessariamente e continuamente monitorati nel tempo, così come l'operatività di tutte le strutture previste dal PNRR e dal d.m. 77/2022.

Sia queste ultime dichiarazioni di principio sia le previsioni di interventi per attuare programmi e, soprattutto, per attivare strutture, dovranno essere messe alla prova, che si sostanzierà principalmente nella capacità di integrare maggiormente ospedale e territorio in Lombardia, in una prospettiva di sviluppo sui molteplici piani dell'agire organizzativo sociosanitario, che dovrà tenere in debito conto i principi costituzionali, la legge istitutiva del SSN e l'esperienza di quaranta anni di Sistema Sociosanitario lombardo, con le sue luci e le sue ombre.

Riferimenti bibliografici

AGENAS - AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

2020 *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, documento prot. 2020/0007526 del 16 dicembre
www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf

MINISTERO DELLA SALUTE

2015 *Il fenomeno della medicina difensiva: costi, ragioni, strategie di contrasto*
www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf

SARTOR M.E.

2019 *Lombardia. Pubblico e Privato a confronto*, Salute Internazionale Info - Associazione Salute Internazionale
www.saluteinternazionale.info/2019/06/lombardia-pubblico-e-privato-a-confronto/

Prospettive per la sanità pugliese

Maurizio Portaluri, Azienda Sanitaria Locale Brindisi

Una lenta evoluzione

Lo scopo di questo contributo è duplice: da un lato, si presenteranno le principali trasformazioni del sistema sanitario pubblico in Puglia, illustrando gli effetti dei piani di rientro e dei tagli della spesa; dall'altro lato, si proporranno alcune prospettive di trasformazione possibili per restituire al servizio sanitario pubblico livelli di efficacia accettabili.

Dopo l'introduzione in Italia del servizio sanitario pubblico universalistico, gli anni Ottanta del XX secolo furono caratterizzati dai Comitati di gestione, che governavano le prestazioni affidate alle comunità locali, mentre gli anni Novanta dalla costituzione delle Aziende Sanitarie. Gli anni 2000 sono gli anni della fine del ripiano del *deficit* sanitario regionale da parte dei governi centrali (Portaluri, 2001).

Dal 2001 ogni Regione paga il proprio *deficit*. Per questo nel 2002 il governo regionale pugliese di centro destra fu costretto a chiudere quasi 100 reparti ospedalieri e, ancor prima, a bloccare acquisti e assunzioni, realizzando così un rientro dal *deficit*, ma azzoppando ancor di più una sanità largamente più povera rispetto al Nord del Paese. La giunta di centro sinistra insediatasi nel 2005 riprende ad assumere personale e toglie i precedenti blocchi sugli acquisti di beni e servizi e il *ticket* sui farmaci; propone di riaprire i reparti chiusi dal precedente governo e, nel contempo, vuole territorializzare l'assistenza e potenziare il territorio, cioè le forme di assistenza al di fuori dell'ospedale. In questi anni il fondo sanitario regionale passa da 5 miliardi a 7 miliardi di euro e, ciò nonostante, si matura un *deficit* di quasi 2 miliardi. Nel 2011 la Regione Puglia è costretta a chiudere posti letto e a licenziare personale. La sua politica in questi anni è stata ondivaga: gli obiettivi dichiarati sono stati la riapertura di reparti, il potenziamento del territorio, l'azzeramento delle liste

di attesa, ma nei fatti sono stati chiusi ospedali, il territorio è rimasto carente di offerta, i tempi di attesa sono stati molto lunghi. Il tutto mentre sia le regole del piano di rientro sia le conseguenze delle pronunce di incostituzionalità sulle stabilizzazioni hanno già avviato l'espulsione di migliaia di lavoratori della sanità, con un impatto sociale che si sarebbe potuto evitare semplicemente espletando concorsi pubblici (Portaluri, 2014).

La sanità pugliese soffre dell'arretratezza tipica delle consorelle meridionali. Vari sistemi di valutazione (LEA erogati, Piano Nazionale Esiti) e una consolidata percezione nella comunità civile professionale confermano questa realtà, ma permettono anche di affermare che negli ultimi venti anni si sono registrati degli avanzamenti tecnologici e organizzativi, sia pure sempre in ritardo rispetto al resto del Paese. Questo grazie soprattutto a finanziamenti europei, per i primi, e alla spinta centrale a introdurre servizi: si pensi agli *hospice* ed agli *screening* tumorali. Tuttavia, il sottofinanziamento dei servizi sanitari del Sud, il riferimento alla spesa storica del 2004 per il personale e i piani di rientro imposti dal governo fin dal 2011 hanno impedito un maggiore sviluppo. I piani di rientro imposti alle Regioni in *deficit* hanno aggravato, tramite i tagli di spesa, le situazioni di arretratezza perché hanno privato dell'essenziale sostentamento economico i servizi già in affanno. Il piano di rientro è un procedimento privo di senso nella logica della salute, perché chiede a chi ha poco di privarsi del necessario per ottenere una parte cospicua di ciò che gli spetterebbe.

Il sottofinanziamento e la cronicità

Progettare un servizio sanitario pubblico sulla carta non basta per farlo funzionare bene. Se non si individuano e si contrastano gli interessi interni ed esterni che confliggono con gli interessi dei cittadini, non è possibile ottenere un servizio da questo progetto. Si possono individuare alcuni principi-guida che dovrebbero orientare servizi efficaci, efficienti ed equi.

Il primo è che il servizio sanitario non può essere percepito come un corpo estraneo, fonte di costi insostenibili, ma dovrebbe essere considerato

come un bene comune, come l'acqua, la cui proprietà è dei cittadini in quanto finanziatori e che quindi deve essere pubblico, il che non significa sempre gratuito, ma accessibile a tutti, e in particolare ai più poveri. Se i rappresentanti politici, delegati alla custodia di questo bene comune, sono i primi a non credere che si possa e si debba orientarlo verso l'interesse dei cittadini più bisognosi, allora si è di fronte a un'impresa impervia. Il mantra neoliberale che ha preso piede dagli anni Novanta - secondo cui il pubblico non funziona ed è fonte di sprechi, e il privato è preferibile - si diffonde a opera dei suoi stessi custodi, magari non con parole ma con atti concreti di disattenzione, di omissione, di tolleranza dell'intollerabile, di rinuncia alla difesa dell'immagine di strutture e operatori (si pensi che non hanno suscitato alcuna reazione titoli come quello della Gazzetta del Mezzogiorno: "Ospedale Perrino lager, gigante dai piedi di argilla"). Infine, gli stessi titolari del servizio sanitario, cioè i cittadini, si convincono della sua irrecuperabilità e della sua inutilità. In un sistema sanitario concepito come bene comune, bisognerebbe coniugare l'appropriatezza del pubblico e l'efficienza del privato. Ma chi raccoglie questa sfida?

