

Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo



Paolo Nucci



Milano University Press

Paolo Nucci
con Filippo Cambieri, Lorenzo Maria Caminada,
Greta Castellucci, Andrea Lembo, Celeste Limoli,
Luca Marelli, Veronica Mondani, Gianluca Monsellato
e un'intervista a Francesca Biondi

**STORIA, VIZI E VIRTÙ
DELLA MIGLIORE SANITÀ
DEL MONDO**

Milano University Press

I contenuti di questo libro, dove non diversamente specificato, sono rilasciati nei termini della licenza Creative Commons Attribution 4.0 il cui testo integrale è disponibile all'URL: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.



Questo e altri volumi di Milano University Press sono disponibili in open access all'indirizzo: <https://libri.unimi.it/index.php/milanoup>

Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo, Paolo Nucci; con Filippo Cambieri [et al.]; e un'intervista a Francesca Biondi.

ISBN: 979-12-80325-01-3

DOI: 10.13130/milanoup.9

© Paolo Nucci

© Milano University Press per la presente edizione

Milano University Press

Via Festa del Perdono 7 – 20122 Milano

Sito web: <https://milanoup.unimi.it>

e-mail: redazione.milanoup@unimi.it

L'edizione cartacea del volume può essere ordinata in tutte le librerie fisiche e online ed è distribuita da Ledizioni (www.ledizioni.it)

La foto di copertina è: Matthew Henry - Three Surgeons In Scrubs Photo - Burst (<https://burst.shopify.com/photos/three-surgeons-in-scrubs?q=surgeon>)

License: Burst Some Rights Reserved (<https://burst.shopify.com/licenses/shopify-some-rights-reserved>)

Indice

Prefazione	9
Introduzione	11
Storia della nostra sanità dal Dopoguerra alla Legge 833 del 1978	13
La sanità ai tempi della monarchia	13
I nuovi principi della democrazia	15
La riforma ospedaliera	19
Competenza alle Regioni (1974)	23
Dal Servizio sanitario nazionale ai giorni nostri	29
Istituzione del Servizio sanitario nazionale: la Legge 833/1978	29
Organizzazione del Servizio sanitario nazionale	31
Unità sanitarie locali	32
Come sono organizzate le Unità sanitarie locali?	33
Distretti	34
Assistenza extra-ospedaliera e medici di medicina generale	35
Assistenza ospedaliera	35
Assistenza psichiatrica	36
Piano sanitario nazionale (Psn)	37
Gli anni Ottanta e Novanta	38
Gli anni Novanta e le riforme	40
Livelli uniformi di assistenza	41
La Regionalizzazione del sistema sanitario	41
L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale	42
Sistema di pagamento a tariffa predeterminata per prestazione	43
Il sistema dell'accreditamento	44
“Riforma-Ter”: d.lgs. 229/1999	45
Definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza	47

Esclusività del rapporto di lavoro	49
Considerazioni	50
Il federalismo fiscale: d.lgs. 56/2000	50
Considerazioni	51
Il “federalismo sanitario”	52
L'accordo Stato-Regioni: 8 agosto 2001	52
Riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione	53
Considerazioni	55
2001-2004: Il Ministero Sirchia	56
Conclusioni	58
Cronologia riepilogativa essenziale	61
<i>Status quo</i>	65
I tratti distintivi del Servizio sanitario nazionale	65
I livelli nazionale e regionale	69
I principali punti del Patto per la Salute 2019-2021	71
Finanziamento del Fondo sanitario nazionale	71
Lea	71
Previsione di un nuovo strumento di misurazione della qualità delle cure	71
Nuovi criteri per fine commissariamenti	72
Risorse umane	72
Mobilità sanitaria	72
Enti vigilati	72
Governance farmaceutica e dei dispositivi medici	72
Investimenti	72
Assistenza territoriale e medicina generale	73
Fondi sanitari integrativi	73
Modelli previsionali	73
Ricerca	73
Prevenzione	73
Revisione del ticket	74
Partecipazione dei cittadini	74
I livelli essenziali di assistenza (Lea)	74
I nuovi Lea (2017)	75
Il livello locale	77
L'organizzazione dipartimentale	80
Le reti ospedaliere e il modello hub and spoke	81

La valutazione dell'attività ospedaliera e i Drg	82
L'assistenza primaria	83
Modelli di assistenza primaria	85
Il Kaiser Permanente's risk stratification model	87
Il modello Chronic Care	87
Le Case della salute	88
I Chronic related group (C.Re.G.)	89
Le caratteristiche comuni ai diversi modelli di assistenza primaria	90
I medici di medicina generale	90
Le forme associative della medicina generale	91
Medicina di gruppo	91
Medicina in associazione	91
Medicina in rete	92
Problematiche attuali	93
Liste d'attesa	94
Il paradosso della ricerca sanitaria	97
Screening oncologici	100
Vaccinazioni	101
Responsabilità sanitaria e medicina difensiva	103
Divario Nord-Sud	106
Prospettive future	111
Vizi e virtù del nostro Servizio sanitario nazionale	119
Malfunzionamento dei pronto soccorso	119
Mancanza di risorse	120
Attrezzature e farmaci	122
Aziendalizzazione e medici manager	123
Medicina difensiva	123
Numero chiuso e carriere universitarie bloccate	126
Gestione sbagliata del territorio	127
Ingerenza politica	128
Le virtù del nostro Servizio sanitario nazionale: un auspicio	129
Appendice I	133

Il diritto alla salute: leggere la Costituzione <i>Intervista alla Prof.ssa Francesca Biondi, ordinario di diritto costituzionale dell'Università degli Studi di Milano</i>	133
Appendice II	141
Autointervista sulle fragilità svelate dal Covid19	141
Bibliografia essenziale	145
Storia della nostra sanità dal Dopoguerra alla Legge 833 del 1978	145
Dal Servizio sanitario nazionale ai giorni nostri	145
Status quo	146
Problematiche attuali	149
Prospettive future	150
Vizi e virtù del nostro servizio sanitario nazionale	151

Prefazione

Quando Paolo Nucci mi ha proposto di scrivere una prefazione a questo libro, ho cercato la classica scusa per sottrarmi: “Ho troppo da fare in questo periodo”. In realtà era vero, ma non era il reale motivo per cui temevo di cimentarmi. Quello vero era, ed è, piuttosto un sincero senso d’inadeguatezza. Nonostante una laurea in medicina e la successiva specializzazione, sono ormai anni che frequento la materia come osservatore e non come protagonista. Una posizione relativamente comoda, come quella del critico che, adattando un adagio popolare, “non fa e allora insegna”. Il punto è proprio questo. Scrivere una prefazione significa “parlare prima”. Ma prima, in realtà, non c’è proprio niente da dire, perché tutto può essere detto, casomai, solo “dopo” aver letto un testo che rivela competenza, conoscenza del “territorio”, e, soprattutto, passione. Ed è appena il caso di ricordare l’etimologia di questa parola, dal greco “*paskeō*” (soffrire), che rimanda a “paziente”, ma anche “pazienza” e, appunto, a “passione”. Perché quella che viene proposta da Nucci non è un’analisi fredda, ma il risultato di una “sofferenza” politica, informata da un vissuto diretto che non si può non immaginare intenso. La crisi che sta attraversando il nostro Servizio sanitario non viene derubricata a valutazione di sostenibilità, ma, piuttosto, viene posta come una questione di valore, e la prospettiva da cui la si osserva resiste alla tentazione del giudizio e dei proclami. La strada scelta è quella di una puntuale e chiara ricostruzione storica, da cui scaturiscono proposte argomentate. Una lettura destinata soprattutto agli addetti ai lavori, come nella natura di una pubblicazione universitaria, ma che potrebbe essere utile a chiunque voglia diventare più consapevole del grande e prezioso patrimonio rappresentato dal nostro Servizio sanitario nazionale. Quasi una lezione di educazione civica. Anche chi non dovesse trovarsi d’accordo con le tesi dell’autore potrà trarne utili spunti per una dialettica costruttiva, sempre feconda e da incoraggiare, purché nutrita da buona fede e da un sincero amore, in questo caso, per il bene condiviso che è la salute pubblica. Una piccola nota finale su uno dei punti affrontati nel testo, quello sulla medicina difensiva, che rischia di diventare uno dei problemi più importanti nella sanità. Parlando recentemente con un bravissimo medico mi sono sentito raccontare: “Sono così condizionato dal timore di possibili cause che mi sento esautorato della mia missione di medico. E sono talmente stressato che un amico psichiatra mi ha ricordato che comunque è meglio una causa che un infarto”. Viene da domandarsi se questa sia un’alternativa accettabile. E,

simbolicamente, se possa esserlo anche per il nostro Servizio sanitario. Prima di arrivare a tanto varrebbe la pena d'impegnarsi nella prevenzione. È ciò che prova a fare questo libro.

Luigi Ripamonti
«Corriere Salute» (supplemento del «Corriere della Sera»)

Introduzione

La pubblicazione di questo libro trova la sua ragione ideativa e ideale in un momento storico, l'attuale, che vede finalmente riconosciuto al medico un ruolo d'interlocutore privilegiato della politica, laddove sinora aveva goduto della fama di portatore d'interessi corporativi e di cattivo comunicatore.

Ho colto l'occasione del giro di boa dei 40 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, lasso di tempo piuttosto lungo per una legge che avrebbe dovuto costituire la pietra di fondazione di un più complessivo quadro normativo, per tracciare i punti salienti della sua storia e provare a leggerne il futuro.

Mi hanno aiutato alcuni giovani laureati della Facoltà di medicina e chirurgia della storica "Statale" di Milano, con il beneplacito del rettore.

Ne è risultato un memorandum sulla storia del Ssn e sulle attuali regole, concluso da un'autointervista sul dramma ancora non superato del Covid19 e da un'analisi dei vizi e delle virtù di un "sistema" che non possiamo permetterci di vedere andare in rovina, ma che, se vuole sopravvivere, dovrà riconoscere, affrontare e risolvere le gravi ed evidentissime carenze messe in luce dalla pandemia. La prima edizione di questo scritto, incentrata sulla ricostruzione del quadro storico (qui ripresentata), è stata letta e discussa dagli studenti degli ultimi anni del corso di laurea, ma, come prevedibile, non ha trovato molto riscontro presso i medici e i gestori della sanità. Attivare un confronto critico con tutti gli attori del sistema è l'attuale ambizione di queste pagine, che, se qualche volta possono avere il tono di un *j'accuse*, trovano sostegno nell'esperienza di chi, come me, ha vissuto per più di trent'anni il nostro Ssn, da soldato a generale, sempre in prima linea. Confidando nell'impatto che spesso la polemica gioca nella comunicazione, mi auguro che il libro susciti presso i lettori qualcosa di più della curiosità, piuttosto un senso di disappunto che sappia tradursi in determinazione a modificare lo stato delle cose.

Il mio intento è spiegare come siamo arrivati fin qui, annotare i problemi, denunciare i vizi e accennare soluzioni, nel convincimento che il momento attuale sia critico e quindi aperto alla possibilità che un'analisi delle fragilità, delle carenze, ma anche delle potenzialità del sistema incontri l'attenzione dei medici e dei politici, figure fondamentali che l'esperienza sofferta e condivisa della lotta alla pandemia dovrebbe rendere consapevoli della necessità di riscrivere insieme ordinamenti e obiettivi della sanità pubblica.

Non ho, né potrei avere, risposte facili, ma sono certo che leggendo l'ultima parte chiunque si troverà di fronte a dei flagranti *déjà vu* e, riconoscendo le falle del sistema, potrà cimentarsi nella proposta di correttivi adeguati ai tempi.

Storia della nostra sanità dal Dopoguerra alla Legge 833 del 1978

Possiamo suddividere la storia del nostro sistema sanitario in tre grandi fasi: la prima trae origine dalla nascita del Regno d'Italia nel 1861 e si conclude con la Seconda guerra mondiale; l'inizio della seconda risale al 1946, anno in cui viene costituita la Repubblica italiana, e culmina con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1978); il terzo periodo, infine, ancora in atto, è caratterizzato dai tentativi di rendere il sistema sanitario sostenibile, pur mantenendo intatte le sue peculiarità virtuose: equità nell'accesso alle cure indipendentemente dal reddito, dal ruolo sociale e dall'inquadramento lavorativo del singolo cittadino e alta qualità dei servizi offerti.

La sanità ai tempi della monarchia

Il 17 marzo 1861 Vittorio Emanuele II proclama la nascita del Regno d'Italia, divenendone il primo re. Con l'unificazione del Regno sorge l'esigenza, da un lato, di avere un'unica legislazione in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, che sia uniforme su tutto il territorio, e, dall'altro, di superare un sistema di assistenza medica fondato sulle attività caritatevoli e sulle opere di beneficenza.

Un primo momento di svolta significativo nell'organizzazione del sistema sanitario in Italia si registra nel 1888, anno in cui viene emanata la "Legge Crispi-Pagliani". Con questo decreto si delinea una struttura piramidale, articolata in tre livelli gerarchici: centrale, provinciale e comunale.

A livello centrale la tutela della salute pubblica viene affidata al ministro dell'Interno e, in particolare, alla Direzione generale della sanità, affiancata dal Consiglio superiore di sanità. Sotto la sua dipendenza, a livello provinciale, la responsabilità in materia di salute è affidata al prefetto. A livello comunale, invece, il sindaco si affida a un ufficiale sanitario, cui spettano compiti di prevenzione delle malattie infettive e di tutela ambientale, e alla figura del cosiddetto "medico condotto", che si occupa di assistenza sanitaria, gratuita per gli indigenti e a pagamento per gli altri cittadini.

Il progetto riformatore del governo Crispi si completa nel 1890, quando viene promulgata la "Legge sulle opere pie", che sancisce la trasformazione degli ospedali da "opere pie", sostenute da elargizioni e donazioni benefiche, a

“servizi di pubblica assistenza” (Ipab). Sebbene la “Legge Crispi-Pagliani” non abbia apportato effetti tangibili per quanto riguarda il miglioramento dell’assistenza, essa dev’essere considerata come un primo tentativo di regolamentare il diritto all’assistenza sulla base di due criteri: la possibilità per i poveri di usufruire dell’assistenza, se malati, e la necessità del ricovero.

Nel periodo a cavallo tra la fine dell’Ottocento e i primi anni del Novecento vengono compiuti importanti passi avanti nell’ambito dell’igiene pubblica, con l’approvazione di leggi raggruppate poi nel primo Testo unico delle leggi sanitarie (1907). Risultati paragonabili non vengono tuttavia registrati nel campo dell’assistenza. In Italia, infatti, è assente qualsiasi forma di protezione sociale: i più facoltosi continuano a farsi carico della spesa necessaria a garantire a se stessi e alle proprie famiglie un’assistenza adeguata, i più poveri, invece, costretti ancora a rimettersi alle opere pie e alla beneficenza dei ceti agiati, non vedono decollare il progetto.

Uno dei problemi più concreti consiste nel fatto che la maggior parte della popolazione non rientri in nessuna di queste due categorie: infatti non è sufficientemente abbiente da potersi permettere l’assistenza di un medico né è tanto indigente da essere inclusa nell’elenco dei poveri assistiti dai Comuni. Si crea dunque una situazione paradossale in cui molti bisognosi di cure non hanno accesso ai servizi di cura e assistenza.

All’interno di questa cornice sorgono pertanto le società di mutuo soccorso. Si tratta di associazioni il cui fine ultimo è quello dell’aiuto reciproco e della solidarietà, senza evidente fine di lucro; la quota associativa, infatti, non viene versata con l’aspettativa di un ritorno personale, ma in virtù del principio secondo il quale qualsiasi socio ha il diritto di ricevere soccorso, qualora dovesse trovarsi in difficoltà. I lavoratori salariati, associandosi, condividono risorse per proteggersi da malattia, infortuni e disoccupazione. La tutela della salute è dunque affidata al mutualismo libero, volontario.

Malgrado l’esigenza di migliorare le condizioni dei cittadini sia sempre più forte e avvertita e un controllo dello Stato in questo ambito sia fortemente caldeggiato, per molti anni, tuttavia, non si assiste a nessuna misura significativa.

L’esigenza di disporre di una legislazione che tuteli il lavoratore e la sua famiglia nei confronti delle malattie cresce dopo la Prima guerra mondiale. Nel luglio del 1917, in particolare, viene nominata una commissione con il compito di proporre «il miglior modo di organizzare l’assicurazione obbligatoria contro le malattie e coordinarla con i servizi di assistenza medica e ospedaliera, di tutela

della maternità e con l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e con le esistenti istituzioni di beneficenza e di mutuo soccorso»¹.

Il clima politico sfavorevole, tuttavia, determina l'abbandono del progetto: la salute verrà considerata come un bene privato tutelato dal singolo cittadino per molto tempo ancora.

Bisogna attendere il periodo fascista per assistere ai primi interventi concreti in tema di tutela della salute: nella concezione fascista, infatti, l'assistenza e la tutela dei lavoratori si associano a una maggiore produttività della classe operaia. Si registra quindi un forte sviluppo del sistema mutualistico e, in particolare, viene dato avvio a un sistema assicurativo e previdenziale in grado di garantire l'assistenza sanitaria a diverse categorie di dipendenti. Negli anni Trenta nascono l'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (Inail, 1933) e l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps, 1933); negli anni Quaranta prendono forma l'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (Enpas, 1942) e l'Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie (Inam, 1943).

Il sistema mutualistico, che si consolidò a fondo in questa fase storica, rimarrà il fondamento dell'assistenza del nostro Paese fino al 1978, anno della riforma del Sistema sanitario nazionale. Il sistema delle mutue presenta però svariati limiti. Un modello così impostato, infatti, concepisce la salute come un diritto del lavoratore e non del cittadino: solo l'appartenenza a determinate categorie professionali permette di accedere a un'assistenza sanitaria; milioni di cittadini non lavoratori rimangono privi di una copertura. I disoccupati ricevono prestazioni sanitarie a pagamento, a meno che non siano iscritti nell'elenco dei poveri.

L'esistenza di una pletera di enti autonomi, inoltre, impedisce un'attività coordinata tra di essi e il controllo delle spese rispettive: una gestione efficiente di un sistema così congegnato risulta assai difficoltosa. L'assistenza ruota, infine, attorno ai concetti di "diagnosi e cura"; la "prevenzione" delle malattie, centrale nel sistema sanitario dei giorni nostri, è totalmente inadeguata. La denuncia di malattia da parte del contribuente è il *primum movens* per un intervento di sostegno.

I nuovi principi della democrazia

Il 2 giugno 1946 i cittadini italiani sono chiamati alle urne. Tema del referendum è la scelta della forma di governo che l'Italia, appena uscita dalla Seconda guerra mondiale, dovrà assumere. 12.717.923 cittadini italiani votano per la

1 Ministero per l'Industria, il Commercio e il Lavoro. Direzione generale del lavoro e della previdenza sociale, *L'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Atti della Commissione incaricata della preparazione di uno schema di disegno di legge. Parte I: Studi preparatori, relazioni, schemi di progetti di legge*, tip. Cecchini, Roma, 1920, p.9.

repubblica e 10.719.284 si esprimono per il mantenimento della monarchia: nasce così la Repubblica italiana. Più di un anno di lavoro è necessario all'Assemblea costituente per dare vita alla Carta costituzionale dell'Italia repubblicana, che entra in vigore il 1° gennaio 1948.

Con il superamento della monarchia e del fascismo, cominciano ad affermarsi alcuni principi innovativi che ancora oggi restano fonte d'ispirazione in materia sanitaria: uno su tutti è il diritto universale alla salute. Oggi nella nostra Costituzione si legge:

articolo 2: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»;

articolo 3: «Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»;

articolo 38: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione volontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera».

Una particolare rilevanza è assunta dall'articolo 32:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»².

Ci si proietta così verso il superamento del sistema mutualistico, centrale nel periodo fascista. La direzione da seguire è ben chiara: urge porre fine a un'assistenza medica disomogenea e bisogna rimediare alle carenze ospedaliere in termini di disponibilità di posti letto e reparti specializzati, così da poter andare oltre una forma di assistenza incentrata sulla cura a domicilio del malato.

2 Per quanto riguarda gli articoli della Costituzione citati, il libro fa riferimento a: Senato della Repubblica, *Costituzione della Repubblica Italiana*, tipografia del Senato, Roma, 2009. Disponibile al sito: <https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>.

Nel 1945, pertanto, viene riunita una commissione di igienisti, la Consulta veneta di sanità, ai fini di elaborare una proposta di riforma che ruoti attorno a due capisaldi:

- decentramento e gestione locale e regionale della sanità;
- fusione delle mutue in un unico organismo, in modo tale che siano gestite in maniera coordinata ed efficace.

Per quanto lungimirante sia questa visione, occorrerà molto tempo prima che si realizzi una radicale riforma del sistema sanitario italiano.

Un'altra occasione mancata per cambiare rotta si verifica nel 1948: la commissione presieduta da Ludovico d'Aragona propone la fusione in un unico ente di tutte le mutue e l'estensione della copertura assicurativa a tutti i lavoratori e ai loro familiari. Sono esclusi, ancora una volta, i disoccupati.

Il piano di questa commissione non ha alcun seguito, così come la consulta del Cnel (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro), che perviene a conclusioni non dissimili. Negli anni Cinquanta, dunque, si resta fortemente ancorati al sistema mutualistico senza nessuna modifica significativa del sistema di assistenza. Viene così elusa la transizione da un disorganizzato pluralismo delle attività assistenziali a un unico organismo in grado di provvedere a un efficace coordinamento delle mutue.

Il sistema, che negli anni precedenti aveva determinato una forte disomogeneità nell'assistenza alla popolazione, viene invece a essere ulteriormente frammentato, con la nascita di ulteriori enti: l'Inadel per i dipendenti degli enti locali, l'Enpdep per i dipendenti degli enti di diritto pubblico, l'Enpals per i lavoratori dello spettacolo e l'ENPAS per i dipendenti statali. Inoltre nascono enti che tutelano i pensionati dello Stato (1953), i coltivatori diretti (1954), gli artigiani (1956) e i commercianti (1960) e vengono istituiti enti minori quali la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali, e l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati.

Ad ogni ente è affidata la gestione del percorso di diagnosi e cura, mentre la prevenzione delle malattie resta una dimensione ignorata.

Un'organizzazione del genere è in contraddizione con i principi espressi dalla Costituzione: l'assistenza al malato non è uguale per tutti, ma dipende strettamente dalla categoria lavorativa di appartenenza.

Nel 1948 nasce in Inghilterra il National Health Service. Questo sistema sanitario garantisce una copertura universale a tutti coloro che risiedono o dimorano nel territorio britannico, rispettando così il diritto sociale del cittadino di avere un buono stato di salute. Lo Stato, inoltre, controlla tutte le organizzazioni sanitarie del Paese.

Se l'Europa evolve, dunque, in Italia si resta ancorati a una concezione della salute come un diritto non legato alla cittadinanza.

Manca ancora, a distanza di quasi quindici anni dalla conclusione della guerra, una riforma che garantisca la sicurezza per il cittadino bisognoso di cure.

Così come non si registra omogeneità nell'assistenza delle diverse categorie di lavoratori, per via di un assente coordinamento centrale delle mutue esistenti.

La pluralità degli enti gestori, oltre a determinare una mancata uniformità delle prestazioni erogate, determina una significativa dissipazione di finanze. Non si presta attenzione alla prevenzione, elemento cardine per un sistema sostenibile da un punto di vista economico, mentre si mantiene un forte squilibrio tra Nord e Sud del Paese.

Un passo importante nel cammino che porta alla riforma sanitaria italiana viene compiuto nel 1958, quando viene istituito il Ministero della Sanità, con l'introduzione del quale si dà una prima risposta all'esigenza di una direzione unitaria nell'ambito della politica sanitaria del Paese.

Secondo la Legge 13 marzo 1958, n. 296, articolo 1:

«È istituito il Ministero della sanità con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Per il conseguimento della finalità predetta spettano al Ministero della sanità le seguenti attribuzioni:

- 1) provvedere ai servizi sanitari attribuiti dalle leggi alle Amministrazioni civili dello Stato, ferme restando le attribuzioni delle Amministrazioni con ordinamento autonomo e quelle esercitate dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'Ispektorato del lavoro;
- 2) sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle Amministrazioni autonome dello Stato e dagli Enti pubblici, provvedendo anche al coordinamento, eventualmente necessario, per adeguare l'organizzazione e l'efficienza dei servizi stessi alle esigenze della salute pubblica;
- 3) emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le Amministrazioni pubbliche che provvedono a servizi sanitari;
- 4) provvedere alla vigilanza tecnica sulle organizzazioni, enti e istituti che svolgono attività sanitaria e non rientrano tra quelli previsti dalle disposizioni precedenti. Qualora la legge non disponga diversamente, i provvedimenti in materia di sanità rientrano nella competenza del Ministero della sanità».

Nell'articolo 2 si specifica che:

«Il Ministero della sanità, inoltre, di concerto con quello dei lavori pubblici, sentito il Consiglio superiore di sanità, approva i progetti per la costruzione di ospedali, istituti di cura in genere e altre opere igieniche da parte di pubbliche Amministrazioni; dichiara la pubblica utilità e, quando occorra, l'indifferibilità ed urgenza delle relative opere»³.

Il Ministero della Sanità assorbe quindi tutte le competenze dell'Alto commissariato e di tutte le altre amministrazioni relativamente alla sanità. Non tardano

³ Per quanto riguarda i provvedimenti legislativi citati, tranne dove diversamente indicato, il libro fa riferimento al sito della «Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana», www.gazzettaufficiale.it.

a comparire, tuttavia, problemi di sovrapposizione di compiti con il Ministero del Lavoro, sotto cui rimangono Inps, Inail e Inam. Sono organi periferici del Ministero della Sanità l'Ufficio del medico provinciale e l'Ufficio del veterinario provinciale, coordinati dal prefetto, insieme agli ufficiali sanitari dei Comuni e dei Consorzi comunali.

La riforma ospedaliera

Subito dopo la Seconda guerra mondiale, l'ambiente ospedaliero vive un periodo di crisi, vittima del mancato aggiornamento tecnologico. La maggior parte dei presidi è, infatti, carente di attrezzature al passo con la modernizzazione della medicina.

A metà degli anni Cinquanta ha avvio il fenomeno che, in Italia, viene definito “boom economico”, caratterizzato da una massiccia crescita economica e tecnologica che fa seguito alla fase di ricostruzione postbellica.

L'ospedale, luogo di ricerca e cura, diviene l'ambito entro cui la pratica clinica evolve di pari passo con il progresso tecnologico; in altre parole, si tratta di una struttura che, garantendo al medico un'attrezzatura all'avanguardia, permette di superare una concezione della medicina fondata sulla prestazione del singolo medico.

I temi caldi in questi anni sono diversi: tra di essi spiccano la crescita professionale del medico di ospedale e del personale infermieristico, ai quali è richiesto un buon grado di specializzazione e di aggiornamento, e l'istituzionalizzazione del ruolo del “personale tecnico” nell'ambito dei laboratori, delle sale operatorie e della radiologia, in linea con il progresso della tecnologia. Si mantiene e viene rafforzata la concezione del servizio ospedaliero come un'infrastruttura il cui fine sia quello di soddisfare le esigenze della comunità e che sia in grado di rispettare i diritti dei malati.

Nonostante l'imponente crescita economica e tecnologica, assistiamo a una distribuzione disomogenea delle strutture ambulatoriali e alla conseguente carenza, in molte aree, di “filtri” sanitari pre-ospedalieri, fondamentali sia dal punto di vista della prevenzione delle patologie, sia dal punto di vista della qualità delle cure.

Per “filtri sanitari pre-ospedalieri” si intendono le strutture ambulatoriali distribuite sul territorio in grado di gestire patologie di modesta entità, evitando le ospedalizzazioni non necessarie. Gli ospedali, infatti, risultano essere cronicamente sovraffollati, anche per via della carenza di posti letto: l'indice “numero posti letto per mille abitanti” è tra i più bassi d'Europa, con un forte gradiente Nord-Sud, ancora una volta a svantaggio del Mezzogiorno. Il personale ospedaliero è carente sia dal punto di vista della formazione professionale, sia da un punto di vista numerico. Inoltre, i medici ospedalieri sono concentrati

soprattutto nelle grandi città, mentre nelle zone periferiche opera spesso soltanto il medico condotto.

Una problematica importante è segnalata dall'allora ministro della Sanità, Camillo Giardina: i medici tendono sempre più ad abbandonare gli ospedali. Manca infatti una retribuzione adeguata, la carriera ospedaliera non offre sicurezze ed è caratterizzata da una forte instabilità. A mantenere una posizione privilegiata è invece il primario, che si trova, nella ripartizione dei proventi delle mutue, ad avere la fetta più grossa o l'intero emolumento e a elargirne graziosamente piccole quote ai suoi collaboratori.

Nel 1962 i medici ospedalieri, in particolare aiuti e assistenti, scendono in piazza e scioperano, rivendicando condizioni lavorative commisurate a quelle dei primari. Queste proteste sortiscono gli effetti sperati e si prefigura una riforma ospedaliera in cui aiuti e assistenti possano finalmente assumere autonomia e importanti responsabilità. Un altro snodo importante è quello relativo alla sicurezza economica e di carriera del medico ospedaliero, necessaria affinché egli possa dedicarsi *in toto* ai compiti gravosi del mondo nosocomiale.

L'allora ministro della Sanità, Giacomo Mancini (1964), tenta dunque una riforma in grado di accontentare tutte le parti, proponendo un'organizzazione ospedaliera in cui il personale presti servizio full time:

«Nel momento in cui andiamo a fissare una diversa forma di permanenza nell'attività ospedaliera di questi medici, mi pare sia il caso di legarli maggiormente alla vita ospedaliera; da una parte come conseguenza del fatto che il loro avvenire rimane assicurato, e dall'altra per assicurare agli ospedali una maggiore presenza degli stessi medici. Il personale sanitario è il protagonista del fatto sanitario e, come tale, dobbiamo preoccuparci che esso sia soddisfatto e possa, in un clima di tranquillità, espletare nel modo migliore il suo importantissimo e gravoso compito. Non dimentichiamo però che l'ospedale ha delle esigenze, e anche i malati hanno delle esigenze; i medici dell'ospedale dovranno perciò svolgere negli ospedali tutta la loro attività, dedicandosi completamente; e spetta a noi metterli nelle condizioni adatte, per cui non debbano andare altrove a procurarsi i mezzi per un'esistenza decorosa»⁴.

