

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.