Il secondo principio è che il servizio deve essere costruito sui bisogni del malato e non solo sui bisogni degli operatori. Tenere aperti ospedali insicuri e poco attrezzati non serve ai cittadini, ma solo agli operatori. Le risorse non sono illimitate e non ne servono di altre se non per pareggiare il *gap* Nord-Sud. Con le risorse esistenti si potrebbe fare molto di più. Bisogna riportare l'interesse e la soddisfazione (anche economica) degli operatori all'interno del servizio. In questa prospettiva, bisognerebbe ripensare la possibilità di attività *extra moenia* dei dipendenti, come anche lo statuto libero-professionale dei medici di medicina generale. Tutti gli operatori devono essere concentrati sull'efficienza e sull'efficacia del servizio per cui lavorano, e da questo ottenere soddisfazioni congrue anche sul piano economico. Non si può essere contemporaneamente alle dipendenze di se stessi e del servizio pubblico. Ed è assolutamente indispensabile impedire la formazione di un terzo livello di dipendenza, che tende a emergere quando si creano spazi di interessenza (che trascendono

talora in casi patologici di corruzione) fra il personale sanitario e i fornitori di strumenti e farmaci.

Il terzo principio è che i risultati (sia in termini di livelli di produzione, sia in termini di obiettivi di salute conseguiti) devono essere verificabili. Se tutte le informazioni sanitarie di ciascuno di noi fossero disponibili in rete, i vantaggi per l'assistenza sarebbero cospicui. Perché l'informatica non sfonda in sanità? I maligni ritengono che pesi la resistenza dei medici a nuove forme di controllo sui loro risultati e sulla loro attività. Ma probabilmente ciò che pesa di più è una visione della sanità come fabbrica di prestazioni. È giusto domandarsi come si possa impiegare il denaro per ottenere più prestazioni. Ma è necessario seguire una visione della sanità come strumento di promozione della salute. In Puglia la spesa sanitaria è cresciuta negli ultimi anni, ma gli indicatori di salute non sono migliorati (si veda ad esempio il tasso di mortalità infantile) o sono addirittura peggiorati (come nel caso dei tassi di mortalità per tumori). La mole di dati presenti nelle banche dati sanitarie già esistenti permetterebbe l'applicazione di ingegneri, economisti, sociologi, psicologi, biologi, fisici, chimici, statistici, col risultato di conoscere meglio pregi e difetti del sistema e ricercare soluzioni ottimali. Non c'è nessun super consulente che sia in grado di conoscere e dominare ogni elemento variabile di un sistema tanto complesso. Il servizio sanitario non è solo una fabbrica di prestazioni ma un potentissimo laboratorio di conoscenza e di sviluppo anche economico (raramente si pensa alla possibilità di produrre nel Mezzogiorno i beni che si acquistano quasi sempre da produttori e distributori del Nord, e il sistema produttivo locale è il più delle volte ignaro delle necessità del servizio sanitario regionale). Stimolare professionalità interne ed esterne a capire meglio che cosa ci dicono i dati sanitari non può che migliorare il sistema. Contrastare il consumismo farmaceutico e radiologico non può che far bene alla salute. Si fa troppo poco per evitare la medicalizzazione di stagioni della vita che sono perfettamente naturali, così come per ridurre analisi radiologiche inappropriate.

Il quarto principio riguarda la prevenzione primaria propriamente detta: la prevenzione che allontana le nocività dall'uomo, che ricerca le cause delle

malattie e le rimuove¹. È un terreno su cui c'è ancora molto da fare. Ci sono ancora troppe resistenze nelle ASL a fornire i dati agli enti di ricerca che vogliono occuparsi di epidemiologia. C'è ancora un'eccessiva sproporzione tra le molte vaccinazioni e i pochi controlli sugli alimenti. Eppure, il servizio sanitario pubblico dovrebbe essere, a differenza dell'erogatore privato, più interessato a ridurre le malattie e non solo a curarle.

Il quinto principio riguarda la priorità del servizio pubblico rispetto agli operatori privati. In questi anni il privato religioso in Puglia ha visto crescere il suo finanziamento molto oltre la rispettiva crescita del pubblico, i posti letto non sono stati ridotti, con l'istituto San Raffaele si è fatta una *joint venture* con 120 milioni di denaro pubblico (poi abbandonata), alla fine degli anni 2000 per l'ospedale di San Giovanni Rotondo sono state finanziate la PET-TAC (che poteva essere alternativamente acquistata per l'Istituto Tumori del Policlinico di Foggia, che non la possedeva) e la banca del cordone ombelicale. Per gli operatori pubblici e per i cittadini che credono nel servizio sanitario pubblico e si impegnano per la sua efficienza e la sua accessibilità, questi sono segnali contraddittori.

Se si considera prevalente l'aspetto finanziario, le misure atte a incrementare il finanziamento saranno considerate risolutive; se invece si considera di maggiore impatto l'aspetto organizzativo, il miglioramento della cultura gestionale sarà un obiettivo prioritario. È possibile che entrambi questi aspetti siano importanti. Gli interessi in campo sono però numerosi e su ciascuno vale la pena gettare uno sguardo per capire se sia possibile condizionarne l'influenza sul risultato di sistema.

La platea di cittadini che il Servizio Sanitario Regionale è chiamato ad assistere si caratterizza in prospettiva per un aumento della età media, per la riduzione delle nascite, l'aumento della migrazione giovanile e l'incremento della cronicità. Lo slogan elettorale "ti curiamo a casa", in voga alcuni anni fa,

¹ Sulla definizione di prevenzione *primaria* propriamente detta, sulla sua differenza rispetto alla prevenzione *secondaria* e *terziaria*, e sul suo significato in relazione al completo benessere, anche nel lavoro, si veda: Rulli, Maggi, 2018.

tornerrebbe in questo momento opportuno sostituendo la locuzione *a casa* con *vicino a casa* perché la cronicità ha bisogno di medicina specialistica da consultare con regolarità per ridurre la frequenza delle riacutizzazioni e dell'ospedalizzazione. Questa necessaria trasformazione richiede una transizione dall'idea del medico eroico, che interviene in condizioni di emergenza, al medico di prossimità (Rinnenburger, 2019). I corsi di laurea in medicina, in Puglia, sono passati da due a cinque ed è lecito chiedersi che tipo di medico intendano formare.

L'ammodernamento tecnologico

L'aspetto tecnologico dell'assistenza sanitaria rappresenta un altro importante elemento di criticità da risolvere. Molto collegato ai finanziamenti pubblici e privati, al Sud patisce una totale dipendenza da finanziamenti esterni alla quota di fondo sanitario, cioè governativi o europei. Questo dispositivo rende lento l'ammodernamento tecnologico, l'*appeal* del sistema verso i pazienti, la concreta capacità di risposta. In alcune aree della regione la capacità di risposta alle prestazioni richieste al SSR (pubblico e convenzionato) si aggira intorno al 50%. Le restanti richieste potrebbero rimanere in parte insoddisfatte oppure soddisfatte col ricorso alla spesa *out of pocket* delle famiglie. La mancata attenzione delle amministrazioni locali, più impegnate ad attirare turisti per poche ore o giorni che a rendere sicura la permanenza dei residenti, ha così una ripercussione sul reddito, sul mantenimento della salute e sulla prevenzione della cronicità, tutti aspetti che impattano negativamente sulla ricchezza delle famiglie. Se non è il valore (costituzionale) della salute a convincere i decisori politici dell'importanza del potenziamento della sanità, forse può riuscirci la razionalità economica.