Dall'analisi della commissione scaturiscono misure dirette a rendere più eque le retribuzioni tra i primari e gli assistenti, in particolare nel febbraio del 1964, il ministro Mancini decreta:

«La ripartizione dei compensi fissi sarà effettuata cumulando, per ciascun Ente ospedaliero, i compensi in un unico fondo da dividere in due parti uguali. La prima è ripartita come segue: ogni aiuto riceve una quota doppia di ciascun assistente e ogni primario riceve una quota doppia di ciascun aiuto. A tal fine, l'importo complessivo dei compensi viene diviso per la cifra risultante dalla somma

4 Atti della commissione XIV di Igiene e Sanità pubblica, nella seduta del 20 febbraio 1964.

del numero degli assistenti, più il numero degli aiuti moltiplicato per due, più il numero dei primari moltiplicato per quattro; il quoziente risultante rappresenta la quota spettante a ciascun assistente, mentre lo stesso quoziente moltiplicato per due sarà la quota spettante a ciascun aiuto e moltiplicato per quattro quella spettante a ciascun primario.

La seconda parte è ripartita come segue: Ospedali di I categoria: 42% ai primari, 32% agli aiuti e 26% agli assistenti; Ospedali di II categoria: 48% ai primari, 28% agli aiuti, 24% agli assistenti; Ospedali di III categoria: 58% ai primari, 22% agli aiuti, 20% agli assistenti⁵.

Solo con la riforma ospedaliera attuata nel 1968 dal ministro della Sanità Luigi Mariotti con la Legge 12 febbraio 1968, n. 132, ci si avvicina a una piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione: ogni cittadino ha diritto ad avere un'assistenza ospedaliera appropriata e cure gratuite sono garantite a tutti i bisognosi. Nell'articolo 2 di questa legge si trova scritto:

«Gli enti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o delle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici e assicurativi o da altri enti pubblici e privati. Sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia».

I nosocomi, inoltre, gestiti fino a quel momento da enti di assistenza e beneficenza, divengono enti autonomi, con un'organizzazione comune ed uniforme. La loro attività non è finalizzata esclusivamente al ricovero e alla cura, ma anche alla prevenzione e alla riabilitazione. Si supera quindi la concezione dell'assistenza ospedaliera come opera pia.

Vengono mossi i primi passi verso la regionalizzazione degli enti ospedalieri, che verrà definitivamente formalizzata nel 1974: lo Stato delega alle Regioni compiti di pianificazione e d'istituzione di nuovi enti e la responsabilità di emanare leggi riguardanti vigilanza e tutela dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, all'interno dei limiti imposti a livello centrale. Si tratta dei piani ospedalieri regionali quinquennali. Viene inoltre disciplinata l'assistenza privata, ammettendo che una serie di enti possano svolgere assistenza ospedaliera. Nell'ambito pubblico, quindi, vengono riconosciuti enti ospedalieri, ospedali psichiatrici e istituti di ricovero e cura, nell'ambito privato, invece, case di cura e fondazioni. Viene infine applicata una precisa categorizzazione degli ospedali: generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti. Gli ospedali generali possono essere zionali, provinciali e regionali, sulla base del bacino di utenza. Si garantisce in questo modo la presenza di centri regionali che comprendano le specialità meno

5 *Ibidem*.

comuni, mentre specialità come la medicina interna, la chirurgia, la pediatria e l'ostetricia e ginecologia si collocano a livello degli ospedali zonali.

Secondo l'articolo 23:

«gli ospedali regionali, che devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti, sono quelli che, per l'organizzazione tecnica, per la dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e per le prestazioni che sono in grado di assicurare, operano prevalentemente con caratteristiche di alta specializzazione. Essi, oltre a possedere le unità di ricovero e cura e i servizi previsti per gli ospedali provinciali, dovranno anche disporre di almeno tre divisioni di alta specializzazione medica o chirurgica, quali cardiologia, ematologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastica, chirurgia toracica o altre specializzazioni riconosciute dal Ministero della Sanità, secondo le indicazioni contenute nel piano regionale ospedaliero. Inoltre gli ospedali regionali devono possedere distinti servizi di virologia, di prelievo e conservazione di parti di cadavere, di medicina legale e delle assicurazioni sociali; attrezzature idonee a collaborare nella ricerca scientifica e a contribuire alla preparazione professionale e all'aggiornamento del personale medico nonché scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico».

Secondo l'articolo 22:

«sono ospedali generali provinciali quelli dotati di distinte divisioni di medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria, ortopedia-traumatologia; di distinte divisioni o almeno sezioni di oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermosifilopatia, odontoiatria e stomatologia, malattie infettive, geriatria e per ammalati lungodegenti, salvo che ad alcune di dette specialità non provvedano ospedali specializzati vicini. Gli ospedali generali provinciali devono inoltre essere dotati di distinti servizi di: radiologia e fisioterapia; anatomia e istologia patologica; analisi chimico-cliniche e microbiologia; anestesia e rianimazione con letti di degenza; farmacia interna. Gli ospedali specializzati, invece provvedono al ricovero e alla cura degli infermi di malattie che rientrano in una o più specialità ufficialmente riconosciute».

Vero problema della riforma ospedaliera è il mancato legame con la riforma della sanità, che avverrà dieci anni più tardi, nel 1978.

La "Legge Mariotti" determina una crescita della frequenza delle ospedalizzazioni e un allungamento della degenza e, di conseguenza, si crea un problema di sovraffollamento. L'ospedale viene considerato un punto di riferimento dell'assistenza, forte della presenza, al suo interno, delle migliori tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Molti ricoveri si rivelano superflui, soprattutto in riferimento a quella fascia di popolazione di età avanzata e affetta da patologie a carattere cronico o da condizioni al limite con l'invecchiamento fisiologico. Manca un filtro assistenziale in grado di gestire correttamente questi pazienti, così da ridurre il numero di ricoveri e la durata della degenza in ospedale: pertanto diventa necessario che l'ospedale si integri organicamente con l'assistenza

sul territorio, in un percorso che parta dalla prevenzione e arrivi alla cura e alla riabilitazione.

Competenza alle Regioni (1974)

Ad opporsi non sono in pochi. *In primis* la classe medica, rappresentata dalla Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), che accusa la nuova riforma di statalizzare e politicizzare l'assistenza sanitaria. Il presidente della Fnomceo in persona invita i medici a non accogliere a braccia aperte la nuova legge.

Una buona parte della classe politica è contraria alla riforma, in particolar modo all'articolo 24, che prevede di sottoporre al controllo del Ministero della Sanità anche le case di cura private. Ciò ovviamente pone grossi limiti agli interessi degli enti privati, che non sono più liberi di agire autonomamente.

Con la nuova riforma, i medici sono assunti a tempo pieno da strutture ospedaliere statali. Prima di allora, infatti, nella pratica di tutti i giorni, esercitavano metà della giornata in struttura statale e metà in struttura mutualistica o privata. Ora invece il medico è tenuto a lavorare tutto il giorno in una struttura statale.

Da ciò deriva la prima grave conseguenza dell'applicazione della riforma: i pazienti sono costretti a muoversi dalle strutture mutualistiche/private di libera scelta a strutture statali rese "obbligatorie" dalla riforma stessa. Gli ospedali quindi registrano un picco di affluenza, che non riesce a essere gestito efficacemente. La riforma inoltre dispone che le strutture ospedaliere siano tenute a ricoverare tutti i pazienti che vi affluiscono, compresi i nuovi pazienti affetti dalle emergenti malattie croniche, in passato sconosciute o neglette. È facile immaginare come l'assistenza sanitaria subisca un forte rallentamento.

Risulta quindi evidente che la riforma ospedaliera non sia adeguata alle necessità epidemiologiche e demografiche emergenti in quel periodo. Infatti, con il nuovo ventaglio di patologie, tra cui infortuni sul lavoro e patologie croniche (nella crescente fascia d'età avanzata), l'unica soluzione consiste in realtà proprio nella prevenzione delle suddette patologie, tema su cui però la riforma si sofferma poco.

A difesa della sua riforma, l'allora ministro Mariotti presenta la Legge 132/1968 come primo passo verso una complessiva riforma sanitaria. A parere del ministro, partendo dal particolare (cioè dall'organizzazione delle strutture ospedaliere), si riuscirà ad arrivare al generale, ovvero alla tanto anelata riforma sanitaria globale.

Tuttavia modificare l'assetto ospedaliero all'interno dell'attuale contesto sanitario è un'operazione in tutto e per tutto equivalente a quella di scrivere un libro a partire dal capitolo finale. Infatti la revisione dell'organigramma delle strutture ospedaliere e la regolarizzazione dei rapporti dei medici con le stesse avrebbero

dovuto essere gli ultimi tra gli atti conseguenti a una riforma sanitaria globale, che così facendo avrebbe quindi interessato anche i medici.

Gli effetti negativi della riforma ospedaliera non tardano ad arrivare: tra strutture ospedaliere statali e private si crea un conflitto all'interno del quale le prime tentano in tutti i modi di essere all'avanguardia tecnologica per risultare migliori. Il concetto di «salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività», rivendicato nell'articolo 32 della Costituzione italiana, è evidentemente ancora ben lontano dal trovare attuazione nella sanità pubblica.

In realtà una proposta di riforma sanitaria globalmente intesa era già stata fatta nel 1960, ma non era stata minimamente presa in considerazione.

Essa consisteva nella proposta di legge 26 luglio 1960, n. 2413. Si tratta del primo approccio alla riforma sanitaria globalmente intesa, animato dal fine dichiarato d'istituire un vero sistema sanitario nazionale.

I punti-chiave della proposta sono diversi: il superamento del sistema mutualistico, la fiscalizzazione degli oneri, l'impostazione di un rapporto tra sanità e università, al fine di formare i medici al meglio possibile. Ciascuno di essi si basa su due principi fondanti:

- la gestione democratica della sanità (e non partitica);
- l'importanza della prevenzione, intervento fondamentale per andare incontro ai cambiamenti epidemiologici e demografici in atto.

Questa proposta non riesce a fare breccia per vari motivi, il primo dei quali consiste nella strumentalizzazione della questione della sanità da parte della classe politica a fini propagandistici. Inoltre, la rincorsa tecnologica di quel periodo sminuisce il tema della prevenzione favorendo il ricorso a strumenti sempre più sofisticati e all'avanguardia in campo clinico-diagnostico.

In questo periodo, l'Italia entra in una fase politicamente instabile. Poiché nessun governo riesce a insediarsi in modo saldo e a godere di un vasto consenso, la riforma sanitaria passa in secondo piano.

Si arriva quindi al governo Andreotti (1972), che riprende energicamente in mano il tema della sanità. Durante questa legislatura viene costituito un tavolo di lavoro per mettere a punto un disegno di legge finalizzato all'istituzione di un sistema sanitario nazionale. Alla discussione sul tema della sanità, però, prendono parte anche diverse altre figure: i socialisti, di cui si fa portavoce l'ex ministro della Sanità Mariotti, i comunisti, rappresentati da Luigi Longo, e i democristiani, rappresentati da Beniamino De Maria. Infine, a essi si aggiunge Ferruccio De Lorenzo, presidente della Fnomceo, il quale si scontra con l'eccessiva politicizzazione e burocratizzazione della questione sanitaria.

Si decide quindi d'istituire un comitato incaricato di ascoltare tutte le richieste delle parti coinvolte e di unificarle con lo scopo di disegnare un progetto di sistema sanitario nazionale complessivo.

Durante il mandato di Vittorino Colombo vengono finalmente avviati i primi tentativi di riforma. Infatti, l'8 luglio 1974, attraverso il Decreto-legge

264/1974, le funzioni amministrative della sanità vengono trasferite dallo Stato alle Regioni. Questo rappresenta il primo vero passo della riforma sanitaria, che anticipa la Legge 386/1974.

Nell'articolo 1 del decreto si sancisce, come detto in precedenza, il trasferimento dallo Stato alle Regioni delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. In particolare il trasferimento riguarda:

- la prevenzione, la cura e la riabilitazione, con annessa gestione economica di responsabilità del Ministero della Sanità;
- L'assistenza e la tutela sanitaria in scuole, istituti, convivenze pubbliche a carattere educativo/assistenziale e nei luoghi di lavoro.

Una particolare attenzione è posta sulla prevenzione e sulla tutela sanitaria negli ambienti di lavoro/educazione e convivenza; segno che rivela la volontà di espandere i territori della sanità anche ben oltre l'ambito ospedaliero, in linea con le necessità demografiche/epidemiologiche descritte in precedenza.

Inoltre, le Regioni succedono allo Stato nel rapporto con i privati cittadini e con gli enti, incluse le casse mutua (art. 16).

Rimangono di competenza statale:

- i rapporti internazionali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, sanità marittima e aree di frontiera;
- la profilassi delle malattie infettive e diffuse per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie;
- le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs);
- le misure sanitarie e di igiene pubblica da intendersi come ordinanze contingibili e urgenti (cioè in casi eccezionali o di particolare gravità).

Nell'articolo 8 viene ribadito che lo Stato mantiene un ruolo centrale all'interno della gestione della sanità. Esso infatti rimane responsabile «dell'indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni». Ciò significa che le Regioni devono sottostare ad alcuni obiettivi, effettivamente perseguibili con relativa autonomia decisionale, ma imposti dallo Stato anche in merito alle possibilità economiche e agli obblighi internazionali.

Nel frattempo continua lo scontro tra strutture pubbliche ed enti mutualistici privati, mentre cresce il conflitto sociale determinato dalla crisi economica; si tratta di un periodo in cui la svalutazione della lira e la recessione mettono in seria difficoltà la sanità italiana.

In questo contesto gli enti e le casse mutua accumulano ingenti debiti nei confronti delle strutture sanitarie, principalmente a causa del criterio di retribuzione adottato. A differenza di quanto avviene oggi, il pagamento di una singola prestazione sanitaria non avveniva a prescindere dalla durata del ricovero (principio fondante del Drg), ma era regolato in base al numero di giorni di ospedalizzazione. È facile comprendere come, considerate le principali conseguenze della "Legge Mariotti" (aumento della frequenza di ospedalizzazione,

allungamento dei tempi di ricovero e sovraffollamento delle strutture sanitarie), gli enti e le casse mutua non riuscissero più a stare al passo con i crescenti rimborsi richiesti dagli ospedali.

A tal proposito, nel 1974, sotto il governo Rumor, si stabiliscono le «norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa pubblica e l'avvio della riforma sanitaria» attraverso il Decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264. Si tratta del decreto preparatorio alla Legge 386/1974, la quale apporta solo poche modifiche al suddetto decreto e, soprattutto, ne sancisce la legittimità. Con esso, la riforma sanitaria globalmente intesa è ancora più vicina.

Il primo obiettivo è appunto l'estinzione del debito degli enti mutualistici e dei Comuni nei confronti degli ospedali e degli altri istituti di ricovero. Per raggiungere questo obiettivo, il Ministero del Tesoro viene autorizzato a prelevare 2700 miliardi di lire (equivalenti all'entità del debito) dal mercato finanziario (art. 1).

Gli enti indebitati in questo periodo sono numerosi:

- Inam: Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie;
- Enpas: Ente nazionale previdenze e assistenza ai dipendenti statali;
- Inadel: Istituto nazionale assistenza dipendenti enti locali;
- Enpals: Ente nazionale di previdenza e assistenza per i lavoratori dello spettacolo;
- Cassa mutua provinciale di malattia di Trento, Cassa mutua provinciale di malattia di Bolzano;
- Casse marittime Adriatica, Tirrena e Meridionale;
- Federazione nazionale delle casse mutue di malattia dei coltivatori diretti;
- Federazione nazionale delle casse mutue di malattia degli esercenti attività commerciali;
- Federazione nazionale delle casse mutue di malattia degli artigiani per le rispettive casse mutue associate.

Per ognuno di questi enti viene aperto un fondo dedicato all'estinzione del debito (art. 2). Oltre a ciò, si aggiunge un'aliquota ai contributi dei lavoratori necessaria a coprire e mantenere le spese sanitarie (art. 2-bis; art. 4).

Nella seconda parte del decreto-legge si affronta l'avvio della riforma sanitaria, che include tra l'altro la chiusura delle casse mutua. Infatti l'articolo 12 decreta lo scioglimento dei consigli di amministrazione dei vari enti/casse mutua che si occupavano della gestione dell'assistenza sanitaria prima della promulgazione di questo decreto-legge. In particolare, sono citati esplicitamente Inam, Enpas, Inadel, Enpdedp⁶, Enpals e le Federazioni nazionali delle casse mutue degli artigiani, dei commercianti e dei coltivatori diretti. Vengono sciolti anche i

6 Enpdedp: Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti degli enti di diritto pubblico.

consigli di amministrazione delle casse mutue provinciali di malattia di Trento e Bolzano. Tutti gli altri enti e le altre casse mutualistiche non nominati all'interno del decreto devono comunque essere soppressi entro due anni a partire dal 1° luglio 1975 (data ultima di scioglimento degli enti sopra elencati). Le loro funzioni verranno quindi ripartite tra Stato, Regioni e gli altri enti territoriali rimasti preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

L'articolo 13 riveste un'importanza decisiva: vengono infatti coinvolti nell'assistenza sanitaria pubblica anche coloro che non erano iscritti agli enti/casse mutua. Questa fascia di popolazione è rappresentata dai non lavoratori (cittadini che non versano contributi) senza i requisiti di appartenenza alla classe "povera" della popolazione (con accesso gratuito alle cure). A causa di questa condizione peculiare, coloro che fossero rientrati in questa categoria in precedenza non potevano permettersi l'iscrizione a un ente/cassa mutua e rimanevano quindi scoperti dall'assistenza sanitaria. Ora, invece, anche questi soggetti possono accedere all'assistenza sanitaria attraverso l'iscrizione ad appositi ruoli, pagando una quota pari alla spesa capitaria media rilevata dall'Inam per l'anno 1974. Le modalità di registrazione ai ruoli sono regolate autonomamente dalle singole Regioni. Si stabilisce inoltre che coloro i quali non possono permettersi nemmeno tale iscrizione non possano comunque rimanere esclusi dai servizi sanitari d'urgenza, che quindi dovranno essere pagati dalle Regioni secondo metodi scelti a loro discrezione.

Alla luce dell'articolo 13 è evidente che l'intento è ancora una volta quello di estendere alla maggior parte della popolazione l'assistenza sanitaria, avvicinandosi sempre più al sistema universalistico adottato dal sistema sanitario nazionale. Vale la pena di notare, inoltre, che tali cambiamenti non avvengono solo in Italia, ma che anche il resto d'Europa si sta muovendo nella stessa direzione.

Gli articoli 14, 16, 17 e 18 stabiliscono la creazione del cosiddetto "Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera", attivo dal 1° gennaio 1975. Esso è alimentato da una quota dei contributi, da una parte della spesa pubblica, dagli avanzi della gestione dell'assicurazione contro la tubercolosi, dai redditi propri degli enti ospedalieri e da una somma integrativa a carico dello Stato, decisa in base al bilancio annuale. Tali fondi devono quindi essere ripartiti tra le singole Regioni in base a:

- demografia;
- elementi igienico-sanitari;
- numero di posti letto;
- durata media delle degenze;
- indici socio-economici;
- mobilità della popolazione.

Questo impianto normativo, nella sua interezza, ha lo scopo di fornire un servizio sanitario qualitativamente uguale a tutti e di eliminare le disparità presenti tra le diverse Regioni.

Ogni Regione decide dunque in maniera autonoma come utilizzare i fondi, a patto che nel bilancio regionale compaiano le voci per le quali essi sono stati utilizzati. Questa strategia risulta vincente, in quanto le Regioni conoscono le proprie necessità interne reali meglio dello Stato.

Il Cipe (Comitato interministeriale per la programmazione economica, un organismo statale) ha il compito di verificare che il fondo sia sufficiente, e che esso sia sfruttato adeguatamente dalle singole regioni, e di accertare che venga erogato il miglior servizio ospedaliero, sotto i riguardi tanto qualitativi quanto quantitativi. Nel momento in cui il fondo non si rivelasse sufficiente, il Cipe provvede a modificare, con un apposito provvedimento legislativo, le quote sopra menzionate per raggiungere un equilibrio di bilancio.

È inoltre opportuno sottolineare che l'intera Legge 386/1974 dà concreta applicazione all'articolo 117 della Costituzione italiana, nel quale si afferma che la tutela della salute (così come descritta dall'articolo 32 della Costituzione italiana) è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni. In particolare, alle Regioni spetta il potere legislativo, nel rispetto dei principi fondamentali dettati dallo Stato. È quindi quest'ultimo a imporre i binari lungo i quali le Regioni devono indirizzare il proprio percorso, sia di legiferazione che di applicazione delle leggi.

Come accennato prima, nella Legge 386/1974 vengono rivisti alcuni articoli del decreto-legge sopra descritto, senza però mutarne lo scheletro.

Essa risulta essere il punto di partenza fondamentale della Legge 833/1978, con la quale viene istituito l'odierno sistema sanitario nazionale.

Dal Servizio sanitario nazionale ai giorni nostri

Istituzione del Servizio sanitario nazionale: la Legge 833/1978

Durante gli anni Settanta, la storia della sanità in Italia subisce una serie di stravolgimenti, dettati dalla necessità di uniformare il servizio sanitario su scala nazionale. Il sistema mutualistico, pur rappresentando un modello sistematico di organizzazione della sanità, mostrava i segnali di un progressivo e inevitabile cedimento. I motivi principali erano da attribuire alla disomogeneità nella fornitura dei servizi e alle spese eccessive che gravavano sulle casse di molte regioni.

La mutua, come abbiamo visto in precedenza, era un sistema assicurativo specifico per ogni categoria di lavoratori. Vi erano, ad esempio, l'Inam, la grande mutua nazionale, che assicurava i dipendenti del privato e dell'industria, e l'Enpas, che forniva assicurazione sanitaria ai dipendenti statali. Inoltre esistevano diverse organizzazioni mutualistiche che coprivano le esigenze assicurative sanitarie dei contadini, degli artigiani e dei dipendenti degli enti pubblici locali. Ogni mutua erogava per i propri assistiti una serie di prestazioni sanitarie, che risultavano però estremamente disomogenee in relazione alle disponibilità economiche delle organizzazioni stesse. I problemi principali riguardavano soprattutto la copertura sanitaria delle classi meno abbienti (e dunque la mutua dei coltivatori diretti *in primis*): molti lavoratori si vedevano infatti costretti a pagare anticipatamente le prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno e venivano rimborsati dalle rispettive mutue in tempi dilazionati. Di conseguenza poteva accadere che i cittadini pagassero somme diverse alle rispettive mutue, ottenendo prestazioni altrettanto diverse nella quantità e nella qualità. Talvolta lo Stato interveniva a posteriori in questa sorta di "anarchia" culturale e organizzativa, ma di fatto mancava una linea guida mirata all'omogeneità dei servizi e delle prestazioni a livello nazionale.

Ulteriori problemi del sistema sanitario mutualistico erano da attribuire alla mancanza d'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, le quali venivano gestite come settori a sé stanti, e soprattutto agli eccessivi costi che la sanità comportava per le Regioni: infatti, poiché non vi erano conoscenze

né disponibilità di tecnologie preventive particolarmente avanzate, si tendeva a privilegiare la cura quale cardine delle politiche di salute pubblica.

Al fine di superare i limiti d'inefficienza e inefficacia verificatisi nel sistema sanitario, la Legge 833 del 1978 prevede un radicale rinnovamento della sua impostazione, imperniato sul principio dell'“universalità dei destinatari”. Tale principio si basa sull'eliminazione della disparità socio-sanitaria presente nell'organizzazione fino ad allora vigente e sulla fondazione di un sistema sanitario nazionale UNICO.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale risponde anche all'esigenza di dare attuazione all'articolo 32 della Costituzione: «La Repubblica Italiana tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

La Legge 833/1978 sancisce quindi l'istituzione di un sistema sanitario nazionale, «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (art. 1).

Questa definizione richiama il concetto di “welfare State”, in base al quale lo Stato è inteso come garante dell'assistenza sanitaria nell'interesse del suo contenuto sostanziale, così come della sua accessibilità, la quale deve sussistere per tutti in condizioni di uguaglianza.

Il Ssn disegnato dalla Legge 833/1978 si propone dunque di osservare tali principi, realizzandoli in virtù di:

- attenzione all'educazione sanitaria per favorire la formazione di una coscienza sanitaria;
- prevenzione delle malattie e degli infortuni;
- diagnosi e cura delle malattie;
- riabilitazione nelle situazioni d'inabilità/invalidità;
- promozione e salvaguardia della salute e dell'igiene degli ambienti di vita e di lavoro;
- igiene alimentare, nonché prevenzione e difesa sanitaria degli allevamenti animali;
- disciplina dell'attività farmaceutica nel suo complesso e relativa informazione;
- formazione professionale e aggiornamento del personale del Servizio sanitario nazionale.

Come si evince dai principi cui si fa riferimento nell'articolo 1, la rivoluzione del Ssn ruota attorno all'incentivazione della prevenzione delle malattie e alla promozione della salute, le quali rappresentano le fondamenta di qualsiasi sistema sanitario moderno. Che cosa s'intende con queste espressioni e, dunque, in che cosa si distinguono l'una dall'altra in termini di significato?

Il termine “prevenzione” in sanità indica un modello operativo volto alla rimozione dei fattori di rischio attraverso l’educazione sanitaria (in inglese *health education*), affinché i cittadini vengano a conoscenza dell’esistenza di particolari agenti/comportamenti dannosi per la salute. Un esempio attuale è quello delle campagne anti-fumo.

Nella sanità con “promozione sanitaria” (in inglese *education for health*) viene indicato un modello comunicativo e operativo volto a stimolare l’adozione di fattori di protezione all’interno della popolazione. Un esempio di promozione della salute è rappresentato dalla campagna “*got milk*”, una tra le più efficaci in termini di sanità pubblica, finalizzata a promuovere l’aumento dell’*intake* di calcio nelle ragazze tra i 10 e i 16 anni, per ridurre il rischio di osteoporosi.

La prevenzione e la promozione della salute sono quindi i due strumenti della sanità moderna per ridurre il *burden of disease* all’interno della popolazione; inoltre esse mirano alla riduzione delle spese per le cure di patologie prevenibili e quindi a una migliore gestione dell’economia sanitaria.

Tutto ciò risulta perfettamente in linea con gli obiettivi della Legge 833/1978, presentati nell’articolo 2:

- superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese;
- sicurezza del lavoro;
- tutela della maternità e dell’infanzia;
- promozione della salute nell’età evolutiva;
- tutela sanitaria delle attività sportive;
- tutela della salute degli anziani;
- tutela della salute mentale;
- identificazione e rimozione delle cause dell’inquinamento dell’atmosfera, delle acque e del suolo.

Dopo aver presentato i punti fondamentali della Legge 833/1978, vediamo ora com’è organizzato il Servizio sanitario nazionale.

Organizzazione del Servizio sanitario nazionale

Con l’istituzione della nuova legge, il sistema sanitario nazionale viene strutturato secondo un modello definito “verticale”, al cui vertice troviamo lo Stato (livello centrale), seguito dalle Regioni (livello intermedio) e infine dagli enti locali (livello periferico). a ogni livello competono specifici compiti.

1. Livello centrale (Stato). (Artt. 3, 4, 5 e 6):
 - definire gli ambiti d’interesse collettivo e gli indirizzi generali per la tutela della salute in senso ampio;
 - fissare gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale;

- fissare i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire, comunque, a tutti i cittadini;
- stabilire le norme per garantire condizioni di salute uniformi per tutto il territorio nazionale e le relative sanzioni penali;
- indirizzare e coordinare le attività amministrative regionali;
- adempiere a funzioni amministrative di carattere generale;
- redigere il Piano sanitario nazionale (Psn) (art. 53).

2. Livello intermedio (Regioni). (Artt. 7, 10 e 11).

Secondo le direttive presenti nella Legge 833/1978, le Regioni sono enti dotati di propria autonomia con il compito di consegnare le direttive provenienti dal centro (lo Stato) alla periferia (gli enti locali). Le Regioni adempiono quindi alle seguenti funzioni:

- legislative: sempre e comunque nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato;
- amministrative: proprie o loro delegate;
- di programmazione: realizzano i piani sanitari regionali triennali con la più ampia partecipazione democratica (enti locali, università site nel territorio regionale, organizzazioni rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, organi della sanità militare territorialmente competenti) Questi piani traducono le indicazioni del Psn, adattandole alle singole realtà regionali.
- di articolazione e gestione territoriale: determinano gli ambiti delle Usl, coordinandoli con i servizi sociali presenti sul territorio.
- disciplinano l'organizzazione, la gestione, il funzionamento e la contabilità delle Usl.
- stabiliscono i criteri di ripartizione del fondo sanitario regionale fra le Usl.

3. Livello periferico (enti locali). (Artt. 12 e 13).

Di questo livello operativo fanno parte le Province e i Comuni, con mansioni differenti:

- Province: responsabilità nelle materie d'igiene ambientale e di prevenzione;
- Comuni: assolvono funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera (escluse le funzioni che competono allo Stato e alle Regioni) tramite le Unità sanitarie locali (Usl).

Unità sanitarie locali

Un elemento del tutto nuovo istituito dalla Legge 833/1978 è rappresentato dalla costituzione delle Unità Sanitarie Locali (Usl), ossia le strutture operative dei Comuni e delle Comunità montane (artt. 10, 14, 15, 61).

L'unità sanitaria locale è costituita dall'insieme dei presidi, degli uffici e dei servizi che fanno fronte alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini. Ogni Usl opera in un ambito territoriale variabile, che può comprendere dai 50.000 ai 200.000 abitanti a seconda delle caratteristiche fisiche, sociali ed economiche del territorio coperto. All'interno delle Usl sono inoltre accorpati gli ospedali rispondenti ai requisiti minimi previsti dall'art. 19, comma 1, della "Legge Mariotti" (Legge 132/1968).

Come sono organizzate le Unità sanitarie locali?

In accordo con l'articolo 15 della Legge 833/1978, gli organi gestionali della Usl sono l'Assemblea generale e il Comitato di gestione. A livello pratico, l'Assemblea generale rappresenta il più importante organo amministrativo deliberante dell'ente locale (Comune o Comunità montana), con il compito di approvare gli atti amministrativi più rilevanti di ogni Usl, predisposti dal Comitato di gestione.

Essa ha inoltre la funzione di eleggere il Comitato di gestione, il quale compie tutti gli atti amministrativi delle Usl:

- i bilanci e i conti consuntivi;
- i piani e i programmi che impegnano più esercizi;
- la pianta organica del personale;
- i regolamenti;
- le convenzioni.

È inoltre previsto, all'interno di ogni Usl, un Ufficio di direzione con responsabilità in ambito sanitario e amministrativo: esso è infatti preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi, nonché della direzione del personale sanitario.

L'articolo 14 della Legge 833/1978 definisce inoltre quali siano le specifiche mansioni di cui debba occuparsi ogni unità sanitaria locale, ovvero:

1. educazione sanitaria;
2. igiene dell'ambiente;
3. prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
4. protezione sanitaria materno-infantile, assistenza pediatrica e tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
5. igiene e medicina scolastica negli istituti d'istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
6. igiene e medicina del lavoro, nonché prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
7. medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive;
8. assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
9. assistenza medico-specialistica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale, per le malattie fisiche e psichiche;

10. assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
11. riabilitazione;
12. assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie;
13. igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
14. profilassi e polizia veterinaria, nonché ispezione veterinaria sugli animali destinati alla macellazione e sui prodotti di loro derivazione, sulla loro alimentazione e riproduzione;
15. accertamenti, certificazioni e ogni altra prestazione medico-legale.

Come visto in precedenza, questi punti sono responsabili di una vera e propria rivoluzione del sistema sanitario, all'interno del quale l'attenzione per i cittadini è focalizzata non solo sul momento della cura e della malattia, ma anche sulla tutela globale dell'individuo, e dunque si tiene conto in prima istanza della prevenzione.

Distretti

Con l'istituzione del sistema sanitario nazionale, vengono create anche alcune «strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento» (art. 10, comma 3): i distretti.

Il sistema dei servizi sanitari previsto dalla Legge 833/1978 è diviso in più livelli di assistenza: assistenza primaria, specialistica, ma anche consultoriale e domiciliare.

Il distretto viene quindi identificato come la struttura deputata all'erogazione delle cure primarie attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, alla gestione della domanda locale di prestazioni specialistiche e di diagnostica, nonché della domanda di prestazioni ospedaliere in regime ambulatoriale e di ricovero: il distretto ha quindi una funzione di raccordo tra la domanda del cittadino e l'erogazione dei servizi sanitari, specialistici e non, e ha il compito di analizzare le richieste e le problematiche provenienti dalla popolazione residente, agendo quindi da fulcro d'interazione tra individuo, servizi e territorio. L'intento dello Stato è infatti quello di rilevare e soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione, potenziando l'aspetto socio-assistenziale, tanto carente nel sistema mutualistico.

Nello specifico, ogni distretto adempie le seguenti attività:

- controllo e miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro;
- tutela sanitaria delle attività fisico-ricreative;
- tutela degli alimenti, vaccinazioni e altre forme di profilassi e di disinfezione, nonché tutte le altre misure di lotta contro le malattie trasmissibili;
- interventi di prevenzione individuale e collettiva, compresi quelli d'igiene mentale;
- attività diagnostiche e terapeutiche correnti, domiciliari e ambulatoriali;

- distribuzione dei farmaci;
- informazione, promozione sociale ed educazione dei cittadini;
- vigilanza, profilassi e assistenza veterinaria;
- garanzia di collegamenti funzionali e d'integrazioni con i servizi socio-assistenziali¹.

Assistenza extra-ospedaliera e medici di medicina generale

Con la scomparsa del sistema mutualistico cambia profondamente anche l'assetto dell'assistenza sanitaria, sia di quella ospedaliera (di cui si parlerà nel paragrafo successivo) sia di quella non ospedaliera. I vecchi "medici della mutua" sono stati sostituiti ora dai "medici di medicina generale", cioè da medici liberi professionisti convenzionati con il sistema sanitario nazionale, ai quali viene assegnata l'assistenza primaria dei cittadini secondo un criterio di distribuzione territoriale. I posti disponibili sul territorio sono definiti in base alla numerosità della popolazione (e non in base alle esigenze di ogni singola mutua) e vengono assegnati sulla base di graduatorie stilate per ogni Regione. La retribuzione del medico non avviene più per prestazione effettuata, ma a seconda del numero di persone che ha in carico.

La Legge 833/1978 istituisce anche la figura del pediatra di libera scelta, un medico libero professionista convenzionato con il Ssn, che ha il compito di fornire l'assistenza primaria a bambini dai due ai 12 anni.

La scelta del medico da parte del cittadino è libera: l'articolo 19 assicura infatti ai cittadini il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura, nei «limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari».

Assistenza ospedaliera

Con la Legge 833/1978 le strutture ospedaliere perdono la personalità giuridica prima acquisita con la promulgazione della Legge 132/1968, nella quale si affermava che «sono enti ospedalieri gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero e alla cura degli infermi» (art. 2).

Il nuovo sistema sanitario nazionale, in accordo con l'enunciato dell'articolo 17, considera infatti gli ospedali come strutture dipendenti dalle Usl e quindi non più come enti di diritto pubblico². La gestione economica e amministrativa degli ospedali è quindi affidata alle Usl dei rispettivi territori, le quali a loro volta rispondono alle direttive provenienti dalla Regione (art. 18). Inoltre, per poter

1 Carnevali O., Marilunghi P., *L'organizzazione del personale e dei servizi dell'Usl*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1981.

2 Tiberio A., Viani G., *Legislazione sociale e sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1995.

essere definito tale, ogni ospedale deve possedere alcuni requisiti minimi previsti dall'articolo 19, comma 1, della Legge 132/1968 ("Legge Mariotti"):

- un servizio di accettazione, fornito di necessari apprestamenti per l'igiene personale dei malati e di locali adeguati per l'osservazione dei ricoverati, divisi per sesso;
- idonei locali di degenza distinti a seconda della natura delle prestazioni, del sesso e dell'età dei malati;
- locali separati per l'isolamento e la cura degli ammalati di forme diffuse;
- adeguati spazi speciali di radiologia e di analisi;
- servizi speciali di trasfusione e di anestesia;
- biblioteca e sala riunione per i sanitari;
- servizi di disinfezione, lavanderia, guardaroba, fardelleria, bagni, cucina, dispensa;
- servizio di pronto soccorso con adeguati mezzi di trasporto;
- poliambulatori da utilizzarsi anche per la cura post-ospedaliera dei dimessi, per le attività di medicina preventiva e di educazione sanitaria in collegamento con le altre istituzioni sanitarie della zona;
- servizio di assistenza religiosa;
- sala mortuaria e di autopsia secondo le prescrizioni del regolamento di polizia mortuaria e di quella locale.

Molti stabilimenti ospedalieri, soprattutto nell'Italia meridionale, sono stati costretti a terminare la loro attività poiché non rispecchiavano tali requisiti minimi.

A livello regionale vengono inoltre individuati i cosiddetti Irccs, ovvero gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ospedali ai quali si riconosce una valenza di carattere nazionale in ambito di ricerca scientifica. Anche gli Irccs, a termini di legge, devono possedere dei prerequisiti minimi e vengono riconosciuti tramite «decreto del Ministro della sanità, in accordo con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le Regioni interessate e il Consiglio Sanitario Nazionale» (art.42).

Gli Irccs, inoltre, non vengono amministrati dalle Usl e non sono assoggettati al potere legislativo regionale, ma rispondono direttamente al Ministero.

Assistenza psichiatrica

Nello stesso anno in cui si va delineando il nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale, anche l'assistenza psichiatrica in Italia subisce delle profonde modifiche.

L'assistenza psichiatrica veniva ancora regolata dalla Legge 36 del 1904, la quale subordinava il concetto di "cura" del paziente a quello di "custodia" all'interno dei manicomi, mettendo in primo piano la salvaguardia della società nei

confronti delle persone affette da malattia mentale «quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo»³. Il trattamento era quindi finalizzato alla difesa e al controllo sociale, piuttosto che alla tutela della salute del malato psichiatrico.

Con l'introduzione della Legge 180 del 1978, conosciuta anche come "Legge Basaglia" (anche se, in realtà, sarebbe più corretto citare anche Orsini, che ne fu relatore in parlamento), l'assistenza psichiatrica cambia radicalmente. Essa infatti sancisce che il trattamento sanitario in ambito psichiatrico sia basato sul diritto della persona alla cura e alla salute e non più sul giudizio di pericolosità. Il trattamento sanitario dev'essere, di norma, volontario e dev'essere effettuato, come la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e nei servizi extra-ospedalieri operanti nel territorio. In caso di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici non applicabili in tali contesti, può essere effettuato un trattamento sanitario obbligatorio (Tso) presso i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), istituiti presso gli ospedali.

Quindi, in base alla Legge 180, che prevede la soppressione degli ospedali psichiatrici, viene meno il paradigma che caratterizzava la normativa nazionale fino ad allora vigente, fondato sull'intervento di custodia e dunque su un approccio segregante nei confronti della malattia, e vengono restituiti i diritti e la dignità al malato psichiatrico.

Piano sanitario nazionale (Psn)

Il Piano sanitario nazionale rientra tra le «Procedure di programmazione e di attuazione del SSN» previste dalla Legge 833/1978. Il Piano rappresenta il principale strumento di programmazione sanitaria, in quanto permette di definire gli obiettivi da raggiungere in un dato arco temporale attraverso l'individuazione di azioni e di strategie finalizzate alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del Servizio sanitario nazionale. Si tratta, insomma, del punto di riferimento imprescindibile per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello centrale sia a livello locale. Attraverso il Piano sanitario nazionale, infatti, lo Stato stabilisce le linee generali d'indirizzo del Servizio sanitario nazionale, rispettando gli obiettivi e i vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza sanitaria, e applicandoli uniformemente in tutto il territorio nazionale.

L'articolo 53 della Legge 833/1978 definisce l'*iter* di elaborazione del Psn. Il compito di formularne la proposta spetta al ministro della Sanità, eventualmente a seguito di una consultazione del Consiglio sanitario nazionale. Questa proposta dev'essere formulata «in conformità agli obiettivi della programmazione

3 Legge 36/1904. Disponibile al sito: http://www.cartedalegare.san.beniculturali.it/fileadmin/redazione/Materiali/Legge_14_febbraio_1904.pdf.

socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali». Infine la proposta dev'essere sottoposta all'approvazione del Governo e, successivamente, proposta Parlamento, che ha il potere di approvarla con atto non legislativo.

Il piano approvato ha durata triennale, ma nel corso di questo periodo può essere modificato attraverso la stessa procedura prevista per l'approvazione. Ogni Psn successivo viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del Psn precedente.

Il Psn stabilisce (art. 53):

- gli obiettivi da realizzare (con riferimento all'art. 2);
- l'importo del Fondo sanitario nazionale;
- gli indici e gli standard nazionali da assumere per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni, prevedendo in particolare quelli relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi;
- gli indirizzi che ogni Regione dovrà seguire nel ripartire la quota assegnata tra le varie Unità sanitarie locali;
- i criteri di riferimento per la legislazione regionale circa l'organizzazione dei servizi previsti e il personale relativo;
- le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- gli indirizzi per la realizzazione dei successivi piani regionali;
- gli obiettivi relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale facente parte del Ssn;
- le modalità e le prassi con cui regolare le verifiche ispettive in merito alla realizzazione del piano stesso;
- le priorità nel campo della ricerca biomedica e in altri settori attinenti alla tutela della salute.

Gli anni Ottanta e Novanta

Nei primi anni Ottanta proseguono le azioni di programmazione, integrazione e riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, così come gli interventi di contenimento degli sperperi economico-sanitari che avevano caratterizzato il sistema mutualistico.

L'attuazione di queste misure incontra tuttavia diversi ostacoli, dovuti soprattutto alle grosse differenze tra una Regione e l'altra e anche all'interno di una stessa Regione. A questi problemi si aggiungono quelli causati da alcune debolezze dell'impianto legislativo stesso. Per esempio, manca una distinzione chiara tra le funzioni della parte politica e quelle della parte tecnica (spessissimo, infatti, il presidente a capo delle Usl è di nomina politica). Un altro limite emblematico consiste nel fatto di riconoscere un carattere universale solamente al servizio interamente gratuito. Spesso, inoltre, è difficile controllare i costi del

sistema sanitario nazionale, a maggior ragione perché i poteri di chi finanzia la spesa (lo Stato) e di chi la effettua (le Regioni) restano separati. Per di più alcune di queste Regioni (soprattutto al Sud) eccedono nella creazione di presidi e di servizi sanitari, contribuendo ad aumentare ancor più il disavanzo: di fatto si tratta di aree caratterizzate da una scarsa attività produttiva, in cui le attività economiche principali appartengono alla dimensione dei servizi, prima fra tutti, se si eccettua l'apparato burocratico degli enti locali, proprio la sanità.

Il processo di applicazione della Legge 833/1978 è rallentato anche dall'opposizione proveniente da parte della classe medica, che teme una subordinazione della propria autonomia professionale ai dettami della burocrazia e della politica.

Per queste ragioni, e alla luce di una posizione apertamente polemica nei confronti di questa legge, all'epoca viene promossa una campagna contro la spesa sanitaria, considerata eccessiva da larga parte dell'opinione pubblica. In realtà, il problema non riguarda l'entità della sola spesa sanitaria, ma la spesa pubblica nel suo complesso. I dati del Censis lo confermano: la spesa sanitaria posta sotto accusa, infatti, in quegli anni si aggira mediamente intorno al 6% del prodotto interno lordo, un dato molto al di sotto di quello degli Stati Uniti (intorno al 10%) e della Germania (8%)⁴.

Anche negli ospedali si registra un certo malcontento nei confronti dell'organizzazione sanitaria dell'epoca, dovuto alla gestione economico-amministrativa delle Usl. Alcune realtà riconosciute a livello internazionale, come ad esempio il Policlinico di Milano, reputano inaccettabile far approvare le proprie decisioni da un comitato di gestione locale. Allo stesso tempo si sentono private di risorse economiche che, considerata l'entità di alcune strutture, reputano insufficienti. Per queste ragioni il Policlinico chiese di essere riconosciuto come Irccs, in modo da sottrarsi al controllo degli enti di gestione locale e da fare riferimento direttamente al Ministero.

Un altro problema di fondo della riforma consiste nelle liste d'attesa per i servizi offerti dal sistema, molto lunghe, che sono responsabili dell'insoddisfazione dei cittadini, ma anche di alcuni episodi di clientelismo. La politica del "tutto gratis a tutti", insomma, è sul punto di collassare.

Di conseguenza in questi anni vengono emanate alcune leggi minori per modificare la Legge 833/1978 ed eliminare alcune storture del sistema. La novità più importante è rappresentata dall'introduzione dei ticket (Legge n. 382 del 25 novembre 1989) al fine di arginare la spesa sanitaria e il consumo di risorse, ormai sempre più consistenti. Tuttavia questi provvedimenti non riescono a modificare la percezione da parte degli utenti, che rimangono dell'idea che il servizio sanitario costituisca uno dei fattori principali del dissesto finanziario del paese. Sulla base di questi presupposti nella mente di alcuni politici e di stimati

4 Mapelli V., *Il sistema sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna, 1999.

economisti comincia a prendere forma l'idea di una politica sanitaria all'“americana”, in linea con lo slogan “meno Stato, più mercato”.

Gli anni Novanta e le riforme

Come abbiamo visto in precedenza, se da un lato la Legge 833/1978 appariva rivoluzionaria in termini di pianificazione sanitaria, dall'altro non teneva in considerazione le reali disponibilità economiche dello Stato e delle Regioni di quegli anni. Il risultato fu quindi la creazione di un sistema sanitario utopistico, caratterizzato da prestazioni qualitativamente e quantitativamente non del tutto soddisfacenti e da sprechi rilevanti, che dunque non riuscì a riequilibrare le pesanti disparità territoriali ereditate dal precedente sistema mutualistico⁵.

Per combattere l'idea che il Ssn sia tra i maggiori responsabili del dissesto finanziario dell'Italia, già nel 1987 il Governo presenta un disegno di legge che introduce nella sanità il concetto di “azienda”. Lo scopo è quello di ottenere ospedali dotati di notevole autonomia organizzativa e gestionale, in grado di assolvere le loro funzioni in modo efficace ed efficiente, ossia di ottimizzare il rapporto tra risorse impiegate, servizi offerti e impatto sui bisogni pubblici.

Il processo di rinnovamento inizia quindi negli anni Novanta con la Legge 421 del 23 ottobre 1992, che assegna la «delega al Governo per la razionalizzazione e revisione della disciplina in materia sanitaria».

Viene così emanato il Decreto legislativo 502/1992, modificato poi dal successivo decreto del 7 dicembre 1993 (è bene notare che, quando si parla di questa riforma sanitaria, si fa riferimento automaticamente anche alle modifiche apportate dal d.lgs. n. 517).

Il d.lgs. 502 del 1992 inaugura così la fase della sanità “manageriale”, che deve far fronte alle emergenze economico-finanziarie e dunque contenere i costi, lievitati in maniera insostenibile.

Le principali modifiche introdotte in questi anni, non solo con il Decreto legislativo 502/1992, sono state:

- l'individuazione da parte dello Stato dei livelli uniformi di assistenza sanitaria che devono essere obbligatoriamente garantiti dal Ssn ai cittadini aventi diritto. Inoltre si stabilisce che è compito dello Stato definire annualmente, nel contesto delle leggi finanziarie, l'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie previste entro questi livelli e che le prestazioni sanitarie rimanenti debbano essere eventualmente finanziate attingendo alle risorse delle Regioni.
- La regionalizzazione della sanità: alle Regioni sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel

⁵ Giorgetti R., *Il servizio sanitario – Guida all'evoluzione normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli editore, Rimini, 1998.

- controllo delle attività sanitarie gestite dalle aziende e nel governo di attività d'igiene pubblica, anche in collaborazione con la neocostituita Arpa (Azienda regionale per la protezione ambientale).
- L'aziendalizzazione: le Usl non sono più strumenti operativi dei Comuni singoli o associati, ma aziende regionali con personalità giuridica propria e autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale.
 - Un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate in base a tariffe predeterminate dalle Regioni.
 - Il sistema dell'accreditamento e della remunerazione a tariffa.

Livelli uniformi di assistenza

I livelli uniformi di assistenza sanitaria sono l'insieme delle attività che devono essere erogate dal sistema sanitario nazionale e rappresentano quindi un diritto per tutti i cittadini.

Le idee alla base della loro progettazione rispecchiano i concetti definiti dalla Legge 833/1978, ma al contempo mettono in relazione i diritti alla salute della popolazione con le esigenze economiche dello Stato e delle Regioni. La legge del 1978 prevede infatti la programmazione dei «livelli delle prestazioni che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini» (art. 3, comma 2), così come l'unificazione dei livelli di prestazione sanitaria (art. 57), a prescindere dai vincoli economici o dalle spese relative all'erogazione dei servizi sanitari.

All'interno del d.lgs. 502/1992 si sottolinea, invece, quanto sia importante considerare anche il bilancio nella programmazione sanitaria: infatti, i livelli uniformi di assistenza devono essere vincolati agli «obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale» e all'«entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale».

La determinazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria avviene anche sulla base dei dati epidemiologici e clinici e si accompagna alla specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini in rapporto al volume delle risorse economiche a disposizione (art.1, comma 4). La legge assegna inoltre alle Unità sanitarie locali il compito di assicurare che i livelli uniformi di assistenza vengano rispettati nei rispettivi ambiti territoriali (art.3, comma 2).

I livelli uniformi di assistenza sanitaria vengono infine definiti e aggiornati in accordo con i contenuti del Piano sanitario nazionale.

La Regionalizzazione del sistema sanitario

Con il d.lgs. 502/1992 viene riconosciuto maggior potere economico-gestionale alle Regioni nell'ambito sanitario. Il decentramento dei poteri dallo Stato

alle Regioni ha il chiaro fine, previsto già dalla Legge delega 421 del 1992 (a cui segue lo stesso d.lgs. 502/1992), di favorire

«la governabilità dei servizi, sollevandone il carico dallo Stato centrale e ripartendolo tra la molteplicità delle Regioni, più vicine e sensibili ai bisogni della gente. Esso serve a responsabilizzare maggiormente i pubblici poteri regionali [...] verso i cittadini, ai quali esse Regioni debbono rispondere dei risultati conseguiti e degli eventuali oneri aggiuntivi che su di essi faranno cadere in caso di disavanzo di gestione».

Il d.lgs. 502/1992, quindi, assegna in maniera chiara un ruolo di maggior responsabilità alle Regioni, poiché le investe di poteri d'indirizzo e di controllo per quanto riguarda la «determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere» (art. 2, comma 2).

In particolare, le Regioni devono ora provvedere in maniera autonoma alla determinazione del Piano sanitario regionale (Psr), stabilendo i livelli di assistenza (eventualmente superiori a quelli previsti dallo Stato, art. 13, comma 1), così come regolando l'organizzazione interna delle aziende sanitarie e della rete dei servizi e dei presidi.

Inoltre, esse hanno il compito di determinare il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie mediante:

- i criteri di ripartizione del Fondo sanitario in funzione della quota capitaria associata ai livelli uniformi di assistenza (art. 3, comma 5);
- le tariffe per le prestazioni (art. 4, comma 7);
- il concorso degli utenti (art. 13, comma 2 e 3).

Infine, è responsabilità delle Regioni «far fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi [...] con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato» (art. 13, comma 1).

L'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Con il riordino del Ssn, sia le Usl che gli ospedali resi autonomi vengono trasformati in aziende di diritto pubblico. L'uso del termine “azienda” dipende dall'esigenza di connotare le organizzazioni sanitarie alla luce della loro efficienza ed efficacia in rapporto all'attività svolta, così come accade per le realtà aziendali che producono beni di altra natura.

L'impostazione aziendalistica richiede quindi alle istituzioni sanitarie un impegno sul piano della produttività, affinché sfruttino al meglio le risorse assegnate mantenendo un livello accettabile di qualità. Di conseguenza all'interno di questo sistema assume importanza anche il concetto di “concorrenza”, poiché

ogni azienda sanitaria è tenuta a offrire prestazioni quantitativamente e qualitativamente superiori alle altre, pur sempre nel rispetto dei rispettivi bilanci aziendali.

L'intento è chiaro: da un sistema centralizzato, nel quale lo Stato è l'erogatore primario dei servizi (tramite le Usl e gli ospedali), si passa a un sistema di stampo "americano", nel quale ogni azienda è costretta a migliorarsi costantemente. Con questa transizione, quindi, si punta anche a mantenere il settore sanitario costantemente aggiornato e produttivo, evitando gli sprechi propri degli anni Ottanta.

Pertanto le Asl (Aziende sanitarie locali, secondo la nuova dicitura) e le aziende ospedaliere godono di autonomia organizzativa e amministrativa, nonché patrimoniale (in quanto possono disporre del patrimonio mediante atti di acquisizione, amministrazione e cessione dello stesso).

Poiché il territorio amministrato da ogni Asl deve inoltre coincidere di norma con quello delle Province (art. 3, comma 5, d.lgs. 502/1992), da un totale di 620 Usl si passa a 276 Asl⁶.

Sistema di pagamento a tariffa predeterminata per prestazione

Il sistema di pagamento a tariffa regola la retribuzione economica dei soggetti erogatori di prestazioni, le Asl e le aziende ospedaliere. Questo sistema è descritto dalla Legge 724/1994 (la cosiddetta "Legge Finanziaria del 1995") e prevede che tutte le strutture accreditate (che erogano cioè le prestazioni per conto del Ssn) vengano remunerate a tariffa, in base al numero di prestazioni effettivamente erogate (sono esclusi i medici di medicina generale).

Il sistema precedente considerava esclusivamente il numero delle giornate di degenza: le Regioni pagavano gli ospedali pubblici e convenzionati in base alla tariffa concordata per posto letto, moltiplicata per il numero delle giornate di degenza⁷.

Con questa legge il finanziamento delle organizzazioni sanitarie avviene secondo un modello molto più "aziendale", perché dipende dal prodotto di ogni azienda sanitaria (che è direttamente proporzionale all'entità dell'erogazione dei servizi). Per determinare l'entità della tariffa spettante a ogni organizzazione sanitaria, viene inoltre introdotto il sistema del Drg (*Diagnosis related group*). Questo sistema, già adottato diversi anni prima negli Stati Uniti, permette di calcolare sulla base di algoritmi specifici i costi di produzione per ogni prestazione erogata. Di conseguenza a ciascuna tipologia di prestazione corrisponde una tariffa predeterminata, che viene corrisposta all'ospedale erogatore indipendentemente

6 Cfr. *Rapporto Istat*, cit. in «Panorama della sanità», n. 21, 1995.

7 Giorgetti R., *op. cit.*

dalle giornate di degenza per ogni paziente, dalle cure erogategli e, quindi, dai costi specifici sostenuti per il trattamento.

In sostanza, questo sistema permette di rilevare le differenze tra i diversi ospedali in termini di attività erogate e di complessità delle patologie trattate e, dunque, di finanziare maggiormente quelli che producono di più e trattano i pazienti che comportano un maggior impegno assistenziale⁸.

Oltre a permettere un controllo migliore della spesa del Ssn, il sistema dei Drg è finalizzato anche a incentivare l'efficienza dei singoli ospedali erogatori di servizi (che risultano quindi essere in concorrenza tra di loro) e a migliorare la qualità dei servizi erogati. La scelta della struttura dove curarsi da parte del cittadino diviene quindi importante, perché contribuisce a determinare l'andamento economico delle strutture sanitarie, rimborsate per numero di prestazioni. Ancora una volta, dunque, è bene notare come logiche e comportamenti di questo tipo rispecchino le caratteristiche del sistema concorrenziale precedentemente descritto.

Il sistema dell'accREDITAMENTO

Come si è visto in precedenza, il processo di rimodernamento del Ssn si basa essenzialmente sullo sviluppo di un sistema sanitario attento non solo alle casse della Regione e dello Stato, ma anche all'efficienza e alla qualità dei servizi erogati. Per raggiungere questo obiettivo è necessario individuare i requisiti essenziali a cui ogni azienda deve rispondere, in modo che la qualità assistenziale raggiunga ovunque un livello adeguato e il più possibile uniforme. Il sistema dell'accREDITAMENTO, che si fa carico di questa funzione, agisce dunque sia come una forma di controllo della qualità dei servizi sanitari, sia come una forma di garanzia nei confronti del cittadino usufruttuario.

L'accREDITAMENTO istituzionale, infatti, è il processo attraverso il quale la Regione riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private la possibilità di erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale. Questo riconoscimento garantisce ai cittadini che le strutture accreditate siano in possesso, oltre che dei requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio da parte delle normative nazionali e regionali (descritti successivamente), anche degli ulteriori requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli standard di qualità richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità.

Con il d.lgs 502/1992 vengono definiti alcuni criteri minimi necessari a un'azienda per ottenere l'autorizzazione (o certificazione obbligatoria), che costituisce il presupposto indispensabile per poter esercitare un'attività sanitaria e per chiedere l'accREDITAMENTO. Quest'ultimo quindi corrisponde a quel *quid pluri*

8 France G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel SSN*, Giuffrè editore, Milano, 1999.

rispetto all'autorizzazione che consente non solo di esercitare un'attività sanitaria, ma di agire per conto del Ssn, ed è un titolo che può essere riconosciuto solo in seguito al comprovato possesso di requisiti ulteriori.

Dunque, mentre la certificazione obbligatoria consiste solamente in un'autorizzazione a operare, o a istituire una convenzione con il Ssn, il sistema dell'accreditamento garantisce la qualità delle prestazioni sanitarie da parte degli erogatori (ospedali e Asl) e ha come obiettivo il miglioramento continuo e la soddisfazione del cittadino⁹.

La materia dell'accreditamento è stata più volte rimaneggiata dalle varie leggi finanziarie, fino a essere disciplinata organicamente dal d.p.r. del 14 gennaio 1997. Oltre a stabilire i criteri minimi necessari per l'accreditamento, esso stabilisce che la materia delle autorizzazioni è di competenza delle Regioni e delle Province autonome, insieme al disciplinamento delle «modalità per l'accertamento e la verifica del rispetto dei requisiti minimi» (art. 2, comma 2). Questo stesso decreto, infine, accorda ancora una volta alle Regioni il compito di stabilire eventuali requisiti ulteriori per l'accreditamento.

In sintesi, le Regioni:

- concedono l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie;
- stabiliscono le modalità di accertamento e di verifica del permanere dei requisiti, da compiersi almeno ogni cinque anni;
- definiscono ulteriori standard di qualità per l'accreditamento;
- disciplinano le modalità per la richiesta dell'accreditamento (da parte delle strutture organizzate);
- concedono lo status di “struttura accreditata” (ed eventualmente lo revocano);
- compiono le verifiche di permanenza dei suddetti ulteriori requisiti con cadenza triennale.

“Riforma-Ter”: d.lgs. 229/1999

Il Decreto legislativo n. 229 «Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419», conosciuto anche come “Legge Bindi” o “Riforma-Ter”, entra in vigore come provvedimento di legge definitivo il 31 luglio 1999 e rappresenta, ancora oggi, l'ultimo grande passo compiuto nell'*iter* legislativo e storico da parte del sistema sanitario italiano fin dalla sua origine.

I punti cardine della riforma sono i seguenti: la riconferma dei principi e degli obiettivi fondamentali del Servizio sanitario nazionale espressi dalla Legge 833/1978, il riconoscimento dell'importanza del Ssn quale organo garante della piena realizzazione del diritto alla salute, come indicato dall'art. 32 della

⁹ *Ibidem*.

Costituzione e infine l'integrazione o la parziale sostituzione di alcune norme esposte nella cosiddetta "Riforma Bis", cioè nel d.lgs. 502/1992, allo scopo di razionalizzare il sistema sanitario in nome di una maggiore efficienza, qualità ed equità. In altre parole, questa riforma riafferma l'attualità della Legge 833/1978 adattandola a una realtà sociale ed economica profondamente mutata.

La Riforma Bindi riconosce il carattere federalista ormai definitivamente acquisito dal Ssn. Si tratta infatti dell'esito naturale del processo di decentramento della politica sanitaria italiana, cioè di devoluzione dei poteri di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari alle Regioni, avviatosi nel corso degli anni Novanta. In precedenza la cosiddetta "Riforma De Lorenzo" aveva affrontato in modo embrionale la questione di una maggiore autonomia delle Regioni per far fronte alla necessità di contenere la spesa sanitaria. Più nel dettaglio, in questa occasione il Governo intese incidere sulla loro disciplina finanziaria accordando alle Regioni maggiore responsabilità e coinvolgimento nelle decisioni sulla spesa. La riforma del 1992-93 tuttavia lasciò molte questioni in sospeso e si dimostrò ambigua in più punti. Negli anni immediatamente successivi alla sua istituzione, sono stati proposti numerosi interventi correttivi con l'intento di dirimerne le principali contraddizioni.

In questo contesto si inquadra la "Riforma-Ter", che «accelera il processo di regionalizzazione avviato in modo confuso nel '92. Era arrivato il momento di spogliare lo Stato centrale di tutte le competenze di amministrazione attiva e di realizzare un nuovo equilibrio istituzionale individuando nuovi strumenti normativi»¹⁰.