Ambienti sanitari virtuosi, soprattutto sul piano tecnologico, si sono dimostrati attrattivi per i professionisti. Questo aspetto andrebbe tenuto in considerazione sia per opporsi all'emigrazione giovanile qualificata, sia per evitare che le cinque facoltà di medicina pugliesi preparino professionisti in

gran parte destinati a trasferirsi nei territori più ricchi del Paese oppure all'estero.

Superare la dicotomia tra prestazioni pubbliche e private

Un miglioramento dell'offerta assistenziale in Puglia appare collegato anche a una trasformazione della visione attuale, in cui la parte pubblica considera la sanità come spesa da contenere e la parte privata come fonte di profitto. Si tratta di rappresentarla invece come qualità attrattiva dell'area verso gli stessi residenti e verso potenziali residenti, come possibilità di lavoro soddisfacente per professionisti qualificati, come dotazione territoriale di una meta turistica da fruire in sicurezza.

Una riduzione dei divari territoriali difficilmente può essere conseguita mantenendo la logica della regionalizzazione. I servizi sanitari al Sud sono destinati a rallentare la loro corsa al pareggio col Nord se la *governance* rimarrà regionale. Piuttosto che enfatizzare ulteriormente la frammentazione amministrativa del Paese, l'esperienza della regionalizzazione iniziata con la riforma del Titolo V della Costituzione – che ha mostrato chiaramente che le regioni sono troppo piccole per garantire l'universalità del servizio e troppo grandi per garantire il radicamento territoriale di una medicina di prossimità – dovrebbe indurre a riportare la competenza sanitaria verso il livello centrale, lasciando agli enti locali di prossimità – grandi comuni e province – il compito di agire localmente.

La medicina rivolta alla cronicità è la medicina del futuro. Benché iperbolica, quest'affermazione non è soltanto retorica, perché l'invecchiamento della popolazione è un dato di realtà e gli effetti di patologie che accompagnano le persone per molti anni (riacutizzazione e disabilità) devono essere affrontati attraverso una prossimità continua del medico e dell'infermiere. Si deve formare un medico molto diverso dal modello eroico proposto dai mezzi di comunicazione e creare una rete di specialisti facilmente accessibile per il monitoraggio continuo dei pazienti (diabetologi, cardiologi, pneumologi ecc.), sviluppando la telemedicina e rivoluzionando il contratto di lavoro, in modo da

rendere la remunerazione del SSN attrattiva quanto l'attuale libera professione, che può essere equiparata (come in Francia) a un'erogazione rimborsata dall'erario.

La medicina ospedaliera è fortemente connessa all'ammodernamento tecnologico, ma anche all'umanizzazione della relazione medico-paziente. È necessario creare modelli in cui il rapporto di lavoro esclusivo dei medici sia collegato a premialità, non solo sulla base del risultato economico, ma anche sulla base del miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

Riferimenti bibliografici

PORTALURI M.

2001 Tagli indiscriminati delle spese sanitarie nella regione Puglia, *Epidemiologia & Prevenzione*, 25, 1: 2, 4.

2011 Dieci anni di sanità in Puglia
www.salutepubblica.net/dieci-anni-di-sanita-in-puglia/

2014 *Camici a Sud. Sanità e salute al tempo dell'austerità*, Calimera: Kurumuny Edizioni.

RINNENBURGER D.

2019 *La Cronicità*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

RULLI G., MAGGI B.

2018 *Well-being, Prevention, Risk / Benessere, Prevenzione, Rischio / Bien-être, Prévention, Risque / Bienestar, Prevención, Riesgo / Bem-estar, Prevenção, Risco / Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko*, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

Obiettivi e proposte per la sanità lombarda

Luigi Macchi, già direttore generale del Policlinico di Milano

Giovanni Rulli, già direttore di dipartimento in Agenzia di Tutela della Salute

Alcune premesse, alcuni principi

Obiettivo di questo capitolo è proporre alcuni possibili interventi, scelte organizzative alternative, al fine di superare una serie di criticità che esploreremo analiticamente, anche sulla base delle considerazioni espresse in precedenti capitoli di questo libro. Gli interventi migliorativi, che riguardano certamente il SSN nel suo complesso, saranno tuttavia proposti con una particolare attenzione alle possibilità di attuazione regionale.

Per sviluppare l'argomento iniziamo anzitutto da tre assunti che riteniamo imprescindibili nella nostra concezione della realtà.

Il primo è che lo sviluppo di un sistema sociosanitario regionale debba integrarsi e coordinarsi con lo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale, per evitare eccessive e immotivate differenze e non incorrere nel rischio di non assicurare a tutti i cittadini le medesime opportunità di usufruire di prestazioni, almeno le prestazioni essenziali (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA). Questo principio può essere garantito, pur nella possibilità di differenti scelte organizzative, nel rispetto delle autonomie locali, coerentemente con le previsioni dell'art. 117 e con la modifica del titolo V della Costituzione.

Il secondo assunto è che i principi fondamentali che hanno caratterizzato l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, con la legge 833/1978, - quindi anzitutto universalità, equità, solidarietà e libertà di cura - devono essere sempre mantenuti, in quanto riferimenti imprescindibili di uno stato sociale democratico.

Il terzo assunto, che riguarda quasi tutta la Pubblica Amministrazione, è inerente al rapporto tra tecnica e politica. Pur essendo il sistema sanitario una costruzione dal valore intrinsecamente politico-morale, le scelte di ordine

tecnico e di ordine politico non possono essere confuse tra loro, pena un'incongruenza che porta a un impoverimento delle azioni svolte rispetto agli obiettivi attesi. Non è per nulla facile, ma lo sviluppo del sistema sanitario necessita del reciproco riconoscimento tra i due ambiti e fra i soggetti che in essi operano, con le competenze tecniche che mettono a disposizione dei diversi decisori politici tutti gli elementi per favorire scelte di politica sanitaria, senza invasione di campo ma evitando di sottoporre il pensiero tecnico a una sorta di previa autocensura. Di fatto, profili ed episodi di ingerenza si manifestano frequentemente e da tempo: da un lato, le forze politiche di volta in volta dominanti tendono a far prevalere il proprio orientamento condizionando le scelte tecnico-organizzative; dall'altro lato, è la stessa adesione a un'ideologia neo-liberale - dominante nel panorama politico non soltanto italiano - a favorire un'impostazione tecnico-organizzativa conforme al *mainstream* socioeconomico, ovvero a una concezione dei sistemi sanitari di impronta fortemente oggettivista, caratterizzati dalla prevalenza di obiettivi di *performance* economica e dall'uso di strumenti di valutazione conformi a tale scopo.

Quali sono quindi le questioni che potrebbero essere affrontate, e con quali proposte di maggiore congruenza nei processi organizzativi, anche al livello regionale (lombardo ma anche, verosimilmente, non solo lombardo)? Di seguito ne proponiamo un inventario - certamente non esaustivo e tuttavia pertinente rispetto ai principi fondamentali che abbiamo in precedenza individuato - allo scopo di costruire una base di riferimento per una riflessione allargata.

La sostenibilità economica in un nuovo patto stato-regioni

Per garantire l'assistenza a tutti occorre necessariamente conciliare l'universalità con la sostenibilità economica, per evitare di doversi avvalere di periodiche ulteriori tassazioni (*ticket*, ecc.) onde far fronte a eccessi di spesa rispetto al previsto. Per questo è quanto mai necessario che il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) sia incrementato per rispondere ai reali bisogni sanitari e

sociosanitari, determinati secondo evidenze scientificamente fondate. Riteniamo, infatti, che il FSN, come oggi determinato, sia insufficiente, nonostante gli apprezzabili sforzi riconoscibili nel Patto della salute 2019/2021 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2019) e nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021).

Secondo i dati contenuti nella Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (NADEF)¹, la spesa sanitaria pubblica e privata italiana è oggi stimata pari a circa il 6,6% del PIL, con una tendenza a scendere costantemente verso un'ipotesi del 6,2% nel 2024 e del 6,1% nel 2026. La nostra spesa sanitaria è inferiore a quella di Germania, Francia e Regno Unito, che investono in tale capitolo di bilancio oltre il 10% del loro PIL e che destinano inoltre alla quota pubblica alcuni punti percentuali in più rispetto all'Italia. Di tale spesa, oltre il 20% riguarda la componente privata (in Lombardia quasi il 30%) (anch'essa in diminuzione moderata ma costante). La spesa sanitaria per il 2023 è stimata pari a circa 134,7 miliardi di euro, mentre è prevista una sua riduzione di circa 2 miliardi di euro per il 2024, con un recupero medio del 2% nei successivi due anni (certamente insufficiente, anche solo rispetto all'aumento nel medesimo periodo dell'inflazione per l'intera collettività, che per beni e servizi sanitari è peraltro percentualmente maggiore).

Il finanziamento in legge di bilancio 2024 (secondo quanto risulta in discussione) sarebbe pertanto ad oggi insufficiente almeno per 10 miliardi rispetto ai fabbisogni stimati, considerando anche gli effetti dell'incremento dell'inflazione per l'intera collettività che, pur in progressivo calo, è stato del 8,1% nel 2022, sarà probabilmente del 5,7% nel 2023 e scenderà ulteriormente a meno del 3% nel 2024 (secondo i dati ISTAT, consultabili con aggiornamento

¹ La Nota di aggiornamento al DEF 2023, approvata dal Consiglio dei Ministri del 27 settembre 2023 (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2023), aggiorna il quadro macroeconomico e di finanza pubblica tendenziale, fornendo previsioni sino al 2026, tra cui un indebitamento che si manterrà sopra il 140% sino almeno a tale anno. Né nella premessa descrittiva, né nel complessivo documento NADEF, sono analizzati criticità, priorità e impegni per la sanità (salvo un accenno alla prosecuzione dei rinnovi contrattuali).

mensile nel sito <https://www.istat.it/it/archivio/inflazione>), anche se il dato è al netto di fondi ulteriori previsti dal PNRR².

L'incremento del FSN, possibile anzitutto attraverso scelte di priorità di allocazione della complessiva spesa statale e di reperimento delle entrate (quindi non per forza o non solo con incremento totale di spesa), dovrebbe andare di pari passo con un aumento dei fondi assegnati in equità alle singole Regioni e con un aumento della flessibilità nelle voci di spesa, prevedendo che le stesse Regioni possano disporre di una quota del fondo regionale, auspicabilmente sino al 10%, da utilizzare per far fronte ai peculiari bisogni socio-assistenziali, derivanti dalle diverse situazioni epidemiologiche locali, ma anche per consentire l'acquisizione di risorse umane e una superiore loro incentivazione economica (tuttavia analoga in ogni territorio, onde evitare pericolose situazioni di differenti attrattività nel medesimo Paese).

Questa minore vincolatività permetterebbe di uscire dall'*impasse* determinata dalla necessità di contemporaneo rispetto dei principi di *spending review*, delle leggi di bilancio e del patto di stabilità³, che comportano in definitiva non solo estreme difficoltà nelle assunzioni di personale in aumento numerico, ma anche un sostanziale blocco del *turn-over* del personale stesso.

Il personale sanitario

Come è ampiamente noto, le strutture sanitarie, specialmente le strutture pubbliche, hanno sempre maggiori difficoltà a reperire sul mercato del lavoro personale medico e infermieristico, soprattutto in alcune specializzazioni (ad esempio anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, pediatria). Ciò è dovuto a numerose ragioni, tra cui l'aumento dei pensionamenti, la riduzione del numero di professionisti formati annualmente, la presenza di vincoli normativi

² Alla Missione 6 - Salute, è destinato un finanziamento di 15,63 miliardi di euro (8,16% del finanziamento totale).

³ Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute, per scelta legislativa, non solo a garantire qualità e contenimento della spesa (ad esempio nelle gare d'appalto e nei concorsi) attraverso meccanismi efficienti, ma altresì a garantire la blindatura nelle voci di bilancio (ad esempio tra costo del personale e costo di beni e servizi), contribuendo al rispetto, per le quote di competenza, dei tetti UE di rapporto debito/PIL e *deficit*/PIL.

sul *turnover* del personale, i piani regionali di rientro della spesa, gli spostamenti tra pubblico e privato dovuti a ragioni economiche e le condizioni di lavoro sempre più difficili (tempi di lavoro, sicurezza, contenziosi, ecc.). La situazione non migliorerà, anche a causa delle attuali e prossime numerose uscite dal mondo del lavoro del personale sanitario per pensionamenti, anche in forme anticipate (recente quota 100, intesa come somma di età anagrafica e di attività di lavoro, espresse in anni). In Lombardia, infine, esiste una significativa attrazione esercitata non solo dalle strutture sanitarie e sociosanitarie private ma anche dalle strutture elvetiche, altamente remunerative, e ciò avviene da tempo per quanto riguarda il personale infermieristico, ma ora sempre di più anche per il personale medico, che può anche frequentare in Svizzera le Scuole di specializzazione.

Qualche aiuto potrà venire da una diversa programmazione universitaria, che speriamo si possa in futuro non solo avvalere di maggiori fondi per le scuole di specializzazione medica, ma che, soprattutto, preveda disponibilità di posti per le Specializzazioni dove si riscontra maggiore carenza di professionisti, con numeri dinamicamente aggiornabili e con sbocchi professionali più certi, definiti di concerto anzitutto con le strutture sanitarie pubbliche e le strutture riabilitative e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Tutto questo dovrà avvenire all'interno di contratti stabili e non invece temporanei o mediati da agenzie e/o cooperative, che fanno lievitare i costi per le Pubbliche Amministrazioni, gravando sulla voce di spesa riguardante l'acquisto di servizi, svincolata dai limiti posti dai contratti diretti con i professionisti (voce di spesa riguardante il personale). Si deve osservare che le attività sanitarie, specialmente mediche, sono fortemente attratte da questi rapporti di lavoro, assai remunerativi e meno tassati, come è noto anche per effetto della *flat tax* che è stata recentemente estesa ai redditi professionali sino a 85.000 euro lordi. È manifesta quindi l'incongruenza tra obiettivi di risparmio e incremento della spesa, determinata da vincoli nelle voci di bilancio sui quali non è in corso un'approfondita valutazione della possibilità di operare scelte alternative. Pare inoltre controproducente pensare di richiamare al lavoro per

38 ore settimanali il personale medico in quiescenza (cioè già pensionato), visto l'aumento progressivo dell'età media di questo personale, che non ha pari in Europa. Altro sarebbe un richiamo in servizio, in modo limitato a poche ore giornaliere o settimanali, per attività di supervisione e coordinamento eminentemente tecnico-professionale e non gestionale.