Il decreto promuove infatti un modello di sistema sanitario integrato, in cui parte delle competenze finanziarie e delle responsabilità programmatiche viene trasferita dal Governo centrale alle Regioni e agli enti locali, spostando così l'arena della politica sanitaria sul piano regionale.

Di conseguenza le Regioni, singolarmente o attraverso strumenti di auto-coordinamento, svolgono nuove funzioni. Innanzitutto, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale in base alle esigenze specifiche della propria popolazione e adottano o adeguano i Piani sanitari regionali coerentemente con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. In secondo luogo, sono responsabili della riorganizzazione della rete dei servizi a livello territoriale, in quanto propongono la costituzione o la riconferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso degli appositi requisiti. Inoltre, valutano l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel loro ambito territoriale (d.lgs. 502/1992). Infine, le Regioni disciplinano l'articolazione del territorio regionale in Unità sanitarie locali, così da assicurare i livelli essenziali di assistenza (Lea), e definiscono il loro finanziamento, valutandone costantemente i risultati (d.lgs. 502/1992).

10 Bindi R., *La Salute Impaziente*, Jaca Book, Milano, 2005, p. 40.

In questo modo esse sono direttamente coinvolte nella programmazione sanitaria specifica tanto quanto nel quadro di una cooperazione interregionale governata dal potere centrale a salvaguardia dell'interesse nazionale. L'obiettivo è garantire l'uniformità dei diritti alla salute per tutti i cittadini, a prescindere dai diversi sistemi sanitari regionali, e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. «Il SSN resta il filo d'unione in un Paese che ha tante differenze e che riconosce una completa responsabilità alle regioni, ribadendo i principi fondamentali della universalità e della fiscalità generale senza alcuna tentazione centralistica»¹¹.

Accanto ai poteri delle Regioni, emerge il ruolo conferito ai Comuni. A differenza della “Riforma De Lorenzo”, all'interno della quale gli enti locali erano rigorosamente esclusi dalla gestione dei servizi, la “Riforma-Ter” li coinvolge nella definizione degli obiettivi e delle attività del Piano regionale e nella valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

La legge regionale istituisce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, assicurando la partecipazione del sindaco del Comune o del presidente della Conferenza dei sindaci (a seconda dell'ambito territoriale dell'Ausl – Azienda unità sanitaria locale) e dei rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali. Gli enti locali interessati partecipano, secondo modalità definite dalla legge regionale, alla programmazione attuativa locale, collaborando alla definizione delle procedure di proposta, all'adozione e all'approvazione del Piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere.

I Comuni esercitano attività di controllo e verifica sull'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e sui risultati perseguiti e, nel caso di manifesta inattuazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla Regione di revocare il direttore generale.

In questo modo il decreto si propone di completare il processo di aziendalizzazione, promuovendo un modello di cooperazione amministrata tra istituzioni pubbliche che tuteli nella maniera più efficace (perché il più capillare possibile) la promozione della salute dei cittadini.

Definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza

Un secondo e altrettanto importante capitolo del decreto legislativo riguarda la definizione dei livelli di assistenza: “uniformi” perché il Ssn deve assicurarli in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, “essenziali” in quanto costituiti da servizi e prestazioni selezionati in base ai criteri di necessità, di efficacia clinica e di appropriatezza d'uso. In altre parole, essi devono garantire il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione sul territorio nazionale, a prescindere dalle differenze dell'organizzazione sanitaria a livello regionale.

¹¹ Ivi, p. 34.

Dal punto di vista economico, il decreto prevede che l'identificazione dei Lea avvenga contestualmente alla determinazione delle disponibilità finanziarie che devono essere destinate al Ssn, nel rispetto delle compatibilità definite a livello nazionale. Sotto questo aspetto, dunque, si registra una forte discontinuità con la normativa vigente. Il decreto, infatti, pone l'accento sulla stima dei costi dei Lea, in qualità di risorse garantite, rendendola uno strumento di programmazione della spesa da parte dello Stato e delle Regioni nei confronti del Ssn. Alla luce del processo di decentramento verificatosi, la definizione dei Lea persegue quindi un duplice obiettivo: sul piano operativo, il governo della spesa pubblica, sul piano istituzionale, la tutela del principio di universalismo egaltario alla base del Ssn.

Il processo di aziendalizzazione avviato con il d.lgs. 502/1992, determinando un incremento esponenziale delle prestazioni e dei servizi ospedalieri, impone come imperativo il contenimento della spesa sanitaria, pur sempre nel rispetto dei doveri costituzionali in materia sanitaria e garantendo i Lea sul territorio nazionale. Dunque la riforma realizza un'importante evoluzione programmatica, che ridefinisce il profilo dei servizi da garantire ai cittadini secondo una logica di maggiore appropriatezza ed efficacia clinica. Viene impostato un nuovo paradigma basato sull'evidenza scientifica o *evidence-based medicine*.

Sono posti a carico del servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un beneficio significativo in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. L'esclusione è prevista se:

- non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Ssn;
- non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza; in altre parole, se la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

In sintesi, vengono delineati i criteri per l'utilizzo delle risorse secondo appropriatezza ed evidenza scientifica in un'ottica di sostenibilità finanziaria del sistema.

In relazione ai livelli di assistenza, un'altra importante novità introdotta con il Decreto legislativo 229/1999 è l'istituzione dei fondi integrativi per eventuali prestazioni aggiuntive, cioè superiori ai Lea garantiti dal Ssn. I fondi rappresentano un importante strumento per potenziare e ampliare l'erogazione dei servizi.

Esclusività del rapporto di lavoro

Il capitolo più contestato della riforma interessa il versante del personale, in particolare dei professionisti ospedalieri, perché introduce i vincoli dell'«esclusività del rapporto di lavoro e dell'irreversibilità della scelta». In sostanza, i medici del servizio pubblico devono sottostare all'obbligo di esclusività del rapporto di lavoro in maniera definitiva e irreversibile e devono dunque decidere se svolgere l'attività di libera professione esclusivamente all'interno di strutture pubbliche (*intramoenia*) o in strutture private (*extramoenia*).

I dirigenti sanitari che optano per la prima soluzione sono vincolati a un rapporto di lavoro esclusivo. Di conseguenza, questa scelta comporta l'impossibilità di passare al rapporto di lavoro non esclusivo e l'attribuzione di un trattamento economico aggiuntivo, stabilito dai contratti collettivi di lavoro.

Il rapporto di lavoro esclusivo, insomma, diviene una scelta individuale e irrevocabile. Tuttavia, malgrado l'apparente rigidità normativa, se contestualizzata nell'insieme del piano riformatore rappresenta, per i medici, il prerequisito per accedere alla direzione dei reparti e dei dipartimenti dell'azienda sanitaria.

Da un lato, quindi, i medici che optano per l'esclusività del rapporto ricevono un incentivo economico e possono accedere al ruolo di direttore di struttura pubblica, semplice o complessa, dall'altro coloro che scelgono di esercitare anche presso strutture private devono rinunciare non solo all'indennità di esclusività, ma anche alla possibilità di partecipare al governo clinico dell'azienda sanitaria.

«Se prima si sommavano due privilegi, le sicurezze del pubblico impiego e la libertà della professione privata, con la riforma le garanzie del primo si integravano con le nuove regole dell'attività libero professionale, che da privilegio diventava un'opportunità di cui potevano trarre vantaggio sia il medico sia l'azienda sia i cittadini [...]. Il medico è messo a dare il meglio di sé in un rapporto di integrazione e non di concorrenza con la struttura pubblica»¹².

Secondo le stime della Ragioneria generale dello Stato, circa l'85% dei medici del servizio pubblico sceglie l'esclusività del rapporto, precludendosi pertanto la possibilità della libera professione esterna.

Le polemiche e le controversie destinate nella maggior parte dei sindacati di categoria, che vertono in modo particolare sull'incompatibilità della responsabilità pubblica e dell'opzione per l'attività privata del personale medico, determineranno la revisione di alcuni vincoli della normativa attraverso la Legge n. 138/2004, con la quale è stato convertito il Decreto-Legge n. 81/2004.

¹² Ivi, p. 70.

Considerazioni

L'importanza innovativa della Riforma Bindi dev'essere inscritta nella cornice socio-economica e politica particolare di quegli anni. Non è scopo del capitolo trattare il tema sotto questo profilo, quindi ci limiteremo ad alcune citazioni sintetiche, per offrire al lettore un panorama più ampio in cui contestualizzare i cambiamenti normativi intervenuti nell'ambito della politica sanitaria.

All'inizio della XIII legislatura, nel 1996, con l'insediamento del primo Governo Prodi, la carica di ministro della Salute viene affidata a Rosaria Bindi, incarico che mantiene per i successivi quattro anni, fino al 2001 (riconfermato anche dal primo e secondo Governo D'Alema).

La riforma sanitaria voluta dal centro-sinistra, secondo la valutazione del ministro Bindi, costituisce «una rivoluzione copernicana per i troppi Tolomei spesso in conflitto tra di loro che affollano il sistema sanitario»¹³. Spesso definita dai media la “Riforma della controriforma De Lorenzo”, consegna al Paese l'ambizioso progetto di ricollocare il sistema sanitario nazionale sui binari della riforma del '78, segnando una profonda cesura rispetto alla politica sanitaria di centro-destra dei cinque anni precedenti. Da qui le critiche pesanti e la disapprovazione da parte dell'opposizione parlamentare e della corporazione dei medici, che la tacciano come “centralista e statalista”. In poche parole, la riforma viene accusata di attribuire al Ssn un ruolo pervasivo, accentratore della funzione amministrativa e monopolizzatore nei confronti della gestione dei fondi ricavati attraverso la fiscalità generale.

In linea teorica, l'intento fondamentale del decreto Bindi è quello di mitigare la logica federale, legittimando il ruolo dello Stato d'indirizzo dei contenuti delle leggi regionali, in modo da appianare le forti disparità socio-economiche tra le Regioni e favorire le specifiche esigenze territoriali, conferendo contestualmente al Ministero della Sanità il ruolo di garante dell'equità del sistema e del rispetto dei livelli di assistenza sull'intero territorio nazionale.

Il federalismo fiscale: d.lgs. 56/2000

Il disegno federalistico sempre più evidente non può essere disgiunto dall'esame dei profili finanziari e dall'individuazione delle risorse necessarie da destinare alla spesa sanitaria. Il riassetto del sistema di finanziamento della sanità diventa una questione di primaria importanza nell'agenda di Governo, alimentata in particolar modo dalla contrapposizione tra le Regioni, che rivendicano un maggior numero di risorse, e lo Stato, che cerca di contenere l'incremento della spesa sanitaria.

¹³ Ivi, p. 44.

Il provvedimento più organico e potenzialmente innovativo arriva con il Decreto legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000, intitolato «Disposizioni in materia di federalismo fiscale». Infatti esso riconosce per la prima volta alle Regioni l'autonomia nel finanziamento, dando attuazione all'articolo 119 della Costituzione del 1948, e prevede un sistema di perequazione, strumento indispensabile per garantire i livelli essenziali dei servizi.

Nonostante non abbia mai subito una reale applicazione, il d.lgs. 56/2000 («Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della Legge 13 maggio 1999, n. 133») segna l'inizio del percorso di evoluzione federalista del sistema in ambito fiscale, parallelo al riordino del Ssn. Questo decreto, infatti, ridisegna radicalmente il modello di finanziamento della spesa sanitaria, sostituendo il tradizionale sistema di finanza derivata previsto dal d.lgs. 502/1992, realizzato tramite trasferimenti erariali a favore delle Regioni a statuto ordinario, con l'attribuzione diretta alle Regioni di gettiti propri derivanti da specifiche imposte per il finanziamento dei servizi.

Il nuovo sistema, dunque, prevede l'abolizione del Fondo Sanitario nazionale: vengono soppressi i trasferimenti erariali per la spesa sanitaria, in parte correnti e in conto capitale (spese d'investimento a fondo perduto), e si stabiliscono in loro sostituzione nuove fonti di finanziamento delle spese regionali, nella forma di contributi regionali in aggiunta a quelli statali. In particolare si stabilisce che le Regioni a statuto ordinario reperiscano le risorse necessarie alle specifiche politiche sanitarie ricorrendo a tre strumenti principali: la compartecipazione regionale al gettito dell'Iva, l'aumento dell'addizionale regionale sull'Irpef e l'aumento della compartecipazione all'accisa sulla benzina.

Queste imposte, insieme all'Irap (Imposta regionale sulle attività produttive, introdotta in sostituzione dei contributi sanitari con il d.lgs. 146/1997), costituiscono le fonti di finanziamento del fabbisogno sanitario.

Accanto alle nuove forme di finanziamento, per tenere conto delle differenze tra le varie Regioni – talvolta consistenti – sia per quanto riguarda le capacità fiscali per abitante, sia per quanto riguarda i fabbisogni sanitari delle varie realtà del Paese, si istituisce un Fondo di perequazione nazionale (Fpn), affinché siano garantite a tutte le Regioni le risorse necessarie per «erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale».

Considerazioni

Il decreto, dunque, rispecchia un'ottica di federalismo fiscale maturo. Da un lato, infatti, prevede il rispetto dei Lea da parte delle Regioni ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di solidarietà interregionale. Dall'altro, pur riconoscendo alle Regioni autonomia e responsabilità rilevanti nell'impiego e nella gestione delle risorse finanziarie, mira a rafforzare il sistema di welfare universalistico e solidale della Repubblica. Di conseguenza, cedendo alcune fonti di entrata alle

Regioni, il decreto avrebbe dovuto portare a una maggiore disciplina finanziaria, garantendo loro, nello stesso tempo, maggior coinvolgimento e autonomia decisionale, e contenendo i disavanzi della spesa sanitaria.

Tuttavia il d.lgs. 56/2000 verrà attuato solo parzialmente, in ragione delle numerose deroghe apportate.

Il “federalismo sanitario”

Il “federalismo sanitario” propugnato dal grande fermento legislativo degli anni Novanta sposta l’attenzione sulle norme istituzionali ancora invariate, che definiscono in modo sempre più anacronistico e confuso le competenze riservate allo Stato e alle Regioni. Manca un solido background istituzionale che sancisca le responsabilità reciproche dei contraenti, Stato e Regioni, per garantire la stabilità politico-amministrativa e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario nazionale. A partire dal d.lgs. 56/2000 sul federalismo fiscale, in larga parte inattuato, inizia un *iter* lungo e articolato, costellato da accordi, intese e deliberazioni per individuare in modo adeguato i diritti e i doveri dei due livelli di Governo, quello centrale e quello regionale. Questo *iter* culmina nell’accordo Stato-Regioni dell’8 agosto 2001 e nella riforma del Titolo V della Costituzione del 24 ottobre 2001, vero e proprio acme dell’evoluzione in senso federale della Repubblica.

L’accordo Stato-Regioni: 8 agosto 2001

Si tratta, in sostanza, di una revisione dell’intesa del 3 agosto 2000 in seno alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. L’accordo si colloca storicamente all’inizio della XIV legislatura, con l’insediamento del secondo Governo Berlusconi. A rivestire la carica di ministro della Salute è Girolamo Sirchia.

I punti cardine dell’accordo sono il risultato di un tentativo di contenimento della spesa articolato secondo due necessità impellenti:

- Fissare l’entità complessiva del finanziamento pubblico da destinare al Ssn e la sua adeguata ripartizione tra le Regioni, rispettando la «necessità di incentivare i comportamenti virtuosi, di rimuovere le situazioni di svantaggio e migliorare la qualità dei servizi» e promuovendo l’efficienza del sistema e la razionalizzazione dei costi. In particolare, «il presente accordo dirime definitivamente qualsiasi controversia [...] per la responsabilità del Governo e delle Regioni circa la congruità delle risorse finanziarie statali [...] convenendo che eventuali ulteriori eccedenze di spesa resteranno a

- carico dei bilanci regionali»¹⁴. Secondo il principio “chi rompe paga”, se una Regione avesse accumulato disavanzi di gestione delle aziende sanitarie, avrebbe dovuto ripianare autonomamente il deficit di bilancio ricorrendo a entrate e risorse proprie.
- Introdurre quanto prima, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei Livelli essenziali di assistenza, connotati da una “persistente incertezza”, in relazione alle risorse stabilite in seno alla stessa Conferenza Stato-Regioni e nel rispetto del d.lgs. 56/1999. Tale impegno è esatto in modo prioritario dalle Regioni alle prese con l’attuazione del decreto sul federalismo fiscale, che conferisce loro importanti responsabilità su piano finanziario. Di conseguenza viene stabilita per la prima volta la contestualità tra risorse disponibili e Lea, cioè prestazioni e servizi a cui tutti devono egualmente accedere per diritto di cittadinanza.

In parallelo, «Governo e regioni si impegnano in sede di prima applicazione dei nuovi LEA, ad attivare un tavolo di monitoraggio e verifica [...] sui suddetti livelli effettivamente erogati e della corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti [...] al fine del conseguimento di una effettiva congruità tra prestazioni da garantire e risorse finanziarie messe a disposizione del SSN»¹⁵.

A seguito dell’accordo dell’8 agosto 2001, come prestabilito, il Governo emana il d.p.c.m. del 29 novembre 2001, relativo alla “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”. In questo documento vengono puntualmente definiti per la prima volta i Lea, che «consentiranno di mettere a disposizione dei cittadini, per la prima volta dalla Riforma Sanitaria del 1978, l’elenco positivo di tutte le prestazioni ottenibili dal SSN, con riferimento all’assistenza ospedaliera, a quella specialistica, a quella socio-sanitaria e a quella farmaceutica»¹⁶.

In conclusione, i Lea vengono previsti nella Carta costituzionale solo nel 2001, con la riforma costituzionale.

Riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione

La riforma introdotta dalla Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre del 2001, dopo l’approvazione tramite referendum confermativo, delinea più compiutamente le rispettive prerogative decisionali dello Stato e delle Regioni nell’ambito della sanità pubblica. La riforma “sul federalismo”, com’è stata coerentemente definita dai media di allora, riconosce a livello costituzionale il carattere federale del Ssn (di fatto acquisito già in precedenza sul piano normativo).

14 Conferenza Stato-Regioni. Seduta dell’8 agosto 2001. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1573_allegato.pdf.

15 D.p.c.m. del 29 novembre 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».

16 Sirchia G., *Diario della Salute*. Disponibile al sito: <https://girolamosirchia.org/pubblica-amministrazione/ministro-della-salute/diario-della-salute>, 2001.

Le modifiche costituzionali introdotte concernono: la riscrittura dell'articolo 117 della Costituzione, che conferisce maggior potere legislativo alle Regioni, la riscrittura dell'articolo 119, che sancisce il cosiddetto "federalismo fiscale", e la parziale riscrittura dell'articolo 123, che prevede l'istituzione del Consiglio delle autonomie locali.

Il novello articolo 117 sancisce una nuova ripartizione delle competenze legislative dello Stato e delle Regioni, attribuendo più poteri a queste ultime. Prima della riscrittura, infatti, l'articolo conferiva allo Stato il potere legislativo generale e definiva in modo analitico un ristretto elenco di materie di legislazione delle Regioni. Al contrario, il nuovo testo dell'articolo specifica le aree di competenza in cui lo Stato detiene potestà legislativa esclusiva (art. 117, comma 2), mentre alle Regioni viene riconosciuto potere legislativo in due distinte classi di normazione: concorrente ed esclusiva.

Sono materie di legislazione concorrente (art. 117, comma 3) quelle in cui «spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato». Di conseguenza, da un lato le Regioni possono legiferare nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dal governo centrale e, soprattutto in ambito sanitario, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, dall'altro lo Stato diviene garante della tutela della salute sul territorio nazionale. In altre parole, all'interno del quadro normativo statale, che stabilisce gli standard e/o i livelli omogenei di prestazioni e servizi, esiste una potestà legislativa e regolamentare regionale in materia sanitaria.

Infine, sono materie di legislazione esclusiva (art. 117, comma 4) quelle in cui «spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento a ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato». Quindi tutto ciò che non viene incluso nella legislazione esclusiva statale, o in quella concorrente statale-regionale, rientra nelle materie di competenza unicamente regionale, senza alcuna ingerenza statale.

In sintesi, queste sono le nuove disposizioni costituzionali in ambito sanitario: innanzitutto, vengono ampliati i poteri normativi d'intervento delle Regioni, riducendo il potere di controllo da parte dello Stato. In secondo luogo, vengono introdotti formalmente nella Carta costituzionale i Lea, la cui determinazione rientra nell'ambito della legislazione esclusiva dello Stato, in quanto i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali [...] devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Infine, la "tutela della salute" (un concetto più ampio rispetto a quello di "assistenza sanitaria e ospedaliera", cui si faceva riferimento in precedenza) viene attribuita alla legislazione concorrente Stato-Regioni.

Il nuovo articolo 119 della Costituzione riconosce il concetto di federalismo fiscale, sancendo che «i Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni» potranno beneficiare di «autonomia finanziaria di entrata e di spesa [...], stabilire e applicare tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e

secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; disporre di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio». La legge dello Stato prevede inoltre «l'istituzione di un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante».

Inoltre, «per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni».

Come emerge da un'attenta lettura dell'articolo 119, vengono indicate quattro fonti per il finanziamento del sistema sanitario nazionale. Inoltre, in linea con il decreto 56/2000, viene stabilito che il finanziamento dei Lea sia gestito autonomamente da ogni Regione attraverso risorse o entrate proprie, ma sia sempre e comunque sostenuto da un fondo di perequazione, affinché lo Stato possa appianare gli squilibri sociali ed economici tra le Regioni.

Infine, l'impronta centralista della Costituzione viene soppressa e vengono riconosciuti responsabilità programmatica e poteri finanziari maggiori agli enti locali, tramite l'aggiunta all'articolo 123 della Costituzione del seguente comma: «In ogni Regione, lo statuto disciplina il Consiglio delle autonomie locali, quale organo di consultazione fra la Regione e gli enti locali».

Considerazioni

Nel tentativo di adeguarsi al processo di evoluzione federale del sistema, la riforma non ha diradato la nebbia di ambiguità circa le competenze legislative delle parti contraenti, Stato e Regioni, e le relative responsabilità finanziarie (tra definizione delle fonti di prelievo, disposizione di risorse e capacità di spesa). D'altra parte, «ha comunque prodotto una forma originale di 'federalismo cooperativo forzato' analogo al modello di *marble cake federalism* in cui competenze, poteri, programmi e risorse di diversi livelli di governo si intrecciano sullo stesso oggetto, perseguendo obiettivi non necessariamente concorrenti¹⁷».

Nel mutato quadro istituzionale, le relazioni intergovernative rimangono di fatto affidate, ancora oggi, alla Conferenza Stato-Regioni. Si tratta di un'istituzione che, come recita la sentenza n. 116/1994 della Corte Costituzionale, si occupa della cooperazione fra Stato e Regioni e, più nel dettaglio, della devoluzione delle varie funzioni dallo Stato alle Regioni in materia di politica sanitaria. «Ess[a] è in grado di prevenire i conflitti istituzionali e di garantire ai cittadini italiani che le istituzioni operino in sinergia, dando concreta attuazione a quel

¹⁷ Taroni F., *Politiche sanitarie in Italia*, Il pensiero scientifico, Roma, 2011, p. 297.

principio di sussidiarietà che è ritenuto oggi il fondamento su cui basare le attività di interesse pubblico»¹⁸.

Nonostante con questa riforma costituzionale il Governo perda il ruolo di organizzatore e gestore dei servizi, di fatto continua a esercitare un profondo condizionamento dell'autonomia regionale in sede "pattizia", ossia in occasione della Conferenza stessa, sfruttando il potere della borsa. La fissazione del livello complessivo delle risorse del Ssn e la loro ripartizione interregionale, infatti, vengono ancora gestite a livello centrale, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Lea erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza.

2001-2004: Il Ministero Sirchia

La sconfitta del Governo Amato alle elezioni politiche del 2001 e la conseguente nascita del secondo Governo Berlusconi fanno da sfondo a un'importante svolta anche nell'ambito della politica sanitaria. L'incarico di ministro della Sanità viene conferito non a un politico, bensì a un tecnico, Girolamo Sirchia, medico di chiara fama, con l'obiettivo ambizioso di riconsiderare l'impianto del Servizio sanitario nazionale, ormai inadeguato rispetto ai tempi e gravato dei difetti tipici del sistema pubblico italiano. Tra i provvedimenti più significativi licenziati durante il mandato, che Sirchia ricoprirà dall'11 giugno 2001 al 23 aprile 2005, vi sono:

- l'accordo Stato-Regioni del 2001 e la conseguente definizione dei Lea con il d.p.c.m., sempre nel 2001 (di cui si è parlato in precedenza);
- la lotta al fumo di tabacco con la Legge 16 gennaio 2003, n. 3 (art. 51) sulla «Tutela della salute dei non fumatori», che entrerà in vigore nel gennaio 2005. Poiché l'Italia figura tra i primi Paesi nell'Unione europea a regolamentare il fumo nei luoghi chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità, questo provvedimento rappresenta un efficace intervento di salute pubblica;
- il decreto legislativo 81/2004, nel quale vengono proposti «Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica», convertito dalla Legge 26 maggio 2004, n. 138, che prevede l'istituzione del Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie con lo scopo di contrastare le emergenze di salute pubblica legate prevalentemente alle malattie infettive e al bioterrorismo. La legge abolisce altresì l'irreversibilità del rapporto di lavoro dei medici dipendenti dal Ssn, decretata non senza polemiche dalla "Riforma-Ter". Di conseguenza, i medici «possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di

18 Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_948_allegato.pdf.

ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse».

Nonostante quest'ultimo provvedimento sia primariamente volto a riguadagnare consensi nell'opinione pubblica, e in particolare nel comparto sanitario, vale a Sirchia una reputazione d'inaffidabilità da parte dei principali sindacati medici e della stessa maggioranza parlamentare, che arrivano a chiedere le dimissioni del ministro.

L'ascesa di Sirchia avviene all'ombra dell'invadente eredità della recente "Riforma Bindi", vale a dire all'ombra del progetto di un nuovo sistema sanitario, circa le cui modalità di attuazione e di finanziamento vi erano ancora innumerevoli questioni irrisolte. Sotto il mandato del professor Sirchia, quindi, inizia non l'attuazione, bensì l'eutanasia di questa riforma: con lo slogan "debindizzare la sanità" il ministro si propone di «porre fine alla illiberale macchina burocratica costruita dal precedente governo»¹⁹. Di conseguenza, vengono congelate norme attuative in via di emanazione e aboliti numerosi provvedimenti della "Riforma-Ter".

Facendo riferimento al nuovo scenario politico-istituzionale della *devolution*, l'obiettivo è ricollocare il sistema – come recita la presentazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005 – «in un'ottica del tutto nuova e coerente con questi cambiamenti legislativi e politici trasformandosi, rispetto ai precedenti Piani, da atto programmatico per le Regioni in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo»²⁰. Il Ministero mira dunque a riallacciare la cerniera tra il fenomeno del decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni e il ruolo di "guardiano dei diritti dei cittadini" del Ssn. Per raggiungere questo obiettivo, invoca una maggiore privatizzazione della sanità, secondo una visione neoliberale del welfare in linea con il principio americano del "conservatorismo compassionevole".

Nonostante i profondi cambiamenti nella funzione del Ministero della Salute preannunciati, le decisioni strategiche fondamentali vengono di fatto realizzate dal Ministero dell'Economia: «nel campo della sanità il governo, salvaguardando i principi universalistici e solidaristici del Servizio sanitario nazionale abbandonerà, nella logica della devoluzione, la pretesa di indicare modelli organizzativi rigidi da applicare su tutto il territorio»²¹. La politica sanitaria viene dunque

19 Taroni F., *op. cit.*, p. 58.

20 Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*, cit.

21 Documento di programmazione economico-finanziaria 2002-2006, cap. III, pag. 10, cit. in Taroni F., *op. cit.*

subordinata al primato della politica economica, impegnata ad affrontare la difficile congiuntura finanziaria che connota il periodo di costituzione del federalismo fiscale, come dimostrato dagli accordi Stato-Regione e dalla riforma costituzionale del 2001.

Il federalismo, poiché indebolisce la responsabilità del Governo centrale come finanziatore della sanità pubblica, riduce anche alcune delle sue prerogative, a cominciare dal reperimento delle risorse e dall'organizzazione della rete di servizi volti a salvaguardare i principi fondamentali del Ssn (l'universalismo nell'accesso e la globalità della copertura assistenziale).

Esprimendo un parere severo sulle scelte prese in materia fiscale e sulle loro conseguenze, la relazione della Corte dei conti sulla finanza regionale 2002-2003 esprime «seri interrogativi sulle stime e sulla praticabilità degli obiettivi di stabilità perseguiti con l'accordo Governo-Regioni dell'agosto 2001 [...]. [...] il livello di finanziamento e la relativa evoluzione fissata [...] non si sono rilevati coerenti con l'andamento dei costi»²².

Il conflitto finanziario tra Stato e Regioni e il vuoto della politica sanitaria del Governo costituiscono il retroscena del presenzialismo del ministro della Salute, che si impegna nello sviluppo di programmi capillari di prevenzione e di educazione sanitaria e di estese campagne di comunicazione sullo stile di vita, dedicando particolare enfasi all'importantissimo decreto antifumo.

Il merito di Sirchia è stato quello di porre per primo l'accento sul diritto alla salute, inteso non solo come cura della malattia, ma come benessere *in toto* della persona. Di conseguenza, per esempio, la prevenzione di diabete e obesità e dei fattori di rischio quali fumo, cattiva alimentazione e inattività fisica, ma anche la tutela dell'ambiente e la pulizia dell'acqua e dell'aria sono stati posti al centro della sua politica. Questa nuova prospettiva si rispecchia nella nuova denominazione del dicastero, non più Ministero della Sanità ma Ministero della Salute, «che non risponde esclusivamente a una esigenza di carattere formale, ma rispecchia il nuovo ruolo che il ministero stesso svolge nell'ambito della promozione e nella tutela della salute dei cittadini»²³.

Conclusioni

Con questo capitolo si è voluto ricostruire la genesi delle riforme in ambito sanitario, fornendo una documentazione ragionata dei principali contenuti tecnici, senza la pretesa di valutazioni politiche e sociali. Si è voluto offrire al lettore un'analisi per quanto possibile fedele e oggettiva di ciò che è stato inscenato nel teatro italiano della sanità dagli anni Settanta ai primi anni Duemila, attraverso una cronaca commentata degli accadimenti fondamentali.

22 Bindi R., *op. cit.*, p. 134.

23 Legge 3/2003, nota anche come "Legge Sirchia".

Il settore della sanità può essere considerato paradigmatico dei cambiamenti che hanno segnato la storia politica della Repubblica dagli anni Novanta a oggi. Da parte nostra, e da un punto di vista ideale, riteniamo che la politica sanitaria del Governo dovrebbe essere ferma per quanto riguarda i suoi principi fondamentali, tanto quanto flessibile nei confronti degli strumenti con cui adeguare in modo coerente il sistema alla realtà e alle sue nuove esigenze. In altre parole, essa dovrebbe riconoscere le diversità socio-demografiche ed epidemiologiche intessute nel territorio italiano, ma anche garantire ai cittadini il diritto alla salute, con prestazioni di qualità e accessibili a tutti indipendentemente dal censo e dal luogo di residenza. La bandiera identitaria del nostro Ssn, introdotta dalla Riforma del 1978, è il suo principio universalistico. Non a caso, a prescindere dai diversi atteggiamenti dei ministri succedutisi, dai governi differenti e dalle disparità territoriali, nel 2000 il sistema della sanità italiana è stato riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità come uno dei migliori al mondo, secondo solo a quello francese.

Cronologia riepilogativa essenziale

Unificazione del Regno d'Italia, Vittorio Emanuele primo re d'Italia (1861).

Monarchia – Umberto I re d'Italia (1878-1900).

Governo Crispi.

- “Legge Crispi-Pagliani”, 22 dicembre 1888, n. 5849: unificazione della sanità come superamento dei pluralismi regionali;
- “Legge sulle opere pie”, 17 luglio 1890, n. 753: trasformazione degli ospedali da opere pie a servizi di pubblica assistenza.

Costituzione della Repubblica Italiana – Assemblea costituente (25 giugno 1946-8 maggio 1948).

II legislatura (25 giugno 1953-11 giugno 1958).

Governo Zoli.

Ministro della Sanità: Vincenzo Monaldi (primo ministro della Sanità):

- Legge 13 marzo 1958, n. 296: costituzione del Ministero della Sanità.

IV legislatura (16 maggio 1963-5 giugno 1968).

Governo Moro I.

Ministro della Sanità: Giacomo Mancini:

- Mancini, 16 febbraio 1964: redistribuzione compensi 4:2:1.

Governo Moro III.

Ministro della Sanità: Luigi Mariotti:

- Legge 12 febbraio 1968, n. 132: enti ospedalieri e assistenza ospedaliera.

V legislatura (5 giugno 1968-24 maggio 1972).

Governo Colombo.

Ministro della Sanità: Luigi Mariotti:

- Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4: trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e dei relativi personali ed uffici.

VI legislatura (25 maggio 1972-5 luglio 1976).

Governo Rumor V.

Ministro della Sanità: Vittorino Colombo:

- Decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264: norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria;
- Legge 17 agosto 1974, n. 386: conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.

XI legislatura (23 aprile 1992-16 gennaio 1994).

Governo Amato.

Ministro della Sanità: Francesco De Lorenzo:

- Legge 23 ottobre 1992, n. 421: delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale.
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n.421.

Governo Ciampi.

Ministro della Sanità: Maria Pia Garavaglia:

- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517: modificazioni al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.

XII legislatura (15 aprile 1994-16 febbraio 1996). (Elezioni politiche il 27 marzo 1994).

Governo Berlusconi.

Ministro della Sanità: Raffaele Costa.

Governo Dini.

Ministro della Sanità: Elio Guzzanti.

XIII legislatura (9 maggio 1996-9 marzo 2001). (Elezioni politiche il 21 aprile 1996).

Governo Prodi.

Ministro della Sanità: Rosy Bindi:

- Ordinanza ministeriale 5 marzo 1997: divieto di commercializzazione e di pubblicità dei gameti ed embrioni umani;

- Ordinanza ministeriale 5 marzo 1997: divieto di pratiche di clonazione umana o animale;
- Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124: ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni (sanitometro);
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998: approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

Governo D'Alema.

Ministro della Sanità: Rosy Bindi.

- Legge 30 novembre 1998 n. 419: delega al governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un Testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419;
- Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300: riforma dell'organizzazione del Governo a norma dell'art. 11 della Legge 15 marzo 1997;
- Decreto ministeriale 28 settembre 1999: programma nazionale per la razionalizzazione di strutture per le cure palliative;
- Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517: disciplina dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale e le università, a norma dell'art. 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.

Governo D'Alema II.

Ministro della Salute: Rosy Bindi.

- Decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56: disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della Legge 13 maggio 1999, n. 133;
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 27 marzo 2000: atto d'indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale;
- Decreto ministeriale 8 aprile 2000: disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alle dichiarazioni di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto.

Governo Amato II.

Ministro della Salute: Umberto Veronesi.

- Documento Conferenza Stato-Regioni 3 agosto 2000: accordo tra i ministri del Tesoro, del Bilancio e della programmazione economica e della

Sanità e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria;

- Legge 5 novembre 2000, n. 328: legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 14 febbraio 2000: atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie.

XIV legislatura (30 maggio 2001-27 aprile 2006).

Governo Berlusconi II.

Ministro della Salute: Girolamo Sirchia:

- Documento Conferenza Stato-Regioni 8 agosto 2001: accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano recante interpretazioni e modifiche degli accordi sanciti il 3 agosto 2000 e il 22 marzo 2001 in materia sanitaria;
- Riforma del Titolo V della Costituzione del 24 ottobre 2001;
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 29 novembre 2001: definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- Decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81: interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, convertito dalla Legge del 26 maggio 2004, n. 138

Status quo

I tratti distintivi del Servizio sanitario nazionale

Prima di poter dare un giudizio oggettivo sulla situazione italiana, è necessario conoscere a fondo l'attuale sistema sanitario e la sua organizzazione interna.

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) definisce il sistema sanitario come l'«Insieme di tutte le organizzazioni pubbliche e private, e delle risorse finalizzate a fornire servizi di assistenza sanitaria a tutela della salute della popolazione»¹.

In particolare, i sistemi sanitari sono rivolti a offrire sia servizi alla persona, sia alla popolazione in genere, articolando azioni e politiche d'indirizzo.

In generale, l'assistenza sanitaria si scontra con il problema della “triade incoerente”, ovvero con l'impossibilità di soddisfare pienamente tre obiettivi-chiave: universalità della copertura assicurativa (tutti possono accedere alle prestazioni sanitarie), globalità delle prestazioni (accesso a tutte le prestazioni sanitarie) e qualità dell'assistenza. Quindi, poiché la triade non può essere realizzata in un sol colpo, la diversità dei sistemi sanitari oggi in vigore è determinata dalla scelta di privilegiare due di questi principi, a scapito del terzo.

Nel mondo, i sistemi sanitari sono organizzati in quattro tipologie differenti; per maggiore chiarezza, schematizziamo i punti cardine di ciascun modello nella tabella seguente.

¹ Beigbeder Y., *International Organizations and the evolution of world society*, volume IV, The World Health Organization, The Hague-London-Boston, 1998.

	Liberista	Mutualistico (Bismarck)	Universalistico (Beveridge)	Assicurazione nazionale
Bene salute	È un bene di consumo	Diritto garantito dallo Stato ai cittadini nei limiti della copertura assicurativa	Diritto garantito dallo Stato mediante accesso universalistico alle prestazioni	Mix dei due (Beveridge + Bismarck)
Ruolo dello Stato	Regola il mercato assicurativo e provvede a chi non ha i mezzi per esercitare la propria libertà di scelta	Regola il sistema assicurativo	Programma e finanzia l'assistenza sanitaria	Strettamente regolamentata soprattutto sul versante dei costi
Finanziamento	Premi assicurativi o pagamenti a prestazione; strutture per lo più private	Lavoratori e datori di lavoro partecipano al finanziamento delle mutue; fornitori privati ma regolamentati	A carico della fiscalità generale; strutture per lo più pubbliche	Assistenza universale finanziata attraverso un sistema assicurativo pubblico governativo non-profit; tutti i lavoratori contribuiscono; fornitori privati
Prototipi	Maggioranza dei Paesi, tra cui Usa	Germania, Francia, Belgio, Giappone, Svizzera	Paesi Scandinavi, UK, Italia, Spagna	Canada, Taiwan

Tabella 1: le quattro tipologie di sistema sanitario.

Il nostro Ssn è quindi basato sul modello “beveridgiano”, un modello universalistico nato alla fine della Seconda guerra mondiale allo scopo di sconfiggere indigenza, malattia, ignoranza, scarso comfort abitativo e disoccupazione. In questo contesto, Beveridge riteneva che la fornitura dei servizi sanitari dovesse essere gratuita per tutti e finanziata attraverso la tassazione generale.

Analizzando nel dettaglio questo modello sanitario, il “bene salute” viene inteso come un diritto garantito dallo Stato mediante un accesso universalistico alle prestazioni. Lo Stato assume dunque il ruolo di programmatore e di finanziatore dell’assistenza sanitaria. Il finanziamento avviene attraverso la fiscalità generale, per mezzo di tassazione diretta e indiretta.

I tre principi-chiave su cui è fondato il modello universalistico sono:

- equità: «i bisogni delle persone, al di là dei loro privilegi sociali, orientano la distribuzione delle opportunità per il conseguimento del benessere»;
- responsabilità: «la responsabilità sociale per la salute traspare dalle azioni dei decisori del settore pubblico e privato volte a realizzare politiche e pratiche in grado di promuovere e tutelare la salute»;
- solidarietà: «i lavoratori attivi, persone giovani e in buona salute, si fanno carico delle categorie e delle generazioni che non godono di buona salute, come i disoccupati e gli anziani, poiché contribuiscono maggiormente e generalmente utilizzano risorse in misura inferiore»².

Allo stato attuale, i sistemi sanitari, soprattutto quelli europei, si trovano in una situazione di crescente difficoltà, dal momento che le risorse disponibili non sono sufficienti a mantenere l’accesso universale e gratuito a tutti i servizi sanitari a causa dell’aumento dei servizi disponibili e dei costi. Alla base di questa tendenza agiscono alcuni fenomeni: il progressivo invecchiamento della popolazione, con il conseguente incremento delle malattie croniche, il crescente sviluppo tecnologico e l’aumento delle aspettative dei cittadini nei confronti della salute. Quest’ultimo aspetto, inoltre, è strettamente correlato alla convinzione del singolo di poter fare pressione sul sistema per l’accesso alle cure alle quali ritenga di avere diritto.

In questo contesto, quindi, sembra più appropriato parlare di “neo-universalismo” o di “universalismo mitigato”.

Fin dagli ultimi decenni del secolo scorso, infatti, si è fatto strada il concetto di “universalismo selettivo”. Esso prevede una compartecipazione degli utenti alla prestazione sanitaria in base al reddito e all’intensità del bisogno, attraverso il *co-payment* o l’esclusione dei cittadini più ricchi dalla copertura sanitaria fornita gratuitamente dal Ssn. All’interno di questa prospettiva, tuttavia, ci si deve chiedere se sia etico discriminare il cittadino in funzione del reddito, poiché così facendo si va inevitabilmente a intaccare il principio di equità.

2 Physician for a National Health Program. Si veda il sito: <https://www.pnhp.org/>.

Un altro modello prospettato è quello dell'“universalismo delimitato”, che prevede una selezione delle prestazioni secondo liste d'inclusione ed esclusione (Lea) e criteri di appropriatezza. In questa soluzione l'elemento critico risiede nell'impossibilità di valutare in maniera esatta l'efficacia e le ricadute dell'enorme gamma di prestazioni sanitarie di cui si dispone. Di conseguenza, questo potrebbe non essere l'approccio migliore al problema.

L'“universalismo differenziato”, infine, propone il passaggio da un sistema centralizzato a uno decentrato nell'ambito della gestione, del controllo e del finanziamento. L'obiettivo è quello di avvicinarsi al cittadino attraverso un Ssn regionalizzato (a tal proposito si parla di “sussidiarietà verticale”), abbandonando l'idea secondo la quale lo Stato si prende cura del singolo, per così dire, “dalla culla alla tomba”. Allo stesso tempo lo Stato può compartecipare con privati o cooperative all'erogazione di assistenza e prestazioni sanitarie, senza però farsi carico della spesa sanitaria *in toto* (a tal proposito si parla invece di “sussidiarietà orizzontale”). Quest'ultima realtà, ad esempio, è molto presente sul territorio lombardo nella forma delle *health care mix*, ovvero configurazioni miste tra pubblico e privato. Questa soluzione, tuttavia, pecca in termini di efficienza ed equità, nel momento in cui vengono a mancare pari opportunità territoriali tra le diverse regioni. Di conseguenza diviene necessario progettare sistemi efficienti e dall'impostazione teorica ben definita, ma anche che lo Stato li monitori e li valuti per sopperire a eventuali mancanze a livello locale. Se riuscisse a raggiungere un'adeguata coordinazione tra le parti, quest'ultima forma di modello differenziato potrebbe poi trarre vantaggio dalla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, aggiungendo innovazioni all'interno del sistema sanitario italiano, oggi ancora troppo sperequato.

Al giorno d'oggi il concetto di sussidiarietà verticale trova applicazione nella struttura gerarchica adottata dal Ssn. Esso è infatti un sistema fortemente decentrato, organizzato su tre livelli (nazionale, regionale e locale), schematizzati nell'organigramma seguente:

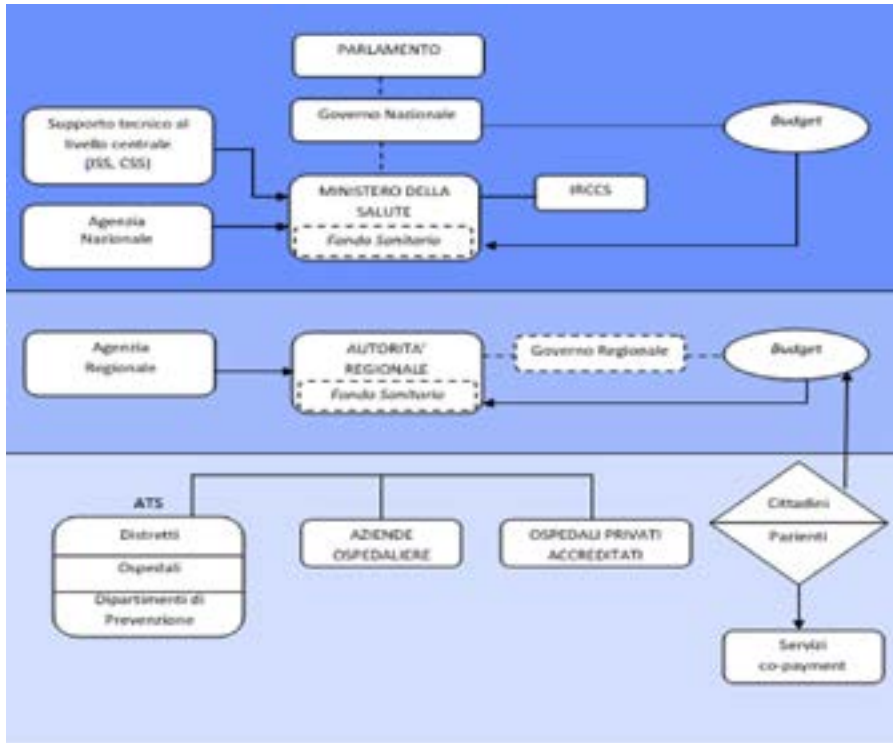


Figura 1: il Servizio sanitario nazionale italiano.

I livelli nazionale e regionale

Il livello nazionale, quindi, è garante del perseguimento degli obiettivi generali e dei principi fondamentali del Ssn. Nella pratica, le principali mansioni consistono nella definizione e nel controllo dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) in tutto il Paese, nel monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica, nel finanziamento della ricerca e, soprattutto, in un importante ruolo di programmazione nel medio-lungo periodo. Quest'ultimo compito viene svolto dal Dipartimento della programmazione del Ministero della Salute, il quale, attraverso il Piano sanitario nazionale (Psn), propone al Tesoro la quantità di risorse pubbliche da destinare all'assistenza sanitaria (Fondo sanitario) e suggerisce come allocarle per soddisfare i bisogni di salute (compresa la prevenzione), a loro volta monitorati da un sistema informativo. Il Ministero, infine, è

responsabile anche della regolamentazione delle competenze delle varie figure professionali, avvalendosi a questo scopo del supporto di alcuni organi centrali del Ssn, tra i quali il Css (Consiglio superiore di sanità), l'Iss (Istituto superiore di sanità) e l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali).

Il Consiglio superiore di sanità (Css) è un organo tecnico-consulativo, infatti esprime pareri e proposte in merito ai vari ambiti relativi alla tutela e al miglioramento della salute della popolazione. L'Istituto superiore di sanità (Iss) si configura invece come organo tecnico-scientifico del Ssn, deputato allo svolgimento di funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo e formazione (indicazione di linee guida) per quanto concerne la salute pubblica.

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), infine, riveste il ruolo di tramite tra Stato e Regioni, svolgendo funzioni di supporto delle attività regionali. Inoltre essa si occupa della valutazione comparativa dei costi e rendimenti dei servizi resi ai cittadini, della segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse (personali e materiali) e nelle forniture e del trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria. L'Agenzia ha poi sviluppato il Programma nazionale esit (Pne), uno strumento operativo a disposizione delle Regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi dei profili critici. Il Pne, in aggiunta, si configura come uno strumento a supporto dell'audit clinico, con il compito di fornire a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del Ssn. Non produce tuttavia giudizi di qualità, classifiche, graduatorie o pagelle.

I governi regionali assicurano la fornitura di un'offerta di prestazioni attraverso una rete di organizzazioni territoriali (Usl) e di ospedali pubblici e privati accreditati.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, sono state ridisegnate le autonomie locali (Comuni, Province, Regioni). L'obiettivo di questa riforma era quello di rendere lo Stato italiano più federalista, spostando i centri di spesa e di decisione dai livelli più centrali (nazionali) a quelli più locali, avvicinandosi così ai cittadini. Nel corso degli anni alle Regioni sono state accordate sempre più competenze e una sempre maggiore autonomia. Di conseguenza esse svolgono funzioni legislative, esecutive, amministrative e di programmazione e organizzazione dell'offerta, al fine di attuare a livello regionale gli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale. Sono inoltre responsabili dell'allocazione delle risorse e della definizione di criteri economici e organizzativi di gestione delle diverse strutture, del monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficienza dei servizi forniti e della nomina dei Direttori generali. Alle Regioni spetta anche il compito di garantire che Usl e ospedali forniscano i Lea, più o meno integrati in relazione al budget regionale. Infine, esse cooperano con lo Stato nella definizione dei Lea, ma possono fornire (attraverso Usl e

ospedali, controllati direttamente a livello regionale) prestazioni ulteriori in base al budget disponibile (es. cure odontoiatriche, notoriamente escluse dai Lea).

In conclusione, si può affermare che con la riforma del 2001 la sanità sia diventata a tutti gli effetti una materia concorrente: lo Stato e le Regioni, infatti, decidono insieme (concorrono) quali politiche adottare in ambito sanitario per mezzo della Conferenza Stato-Regione, in cui vengono specificate le competenze esclusive dello Stato, lasciando alle Regioni il compito di occuparsi di tutte quelle non nominate esplicitamente.

Uno dei più importanti accordi finanziari e programmatici tra Stato e Regione è il cosiddetto “Patto per la Salute”. Esso ha valenza triennale ed è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e garantire l’unitarietà del sistema. Il più recente risale al triennio 2019-2021 e, rispetto ai precedenti accordi, ha portato ad alcune novità, di cui parleremo nelle pagine seguenti.

I principali punti del Patto per la Salute 2019-2021

Finanziamento del Fondo sanitario nazionale

Le risorse per il prossimo biennio sono state confermate, con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e di 1,5 miliardi per il 2021. Il livello del finanziamento, in questo modo, passa dai 114.474.000.000 del 2019 ai 116.474.000.000 del 2020, ai 117.974.000.000 del 2021. Governo e Regioni concordano, inoltre, in merito alla proposta di ricondurre le quote vincolate del riparto del fabbisogno sanitario standard all’interno del riparto relativo alla quota indistinta, confermando i criteri di assegnazione definiti nelle ultime proposte di riparto.

Lea

Governo e Regioni si impegnano a completare il percorso di attuazione del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, intitolato «Nuovi Lea», approvando il decreto che fissa le tariffe per consentire l’entrata in vigore dei relativi nomenclatori.

Previsione di un nuovo strumento di misurazione della qualità delle cure

Dal 2020, grazie al Nuovo sistema di garanzia (Nsg), il Comitato Lea effettuerà una nuova valutazione annuale sulla qualità, sull’appropriatezza e sull’efficienza dei servizi sanitari regionali. In caso di gravi criticità rilevate in almeno due dei tre macro-livelli di assistenza, la Regione dovrà presentare un piano di risoluzione delle criticità, valutato ed eventualmente integrato dal Comitato Lea con il supporto degli enti vigilati. Nel caso di valutazione insufficiente in tutti i tre macro-livelli, la Regione è valutata inadempiente e deve elaborare un piano operativo di riorganizzazione.

Nuovi criteri per fine commissariamenti

Governo e Regioni si impegnano entro 180 giorni a riesaminare la procedura di nomina dei Commissari *ad acta*, anche alla luce delle ultime sentenze della Corte costituzionale.

Risorse umane

In presenza di oggettive esigenze di personale e nel rispetto degli equilibri di bilancio, nel triennio 2020-2022 il budget disponibile per le nuove assunzioni sale fino al 15% rispetto all'incremento annuale del Fondo sanitario nazionale. Si dà il via libera alla partecipazione degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione quadriennale o quinquennale alle procedure concorsuali per la dirigenza sanitaria e la possibilità di stipulare contratti a tempo determinato per gli specializzandi collocati nelle graduatorie concorsuali viene prorogata fino al 31 dicembre 2022. Sarà consentita la proroga a rimanere a lavoro oltre i 40 anni di servizio e fino ai 70 anni di età ai medici specialisti, su base volontaria e secondo le esigenze aziendali, insieme al tempestivo reclutamento del personale del Ssn. È prevista anche la revisione, in accordo con il Miur, del sistema di formazione dei medici specialisti.

Mobilità sanitaria

Viene previsto un nuovo programma nazionale Governo-Regioni per recuperare i fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali, organizzative e/o di qualità e quantità delle prestazioni, ai fini della tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure.

Enti vigilati

È previsto il riordino di Aifa, Iss e Agenas per superare la frammentazione e la duplicazione delle competenze. L'obiettivo è quello di rivedere la *governance* e i meccanismi operativi di funzionamento.

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

Sono previsti una nuova revisione e un ammodernamento della *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici per migliorare l'efficienza allocativa delle risorse.

Investimenti

Vengono individuati interventi infrastrutturali necessari per 32 miliardi di euro, ai quali si aggiungono 1,5 miliardi per l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature.

Assistenza territoriale e medicina generale

È stata concordata la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina d'iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione. Correlativamente, si punta al potenziamento dell'assistenza domiciliare. In questo ambito, infatti, è previsto l'ampliamento della sperimentazione della cosiddette "Farmacia dei servizi" come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti e il controllo dell'aderenza terapeutica degli stessi. Allo stesso tempo, verrà valorizzata l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza e dell'aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili.

Fondi sanitari integrativi

È previsto un gruppo di lavoro per l'ammodernamento e la revisione della normativa sui fondi sanitari e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali. L'obiettivo è quello di favorire la trasparenza del settore, tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale e potenziare il sistema di vigilanza, per migliorare l'efficienza complessiva del sistema.

Modelli previsionali

A supporto delle scelte di programmazione si prevede una sempre maggiore integrazione dei dati e dei diversi flussi informativi, che consenta di realizzare strumenti e modelli previsionali per l'analisi del fabbisogno di salute della popolazione.

Ricerca

Verrà promossa una *governance* condivisa della ricerca per definirne priorità e ambiti condivisi e per snellire le procedure di attribuzione delle risorse. La ricerca è individuata come volano di sviluppo del Paese.

Prevenzione

Promozione e prevenzione sono chiavi per garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute.

In particolare sono svolti i seguenti temi:

- contrasto al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza;
- consolidamento del contrasto alle malattie croniche attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico precoce;
- piena realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia;
- standard adeguati di personale per sicurezza sui luoghi di lavoro;

- approccio *one health*, che considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legate alla salute degli ecosistemi;
- maggiori controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Le Regioni e il Governo hanno anche concordato di valutare l'estensione delle fasce d'età a cui è rivolto lo screening mammografico.

Revisione del ticket

Sarà istituito un gruppo di lavoro che avrà come obiettivo quello della revisione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini per ridurre le disuguaglianze attraverso la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del reddito familiare equivalente.

Partecipazione dei cittadini³

Per migliorare la relazione con i cittadini si punterà sempre più sulla trasparenza e sulla comunicazione, attraverso il loro coinvolgimento in pratiche di partecipazione inclusive.

È prevista anche una forte promozione degli strumenti di accesso informatico ai servizi erogati telematicamente dal Ssn, adottando regole standard, codifiche condivise e interoperabilità degli ecosistemi informatici.

I livelli essenziali di assistenza (Lea)

Il Ministero della Salute definisce i Lea come «le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (co-payment = ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale»⁴ (come previsto dal Patto di Salute più recente). In un modello universalistico come il nostro, per ragioni di sostenibilità, si pone infatti la necessità di stabilire le priorità e definire il ventaglio delle prestazioni garantite.

A questo proposito, le tipologie di prestazione secondo i Lea possono essere suddivise in:

- incluse: solo secondo un determinato profilo di erogazione (es. chirurgia della cataratta in regime ambulatoriale, ma non in day hospital o ricovero);
- parzialmente escluse: erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche (es. chirurgia refrattiva con laser a eccimeri, erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali);

³ Informazioni presenti sul sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it

⁴ Boccia A., Capparelli A., Celletti P., De Giusti M., Fubelli A., Larosa B., La Torre G., *Elementi di Diritto delle Professioni Sanitarie*, Società Editrice Esculapio, 2020, p. 11.

- escluse: non rispondenti agli obiettivi del Ssn o a principi di efficacia (perché non dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili), appropriatezza e/o economicità nell'impiego delle risorse (perché non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza, come per esempio gli interventi di chirurgia estetica non conseguenti a incidenti, malattie o malformazioni congenite).

Oltre a definire l'offerta, è necessario verificare che i cittadini ottengano poi le prestazioni a cui hanno diritto (per esempio, se il cittadino non riesce a ottenere la prestazione entro i tempi stabiliti, ha il diritto di ricorrere a cure in regime privatistico, rimborsate dal Servizio sanitario nazionale). Tale verifica avviene sulla base di alcuni indicatori riferiti ai tre livelli di attività dei Lea:

- assistenza collettiva: comprende aree come la prevenzione collettiva e sanità pubblica, la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali), la sorveglianza e la prevenzione delle malattie croniche (inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi di screening), la salute e la sicurezza ambientale e sui luoghi di lavoro, la salute animale e l'igiene urbana veterinaria, la sicurezza alimentare e, infine, le attività medico-legali per finalità pubbliche;
- assistenza distrettuale: è suddivisa nelle aree di assistenza sanitaria di base, emergenza sanitaria territoriale (112/118), assistenza farmaceutica, assistenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale (la quale, anche se prestata negli ospedali, non rientra nel livello ospedaliero poiché erogata in modalità *outpatient*), assistenza protesica, assistenza termale, assistenza domiciliare e territoriale, assistenza residenziale e semiresidenziale;
- assistenza ospedaliera: comprende pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery e day hospital, riabilitazione e lungodegenza post-acute, attività trasfusionali, trapianto di cellule, organi e tessuti e, infine, centri antiveleni.

I nuovi Lea (2017)

Il ventaglio di prestazioni incluse nei Lea, definito per la prima volta nel 2001, è stato recentemente rivisto aggiornando gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti e innovando il nomenclatore della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica.

Visto l'ampio lasso di tempo necessario per il loro aggiornamento, è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, con il compito di monitorarne costantemente il contenuto, escludendo prestazioni, servizi e attività che divengano obsoleti e valutando di erogare a carico del Ssn trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.

Agli stranieri non in regola il Ssn garantisce le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali (cioè che prevedano rispettivamente il rischio vita o un danno alla salute immediato o sul lungo termine) e i programmi di prevenzione.

Alcuni esempi di nuove inclusioni nei Lea risalenti al 2017 sono:

- nuovi vaccini e destinatari: inclusione di vaccinazioni già previste dal Calendario nazionale 2012-2014 (anti-pneumococco e meningococco C nei nuovi nati, anti-Hpv nelle undicenni) e di nuove vaccinazioni, previste dal nuovo Piano nazionale della prevenzione vaccinale 2017-2019 (meningococco B, rotavirus, varicella nei nuovi nati; anti-Hpv nei maschi undicenni; meningococco tetravalente Acwy-135 e richiamo anti-Polio Ipv; pneumococco e zoster nei sessantacinquenni e nei soggetti a rischio di tutte le età);
- un nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale (aggiornato dopo vent'anni), che include prestazioni tecnologicamente avanzate ed elimina quelle obsolete e:
 - individua tutte le prestazioni necessarie nelle diverse fasi concernenti la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa, precedentemente erogate solo in regime di ricovero;
 - rivede profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica e, per ogni singola prestazione, fa riferimento a un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni;
 - introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia) o di tecnologia recente (enteroscopia con microcamera ingeribile, radioterapia stereotassica).
- un nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica (aggiornato dopo diciassette anni), il quale consentirà di prescrivere diversi ausili, tra cui quelli acustici a tecnologia digitale, quelli informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità);
- malattie rare: ampliamento consistente dell'elenco delle stesse (erogate in regime tipo esenzione), realizzato mediante l'inserimento di più di 110 nuove entità tra singole malattie rare e gruppi di patologie (ad esempio sarcoidosi, miastenia gravis, sindrome da neoplasie endocrine multiple);
- malattie croniche: sono introdotte sei nuove patologie esenti, quali sindrome da talidomide, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi negli stadi clinici moderato/grave, Bpco negli stadi clinici moderato, grave, molto grave. Vengono spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare, quali malattia celiaca, sindrome di Down, sindrome di Klinefelter, connettiviti indifferenziate;
- screening neonatale: introduzione dello screening neonatale per sordità e cataratta congenita e malattie metaboliche ereditarie;

- gravidanza: diagnosi prenatale con test combinato (eco per translucenza nucale + prelievo ematico), amniocentesi e villocentesi gratis solo per donne con rischio elevato, ricerca d'infezioni che potrebbero complicare la gravidanza (con Pap-test, urinocoltura, ricerca anticorpi, tampone vaginale) ed esami per diabete gestazionale.