Un intervento assai importante potrebbe essere effettuato rendendo più congruenti le forme contrattuali, il cui schema è stabilizzato da decenni, aggiornandole in modo economicamente più vantaggioso per gli operatori della sanità, e accompagnandole a scelte organizzative aziendali che rendano nuovamente appetibile il lavoro nel sistema pubblico, anche conciliandolo meglio con le esigenze personali/familiari dei lavoratori (incrementando l'uso del *part time* e di orari personalizzati). Un'evoluzione in questa direzione potrebbe modificare la struttura stipendiale nel settore pubblico (con incremento della quota collegata al raggiungimento degli obiettivi assegnati). L'aumento delle retribuzioni del personale medico, infermieristico e sanitario in genere, attuabile anche grazie a meccanismi premiali che utilizzino parte di quanto si è proposto come riserva del 10%, dovrebbe pertanto essere inserito nelle voci principali e non essere invece raggiunto attraverso forme di allargamento della libera professione, anche *intramoenia*, che spesso aggrava la durata dei tempi di attesa e favorisce l'incremento di spesa privata a carico dei cittadini, ulteriore a quella già determinata dalla fiscalità generale. Una limitata quota di libera professione potrebbe invece essere utile, ma specificamente per stipulare convenzioni tra strutture pubbliche, onde completare o riequilibrare eventuali carenze specialistiche, che sono state favorite anche dalle forme di coinvolgimento del privato, prescelte dal legislatore regionale, che non comporta l'obbligo di fornire *set* erogativi di prestazioni minimi. Questo meccanismo ha effetto di saturazione di alcune prestazioni con contemporanea attrazione verso branche specialistiche ambulatoriali e di diagnostica che, spesso, indirizzano a successivi ricoveri ad alto valore.

Per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, ricordando che l'art. 25 della legge 833/1978 prevede che "l'assistenza

medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino”, si pone in modo concreto la valutazione sull’opportunità di accedere a un rapporto di dipendenza dal SSN, che superi l’attuale sistema convenzionale, purché questa scelta si accompagni a un nuovo e migliore rapporto tra impegno professionale (con numeri adeguati di cittadini censiti per ciascun Medico di famiglia) e congruente remunerazione, anche per superare alcune lacune contributive nell’attuale sistema pensionistico loro riservato. Ciò potrebbe essere assai utile anche nella logica di dare attuazione al d.m. 77/2022 (“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”), offrendo una prospettiva alle attività di medicina di gruppo o comunque alle associazioni o aggregazioni territoriali attraverso ulteriori specifici, espliciti e precisi accordi, anche formativi oltre che retributivi, per dare realizzazione alle nuove strutture (non solo intese come edifici) previste dal decreto stesso, anzitutto gli Ospedali della Comunità, nei quali esercitare con una significativa presenza di Infermieri di Famiglia o Comunità. Dovranno infatti essere considerate anche le necessarie presenze di professionisti sanitari non medici, per realizzare nuove forme di integrazione tra essi, nel rispetto delle differenti specificità. Tutti i professionisti sanitari dovrebbero infatti possedere capacità e competenze, anche nei campi della prevenzione e della riabilitazione, che consentano loro di assumersi peculiari responsabilità e autonomia.

L’equità nelle prestazioni e i LEA⁴

Per ciò che concerne l’aspetto dell’equità, si deve ricordare che il sempre maggiore utilizzo di forme di assistenza privata integrativa (se non addirittura sostitutiva), tramite assicurazioni e nuove forme di mutualità, in ragione

⁴ I LEA, stabiliti dal legislatore nazionale per la prima volta nel 2001, aggiornati nel 2017, sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a ogni cittadino, sia al livello territoriale sia al livello ospedaliero, in forma totalmente gratuita o con pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale

principalmente della cronica lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni SSN, situazione fortemente aggravatasi durante l'emergenza Covid-19 (Corte dei Conti, 2022), fa sì che il sistema diventi sempre meno equo e sempre più pericolosamente simile al sistema precedente la riforma del 1978, socialmente insostenibile, anzitutto poiché troppo oneroso per i meno abbienti e, oggi, di fatto accessibile solo per le classi sociali più alte o comunque per coloro che hanno la possibilità, in ragione di migliori contratti di lavoro, di avvalersi di sistemi mutualistici integrativi, anche per l'acquisto di prestazioni non coperte dai LEA⁵. L'aumento dei tempi di attesa, a sua volta, è determinato dall'incontrarsi delle molte note criticità che determinano la riduzione della concentrazione d'offerta SSN (scarsità di personale, mancanza di rispetto dei principi di priorità per le prestazioni SSN rispetto alle prestazioni in regime privatistico, vincoli di *budget*, gestione opportunistica delle agende di prenotazione, ecc.). La necessità di perequare questa situazione non andrebbe dimenticata nell'adozione di provvedimenti concernenti lo sviluppo del sistema sanitario e dei sistemi regionali. Andrebbero previste iniziative di monitoraggio adeguate, facendo riferimento anche ad alcuni indicatori introdotti da Agenas nel Programma Nazionale Esiti (PNE - ultima edizione del 2022) (Agenas, D/Ep/Lazio, ISS, 2022) riferite al genere, alla cittadinanza, alle condizioni socioeconomiche.

E' quindi necessario ribadire che il SSN deve garantire l'erogazione di prestazioni che soddisfino i bisogni veri e non presunti o indotti, che tengano conto delle conoscenze derivanti dagli studi di *Evidence Based Medicine* (EBM) (Sackett *et al.*, 1997) e conseguente *Evidence Based Prevention* (EBP), di cui quindi siano verificate l'appropriatezza e la qualità, e che siano soggetti a opportuni sistemi di valutazione.

Il ricorso alla metodologia EBM/EBP, che faccia da supporto alla quanto mai necessaria rivisitazione dei LEA, specie nei capitoli riguardanti l'assistenza

⁵ Sulla questione della sostenibilità sociale, anzitutto sulla responsabilità sociale delle imprese, tra cui si devono annoverare le imprese che si occupano di sanità nell'ambito del SSN, e la subalternità alla sostenibilità economica, si veda: Cori, 2023.

distrettuale e la prevenzione (oltre che di assistenza ospedaliera), permetterebbe un'importante riduzione di sprechi e un recupero di fondi. In particolare, oltre a prevedere l'abolizione delle prestazioni che non abbiano o abbiano dubbia evidenza scientifica, pare quanto mai necessario un loro completamento in una prospettiva che consideri anche l'invecchiamento di popolazione, in modo da poter rispondere tempestivamente ai bisogni di salute dei cittadini in condizione di fragilità e cronicità (anziani, disabili, ecc.), permettendo di erogare prestazioni di comprovata utilità. Occorrerà pertanto ripensare i percorsi di cura e presa in carico domicilio-territorio-ospedale, anche rivedendo i Piani sulla cronicità, sulla base delle consolidate e controverse esperienze locali lombarde, considerando le indicazioni e le previsioni del d.m. 77/2022 e la loro compatibilità con la l.r. 22/2021 ("Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo Unico delle Leggi Sanitarie").