Il livello locale

Arrivando infine al livello locale, ci troviamo di fronte a diversi erogatori: Usl, ospedali pubblici, Irccs e policlinici e, in ultimo, ospedali privati accreditati.

Le Usl costituiscono il primo protagonista a livello locale. Esse infatti svolgono diversi compiti, tra i quali quello di fornire e garantire a tutti gli assistiti i servizi inclusi nei Lea, garantendo uguaglianza di accesso, efficacia degli interventi di prevenzione e cura, efficienza nella produzione e distribuzione dei servizi e, infine, responsabilità di bilancio. L'erogazione dei servizi avviene in prima battuta, oppure attraverso delega a fornitori esterni pubblici o privati, ovvero le aziende ospedaliere e le strutture convenzionate.

Prima di addentrarci nella descrizione delle aziende ospedaliere, è importante ricordare il cambiamento avvenuto negli ultimi tre anni in merito all'assetto organizzativo del sistema sanitario, alla base del quale vi è stato il tentativo d'integrare assistenza primaria e assistenza ospedaliera. Nel modello precedente, infatti, tutta l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale era di pertinenza degli ospedali, mentre gli ambiti di assistenza domiciliare, delle cure primarie, dei rapporti con la medicina generale e della prevenzione erano a carico delle Asl. Tuttavia, a fronte dei problemi della cronicità, della riduzione dei posti letto ospedalieri e della gestione del paziente post-dimissione, si è ritenuta necessaria una maggiore integrazione tra il servizio sanitario e i servizi sociali. In altre parole, questo modello doveva essere ripensato, senza stravolgerlo, a partire dall'assetto delle grandi aziende ospedaliere.

In questo contesto è utile studiare il caso della Regione Lombardia. Nel 2015 la medicina territoriale viene "agganciata" a quella ospedaliera, aprendo nuove vie e soluzioni. Le aziende ospedaliere, in particolare, cominciano ad agire anche a livello territoriale, gestendo il percorso del paziente prima e dopo il ricovero ospedaliero. In sostanza, il paziente viene preso in carico sul territorio e gestito con un duplice scopo: evitare che si rechi in ospedale per ragioni inappropriate e che vi faccia ritorno nel caso in cui dopo il ricovero abbia ancora necessità di assistenza. Le aziende ospedaliere diventano quindi strutture integrate, chiamate Aziende socio-sanitarie territoriali (Asst). La Lombardia ha previsto anche la modifica delle Asl in Agenzie per la tutela della salute (Ats), alleggerendone l'attività prestazionale e riducendone il numero. Oggi, pertanto, agiscono da un lato per conto della Regione, attraverso l'attuazione delle politiche regionali sul territorio, e dall'altro per conto del cittadino, provvedendo alla

programmazione dei servizi. In Lombardia sono attualmente presenti otto Ats (in sostituzione delle 18 Asl precedenti), 27 Asst e, infine, cinque Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs). Questi ultimi, definiti anche “centri di formazione”, sono ospedali di eccellenza di rilievo nazionale, che, in aggiunta all’attività assistenziale, perseguono finalità di ricerca in campo biomedico.

È noto che, per ottenere il riconoscimento come Irccs, le strutture debbano dimostrare di possedere determinate caratteristiche, tra le quali un carattere di eccellenza certificato sia nell’assistenza (prestazioni, organizzazione, strutture, attrezzature), sia nella ricerca cosiddetta “traslazionale”, ovvero direttamente trasferibile alla pratica clinica. Il riconoscimento del carattere scientifico conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale aggiuntivo, finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle attività di ricerca. Gli Irccs possono avere natura giuridica pubblica o privata. Nel primo caso si tratta di enti pubblici, il cui direttore scientifico viene nominato dal ministro della Salute. Nel secondo caso, invece, sono a tutti gli effetti case di cura private e, in quanto strutture esterne al Ssn, il controllo su di esse da parte del Ministero si limita alla sola valutazione dell’attività scientifica svolta. All’ambito del pubblico, invece, appartengono i Policlinici: in passato, queste strutture erano gestite direttamente dalle università, mentre attualmente si preferisce definirle “Aziende ospedaliere universitarie” (Aou) a gestione mista, in quanto sono amministrate dalle università e dalla Regione. Tra le strutture ospedaliere private, invece, si ritrovano gli Irccs di diritto privato, le case di cura private accreditate e, infine, le case di cura private non accreditate, autorizzate a esercitare ma senza finanziamenti del Ssn.

Ritorniamo ora all’organizzazione di un’azienda ospedaliera, rappresentandone le funzioni attraverso il seguente organigramma.

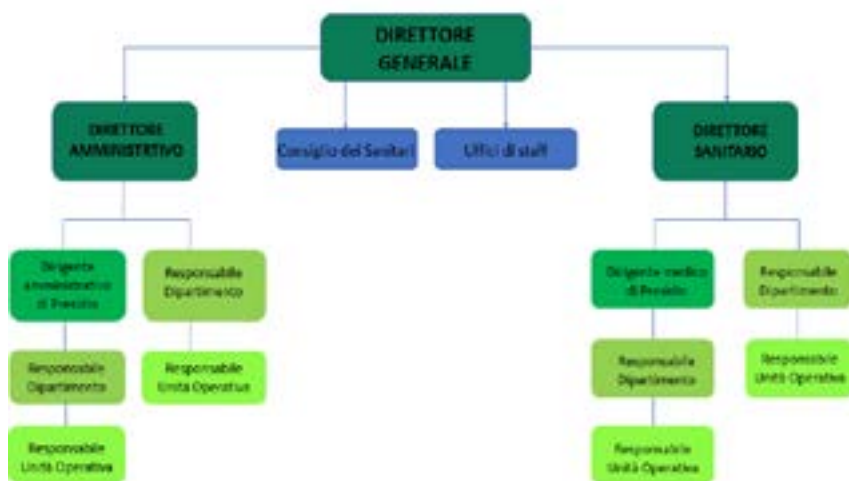


Figura 2: l’organizzazione di un’azienda ospedaliera.

Le tre figure principali di una struttura sanitaria sono il direttore generale, il direttore sanitario e il direttore amministrativo. Per queste figure non è previsto un contratto a tempo indeterminato, ma solamente di durata triennale, determinato anche dal raggiungimento o meno degli obiettivi che sono stati loro assegnati.

Quali caratteristiche bisogna possedere per poter ricoprire i tre ruoli sopra citati?

Il direttore generale di una struttura sanitaria deve:

- aver conseguito una laurea magistrale;
- possedere una formazione di tipo manageriale;
- avere esperienza di gestione di una struttura almeno quinquennale.

Viene nominato dal presidente della Regione con un contratto a termine della durata di cinque anni.

È responsabile del buon andamento economico-finanziario e del raggiungimento degli obiettivi definiti a livello regionale e ha il compito di definire un piano strategico aziendale. Nonostante sia dotato di autonomia organizzativa e imprenditoriale, è soggetto alla rivalutazione periodica dei risultati da parte della Regione.

Come anticipato, le altre figure fondamentali sono quelle di nomina della direzione strategica dell'ospedale, ovvero il direttore sanitario e il direttore amministrativo.

Il direttore sanitario deve:

- aver conseguito una laurea in medicina e chirurgia;
- possedere una formazione di tipo manageriale;
- avere esperienza di gestione di una struttura almeno quinquennale.

Ha il compito di organizzare il funzionamento delle strutture e i processi clinico assistenziali.

Il direttore amministrativo deve:

- aver conseguito una laurea in ambito economico-giuridico;
- possedere una formazione di tipo manageriale, qualunque sia la sua professione d'origine;
- avere esperienza di gestione di una struttura almeno quinquennale.

Si occupa della gestione dei bilanci, degli stipendi, di approvvigionamento e di marketing, quindi di tutte le funzioni gestionali. In Lombardia, è stata aggiunta una quarta figura, il direttore socio-sanitario, che presiede all'integrazione tra ospedale e territorio, della quale abbiamo discusso in precedenza. In questo momento è una figura che non ha una caratterizzazione precisa ed è ricoperta da vari profili professionali.

Un'altra figura di spicco all'interno dell'organigramma ospedaliero è il direttore di dipartimento, nominato dal direttore generale, che ha la possibilità di scegliere tra i direttori delle Unità operative complesse. Solitamente è un clinico con formazione manageriale, al quale vengono riconosciuti competenze oggettive e prestigio. Si tratta, anche in questo caso, di una figura a tempo (in genere cinque anni), il cui operato è soggetto a valutazione periodica per verificare il raggiungimento degli obiettivi a lui assegnati nell'ambito delle sue responsabilità cliniche, organizzative e gestionali (essendo coinvolto nella direzione dell'azienda ospedaliera).

L'organizzazione dipartimentale

Che cos'è un dipartimento? Si tratta di un modello ordinario e obbligatorio di gestione delle strutture ospedaliere, sia sul versante sanitario che su quello amministrativo. È composto da più Unità operative complesse (Uoc, ex reparti, es. cardiologia), a loro volta costituite da più Unità operative semplici (Uos, es. aritmologia), al fine d'integrare fasi e specialità del percorso clinico-assistenziale (es. il dipartimento materno-infantile riunisce ginecologia, neonatologia e pediatria).

Lo scopo di questa suddivisione è quello di una migliore condivisione e gestione delle risorse (es. riunire le chirurgie in un blocco operatorio), oltre che di una migliore organizzazione e integrazione di diverse figure professionali.

Ogni ospedale possiede un proprio piano organizzativo aziendale preposto a definire la struttura organizzativa ospedaliera, pensato per garantire maggiore trasparenza, tanto all'operatore quanto al paziente. La struttura sanitaria stessa, tramite il direttore di dipartimento, può decidere quale tipologia di dipartimento adottare. Le possibilità sono le seguenti:

- tipo d'intervento: emergenza, riabilitazione...;
- intensità di cura: urgenza, lungodegenza...;
- organo o apparato: cardiologico...;
- settore nosologico: oncologico, cardiovascolare...;
- fase d'intervento: maternità, infanzia...;
- gruppi di età: pediatrico, geriatrico...;
- di base: chirurgia, medicina, neuropsichiatria...;
- inter-ospedalieri.

Nell'ambito dei dipartimenti, quello di emergenza-urgenza è spesso “funzionale”. Infatti, dal momento che l'urgenza è un ambito estremamente complesso (che a seconda dei casi coinvolge chirurghi, anestesisti, laboratoristi, radiologi e richiede consulenze neurologiche, pneumologiche, ostetriche), esso aggrega le funzioni implicate nel processo. Pertanto, all'interno di un dipartimento di emergenza si potranno elaborare protocolli d'intervento e gestire le problematiche principali (ad esempio cosa fare in caso di meningite), sia per quanto riguarda l'area medica che per quanto concerne quella infermieristica.

Tra i modelli sopra citati, quello riferito all'intensità di cura può agevolare l'apparato logistico dell'ospedale, poiché stabilisce il ricovero per gravità e priorità e non secondo il settore nosologico (ad es. è possibile fare un ricovero di medicina nei letti di neurologia, se è prioritario). Pertanto i posti letto risultano organizzati per piastra e vengono condivisi tra più specialità. Un modello di questo tipo ovviamente richiede un'efficiente gestione del posto letto e un dialogo continuo con accettazione e PS per mantenere una certa fluidità nella gestione dei pazienti. Questo modello viene oggi applicato in diverse strutture all'avanguardia. Secondo alcuni, tuttavia, questo tipo di suddivisione potrebbe favorire errori e determinare distonie organizzative (un letto è seguito da un medico specifico, pertanto, al

momento del giro visite, il paziente può sentirsi “saltato”, così come, in assenza del medico gestore, impegnato in altra attività, altri possono seguire senza le competenze necessarie il paziente che non dipende da loro).

Si dà inoltre il caso di dipartimenti inter-ospedalieri, nei quali ad esempio si trovano aggregate diverse strutture ospedaliere, anche distanti. Nel piano dell'azienda, pertanto, è lecito proporre un unico dipartimento di laboratorio, con un unico referente di dipartimento e modalità di esecuzione comuni, svolgendo alcuni esami in un solo presidio.

Oltre a degenze, day hospital (diagnostico/terapeutico), day surgery e ambulatori, esistono oggi nuove modalità organizzative, quali le Macroattività ambulatoriali complesse (Mac). Esse prevedono l'aggregazione, nello stesso giorno, di più interventi diagnostici o prestazioni ambulatoriali, anche di specialità diverse, per determinate tipologie di paziente; in altre parole, si tratta di un'attività ambulatoriale integrata sostitutiva del day hospital terapeutico, il quale, come anticipato discutendo dei Lea e delle diverse tipologie di prestazione, risulta appropriato solo in determinate condizioni.

Le reti ospedaliere e il modello hub and spoke

Per garantire il miglior trattamento di determinate patologie è necessaria una riorganizzazione della rete assistenziale secondo il modello *hub and spoke* (“ruota con mozzo e raggi”). Esso prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*hub*, “mozzo”) fortemente integrati con centri periferici (*spoke*, “raggio”), che preparano le fasi successive dell'assistenza e trattano la casistica rimanente. Alcuni esempi di patologie gestite con questo modello sono:

- emergenze cardiologiche (Ima): si sfrutta l'integrazione tra intervento di emergenza-urgenza (riperfusionazione coronarica), ospedali a diversa complessità assistenziale e medicina territoriale, al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e la prognosi per questa tipologia di pazienti;
- ictus: stroke unit di I e II livello. La stroke unit di primo livello deve avere determinate caratteristiche, tra le quali si annoverano un neurologo e del personale infermieristico dedicato, almeno un posto letto con monitoraggio continuo, riabilitazione precoce, terapia fibrinolitica endovenosa, pronta disponibilità neurochirurgica, disponibilità nelle 24 ore di TC cerebrale e angiogrammi TC e collegamento operativo con una stroke unit di secondo livello. Una struttura di secondo livello, invece, deve trattare almeno 500 casi all'anno e deve garantire: disponibilità di un neuroradiologo 24 ore su 24, interventistica endovascolare, neurochirurgo e chirurgia vascolare 24 ore su 24;
- trauma: si sfrutta l'integrazione tra Centri traumi (CT) anche ad alta specializzazione (Centro grandi ustionati, Unità spinale, Camera iperbarica, Centro antiveneni) e PS per traumi (Pst).

La valutazione dell'attività ospedaliera e i Drg

Fino a una trentina di anni fa non erano disponibili strumenti realmente validi e la valutazione si focalizzava sulla qualità della gestione del posto letto, calcolando il numero di ricoveri, la durata della degenza, il numero dei pazienti che ruotavano in un anno in un posto letto, quante volte all'anno quel posto letto restava vuoto e qual era la percentuale di occupazione del posto letto. Al giorno d'oggi, invece, questi indicatori sono di scarso utilizzo e ci si focalizza soprattutto sulle tipologie di ricovero effettuate e sulla complessità della casistica trattata. Per misurare la complessità di casistica, sono sicuramente di aiuto i Drg (Diagnosis related group), ovvero un sistema di classificazione basato sulla Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), elemento integrante della cartella clinica dell'assistito. Partendo dalla cartella di dimissione, pertanto, si è cercato d'identificare alcuni gruppi omogenei quanto a causa di ricovero in base ai rispettivi consumi di risorse. I Drg sono stati importati dagli Usa a metà anni Novanta (siamo stati tra i primi in Europa ad adottarli) e hanno contribuito ad attuare la riforma sanitaria del 1992-1993, intesa a implementare l'efficienza sanitaria assegnando una tariffa a ogni performance, così da stabilire un budget di funzionamento delle strutture sanitarie e valutare se si sia nelle condizioni di bilanciare costi e ricavi. Questo sistema riconduce tutta la casistica ospedaliera a poco più di 500 classi. I gruppi sono omogenei in riferimento al consumo di risorse (a tal proposito si parla di "isorisorse"), quindi, sostanzialmente, anche in termini di durata di degenza. Quale logica presiede a queste aggregazioni? La durata della degenza dipende da una serie di fattori. Innanzitutto dal paziente, ossia dalle determinate caratteristiche sociali, anagrafiche, anamnestiche o relative alle complicanze insorte durante la sua degenza. In secondo luogo dal medico, che con la sua capacità o impostazione diagnostica/terapeutica potrà renderla più o meno lunga. Infine dall'efficienza operativa dell'ospedale e dalla sua capacità tecnologica. Se, ad esempio, la terapia intensiva risulta occupata, è necessario bloccare l'attività di sala operatoria che comporti la possibilità, anche remota, di disporre di letti in terapia intensiva. Oppure, se si nel percorso clinico di un paziente si prevedono servizi ancillari per effettuare ulteriori indagini, questi stessi servizi devono, ovviamente, essere presenti. Questo è ciò che si intende quando si parla della capacità tecnologica e dell'efficienza operativa di una struttura ospedaliera.

In seguito all'attribuzione alla Categoria diagnostica maggiore (Mdc) appropriata, si distinguono i casi chirurgici da quelli medici e, sulla base della specifica diagnosi o procedura e di correttivi quali età, patologie concomitanti e complicanze (non si fa distinzione tra le due, ma si ritengono significative tutte le condizioni in grado di allungare di almeno un giorno la durata della degenza nel 75% dei casi), si attribuisce un Drg. Una categoria importante in relazione ai Drg consiste nel cosiddetto "peso", con cui si valuta la complessità della casistica rispetto a un Drg di peso unitario di riferimento: più è alto il peso relativo, più la casistica è complicata. Inoltre, attribuendo un valore monetario al Drg di riferimento con peso = 1, si può stimare

il valore monetario di tutti i Drg (tariffa) con peso maggiore o minore e, quindi, dare un valore monetario a tutte le casistiche. I Drg, pertanto, permettono un confronto con altre strutture ospedaliere. D'altra parte, in alcuni casi condizionano le scelte delle strutture e spesso le indirizzano verso l'incentivazione/disincentivazione di determinate attività a seconda della modulazione delle tariffe.

In conclusione, il Drg si rivela un efficiente strumento di pianificazione organizzativa e di previsione dei pagamenti: sapere in anticipo quanto si verrà pagati per l'attività che si svolgerà permette di stabilire un budget e bilanciare costi e ricavi, quindi, in sostanza, di pareggiare i conti a fine anno. D'altro canto questo sistema può portare a dimissioni precoci, all'aumento delle riammissioni e alla dismissione di procedure poco remunerative a favore di quelle più remunerative al fine di aumentare i ricavi. Di conseguenza può portare alla sofferenza, in termini di quantità e qualità dei servizi erogati, e a un aumento della spesa, se si mira a procedure più vantaggiose dal punto di vista della remunerazione.

L'assistenza primaria

Siamo convinti che, insieme alla prevenzione, uno dei due pilastri sui quali si fonda ogni ipotesi di sostenibilità del servizio sanitario negli anni a venire sia l'assistenza primaria. Essa è definita come «il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica» (Legge 833/1978).

Si tratta di un tipo di assistenza extra-ospedaliera che prende in carico i bisogni sanitari della popolazione, offrendo una rete di servizi integrati e accessibili dal punto di vista economico per cittadino, in un contesto di rapporto paritario tra l'assistito e colui che assiste.

Nella pratica quotidiana è rappresentata da interventi di primo livello (caratterizzati da una fase di primo contatto e da azioni di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, trattamento, riabilitazione, counseling), rivolti a patologie acute a bassa complessità specialistica e tecnologica, ma anche a patologie croniche, a condizioni di fragilità e/o non autosufficienza, in varie sedi di trattamento (es. domicilio, residenze, ambulatorio). Si occupa, inoltre, della presa in carico del cittadino, ovvero di sostenere in vario modo il paziente a seconda dell'entità del bisogno, affinché non venga meno la continuità assistenziale.

L'esigenza di promuovere la prevenzione, inizialmente interpretata come modello da realizzare innanzitutto nei Paesi in via di sviluppo, successivamente si è diffusa anche nei Paesi sviluppati. Si tratta, in effetti, di un processo che interessa tutti i sistemi sanitari, dal momento che il problema della razionalizzazione dell'impiego delle risorse e della sostenibilità dei sistemi sanitari è sentito anche in Paesi economicamente più avanzati.

L'assistenza primaria non si risolve semplicemente nella figura del medico di medicina generale, ma costituisce un sistema complesso e ben articolato. Oggi come oggi non rispecchia più il modello tradizionale della cosiddetta “medicina di attesa” (“io sono qui e aspetto che arrivi il paziente”), ma quello della “medicina d’iniziativa”, che garantisce all’utente una guida efficace e un’assistenza accessibile, continuativa e organizzata.

Le categorie dei fruitori di questo tipo di assistenza possono essere diverse e spaziano dal soggetto sano o apparentemente sano, al quale sono rivolti i programmi di prevenzione, al paziente con carente educazione sanitaria, ovvero il soggetto che non si reca dal medico di medicina generale, si rivolge al professionista sbagliato o accede al PS pensando di aver bisogno di assistenza immediata o per evitare la lista d’attesa. Quest’ultima categoria di paziente grava pesantemente sulla struttura ospedaliera in termini d’impegno di risorse e quindi di costi. L’assistenza primaria si rivolge inoltre al paziente cronico e al paziente non autosufficiente (soggetto che ha difficoltà a svolgere una o più funzioni della vita quotidiana autonomamente e che necessita di assistenza per lunghi periodi di tempo di tipo domiciliare o residenziale) e/o fragile (soggetto che si trova in una condizione di rischio e vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a eventi negativi). Alcuni indicatori comuni di fragilità sono, ad esempio: età avanzata, declino funzionale, disabilità fisica e scarsa autosufficienza, frequenti cadute e traumi (frattura del femore), malattie croniche, polifarmacoterapia, dipendenza da o necessità di caregiver, deterioramento cognitivo o depressione, ospedalizzazioni pregresse e malnutrizione.

Alla base dell’assistenza primaria, vi è il coordinamento, inteso come processo di ricomposizione unitaria delle azioni tra le diverse componenti professionali e settoriali per raggiungere le finalità di presa in carico istituzionale e continuità assistenziale. Il paziente cronico, ad esempio, necessita del medico per la prescrizione di farmaci, ma in alcuni casi può anche aver bisogno dell’intervento di altre figure professionali, come l’infermiere per la somministrazione di farmaci, il fisioterapista per la riabilitazione, lo specialista per una seconda opinione, o professionisti per l’assistenza domiciliare. La premessa alla base del coordinamento è l’integrazione tra le componenti professionali e disciplinari, ma anche tra le diverse istituzioni.

Un altro passaggio fondamentale dell’assistenza primaria corrisponde alla *presa in carico*: si tratta di un processo organizzativo, teso a fornire una risposta adeguata ai bisogni socio-sanitari complessi di persone che necessitano di progetti assistenziali unitari e personalizzati per il trattamento della cronicità e della non autosufficienza. Esso prevede diverse fasi:

- accesso/primo contatto tra paziente e operatori sanitari;
- valutazione del bisogno e definizione del piano assistenziale: si tratta di una valutazione piuttosto complessa, che deve tenere conto non solo della componente sanitaria, ma anche di quella sociale (presenza di una rete

familiare di supporto, autonomia del paziente entro il proprio domicilio ecc.). Il piano di assistenza dev'essere individuale e dev'essere condiviso con il paziente, in un'ottica di rapporto di partenariato tra assistito e colui che assiste;

- coordinamento in fase attuativa;
- monitoraggio e rivalutazione: verifica a scadenza sulla base di diversi indicatori, tra i quali miglioramento del livello di autosufficienza e il controllo di determinati parametri.

Oltre all'assistenza primaria e all'assistenza ospedaliera esistono l'assistenza intermedia, le cure subacute e l'assistenza domiciliare.

L'assistenza intermedia è costituita da quella gamma di servizi destinati a connettere il trattamento ospedaliero della fase acuta della patologia con l'assistenza primaria. È dunque finalizzata a perseguire obiettivi quali la riduzione della durata della degenza ospedaliera, la prevenzione dei ricoveri e delle riammissioni ospedaliere inappropriate e, infine, la gestione delle transizioni tra l'ospedale e i contesti assistenziali successivi, allo scopo di favorire l'indipendenza e il ritorno al domicilio. Di conseguenza, è destinata a pazienti che necessitano di assistenza nelle fasi di post-acuzie e/o a soggetti inseriti in contesti ad alto rischio di ospedalizzazione. I pazienti devono ricevere una valutazione completa ed essere seguiti in base a un piano assistenziale dalla durata limitata (non più di sei settimane) che coinvolga più professionisti (puntando molto sull'assistenza infermieristica).

In Lombardia si parla anche di “cure sub-acute”, ovvero dei servizi prestati da strutture intermedie tra l'ospedale e il domicilio presenti sul territorio. Esse si occupano di assistere adeguatamente quei pazienti (per lo più anziani e cronici) che, pur non necessitando più di un'alta intensità di cura (ricovero ospedaliero), non possono ancora essere assistiti adeguatamente a domicilio.

Modelli di assistenza primaria

I modelli di assistenza primaria attuali sono inadatti a far fronte a sfide quali l'aumento delle attese dei cittadini e l'invecchiamento della popolazione. Si ritengono quindi necessari un ripensamento dei modelli di cura e una maggiore attenzione alla cronicità e alla fragilità. I due punti critici sui quali lavorare sono i seguenti:

- le interazioni tra le parti, che spesso non portano a un'assistenza ottimale né soddisfacente per i pazienti o il personale;
- l'attuale orientamento eccessivo verso le cure acute, quando invece circa metà della popolazione sopra i 50 anni ha almeno una patologia cronica.

Le patologie croniche, vale la pena di sottolinearlo, rappresentano la prima causa di mortalità nel nostro Paese. Secondo il rapporto dell'Istat, nel 2014 i decessi in Italia sono stati 598.670, con un tasso standardizzato di mortalità di 85,3 individui per 10.000 residenti. Dal 2003 al 2014 il tasso di mortalità si è ridotto

del 23%, a fronte di un aumento del 1,7% dei decessi dovuto all'invecchiamento della popolazione (come si evince dalla tabella seguente).

Cause di morte (Ordinamento secondo il numero dei decessi nel 2014)	2003				2014				Variazione % tasso 2003- 2014
	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso	
Malattie ischemiche del cuore	1	82.059	13,9	15,6	1	69.653	11,6	9,8	-37,2
Malattie cerebrovascolari	2	68.927	11,7	13,4	2	57.280	9,6	8,0	-40,5
Altre malattie del cuore	3	51.017	8,7	10,1	3	49.554	8,3	7,0	-30,5
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	4	32.264	5,5	5,7	4	33.386	5,6	4,9	-13,7
Malattie ipertensive	6	22.325	3,8	4,4	5	30.090	5,1	4,3	-4,3
Demenza e Malattia di Alzheimer	9	14.685	2,5	2,8	6	26.600	4,4	3,7	29,1
Malattie croniche basse vie respiratorie	5	23.325	4,0	4,5	7	20.234	3,4	2,8	-36,8
Diabete mellito	7	19.739	3,4	3,7	8	20.185	3,4	2,8	-23,0
Tumori maligni di colon, retto e ano	8	17.235	2,9	3,1	9	18.671	3,1	2,7	-13,8
Tumori maligni del seno	10	11.589	2,0	2,1	10	12.330	2,1	1,8	-13,5
Tumori maligni del pancreas	15	8.777	1,5	1,6	11	11.386	1,9	1,6	3,9
Malattie del rene e dell'urettere	17	8.110	1,4	1,6	12	10.043	1,7	1,4	-9,5
Tumori maligni del fegato	12	9.841	1,7	1,7	13	9.935	1,7	1,4	-17,1
Tumori maligni dello stomaco	11	11.024	1,9	2,0	14	9.337	1,6	1,4	-31,0
Influenza e Polmonite	14	8.878	1,5	1,8	15	9.413	1,6	1,3	-25,6
Tumori non maligni	16	8.127	1,4	1,5	16	8.204	1,4	1,2	-22,8
Setticemia	31	2.490	0,4	0,5	17	7.636	1,3	1,1	131,1
Tumori maligni della prostata	18	7.707	1,3	1,4	18	7.174	1,2	1,0	-29,8
Leucemia	20	5.561	0,9	1,0	19	6.049	1,0	0,9	-12,3
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	13	9.742	1,7	1,7	20	6.035	1,0	0,9	-48,7
Tumori maligni della vescica	21	5.116	0,9	0,9	21	5.690	0,9	0,8	-14,5
Morbo di Hodgkin e Linfomi	22	4.885	0,8	0,9	22	5.175	0,9	0,8	-13,3
Morbo di Parkinson	24	3.391	0,6	0,6	23	5.110	0,9	0,7	10,8
Tumori maligni del cervello e del SNC	25	3.108	0,5	0,5	24	4.237	0,7	0,6	17,6
Suicidio e autolesione intenzionale	23	4.075	0,7	0,7	25	4.147	0,7	0,6	-8,3
Prime 25		444.037	75,4			448.022	74,8		
Altre		144.860	24,6			150.648	25,2		
Totale		588.897	100,0	110,8		598.670	100,0	85,3	-23,0

Figura 3: l'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte.

Fonte: Istat, Rapporto 4 maggio 2017.⁵

5 Disponibile al sito: <https://www.istat.it/it/files/2017/05/Report-cause-di-morte-2003-14.pdf>.

Sia nel 2003 che nel 2014, le prime tre cause di morte in Italia sono state le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie cardiache (rappresentative del 29,5% di tutti i decessi), anche se i tassi di mortalità per queste cause si sono ridotti in 11 anni di oltre il 35%. Al quarto posto nella graduatoria delle principali cause di morte figurano i tumori dei polmoni, dei bronchi e della trachea, (33.386 decessi). Demenza e Alzheimer risultano in crescita e, con 26.600 decessi, rappresentano la sesta causa di morte nel 2014.

Negli ultimi anni, quindi, sono stati proposti diversi modelli di assistenza primaria per poter fronteggiare l'aumento delle malattie croniche, strettamente correlato all'invecchiamento della popolazione.

Il Kaiser Permanente's risk stratification model

Secondo questo modello statunitense di programma assicurativo, i pazienti cronici possono essere stratificati su tre livelli in funzione dei loro bisogni, del rischio e delle strategie d'intervento.

- Primo livello: comprende il 70-80% dei cronici. Si tratta di pazienti ai quali si può insegnare, con un adeguato supporto, ad autogestirsi, ossia a essere attivi nella gestione della propria malattia, prevenendone le complicanze e rallentandone i processi degenerativi. Questa fascia può essere affidata al medico di famiglia e al sistema che ruota intorno al medico di medicina generale.
- Secondo livello: comprende i pazienti ad alto rischio, che dunque richiedono una gestione attiva del percorso di cura (medicina d'iniziativa) e interventi multidisciplinari per garantire che effettivamente facciano i controlli a tempo debito, assumano i farmaci nel modo corretto e si muovano lungo un percorso assistenziale definito. Questo livello, dunque, spesso implica l'intervento di più professionisti.
- Terzo livello: comprende la minoranza costituita dai pazienti altamente complessi (ad esempio quelli che presentano diverse co-morbilità), la cui gestione dev'essere incentrata sul singolo caso tramite la presa in carico da parte di una figura di riferimento (tutor).

Man mano che si sale all'interno della piramide, quindi, il bisogno d'integrazione e di coordinamento della presa in carico diventa sempre più significativo.

Il modello Chronic Care

Il modello, teorizzato e figurato da E.H. Wagner, è stato adottato recentemente dalla Regione Toscana.

Esso prevede che, per raggiungere l'obiettivo di un miglioramento della salute del paziente, sia necessaria un'interazione positiva tra un paziente informato e attivo e un team preparato e proattivo.

Per raggiungere questo fine sono necessarie una serie di condizioni, riassumibili in sei elementi:

1. risorse della comunità: le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani autogestiti);
2. organizzazioni sanitarie: devono impegnarsi a programmare nuove forme di gestione e finanziamento della cronicità, diverse da quelle utilizzate in acuto;
3. supporto all'autocura: il paziente cronico deve diventare protagonista attivo dei processi assistenziali (cambiando stile di vita, aderendo alle terapie, monitorando attivamente la propria condizione di salute);
4. organizzazione del team: dev'essere profondamente modificata ripartendo chiaramente il lavoro tra le diverse professionalità e separando l'assistenza per l'acuto dalla gestione del cronico. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e formano il personale del team. Il personale non medico (es. infermieri) supporta l'auto-cura dei pazienti, la programmazione e lo svolgimento del follow-up mediante visite programmate;
5. supporto alle decisioni: alcune linee-guida basate sull'evidenza devono indicare al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. I sistemi informativi: i registri di patologia (liste dei pazienti con determinate condizioni croniche presi in carico dai team) devono essere intesi come strumenti utili per pianificare e monitorare il percorso assistenziale individuale anche in rapporto alla popolazione.



Figura 4: il modello Chronic Care.

Le Case della salute

Adottate per la prima volta in Emilia-Romagna, le Case della salute sono un luogo fisico in cui vengono raggruppate e integrate tutte le attività riconducibili

all'assistenza primaria. All'interno di questo contesto cooperano il personale tecnico-amministrativo, l'assistenza infermieristica, riabilitativa e d'intervento sociale, ma anche i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali. Il ventaglio di prestazioni che è possibile ottenere in queste strutture è molto ampio: attività amministrative, prestazioni urgenti, prevenzione (screening), cure primarie, degenze specialistiche, diagnostica, riabilitazione, organizzazione delle attività diurne. Nelle Case della salute vengono effettuati accertamenti diagnostico-strumentali di base sette giorni su sette e per almeno 12 ore al giorno, viene realizzata la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e delle procedure di teleconsulto e telemedicina e vengono implementate le linee guide condivise attraverso l'elaborazione di percorsi terapeutici sulle principali patologie. Inoltre, esse coinvolgono i cittadini nella definizione dei bisogni di salute e nella verifica dell'*outcome*. Infine, offrono uno sportello unico per tutte le attività sociali e assistenziali e la delineazione di un percorso di cura individualizzato al momento della presa in carico del paziente, con lo scopo di superare la frammentarietà negli interventi propria delle infrastrutture precedenti.

I Chronic related group (C.Re.G.)

Il modello è stato adottato in Lombardia, una realtà che aveva sempre puntato sulle cure specialistiche, lasciando l'assistenza primaria in secondo piano. Nella prospettiva di un riequilibrio dei modelli di cura, la Regione ha avviato in alcune Asl nel 2010 una sperimentazione sulla presa in carico del soggetto cronico denominata C.Re.G. (Chronic related group) e ispirata ai Drg (Diagnosis related group). Nel contesto del C.Re.G., al fine di assicurare la continuità del percorso assistenziale nella gestione della cronicità, l'Asl individua un medico di medicina generale che prenda in carico il paziente cronico, appoggiandosi a centri di servizio che garantiscano la comunicazione con il paziente in maniera continuativa (funzionano come un call-center). Il medico di medicina generale che aderisce al C.Re.G., quindi, riceve una quota di finanziamento necessaria a coprire le spese per tutti i servizi extra-ospedalieri dell'assistito (prevenzione secondaria, specialistica ambulatoriale, protesica minore, ossigeno), con esclusione della somma spesa per eventuali ricoveri in riabilitazione e/o in acuzie.

Con questo modello possono quindi essere gestite patologie croniche come Bpco, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e cardiomiopatia ischemica, osteoporosi e malattie neuromuscolari³⁹.

Con la riforma del 2015 e il passaggio da Asl ad Ats (Agenzie per la tutela della salute), la fisionomia dei C.Re.G. si è evoluta, ridefinendo le figure di presa in carico e passando quindi a quello che si può definire come il "modello del gestore". Il gestore è per l'appunto la nuova figura incaricata di garantire la migliore coordinazione e integrazione tra i livelli di cura e i vari attori e, di conseguenza, è il titolare della presa in carico. Non è necessariamente un medico di medicina generale, può essere anche una Onlus, una fondazione, un ospedale o

una struttura privata: l'importante è che sia accreditato da una Ats e condivida e stipuli il patto di cura con il paziente (logica di partenariato), definendo insieme il Piano assistenziale individuale (Pai). Il Pai è lo strumento clinico-organizzativo di presa in carico, ovvero un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura dell'assistito.

Un'altra figura importante all'interno di questo sistema è quella del co-gestore, che collabora nella gestione dell'assistito. Nel caso, ad esempio, di un paziente cronico, già preso in carico da altre strutture ospedaliere, il medico di medicina generale potrebbe proporsi per questo ruolo, mantenendo comunque un rapporto con il paziente, fornendo indicazioni e/o visionando il piano di assistenza.

Il case manager, infine, è il punto di riferimento per il paziente, la famiglia e il caregiver e ha il compito di tenere sotto controllo il piano di assistenza del paziente e di gestirne la presa in carico in maniera efficace ed efficiente.

Le caratteristiche comuni ai diversi modelli di assistenza primaria

I modelli lombardo, toscano ed emiliano, pur esibendo caratteristiche peculiari, riflesso di diverse etiche di politica sanitaria, si muovono su linee comuni. *In primis* il passaggio dall'assistenza reattiva all'assistenza proattiva, incentrata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli d'intensità assistenziale. In queste realtà, infatti, l'assistenza primaria viene focalizzata sui bisogni individuali della persona nel suo specifico contesto sociale e viene gestita da team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo e all'autogestione dei pazienti e dei care-giver, attraverso il supporto di linee guida che tengono conto della co-morbosità e di sistemi informativi evoluti.

I medici di medicina generale

I medici di famiglia rivestono un ruolo cruciale per il funzionamento del sistema sanitario. Essi costituiscono, per i pazienti, il primo punto di contatto con il Ssn. In altre parole, oltre a fornire ai propri assistiti tutte le cure primarie che sono in grado di erogare in prima persona, i medici di famiglia svolgono anche il ruolo delicato di *gatekeepers*, ossia di filtro e di smistamento dei pazienti che necessitano di ulteriori cure. I medici di medicina generale, attraverso le proprie prescrizioni, monitorano e determinano gran parte della domanda di prestazioni specialistiche di cui il servizio pubblico dovrà poi farsi carico e influenzano sensibilmente il consumo farmaceutico complessivo. Le caratteristiche fondamentali di questo ruolo sono la sensibilità al contesto, lo spostamento del focus dalla patologia alla persona, la centralità della relazione con l'assistito (fondata

sulla libera scelta), con il quale costruire una partnership basata sulla fiducia. Ai medici di medicina generale spetta inoltre la presa in carico e la garanzia della continuità assistenziale. Nonostante rivestano un ruolo strategico per l'intero sistema, i medici di medicina generale non sono dipendenti del Ssn. Dal punto di vista contrattuale, infatti, essi sono "liberi professionisti convenzionati col Ssn". Ciò significa che non dipendono dalle aziende sanitarie e non hanno con esse un contratto a tempo indeterminato; tuttavia, accettando un rapporto di convenzione con il Ssn, si impegnano a osservare una serie di obblighi regolati da un accordo collettivo nazionale. Il sistema di pagamento dei medici di medicina generale è prevalentemente su base capitaria: il singolo medico viene remunerato in relazione al numero di assistiti che ha in carico, con un massimale di 1500 assistiti. Sono concesse deroghe solo previa autorizzazione regionale, oppure nel caso in cui il medico venga scelto da una persona convivente con qualcuno che già assiste. I medici di medicina generale sono tenuti ad aprire il proprio ambulatorio cinque giorni a settimana, con un'articolazione dell'orario a discrezione del singolo medico (l'accordo collettivo nazionale si limita a sancire alcuni obblighi minimi in merito, ma riteniamo sia indispensabile apportare modifiche a una prassi anarchica, che spesso tiene poco conto delle esigenze del paziente).

L'ampia autonomia concessa ai medici di famiglia si traduce spesso in difficoltà di coordinamento tra tali figure professionali e gli altri operatori del Ssn. Di conseguenza, si corre il rischio che i medici di base lavorino isolati l'uno dall'altro, senza avvertire la necessità di raccordarsi con gli altri erogatori di cure sanitarie. In tale contesto si spiegano gli sforzi compiuti negli ultimi anni per convincere i medici di medicina generale a lavorare in forma associata.

Le forme associative della medicina generale

Medicina di gruppo

Si tratta di una forma di medicina associativa caratterizzata da una sede unica per il gruppo (composto da non più di otto medici), articolata in più studi medici, che condividono i supporti tecnologici e strumentali. Il principale vantaggio della medicina di gruppo consiste nella possibilità di ampliare la gamma e la qualità dei servizi offerti. I componenti di uno studio associato possono infatti consultarsi tra loro in relazione ai casi più problematici, ma anche suddividersi i compiti, sviluppando ognuno una propria specializzazione, acquistare attrezzature che un professionista, da solo, non potrebbe permettersi e, infine, accordarsi sui turni in modo da estendere gli orari di apertura dell'ambulatorio.

Medicina in associazione

È una forma di medicina associativa caratterizzata dall'assenza del vincolo della sede unica, dalla chiusura di uno degli studi non prima delle 19, da un

numero di medici non superiore a 10, dalla condivisione e implementazione di linee guida, da momenti di revisione della qualità delle attività e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti.

Medicina in rete

Si tratta di una forma di medicina associativa caratterizzata da una distribuzione degli studi di assistenza primaria non vincolata a una sede unica e coerente con l'articolazione territoriale del distretto, dalla gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili, dal collegamento degli studi attraverso sistemi informatici, dall'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico e dalla chiusura pomeridiana di uno degli studi non prima delle 19.

Secondo i dati del Ministero della Salute, il 67% dei medici di famiglia italiani partecipa a una di queste tre forme associative (gruppo, associazione o rete), ricevendo il relativo incentivo economico previsto dalla convenzione nazionale. Nonostante questo, la legge del 2012 (ancora inapplicata perché manca l'accordo nazionale) prevede solo due forme associative: le aggregazioni funzionali territoriali, ovvero aggregazioni mono-professionali di medici di medicina generale, e le unità complesse di cure primarie, le quali si configurano come aggregazioni pluriprofessionali attive in reti di poliambulatori dotati di strumentazione di base e aperti al pubblico per tutta la giornata.

Problematiche attuali

Il laboratorio italiano della politica sanitaria, dove si sono sviluppati e si continuano a proporre esperimenti innovativi, sotto il profilo sia normativo-istituzionale che socio-economico, è stato oggetto di un'attenta disamina da parte di questo gruppo di lavoro, perché ognuno di noi, a vario titolo, si sente parte in causa e crede di poter giocare un ruolo più o meno rilevante nella costruzione del futuro della professione medica.

Questo capitolo corale ambisce, analizzando la cornice del passato e partecipando al presente, a ridurre il fardello che già oggi questa sanità non riesce a sostenere.

Il primo elemento qualificante del sistema sanitario è rappresentato dal Piano sanitario nazionale (Psn), uno strumento basilare di pianificazione sanitaria a valenza triennale. Definendo in modo sistemico gli obiettivi e le priorità in materia di "tutela della salute" e le strategie ottimali per perseguirli in concerto con le Regioni, il Piano si prefigge di salvaguardare i principi fondamentali del Ssn interfacciandosi con l'Unione europea e le istituzioni internazionali.

Nonostante il primato indiscusso del Psn quale strumento di politica sanitaria, la programmazione sanitaria del Paese è attualmente in una fase di stasi: l'ultimo Piano approvato e tuttora vigente risale infatti all'anno 2006. Questa carenza inquina la consapevolezza dei cambiamenti intervenuti nello scenario nazionale, un vero e proprio puzzle costituito da diverse tessere di ambito istituzionale, economico, demografico, epidemiologico, ma anche scientifico, tecnologico e ambientale.

Tuttavia, non c'è dubbio che nel corso dell'ultimo decennio questo scenario sia cambiato radicalmente. È dunque necessario pensare a un'evoluzione del Ssn, alla redazione di un nuovo Psn, che, nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e in linea con i principi fondamentali su cui il sistema si fonda, permetta di adeguarsi alla nuova realtà e di schiudere prospettive di crescita e sviluppo per le nuove generazioni.

A testimonianza delle criticità determinate dall'assenza di una programmazione organica del Ssn, i mass media pongono sotto i riflettori una lunga serie d'inefficienze e scandali (veri o presunti). Per esempio il business medico-farmaceutico legato ai vaccini, i "tempi infiniti" delle liste d'attesa per singola prestazione, i disservizi nell'erogazione delle prestazioni ospedaliere, la disparità di applicazione dei programmi di screening, l'inefficienza del pronto soccorso e così via.

La reputazione negativa di cui gode il Ssn, evidenziata dalle notizie di cronaca, si rispecchia nell'insoddisfazione dei cittadini italiani, come risulta dalle indagini condotte dal Ministero della Salute attraverso il Censis.

In questa sede proponiamo un'analisi che valga come antidoto per neutralizzare il rischio di disorientamento causato tanto dalla retorica con cui si discute della sanità, che spesso finisce per investire e connotare negativamente la *praxis* del Ssn, quanto dalla difficoltà (se non dall'impossibilità) di comprendere le migliaia di pagine di leggi e documenti ufficiali che ne illustrano il funzionamento, soprattutto da parte delle nuove generazioni.

Liste d'attesa

Quando in Italia viene svolta una valutazione sul sistema sanitario nazionale, l'aspetto di cui ci si lamenta maggiormente sono i lunghi tempi di attesa. Si attende per effettuare gli esami diagnostici, per le visite specialistiche, per sottoporsi a interventi chirurgici considerati non urgenti, ma si resta in attesa del proprio turno anche dal medico di famiglia, nella sala d'aspetto del pronto soccorso, alla cassa per pagare il ticket, al Cup per prenotare una visita. Per usufruire dei servizi del Ssn, dunque, si deve mettere in conto di passare del tempo in coda.

Spesso si sente raccontare una battuta, secondo la quale chi fa ricorso al sistema sanitario è un "paziente" proprio perché si rassegna all'attesa. Forse, però, in questo gioco di parole si nasconde un fondo di verità.

L'indicatore dei tempi di attesa è sicuramente caratterizzato da una forte ambiguità. Di primo acchito, infatti, saremmo tentati di considerare la lunghezza delle liste di attesa come un indicatore di scarsa produttività o, comunque, come un segno di scarsa organizzazione del reparto o dell'ambulatorio. Tuttavia non è detto che sia così, perché una lunga lista d'attesa può anche essere conseguenza diretta della buona reputazione di cui gode la struttura. Se un medico o un ospedale hanno fama di essere migliori degli altri, attireranno più pazienti e ciò si tradurrà in un aumento dell'attesa. Inoltre è bene precisare che il problema non riguarda solo l'Italia, ma è presente in tutti gli Stati dotati di un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzato. Detto questo, i tempi di attesa nel nostro Paese sembrano peggiorare di anno in anno. I dati provenienti dall'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi sanitari regionali¹ – ricerca commissionata dalla Funzione pubblica Cgil e condotta dal centro C.R.E.A. Sanità – non lasciano ben sperare. Si tratta di un'indagine che ha confrontato per la prima volta tempi e costi delle prestazioni sanitarie erogate nell'arco di tre anni (2014-2017) in Lombardia,

¹ Disponibili al sito: <http://www.regioni.it/sanita/2018/03/19/sanita-report-crescono-i-tempi-dattesa-nel-ssn-oltre-2-mesi-in-media-554266/>.

Veneto, Lazio e Campania su un campione di oltre 26 milioni di cittadini (44% della popolazione). I dati parlano chiaro: l'attesa per una visita nella sanità pubblica dura in media 65 giorni, contro i sette giorni di attesa nel privato e i sei in regime d'*intramoenia*. Per una colonscopia, ad esempio, nel pubblico l'attesa è di 96 giorni in media, mentre nel privato ne bastano sei (per un totale di tre mesi di differenza). Per una radiografia articolare il tempo di attesa è di 23 giorni contro i quattro del privato. Nel pubblico, inoltre, la situazione peggiora di anno in anno. Si passa da 61 giorni per la visita oculistica nel 2014 a 88 nel 2017 (+26 giorni) e, per la colonscopia, da 69 nel 2014 a 96 nel 2017 (+27 giorni). Alla luce di questi dati, è facile comprendere come spesso gli assistiti siano tentati di considerare il privato e l'*intramoenia* come scelte alternative al sistema sanitario nazionale. L'indagine, inoltre, ha analizzato i costi per le visite mediche, concludendo che la spesa dei cittadini per prestazioni in regime d'*intramoenia* e a pagamento risulta sì consistente, ma in tanti casi non distante dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate. Lo studio mette in rilievo un aspetto interessante, cioè che i costi del privato talvolta risultano persino inferiori a quelli dell'*intramoenia*. Per una visita oculistica in sanità privata nel 2017 si sono spesi circa 97 euro, a fronte dei 98 euro dell'*intramoenia*. Lo stesso vale per la visita ortopedica, che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'*intramoenia*. La sanità privata, quindi, sembra aver trovato oggi un suo specifico posizionamento all'interno del Ssn, derivante dalle presunte inefficienze del servizio pubblico. Altri dati allarmanti ci vengono forniti dal *Rapporto Italia 2017* di Eurispes², che sottolinea come a più di sette italiani su 10 sia capitato di attendere mesi per una visita specialistica, un esame diagnostico o un intervento chirurgico. Il problema, dunque, è molto sentito sia dai cittadini sia dai mezzi d'informazione.

Per cercare di fronteggiare la situazione sono state introdotte alcune normative, tra le quali il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla) per il triennio 2010-2012, con l'obiettivo di promuovere la capacità del Ssn d'intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea. Il decreto, tuttora in vigore, ha definito i tempi massimi di attesa per una serie di prestazioni specialistiche, che le Regioni, anche a seconda della classe di urgenza attribuita ai singoli casi, sono tenute a rispettare. Le strutture del Ssn devono pertanto attenersi ai tempi massimi stabiliti per le 58 prestazioni elencate nel Pngla, in particolare per 14 visite specialistiche (come quella cardiologica e oculistica), da garantire entro 30 giorni dalla richiesta, ma anche per 29 diagnosi strumentali (come mammografia e Tac), da erogare entro 60 giorni, e infine per 15 interventi chirurgici in

2 Disponibile al sito: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3097/del-08-02-2017/biblioteca-pubblicato-il-rapporto-italia-2017-delleurispes-.16205/#:~:text=Dal%20Rapporto%20Italia%202017%20di,mezzi%20per%20far%20studiare%20>

day surgery o in regime di ricovero ordinario (per esempio tumore al colon), che vanno eseguiti entro 30 giorni o in base alle specifiche “classi di priorità” attribuite ai singoli casi (la lettera “A” indica che la prestazione va erogata entro 30 giorni, la “B” entro 60, la “C” entro 180 giorni, la “D” entro 12 mesi). Per la diagnostica e la specialistica i tempi massimi devono essere rispettati nel caso di prime visite o primi esami, ma non per i controlli.

Il Piano, inoltre, ha stabilito che le Regioni siano tenute ad avviare percorsi di accesso preferenziali (Pdt, Percorsi diagnostico-terapeutici) per due aree mediche: quella cardiovascolare e quella oncologica. In particolar modo, le prime visite cardiologiche e oncologiche devono essere eseguite entro 30 giorni dalla prenotazione, così come non possono trascorrere più di 30 giorni dal momento della diagnosi all’inizio della terapia.

Il medico che prescrive la prestazione può dare l’indicazione clinica dei tempi di erogazione. Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal Ssn, infatti, è previsto l’uso sistematico dell’indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità, definite in base a questi criteri:

- U (urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (programmabili), da eseguire anche oltre i 180 giorni secondo indicazioni cliniche stabilite di volta in volta dal medico prescrittore.

Quando i tempi di attesa previsti dalla legge non vengono rispettati, il cittadino ha diritto a ottenere la prestazione in regime libero-professionale (*intramoenia*) pagando solo il ticket, se dovuto, come stabilisce la Legge 124/1998. In questo caso, il paziente deve presentare un’istanza formale al direttore generale dell’azienda ospedaliera e all’Assessorato regionale alla Sanità. Molti cittadini, tuttavia, non sono a conoscenza di questo loro diritto, che nella maggioranza dei casi non viene fatto valere.

Un recente decreto (d.g.r. n. 7766 del 17 gennaio 2018) ha delineato la situazione nel contesto della Regione Lombardia. Nelle more dell’approvazione del nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2018-2020, la Regione ritiene indispensabile porre in atto ogni azione utile per garantire una migliore adeguatezza delle prescrizioni alle effettive necessità dei pazienti, ad esempio promuovendo l’adozione di protocolli clinici per la prescrizione secondo le classi di priorità, soprattutto per quelle prestazioni con maggiore criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste. Questi protocolli, inoltre, dovranno essere concordati e condivisi tra i prescrittori (medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni) e dovranno osservare criteri il più possibile univoci e omogenei per l’assegnazione

delle classi di priorità. Successivamente all'esito della verifica, tuttora in corso, sulla definizione delle prestazioni che manifestano maggiore criticità riguardo ai tempi di attesa, la Regione Lombardia intende costituire presso la Direzione generale welfare un gruppo di lavoro col compito, tra gli altri, di redigere specifiche linee guida sull'appropriatezza prescrittiva, per stabilire quando e quali esami prescrivere e individuare procedure che dovranno essere applicate da tutti gli attori del sistema. Inoltre, in considerazione dell'utilizzo sempre più diffuso della ricetta elettronica per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriale, a partire dal 2018 si ritiene utile semplificare l'assegnazione della classe di priorità "U", per la quale non sarà più necessaria l'apposizione da parte del medico prescrittore del "bollino verde", così come definito dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, tutt'ora vigente.

Il quadro normativo appena discusso, tuttavia, non sembra essere al momento sufficiente per ridurre il problema. Di conseguenza, i cittadini preferiscono spesso rivolgersi al privato o, addirittura, recarsi in un pronto soccorso. Sembra, infatti, che il 15-20% degli accessi ai PS sia improprio, in quanto si tratta di casi che troverebbero soluzione attraverso i medici di medicina generale o gli specialisti ambulatoriali. Nel 2017, nella Provincia di Milano sono state erogate 476.882 prestazioni di PS, delle quali ben il 91% (436.543) per pazienti che non necessitavano di un controllo urgente. In questi casi, gli italiani ammettono di scegliere la "scorciatoia" dei dipartimenti di emergenza perché non trovano una risposta adeguata e/o rapida nell'ambito della medicina territoriale (43,9%), perché le liste di attesa troppo lunghe per l'erogazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici o ricoveri (26,8%), o addirittura perché decidono di rivolgersi sin dall'inizio al pronto soccorso ospedaliero piuttosto che ai servizi Asl "per non perdere tempo" (19,7%). In conclusione, il nostro Paese necessita sicuramente d'interventi di politica sanitaria volti a contenere il problema delle liste di attesa. Evidentemente, si tratta di un importante fattore di criticità del Ssn, che porta molti pazienti a rivolgersi alla sanità privata, a utilizzare impropriamente il pronto soccorso e, in caso di difficoltà economiche, a rinunciare alle cure mediche, diritto fondamentale di ciascun individuo.

Il paradosso della ricerca sanitaria

Secondo la moderna concezione europea il benessere di una comunità umana è inscrivibile nel cosiddetto "triangolo della conoscenza", costituito dall'insieme di ricerca, innovazione, istruzione.

La promozione della conoscenza nel settore della sanità con adeguati investimenti in ricerca e sviluppo contribuisce al miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione, grazie alla scoperta di nuove terapie e procedure diagnostiche, al potenziamento dei metodi di prevenzione, alla miglior efficienza organizzativa del sistema nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari.

La ricerca dunque è un motore essenziale per lo sviluppo della produttività e per la crescita di un Paese tecnologicamente avanzato, tale da collocarlo in una posizione di vantaggio in un contesto di *competitors* globali.

Considerando la ricerca italiana nell'ottica del concetto di "società della conoscenza" moderno, la mancanza d'investimenti nelle attività di ricerca penalizza il sistema scientifico del Paese nel processo di globalizzazione.

Secondo gli standard europei l'Italia, dal 2010, si colloca infatti al di sotto della media europea in termini di performance innovativa, con un valore dello 0,2% inferiore rispetto a quello dell'UE, classificandosi, insieme ai Paesi dell'Est, tra gli "innovatori moderati". I principali punti di debolezza del sistema dal punto di vista della ricerca sono ben delineati nel Programma nazionale per la ricerca 2015-2020 redatto dal Miur: la scarsità dei finanziamenti, i ridotti investimenti da parte del pubblico e del privato, la scarsità demografica di ricercatori nelle imprese, la bassa attrattività internazionale.

Come si evince da questa sintesi, il primo nodo dolente che ha rappresentato e tuttora rappresenta un grave danno per il Paese è la ridotta spesa pubblica per la ricerca in rapporto al prodotto interno lordo nazionale, tra le più basse nel ranking europeo. L'Italia investe significativamente meno degli altri Paesi: secondo l'Ocse, infatti, la spesa pubblica e privata nel settore ricerca e sviluppo corrisponde all'1,29% del Pil. Un dato significativamente inferiore alla media europea del 2,03% e ancor più eloquente se confrontato con l'obiettivo del 3% individuato dalla Commissione europea nell'ambito della strategia Europa 2020 per tutti i Paesi membri. Un obiettivo dal quale l'Italia risulta troppo lontana.

La scarsità d'investimenti conduce al secondo punto di criticità del sistema, il quale si articola su due versanti: da un lato la ridotta presenza di personale impegnato in attività di ricerca e sviluppo, nel settore sia pubblico sia privato, e dall'altro la "fuga" di personale qualificato all'estero.

Secondo i dati Ocse in Italia ci sono poco più di quattro ricercatori ogni 1000 abitanti impiegati (4,85), contro una media europea di quasi otto (7,72). In altre parole, il numero dei ricercatori italiani in rapporto alla popolazione è decisamente inferiore alla media europea.

Inoltre, nelle ultime due decadi l'età media dei ricercatori è aumentata progressivamente, tanto che nel 2016 risultava superiore ai 46 anni.

I dati parlano chiaro: un Paese con pochi ricercatori di età avanzata. Quali sono le cause di questo gap generazionale?

«Scarsi finanziamenti significano scarsa remunerazione e, quindi, un incentivo ad andare altrove»³. In altre parole, i limitati investimenti nella ricerca e nello

3 Sdogati F., cit. in Magnani A., *Ricerca, l'Italia è ancora nella top 10. Ma perde talenti*, «Il Sole 24 Ore», 7 gennaio 2016. Disponibile al sito: https://st.ilssole24ore.com/art/notizie/2016-01-06/la-ricerca-italiana-produce-piu-quella-svezia-e-danimarca-la-meta-fondi-ma-e-rischio-173222.shtml?uuid=ACuSjC5B&refresh_ce=1.

sviluppo costituiscono il principale impulso alla famosa “fuga di cervelli” verso l'estero, cioè all'emigrazione di capitale umano qualificato, ricercatori e laureati *in primis*. In altre parole, l'Italia forma alcuni giovani a beneficio degli altri Paesi, dove viene loro offerta la possibilità di svolgere ricerca di eccellenza.

Il contesto appena delineato apre il sipario al terzo nodo di debolezza del sistema: la bassa attrattività internazionale di studenti e ricercatori, il cui flusso in entrata da Paesi esteri risulta irrisorio (2% degli iscritti alle università). L'attrattività risulta bassa anche per quanto riguarda la capacità d'inserirsi nelle cosiddette “catene produttive globali” (Gcv) e di catalizzare gli investimenti privati provenienti da multinazionali straniere, che negli ultimi anni hanno subito un calo significativo.

Tuttavia la *waste land* della ricerca italiana non viene generata solo dall'esiguità dei fondi, ma affonda le radici nella frammentazione storica della politica italiana nel suo complesso e, in particolare, del sistema di finanziamento in materia. Il d.lgs. n. 204/1998, intitolato «Disposizioni per il coordinamento, la programmazione e la valutazione della politica nazionale relativa alla ricerca scientifica e tecnologica», ha tentato di semplificare il sistema attribuendo al Pnr e al Miur una funzione istituzionale di sintesi di tutte le competenze esistenti, ma non ha prodotto i risultati attesi. Le cause della mancata unitarietà della ricerca italiana sono infatti più profonde: gli strumenti reali di coordinamento e sistematizzazione delle competenze e degli interventi a livello nazionale scarseggiano.

L'Italia ha urgenza d'intervenire su alcuni problemi ormai strutturali del sistema della ricerca, ma possiede tutti i fattori necessari per renderla il motore del proprio sviluppo economico e sociale. Nonostante i finanziamenti ridotti, riesce infatti a mantenere significativi livelli di qualità e quantità, assicurandosi una solida posizione nella top ten mondiale in termini di produttività scientifica: è l'ottava nazione su scala mondiale per numero di pubblicazioni scientifiche, la settima per impatto (misurato dalle citazioni), davanti a *competitors* europei come la Danimarca (14°) e la Svezia (11°), che investono più del doppio rispetto all'Italia.

In conclusione, la morale del “paradosso italiano” nel mondo della ricerca è: produttività tra le migliori a livello mondiale, ma finanziamenti tra i più ridotti.

La scarsità d'investimenti nel settore della ricerca ammonisce circa la necessità di un piano di rilancio del settore, che si basi innanzitutto su un'allocazione maggiore delle risorse pubbliche nelle attività basate sulla conoscenza. Tale obiettivo dev'essere considerato primario nell'agenda di governo in un'ottica bipartisan, perché i benefici e i vantaggi anche economici che la ricerca comporta si manifestano nel lungo termine, transcendendo le logiche politiche e la vita limitata delle legislature e dei governi.