Va osservato, peraltro, che con il d.m. 12 marzo 2019 è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA. Le caratteristiche principali di questo Sistema sono: le sue finalità, essendo un sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni; la sua integrazione con il sistema di Verifica degli Adempimenti⁶ cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa, premiale, di FSN (prevista dalla legge n. 191 del 23 dicembre 2009); il suo schema concettuale, alla base del sistema degli indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi considerati rilevanti nei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

⁶ Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA), istituito presso il Ministero della salute, ha il compito di monitorare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel sito internet del Ministero della Salute (portale LEA: www.salute.gov.it/portale/lea/) è disponibile il documento del maggio 2023 (metodologia e dati 2021) di monitoraggio dei LEA attraverso il NSG, in cui sono analizzate le 19 Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Le prerogative di pubblico e privato, e i loro rapporti

Riteniamo che si debba rivedere in modo sostanziale la finalità del rapporto pubblico-privato, anche ripensando alla validità o meno della scelta, particolarmente netta in Lombardia, di separare le funzioni di erogazione dalle funzioni di acquisto di prestazioni socio-sanitarie.

Il concetto di parità pubblico-privato è riconducibile al principio di sussidiarietà verticale che, sulla base delle normative vigenti, si fonda anche sul possesso di medesimi requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale e medesime possibilità di accesso alle risorse disponibili, tramite contratti la cui entità è stabilita dalla Regione e, in parte, dalle ATS.

Le differenze tra privato e pubblico consistono soprattutto nelle modalità di gestione amministrativa (libera nel privato, estremamente vincolata nel pubblico), di gestione delle risorse umane e degli investimenti (per cui solo il privato ha un reale rischio di impresa), di gestione dell'acquisto di beni e servizi (soggetta a minori vincoli per quanto riguarda il privato). Un'ulteriore differenza che ha forte impatto sullo sviluppo delle Strutture, è la possibilità di indirizzare la propria attività, in termini di tipi di malati da trattare, poiché il privato frequentemente può gestire prestazioni diagnostiche a più alta remunerazione e chirurgiche a minor rischio, nonché prestazioni specialistiche a basso rapporto costo/remunerazione, mentre il pubblico deve gestire le attività più complesse, comprese terapie intensive e pronto soccorso, nonché la maggior parte delle attività di *screening*, specie nella fase di primo livello (non interventistica e non di diagnostica più sofisticata)⁷. Ciò è vero soprattutto dove le Regioni stabiliscono il *budget* e dove la programmazione che riguarda il privato è lacunosa, o è stata carente nel momento di primo e più libero accesso ai contratti (come è accaduto anche in Lombardia).

Le condizioni operative tra i due comparti sono quindi in realtà non paritarie; il pubblico, pur indubbiamente protetto nel rischio d'impresa, risente

⁷ Per un *focus* sulle tendenze alla finanziarizzazione, alla crescita del privato in sanità e di comportamenti opportunistici e alla riduzione dell'impegno nelle prestazioni territoriali, si veda: Bifulco *et al.*, 2022.

di molti vincoli e di procedure stringenti che, se da un lato garantiscono la correttezza della gestione della cosa pubblica, dall'altro lato appesantiscono e portano a una minore efficienza; il privato non ha tali vincoli (nel reclutamento del personale, nella gestione degli acquisti, nella scelta di priorità di alcune linee produttive, ecc.) e dunque opera con maggior flessibilità, rapidità ed efficienza, benché sia più soggetto ai limiti della contrattualizzazione con il SSN-SSR e al rischio d'impresa nel libero mercato.

Per integrare realmente il privato nel SSN e nel SSR dovrebbero essere previsti alcuni interventi: anzitutto effettuare una programmazione di SSR che attribuisca a ciascuna struttura sanitaria una specifica *mission*, poi procedere al pagamento a tariffa (DRG o specialistica ambulatoriale) in modo rapidamente modulabile in ragione dei mutamenti epidemiologici (evitando che il privato possa selezionare i malati associati a DRG più remunerativi); infine consentire agli operatori pubblici di gestirsi con maggiore flessibilità.

In sostanza, è necessaria una miglior programmazione sanitaria che permetta un'efficace integrazione tra soggetti erogatori (pubblici e privati) e una forte azione di *governance* regionale e di ATS fondata su criteri di indirizzo e controllo, peraltro coerenti con il dettato della legge 833/1978, i cui risultati siano utili anche ai fini di una nuova programmazione, in un circolo virtuoso, i cui beneficiari non possono che essere tutti i cittadini.

Occorre inoltre contrastare l'emergente intenso rilancio della sanità integrativa (mutualità privata, assicurazioni), ricordando che l'art. 41 della Costituzione garantisce la libertà dell'iniziativa economica privata purché non si svolga in contrasto con l'utilità sociale e in modo che sia indirizzata e coordinata a fini sociali.

I rapporti tra pubblico e privato dovrebbero essere aggiornati anche rivedendo le strategie per la riduzione dei tempi di attesa, in modo che le loro attività siano orientate a riportare obbligatoriamente nei limiti di legge i tempi delle liste di attesa SSN, prima di incentivare le attività in libera professione o private.

Viste poi le funzioni che la normativa lombarda assegna alle ATS, un'ipotesi evolutiva alternativa per il SSR potrebbe riguardare l'attribuzione del *budget* agli erogatori da parte delle ATS in congruenza con i compiti di *governance* assegnati a queste ultime, in base alle esigenze della popolazione. Ciò potrebbe avvenire anche attribuendo un compenso non per la singola prestazione, ma per il complesso di esse all'interno di una presa in carico più completa, privilegiando, in particolare nel privato, coloro che siano in grado di offrire le prestazioni necessarie, su base epidemiologica, che garantiscano maggiore qualità delle prestazioni, secondo criteri oggettivi, tra cui anzitutto il rispetto dell'adempimento ai LEA secondo gli indicatori ministeriali,

In tal modo si potrebbe ottenere una maggiore responsabilizzazione del privato sanitario e sociale alla gestione dei pazienti fragili e cronici, che oggi in Lombardia si affida quasi esclusivamente alla componente pubblica (ASST) e alle Cooperative di Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, con una scarsa partecipazione del privato sanitario a contratto e una oggettiva assenza del privato sociale (ad esempio, gestori di RSA), che invece avrebbe consistenti capacità gestionali in questa materia.

La conoscenza del territorio e dei bisogni di salute dovrebbe permettere alle ATS, nel loro ruolo di programmazione, di disincentivare la concentrazione di Unità Operative ad alta specializzazione, sia nel pubblico sia nel privato (pur rivedendo in aumento il numero di posti letto subintensivi e di rianimazione, come l'esperienza Covid-19 insegna) a favore di un recupero di posti letto di bassa specializzazione, di cui una quota presso gli Ospedali di Comunità previsti dal PNRR, dalla l.r. 22/2021 e dal d.m. 77/2022. Si deve sottolineare infatti che la riduzione complessiva dei posti letto prevista dal d.m. 70/2015 ("Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera") sarebbe stata verosimilmente corretta, se fossero stati contemporaneamente garantiti gli indici di distribuzione per milione di abitanti ivi indicati, a seconda del tipo di reparto specialistico.

L'integrazione tra sanitario e sociale, e la prevenzione

Occorre rilanciare l'integrazione tra sanitario e sociale, quindi tra strutture ed Enti di riferimento. Infatti, a fronte della scelta del legislatore lombardo di dichiararne la crucialità, non è seguito un percorso di scelte, decisioni e azioni congruenti a un suo sviluppo concreto, ad esempio con una solo parzialmente diffusa realizzazione delle continuità di presa in carico ospedale - territorio (abitazione) - RSA.

Nell'applicazione del PNRR, del d.m. 77/2022 e dei corrispondenti prossimi provvedimenti regionali, il tema dell'integrazione tra gli interventi sanitari e sociali diventa particolarmente rilevante: se si vuole davvero erogare prestazioni, soprattutto in favore dei cittadini più fragili, che rispondano ai bisogni di benessere fisico, psichico e sociale, sarà importante ridefinire il rapporto tra erogatori di prestazioni sanitarie, erogatori di prestazioni di residenzialità socio-assistenziale, terzo settore e servizi sociali dei Comuni. Anche se un impulso più netto potrebbe e forse dovrebbe essere determinato da interventi sul testo costituzionale, ad oggi l'interlocuzione con i sindaci e la loro chiamata più diretta e operativa nell'elaborazione di strategie di programmazione socio-sanitaria potrebbe rappresentare una possibile iniziale soluzione, come peraltro è suggerito dalla Delibera di Giunta Regionale XI/6762 del 25 luglio 2022 ("Attuazione l.r. 22/2021 - Regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del collegio dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci e dell'assemblea dei sindaci del distretto"). Tuttavia, l'aver affidato la gestione della Conferenza dei Sindaci alla ASST, da parte della recente normativa lombarda, fa sorgere più di una perplessità. Più congrua parrebbe una allocazione presso l'ATS, deputata a elaborare la programmazione territoriale e ospedaliera. Ma questo di nuovo rimanda alla scelta, essenzialmente lombarda, di avere distinto l'attività pubblica di erogazione dalla attività di acquisto.

Nell'affrontare la questione della medicina nel territorio, appare oggi necessario e urgente puntare di nuovo sulla rivitalizzazione della Prevenzione e sulla rialfabetizzazione della popolazione rispetto all'igiene e alla sanità

pubblica, troppo abbandonate all'opinionismo dei mezzi di dialogo sociale nel *web*, in cui trovano sempre più spazio narrazioni sanitarie del tutto velleitarie, destituite di ogni remota sostenibilità scientifica. Questo obiettivo deve essere anche perseguito nei confronti di una parte delle stesse organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, che durante la pandemia Covid-19 hanno mostrato non poche incertezze di comportamento e di orientamento strategico, con mancata coesione inter regionale degli interventi (Vicarelli, 2021), nonostante l'esperienza acquisita 20 anni prima durante l'epidemia SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), che avrebbe dovuto insegnare in modo definitivo che i principi cosiddetti universali di prevenzione delle malattie infettive diffuse sono definitivamente orientativi ed efficaci per operare la loro prevenzione primaria. In questo senso esprimiamo quindi forti perplessità rispetto alla scelta legislativa lombarda di inserire nell'organigramma delle ASST i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione, lasciando per contro la parte di programmazione e di vigilanza e controllo alla ATS, considerato che ogni strategia e ogni intervento di prevenzione hanno tra loro una strettissima correlazione che non può in alcun modo essere scissa, pena la parzialità e l'inefficacia degli interventi messi in atto a tutela della collettività e dell'ambiente.

Ai Dipartimenti di Prevenzione, istituiti in Lombardia dalla l.r. 64-65/1981, ricordiamo che erano anche attribuite le prime segnalazioni di situazione di emergenza e le prime attività di prevenzione (nei Distretti sanitari di base). Tale competenza era stata confermata anche dal Testo Unico l.r. 33/2009 "[...] attività di guardia igienica permanente e di pronta reperibilità, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie, in stretta interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione". Con i provvedimenti attuativi della l.r. 23/2015 le attività di prevenzione sono però state trasferite alle ASST, con la separazione di titolarità tra prestazioni alla persona (e gestione clinica) e attività di governo e controllo epidemiologico e di sanità pubblica sulle malattie infettive, rimaste nella competenza delle ATS, con inevitabile esito in un depotenziamento dell'unitarietà degli interventi. Occorre pertanto ritornare alle

scelte organizzative sulla prevenzione precedenti la l.r. 23/2015, anche tenendo conto delle indicazioni contenute nel documento valutativo Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) prot. 2020/0007526 del 16 dicembre 2020, redatto al termine del periodo di sperimentazione previsto dalla legge regionale stessa.

Le innovazioni in sanità: cautele e proposte

Le riflessioni seguenti sono motivate dalla necessità di non confondere mezzi e fini, affinché non si ritenga che l'innovazione, di cui sempre si parla, sia di per sé un elemento sempre e comunque migliorativo e privo di effetti collaterali. Proponiamo due esempi, di cui uno consolidato ma sempre attuale, uno di più recente introduzione.

Il primo esempio, sull'innovazione gestionale, riguarda la Contabilità Analitica per Centri di Costo e il Controllo di Gestione tramite l'assegnazione di obiettivi ai Centri di Responsabilità, che hanno rappresentato due dei pilastri principali su cui si è fondata la cosiddetta aziendalizzazione degli Enti sanitari, finalizzata a migliorarne l'efficienza e a ridurre gli sprechi. Questo processo, accanto all'introduzione di principi di oggettivo valore, ha tuttavia spesso attivato un percorso di sovraccarico amministrativo che ha aumentato i tempi di lavoro complessivi, per sostenere attività di raccolta dati, di *reporting*, spesso finalizzate alla produzione di documenti (troppe volte solo a consuntivo e non a valore concomitante allo svilupparsi dei processi sanitari) che attestano il raggiungimento di obiettivi descrittivi, ma senza un successivo adeguato passaggio interpretativo, che invece dovrebbe consentire di riconoscere e correggere le eventuali criticità organizzative individuate. Queste attività assorbono una quota di tempo che può essere davvero molto rilevante, specie per la dirigenza medica di struttura semplice o complessa (servizi, reparti, ecc.).

Proponiamo quindi che si rivedano le finalità e le modalità di controllo di gestione per obiettivi e centri di responsabilità e costo, in modo che tale controllo determini un concreto e documentabile vantaggio organizzativo, assegnando obiettivi da parte di Regione agli Enti pubblici e privati, il cui

raggiungimento sia verificato attraverso indicatori già da lungo tempo disponibili e abbondantemente noti, gli indicatori ministeriali collegati ai Livelli Essenziali di Assistenza, gli indicatori del Programma Nazionale degli Esiti (curato da Agenas), il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali (curato dall'Istituto Superiore S. Anna di Pisa), i DRG a rischio di inappropriatazza⁸, i Tempi di Attesa, effettuando un monitoraggio degli stessi. Tale monitoraggio dovrebbe avvenire, inoltre, in una prospettiva non annuale ma pluriennale, attraverso l'assegnazione di obiettivi per i Direttori Generali degli Enti Sanitari e Socio-Sanitari che coprano il complessivo arco temporale del loro mandato.

Il secondo esempio di cautela riguarda l'innovazione tecnologica per la gestione domiciliare del malato, con un uso di mezzi sempre più funzionali per il trattamento di dati socio-sanitari, che facilitino e velocizzino gli interventi sanitari a domicilio in collegamento con le strutture sanitarie e socio-sanitarie della rete ospedaliera, della residenzialità socio-sanitaria e distrettuali. Anzitutto riteniamo che si debba vigilare affinché tali mezzi non siano utilizzati per indurre falsi bisogni e dare risposte ad essi attraverso l'offerta di prodotti sanitari remunerativi, gestiti in forma privatistica, quali ad esempio forme di assistenza specialistica h24 a chiamata oppure offerta di pacchetti di prestazioni da parte di assicurazioni, in entrambi i casi senza che sia presa in carico la persona ma solo il suo bisogno estemporaneo, cristallizzato nel tempo di una telefonata o di una visita, perfino virtuale.

In secondo luogo, proponiamo una riflessione su un caso che riguarda specificamente le Regioni Lombardia e Puglia. Agenas (l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), ha stipulato con esse (quali capofila, che già partecipano al gruppo di lavoro tecnico per il Fascicolo Sanitario

⁸ Essi sono i DRG prodotti in regime di ricovero ordinario o in *day hospital* che le strutture sanitarie potrebbero produrre in un diverso *setting* assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Un primo elenco di 43 DRG è stato allegato al d.p.c.m. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei LEA, il loro numero è salito a 108. Ogni Regione ha avuto il compito di verificare tali DRG e di aggiungerne eventualmente altri ritenuti da porre sotto controllo, in via prioritaria, onde evitare sprechi di risorse.

Elettronico⁹ cosiddetto 2.0) due apposite convenzioni per acquisire i piani operativi delle Regioni così da finanziare, per un totale di 1 miliardo di euro previsto dalla Missione 6 del PNRR, soluzioni di telemedicina, conformi a specifiche Linee Guida, in alcune aree cliniche individuate (diabetologia, pneumologia, cardiologia, oncologia e neurologia).

Il d.m. 30.09.2022, che concerne le procedure di selezione dei piani, prevede che le due Regioni siano vere e proprie centrali di acquisto per soddisfare i bisogni espressi dalle Regioni, che tuttavia devono limitarsi all'acquisizione di piattaforme digitali (per circa un quarto del finanziamento) e di servizi di assistenza tecnica e formazione (per circa i tre quarti del finanziamento). Anche in questo caso si è pensato a sostenere lo sviluppo di *software* e di servizi, escludendo la possibilità di ricevere risorse per il personale (il cui numero, quindi, è previsto che rimanga invariato, con ulteriore attribuzione di compiti tutt'altro che secondari) e nemmeno per le attrezzature e per i dispositivi medici, necessari alle attività di teleassistenza, telemonitoraggio e telecontrollo. Queste scelte dimostrano una rilevante incongruenza tra obiettivi auspicati e vincoli posti al processo. Su questa importante partita, che vede le due Regioni in posizione di rilevante responsabilità, avendo anche importanti e riconosciute esperienze nella complessiva presa in carico domiciliare e in ambiti specialistici (quali ad esempio quelli del *follow-up* oncologico e della riabilitazione cardiologica, pneumologica e neuromotoria), auspichiamo che vi sia la possibilità di rimarcare nelle sedi opportune l'incongruenza rilevata, per evitare che, anche in questo caso, si finisca per appaltare servizi al migliore offerente in un gioco al profitto e al ribasso.

⁹ Il FSE, istituito sulla base di un Decreto del 2012, contiene l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici, riguardanti l'assistito, riferiti a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Conclusioni

Da ultimo occorre segnalare e prendere atto di quanto è stata in definitiva finanziata la Sanità nel 2023 dalla legge n. 197 del 29 dicembre 2022 (“Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025”). Ci sono stati solo 2,7 miliardi di incremento del finanziamento del SSN rispetto al 2022, di cui 650 milioni per l’acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e farmaci per la cura del COVID-19, mentre gli ulteriori 2 miliardi di incremento previsti per il 2024 sono stati già smentiti dalla NADEF 2023, come si è sopra argomentato. E’ chiaro che, rispetto alla insufficienza di finanziamento, dell’ordine medio di non meno di 5 miliardi l’anno (cifra determinata dal complessivo sommarsi degli effetti di finanziamento ordinario di bilancio, decremento previsto dell’inflazione, stanziamenti da PNRR e fondi da manovra-NADEF, comparati ai fabbisogni previsti), questi 2 miliardi in più, assorbiti prevalentemente dai rincari energetici, i cui effetti stanno riducendosi ma non si sono ancora esauriti, non solo non hanno permesso alcun rilancio del SSN e delle attività territoriali di prevenzione e presa in carico dei cittadini in condizioni di fragilità e cronicità, ma nemmeno hanno consentito di mantenere le prestazioni precedentemente offerte, già fortemente ridotte e tardivamente garantite.

Riferimenti bibliografici

AGENAS, D/EP/LAZIO, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
2022 *Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022*,
https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2022.pdf

BIFULCO L., NERI S., POLIZZI E.
2022 *Sanità - Diritti frammentati, aziendalizzazione e declino del territorio*, in Dagnes J., Salento A. (Eds.), *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*: 97-145, Milano: Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.

CORI E.

- 2023 Sostenibilità sociale, organizzazione e benessere, in Cori E., Vecchio L.P. (Eds.), 2023, *Sostenibilità, imprese, lavoro. Una riflessione critica*: 45-55, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

CORTE DEI CONTI

- 2022 *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2020-2021*
DELIBERAZIONE N.19/SEZAUT/2022/FRG

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

- 2021 *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*
<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>
- 2023 *Documento di Economia e Finanza 2023 - Nota di Aggiornamento*
<https://www.mef.gov.it/focus/La-Nota-di-aggiornamento-del-documento-di-economia-e-finanza-del-2023-NADEF/>

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

- 2019 *Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il patto per la salute per gli anni 2019-2021*, repertorio atti Conferenza Stato-Regioni n. 209 del 18 dicembre 2019
<http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>

SACKETT D.L., ROSENBERG W.M.C., GRAY J.A.M., HAYNES R.B., RICHARDSON W.S.

- 1996 Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312, 7023: 71-72.

VICARELLI G.

- 2021 Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza, in Vicarelli G., Giarelli G. (Eds.), *Libro bianco - Il servizio sanitario nazionale e la pandemia da covid-19. Problemi e proposte*: 23-30, Milano: Franco Angeli.