Decidere d'investire in ricerca significa, per l'Italia, scegliere di giocare da protagonista nello scenario globale. Programmare gli investimenti in ricerca

significa darsi gli strumenti per determinare quale aspetto avrà il nostro Paese nei prossimi decenni.

Di conseguenza, questa è la principale sfida che l'Italia deve sostenere per assicurare un futuro alle nuove generazioni.

Screening oncologici

In Italia i programmi di screening per il tumore della mammella, della cervice uterina e del colon-retto si stanno lentamente diffondendo sul territorio.

Tuttavia, i dati dell'Osservatorio nazionale screening indicano che solo sei milioni di persone si sono sottoposti a test di screening, a fronte di quasi 13 milioni d'inviti spediti nel 2015.

Lo screening è un esame eseguito su una popolazione asintomatica ad alto rischio, finalizzato a individuare una condizione patologica in una fase asintomatica o un precursore della patologia stessa, con l'obiettivo di migliorarne la prognosi e ridurre la letalità specifica.

Il processo è bifasico: qualora il soggetto risulti positivo, infatti, è necessario che si sottoponga a un test diagnostico a elevata specificità, grazie al quale è possibile formulare la diagnosi definitiva e iniziare il trattamento.

Attuare un programma di screening è vantaggioso nel caso di malattie ad alta prevalenza nella popolazione e sufficientemente gravi da giustificare i costi e gli sforzi. Devono, inoltre, essere disponibili opzioni terapeutiche efficaci: non avrebbe senso diagnosticare una malattia incurabile. Le metodiche di screening a disposizione devono essere semplici, economiche e ben tollerate dalla popolazione.

È necessario che il medico descriva accuratamente rischi e benefici derivanti dal programma di screening. Se da un lato, infatti, si riduce la letalità, si favorisce una prognosi migliore e, facendo diagnosi precocemente, si rendono possibili cure meno invasive, dall'altro però si possono avere "falsi negativi", ovvero soggetti affetti da patologia, ma negativi al test e quindi falsamente rassicurati. Si dà inoltre il caso dei "falsi positivi", cioè dei soggetti senza patologia ma positivi al test, che sperimentano inutili stati d'ansia e in alcuni casi anche terapie inutili.

Gli screening oncologici attualmente praticati in Italia, per i quali sia dimostrata l'efficacia in termini di riduzione d'incidenza e letalità, sono: mammografia, Pap test e ricerca del sangue occulto nelle feci.

La mammografia è proposta ogni due anni alle donne fra i 50 e i 74 anni come screening del tumore della mammella.

Gli studi dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc) evidenziano come la partecipazione allo screening riduca fino al 35% la probabilità di morire per cancro della mammella.

Il Pap test è rivolto alle donne di età compresa tra i 25-65 anni per lo screening del tumore della cervice uterina. Ogni anno, infatti, vengono registrati in

Italia 3500 nuovi casi e più di 1000 decessi. L'obiettivo è ridurre la letalità per questo tipo di tumore e, al contempo, ridurre l'incidenza di questa neoplasia attraverso l'identificazione delle lesioni pretumorali.

La ricerca del sangue occulto nelle feci è proposta a entrambi i sessi in età compresa tra i 50-74 anni per la ricerca di tumori del colon e del retto. La positività a questo test di screening porta all'esecuzione di una colonscopia (test diagnostico).

In Italia i tumori del colon e del retto si collocano al terzo posto per incidenza tra le neoplasie dell'uomo e al secondo tra le donne. Come per il Pap test, l'obiettivo è quello di ridurre letalità e incidenza del tumore.

Sebbene lo screening sia gratuito, poco più della metà delle donne italiane si è sottoposta a una mammografia gratuita. I numeri sono ancora più bassi se ci si riferisce al Pap test e alla ricerca del sangue occulto nelle feci (intorno al 40%).

La distribuzione risulta essere, inoltre, fortemente disomogenea sul territorio, con un gradiente significativo tra Nord e Sud.

Il trend è comunque in crescita rispetto agli anni passati, segno che le campagne d'informazione e sensibilizzazione sono state efficaci e hanno reso la popolazione sempre più consapevole del fatto che l'adesione agli screening rappresenta una vera e propria priorità.

Vaccinazioni

I vaccini rappresentano uno strumento di prevenzione efficace e a basso costo. I benefici non sono limitati al singolo, ma estesi all'intera comunità: infatti è fondamentale raggiungere un'immunità di gregge, ovvero fare in modo che la maggior parte della popolazione, vaccinandosi, sia resistente al patogeno, così che esso non trovi soggetti recettivi e non circoli.

La soglia di copertura vaccinale fissata dall'Organizzazione mondiale della sanità, in grado di dare protezione a soggetti che per motivi di salute o anagrafici non possono accedere alle vaccinazioni, è del 95%.

I vaccini simulano il primo contatto con un agente infettivo e stimolano le cellule del sistema immunitario, che si attivano e "tengono in memoria" il patogeno; in questo modo, in caso di nuovo contatto, le difese sono già pronte a neutralizzarlo senza che si verifichi l'infezione.

I vaccini possono contenere microrganismi vivi e attenuati oppure inattivati, quindi uccisi, possono essere costituiti da porzioni, molecole del virus o del batterio, e, infine, possono essere composti da proteine tossiche, inattivate in laboratorio, che fanno parte del batterio che s'intende combattere.

Il 5 agosto 2018 viene pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale» la Legge n. 119 del 31 luglio 2017, intitolata «Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale».

L'“urgenza” di questa legge, oggetto di un acceso dibattito e a lungo elemento di propaganda partitica, nasceva dal fatto che la copertura media vaccinale sul territorio nazionale fosse nettamente sotto la soglia raccomandata. I dati in possesso del Ministero della Salute al 31 dicembre 2016 evidenziano infatti una copertura del 93,7% per il tetano, del 93,6% per la pertosse e la difterite, del 93,3% per la poliomielite, del 93% per l'epatite B, dell'87,3% per il morbillo, dell'87,2% per la rosolia e la parotite, dell'80,7% per il meningococco C e del 46,1% per la varicella.

L'insufficienza della copertura vaccinale può essere ricondotta a consapevolezza e attenzione ridotte nei confronti delle malattie interessate da protocolli (proprio grazie alla loro efficacia), ma anche all'emergere di false notizie e convinzioni prive di una qualsiasi dimostrazione scientifica (per l'esempio quelle relative alla correlazione tra vaccini e autismo), sostenute da movimenti negazionisti, i cosiddetti “no-vax”, che utilizzano strategie e modalità di comunicazione del tutto estranee al discorso scientifico, aderenti più a posizioni fideistiche e viscerali che a un sano e vivace scambio di argomenti e prove documentali. Chiunque abbia avuto l'occasione di confrontarsi con i sostenitori di queste posizioni ha sperimentato attacchi, talvolta violenti e personali, inusuali in un sereno confronto di posizioni.

Di conseguenza si registra un'umentata incidenza delle patologie infettive in questione, alcune delle quali in passato erano ampiamente sotto controllo e oggi si manifestano, invece, con un quadro clinico più grave.

Vengono dunque rese obbligatorie, sempre in forma gratuita, per i soggetti di età compresa tra 0 e 16 anni, le seguenti vaccinazioni:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanea;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella.

Fortemente raccomandate e altrettanto gratuite sono la vaccinazione anti-meningococcica B, anti-meningococcica C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus.

Tutte le vaccinazioni obbligatorie devono essere somministrate ai nati a partire dal 2017. Per i soggetti venuti al mondo dal 2001 al 2016 si rispettano le indicazioni contenute nel Calendario vaccinale relativo a ciascun anno di nascita.

Costituiscono eccezioni rispetto a quanto detto i soggetti già immunizzati, in quanto hanno già contratto naturalmente la patologia, e i soggetti affetti da specifiche condizioni cliniche documentate da un medico.

Una malattia acuta, grave o moderata, febbrile o meno, può essere causa della posticipazione del vaccino.

L'adempimento alle disposizioni di legge è requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia.

Per quanto riguarda, invece, la scuola elementare, i soggetti privi delle vaccinazioni obbligatorie possono frequentare le lezioni e sostenere gli esami, ma vengono sottoposti a un percorso di recupero e a sanzioni amministrative da 100 a 500 euro.

Inoltre è bene sfatare alcuni “falsi miti”, prima che si diffondano in maniera capillare. Il Ministero della Salute, in particolare, dedica grande attenzione ai seguenti “falsi miti”:

- i vaccini possono indebolire il sistema immunitario e portare alla comparsa di malattie autoimmuni;
- i vaccini contengono sostanze tossiche e pericolose come mercurio, formaldeide, alluminio;
- i vaccini, in particolare quello contro morbillo, parotite e rosolia (Mpr), causano l'autismo.

Innanzitutto, nei vaccini presenti attualmente in commercio non sono rinvenibili mercurio e derivati, il cui dosaggio nei vaccini del passato risultava a ogni modo sicuro. Le concentrazioni di formaldeide e alluminio, invece, non sono tali da determinare rischi per la salute. Infine, non esiste alcuna correlazione tra vaccini e autismo: lo studio in cui viene individuata è stato etichettato come “non veritiero” e il medico che lo ha firmato è stato inibito dall'esercizio della professione medica.

Responsabilità sanitaria e medicina difensiva

Tra le problematiche più rilevanti degli ultimi anni figura sicuramente la cosiddetta “medicina difensiva”. Con questa espressione s'intende il *modus operandi* di quei medici che, per tutelarsi da potenziali contenziosi medico-legali derivanti dal rapporto medico-paziente, attuano pratiche assistenziali inadeguate al caso specifico, mirate unicamente a tutelarsi dai rischi insiti nella propria prestazione sanitaria. Queste pratiche rientrano in due categorie: la medicina difensiva positiva e la medicina difensiva negativa.

Con “medicina difensiva positiva” intendiamo un comportamento cautelativo di tipo preventivo portato all'eccesso, che porta alla prescrizione, da parte del medico, d'interventi diagnostici e/o terapeutici aggiuntivi non necessari con un scopo ben diverso da quello clinico. Servono innanzitutto al medico per tutelarsi dalle conseguenze legali connesse a una diagnosi o a un intervento scorretti. In secondo luogo, all'eventuale verificarsi di esiti negativi, le pratiche di medicina difensiva positiva rappresentano una prova del fatto che il medico ha agito seguendo le linee guida o secondo la buona pratica clinica.

Con “medicina difensiva negativa” intendiamo invece l’astensione del medico dall’effettuare interventi sanitari sul paziente, così da annullare completamente il rischio d’insorgenza di esiti negativi. Paradossalmente questo comportamento tende a interessare il paziente più complesso, che molto spesso necessita d’interventi clinicamente a rischio. Di conseguenza, chi è più bisognoso avrà minori probabilità di ottenere il trattamento di cui ha bisogno.

Il problema ha iniziato a emergere a metà degli anni Novanta, quando le statistiche Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) mostrano un incremento significativo (relativo alle RC delle strutture sanitarie e alle RC dei medici)⁴. In seguito, l’incremento è stato più o meno costante, fino al 2012. Nonostante questo trend, è bene notare che negli ultimi anni il numero di denunce risulta abbastanza stabile.

Sorge comunque spontaneo chiedersi perché si sia verificato un incremento così importante negli ultimi 15 anni. Per cominciare, questi dati fanno pensare che sia improbabile che l’incremento di denunce per malasanità sia davvero determinato da una riduzione della qualità dell’assistenza sanitaria. Se così fosse, i casi in questione sarebbero quasi raddoppiati da un anno all’altro: un trend del genere verosimilmente può verificarsi nell’arco di un ventennio, non di un biennio. Quindi le cause devono essere ricercate altrove, in particolare:

- nell’escalation degli importi liquidati dai tribunali;
- nella maggiore consapevolezza della popolazione in ambito di medicina legale;
- nell’interesse da parte di chi esercita la professione legale e medico-legale nel gestire i contenziosi;
- nella contemporanea variazione della legislazione riguardo alla responsabilità sanitaria.

Quest’ultimo elemento sicuramente ha condizionato più di ogni altro il *modus operandi* della classe medica.

La Sentenza della Corte di Cassazione n. 589 del 1999 sancisce infatti la contrattualità obbligata di qualsiasi tipo di prestazione medica. In pratica ciò significa che, nel momento in cui si realizza un contenzioso medico-paziente, l’onere della prova d’innocenza sia a carico del medico. In base alle norme vigenti, però, risulta estremamente difficile per il medico sottrarsi all’accusa, quando immotivata, e alla conseguente causa legale. In un contesto legislativo del genere, è inevitabile che il medico eserciti la propria professione pensando anche alla propria tutela; d’altra parte lo stesso Ministero della Sanità afferma

4 Focarelli D., “Responsabilità sanitaria e assicurazioni: criticità e proposte”, intervento in occasione del convegno Ania *La responsabilità sanitaria: problemi e prospettive*, Roma, 20 marzo 2015.

che «un medico preoccupato del rischio di controversie non è un buon medico: a farne le spese è soprattutto il cittadino»⁵.

Le dimensioni del fenomeno sottolineano l'entità del problema. Nel 2015 uno studio ha mostrato che circa l'80% dei medici campionati ha tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell'ultimo mese di pratica clinica, il 70% ha programmato o attuato un ricovero ospedaliero di pazienti in realtà gestibili ambulatorialmente, il 60% ha prescritto un numero di esami maggiore rispetto a quello ritenuto necessario per effettuare la diagnosi.

Nello stesso studio risulta che le ragioni che spingono un medico ad attuare comportamenti di medicina difensiva sono molteplici. Le più frequenti sono: la consapevolezza dell'aumentato rischio rispetto al passato di essere coinvolti in contenziosi giudiziari (78,2%), le maggiori pressioni nella pratica clinica di tutti i giorni dovute a tale incremento (65,4%), l'esperienza indiretta di contenziosi legali subiti da colleghi (67,5%) e il timore di ricevere richieste di risarcimento (59,8%).

Le conseguenze dell'aumento delle denunce per casi di *malpractice* sono state numerose:

- aumento dei costi diretti: aumentando il numero di denunce, si assiste a un aumento non solo dei risarcimenti, ma anche dei prezzi delle coperture assicurative delle strutture sanitarie pubbliche;
- aumento dei costi indiretti derivanti dalla medicina difensiva positiva (le stime sui costi derivanti da quella negativa sono poco affidabili): si calcola che in Italia ogni anno 10 miliardi di euro, corrispondenti allo 0,75% del PIL e al 10,5% della spesa sanitaria totale. In particolare, le voci più significative sono: l'uso improprio di farmaci (1,9% della spesa), la prescrizione di visite mediche improprie “per essere sicuri al 100% che vada tutto bene” (1,7%), di esami di laboratorio (0,7%) e di esami strumentali (0,8%) e i ricoveri (4,6%)⁶;
- sfiducia nella sanità e dunque maggiore conflittualità nel rapporto medico-paziente. Nonostante lo si dia per scontato, un buon rapporto medico-paziente è in realtà alla base del successo della terapia. Infatti, se l'individuo non ha fiducia nell'operato del proprio medico, non si atterrà alle cure da lui prescritte. Di conseguenza, anche nel caso in cui la terapia sia corretta, essa non darà l'effetto sperato e la colpa sarà di nuovo attribuita al medico curante;
- aumento della probabilità di discredito professionale del medico, anche in casi dubbi.

5 Ministero della Salute, *Medicina difensiva*. Disponibile al sito: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8034421.pdf>.

6 *Ibidem*.

Grazie alla nota “Legge Balduzzi” del 13 settembre 2012, n. 158, e all’integrazione della “Legge Gelli” dell’8 marzo 2017, n. 24 («Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie»), le norme che regolano tale materia sono, a oggi, piuttosto definite. Tre articoli, in particolare, devono essere tenuti a mente più di ogni altro:

- art. 6: “Responsabilità penale dell’esercente la professione sanitaria”. Prevede che, se l’esercente la professione sanitaria commette omicidio colposo o lesioni personali colpose per imperizia (cioè per propria incapacità e mancanza di preparazione), la punibilità del reato è esclusa nel momento in cui egli abbia seguito le linee guida o la buona pratica clinica;
- art. 9: “Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa”. Conferma che la rivalsa interna, cioè il risarcimento delle spese sostenute dalla struttura sanitaria per coprire i danni compiuti dal medico, può essere richiesta solo se egli abbia agito con colpa grave (secondo le norme del Diritto amministrativo);
- art. 15: affronta un altro aspetto controverso (perché urgente), quello relativo alla qualificazione dei Ctu (i Consulenti tecnici d’ufficio, che supportano il giudice e il medico legale nella valutazione a fronte delle proprie competenze specifiche). Per un malvezzo tutto italiano, i Ctu vengono scelti dal magistrato sulla base di conoscenze personali e quasi mai sulla base di una reale competenza maturata nell’ambito specifico. In questo modo diviene possibile che a giudicare la buona esecuzione di un intervento di cataratta ci sia un medico oculista che, nello svolgimento della sua attività, non ha mai operato un paziente.

L’obiettivo di questi articoli è certamente quello di tutelare gli interessi del medico, così da permettergli di migliorare il rapporto medico-paziente, in un’ottica non solo di abbassamento dei costi del Ssn, ma anche di miglioramento della qualità dell’assistenza e del successo terapeutico. Purtroppo questa normativa, finalmente più chiara, non gode di retroattività, quindi i contenziosi aperti prima della promulgazione della “Legge Gelli” sono soggetti alle norme precedenti. Nessuno può dire per quanti anni ancora la classe medica patirà a causa di una legislazione antiquata e ingiusta.

Divario Nord-Sud

Uno dei problemi principali del sistema sanitario nazionale odierno è la discrepanza tra Nord e Sud Italia in termini di qualità e quantità delle prestazioni offerte dalle aziende sanitarie ai cittadini residenti.

La Legge 833/1978, a suo tempo, ha tradotto in diverse forme di equità le istanze di universalizzazione dei diritti e di esigibilità uniforme delle prestazioni, stabilendo il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni

socio-sanitarie del Paese (art. 2), l'uniformità dei livelli delle prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini (art. 3) e l'erogazione uniforme delle prestazioni e dei diritti alla salute sull'intero territorio nazionale (art. 4).

Analizzando la situazione sanitaria attuale, non c'è dubbio che la realtà sia molto distante dagli intenti della Legge 833. Il divario territoriale è presente ormai da diversi anni e probabilmente è destinato ad ampliarsi. In accordo con gli indici di rendimento istituzionale (indicatori sintetici che combinano spesa, offerta e consumi di servizi, processi di cura e livelli di salute), si evidenzia una netta superiorità di rendimento delle Regioni del Centro-Nord rispetto alle Regioni del Sud. Questo fenomeno è associato a un'immobilità sorprendente delle posizioni relative delle varie Regioni fra il 1996 e il 2009, segno della persistenza dei divari interregionali nel territorio italiano.

Quali sono le cause principali del divario qualitativo tra Nord e Sud Italia?

Innanzitutto, e senza alcun dubbio, l'equilibrio finanziario, fonte di continui attriti tra il governo nazionale e le amministrazioni regionali. Le Regioni che hanno saputo mantenere il proprio bilancio in equilibrio sono poche: la Lombardia, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e l'Umbria.

Secondo alcuni dati aggiornati a fine 2019⁷, la sanità regionale più indebitata è quella del Lazio, seguita da quella della Campania, con 3 miliardi di euro di debito. Se invece rapportiamo il debito alla popolazione residente, il primato spetta al Molise, seguito dal Lazio, dalla Calabria e dalla Campania.

Durante questi anni, lo Stato non è stato indifferente alla progressiva decadenza del sistema sanitario delle Regioni del Mezzogiorno e ha cercato di colmare questo gap tramite i Piani di rientro (Pdr). Si tratta di sistemi di controllo finanziario resi operativi dalla Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (la cosiddetta "Legge Finanziaria del 2007").

I Pdr sono uno strumento specifico per il rientro dai disavanzi (eccesso delle uscite rispetto alle entrate) rivolto alle singole Regioni dichiarate in difficoltà finanziaria (con disavanzi che superano il 5% del finanziamento ordinario e delle entrate proprie). Con i Piani di rientro, la Regione s'impegna ad azzerare il disavanzo complessivo accumulato entro un periodo massimo di tre anni attraverso: la riduzione dei costi di gestione, l'aumento delle entrate, trasferimenti vincolati dallo Stato, l'inasprimento della pressione fiscale e, eventualmente, la compartecipazione al costo delle prestazioni utilizzate dai cittadini. Il Piano indica in dettaglio le azioni che la Regione s'impegna ad attuare, una volta ottenuta la preventiva approvazione da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze. Gli interventi includono provvedimenti strutturali (come la

7 Bordignon M., Coretti S., Turati G., *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*, a cura di Osservatorio sui conti pubblici italiani-Università Cattolica del Sacro Cuore, 5 agosto 2019. Disponibile al sito: https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-Nota_piani_di_rientro_sanita.pdf.

rideterminazione delle aziende sanitarie e il riordino del sistema ospedaliero), amministrativi (per esempio il blocco delle assunzioni e la riduzione delle tariffe delle prestazioni) e finanziari (come l'innalzamento automatico delle addizionali Irap e Irpef regionali, anche oltre la misura massima prevista, e l'imposizione di nuovi ticket).

In caso di mancato adempimento, è prevista una diffida formale nei confronti del presidente della Regione da parte della presidenza del Consiglio, che può portare alla nomina di un commissario con il compito di adottare i provvedimenti necessari per l'attuazione del Piano. A oggi, le Regioni in Piano di rientro sono: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia. Le prime cinque attualmente sono sottoposte a commissariamento.

Se da un lato i Piani di rientro sono uno strumento utile al governo per monitorare e riequilibrare i bilanci delle regioni, dall'altro essi hanno depauperato ancor più i servizi sanitari delle Regioni del Mezzogiorno, costrette a effettuare ulteriori tagli al budget destinato alla sanità. Molte Regioni in disavanzo, infatti, sono state costrette a imporre ticket ulteriori per le prestazioni sanitarie. Alcune regioni, inoltre, non riescono a garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea), erogando prestazioni sanitarie al di sotto degli standard ritenuti adeguati. Si tratta, per esempio, del caso del Molise, della Puglia, della Sicilia, della Campania e della Calabria.

Questa situazione ha portato all'emergere di un altro fenomeno, peraltro molto attuale, la cosiddetta "migrazione sanitaria". Di fatto, molti cittadini provenienti dalle Regioni del Sud Italia sono costretti a farsi curare nelle aziende ospedaliere del Nord.

I dati vengono forniti da uno studio del Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria sociale) dell'Università Bocconi.⁸ La situazione appare critica soprattutto in Calabria, dove un paziente su sei emigra verso le strutture del Centro-Nord per cure e ricoveri, anche a causa di una limitata dotazione di posti letto e dell'insufficiente qualità clinico-gestionale del personale sanitario. Dal momento che il costo delle cure negli ospedali del Nord viene presentato alla Regione Calabria, ciò ha generato un debito per le casse regionali di oltre 300 milioni di euro. Da 17 anni, infatti, il nostro Paese è dotato di un sistema federale per la sanità, in base al quale ogni Regione, attraverso l'Irpef e l'Irap (cioè le tasse pagate dai lavoratori e dalle aziende), è tenuta a coprire le spese per curare i propri cittadini. Ovviamente ciò rappresenta un grosso problema per una Regione con un alto tasso di disoccupazione come la Calabria, che non è in grado di coprire i debiti accumulati con gli ospedali delle altre Regioni. Di conseguenza, il fenomeno della "migrazione sanitaria" comporta un aumento del debito delle Regioni del Mezzogiorno e dunque un allargamento del divario

8 *Rapporto OASI 2018: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, a cura di Cergas e Università Bocconi, Egea, Milano, 2018.

con la sanità delle Regioni del Centro-Nord, alimentando un circolo vizioso difficile da spezzare.

I dati presentati nel *Rapporto Osservasalute 2016*⁹ sono concordi: nel territorio italiano è presente una grande disomogeneità interregionale, anche per quanto riguarda il dato della mortalità.

Infatti, esso è inferiore al valore nazionale (72,93 per 100.000) in otto regioni: Lombardia, Provincia di Bolzano, Provincia di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori superiori al dato nazionale si registrano invece in cinque regioni: Piemonte, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. I valori più bassi e più alti si registrano, rispettivamente, nella Provincia di Trento (57,47 per 100.000) e in Campania (91,32 per 100.000), dove si registrano anche valori opposti di longevità. Se nella provincia del Nord gli uomini vivono mediamente 81,2 anni e le donne 85,8 anni, nella Regione campana la speranza di vita alla nascita è più bassa e corrisponde rispettivamente a 78,3 e 82,8 anni.

Quanto alle cause, le disparità di salute potrebbero anche essere una conseguenza della cattiva gestione della prevenzione sanitaria in queste Regioni. Il *Rapporto*, per esempio, rileva che gli screening oncologici coprono la quasi totalità della popolazione in Lombardia, ma appena il 30% dei residenti in Calabria (con percentuali di copertura sempre inferiori nelle Regioni del Sud rispetto a quelle del Nord).

Lo stato di decadenza in cui la sanità italiana versa nelle Regioni del Sud Italia è quindi un problema tutt'altro che trascurabile, segno del fallimento dei processi di regionalizzazione e federalismo che si sono susseguiti dagli anni Novanta a oggi. Ciò è imputabile in gran parte alle realtà economico-finanziarie eterogenee che hanno da sempre caratterizzato le Regioni italiane, di cui lo Stato non ha tenuto conto sin dall'inizio nell'istituzione di quello che avrebbe dovuto essere un sistema sanitario "uniforme".

Come visto in precedenza, se i governi centrali hanno tentato di arginare l'emorragia dei bilanci regionali tramite i Piani di rientro, l'effetto collaterale è stato quello di rendere ancor più scadente la qualità dei servizi nelle Regioni del Mezzogiorno.

Nelle Regioni commissariate i Pdr hanno comportato, oltre all'inasprimento della pressione fiscale, pesanti tagli alla spesa: si è bloccato il turn over del personale, sono stati ridotti i posti letto, sono stati rimandati gli investimenti. Tali misure di "austerità sanitaria", per così dire, hanno effettivamente rimesso in ordine i conti, ma al prezzo di un impoverimento della qualità dei servizi erogati.

9 *Rapporto Osservasalute 2016: Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, a cura di Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane e Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016. Disponibile al sito: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>.

In conclusione, forse è giunto il momento di cambiare strategia. Si dovrebbe pensare a un piano di recupero della sanità meridionale mirato non solo alla disciplina finanziaria (che ovviamente resta indispensabile), ma anche al miglioramento complessivo della quantità e della qualità dei servizi.

Prospettive future

Spesso le buone intenzioni e gli obiettivi per il futuro dei medici italiani finiscono per scontrarsi con le problematiche di ordine politico ed economico del Paese, che diventano un ostacolo alla possibilità di mettere in atto un programma di salute pubblica di qualità. In prospettiva futura, pertanto, si rende necessario un miglioramento da parte di tutte le componenti che costituiscono il sistema della sanità italiana, compresi i medici e i pazienti. Infatti, come osservò anche Albert Einstein, non possiamo pretendere che le cose cambino se le facciamo sempre nello stesso modo.

Come emerso dal *Rapporto OASI 2017* (Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano)¹, la concreta realizzazione dei progetti in ambito sanitario non può che girare sui cardini dell'universalità dei diritti e della sostenibilità del sistema. Sul piano politico, le decisioni in merito alla sanità dovrebbero essere quanto più chiare, trasparenti ed efficaci, limitando la sfera burocratico-amministrativa e privilegiando la dimensione clinico-assistenziale. Per esempio, considerato l'aumento dell'aspettativa di vita a cui siamo giunti negli ultimi anni, le politiche sanitarie dovrebbero prestare maggiore attenzione alle condizioni di disabilità e non-autosufficienza. Oggi, infatti, la popolazione è sempre più longeva e le malattie croniche un tempo prive di trattamento possono essere rallentate nel loro decorso grazie all'impiego di nuovi target terapeutici. Più in generale, ma sempre su questo piano, sarebbe auspicabile una ridefinizione dell'assistenza ospedaliera e dell'accesso ai servizi di emergenza del territorio, affiancata da un aggiornamento costante e periodico dei Lea. In merito alla sostenibilità, le recenti politiche di tamponamento del debito pubblico italiano e la cosiddetta "spending review" hanno fallito sotto ogni aspetto, apportando tagli tanto alla spesa pubblica destinata ai servizi sanitari quanto alla ricerca scientifica. Di conseguenza, ridurre gli sprechi e i costi derivanti da una pratica medica inefficace (come, ad esempio, quella della medicina difensiva) diviene un fattore cruciale. Ciò può avvenire solo contrastando la sperequazione delle risorse e alleggerendo la burocrazia, troppo spesso ingombrante e incompatibile con l'evoluzione del contesto socio-economico. In questo senso, recentemente la Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ospedaliere) ha proposto un fondo straordinario aggiuntivo per l'innovazione del Ssn di almeno cinque miliardi

¹ *Rapporto Oasi 2017: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, a cura di Cergas e Università Bocconi, Egea, Milano, 2017.

di euro annui della durata di 5-10 anni². Il progetto “*Lean4Health*”, promosso da Fiaso in collaborazione con Assobiomedica, pone l’obiettivo di eliminare gli sprechi, nella gestione delle strutture sanitarie, attraverso la ricerca costante di aree di miglioramento. Si tratta dunque di un approccio manageriale: l’azienda sanitaria deve incentrare le risorse sulla creazione del valore richiesto dal cliente attraverso la semplificazione dei processi, la limitazione dei costi e la riduzione delle attività non produttive. L’introduzione di tecnologie *cost-saving* rappresenta indubbiamente un potenziale beneficio per la sostenibilità economica e per l’omogeneità dell’accesso all’innovazione da parte di tutti gli utenti. L’istituzione di un fondo straordinario per l’innovazione potrebbe dunque concorrere alla realizzazione della sanità del futuro, basata, come sostenuto da Charles Auffray (presidente della European association for systems medicine) in occasione del primo forum promosso dall’Associazione italiana di medicina e sanità sistemica, sulla cosiddetta “medicina delle 4P”: predittiva, personalizzata, preventiva e partecipativa.

D’altro canto, si dovrebbe incoraggiare la messa in campo e la tutela di nuove risorse, di carattere non necessariamente economico, altrettanto importanti per il futuro dei servizi sanitari, coinvolgendo i professionisti, le organizzazioni scientifiche, le comunità locali, il volontariato e tutte le forme associative sviluppatesi di recente: quelle dei medici di famiglia, dei medici specialisti, degli infermieri e soprattutto dei cittadini-pazienti, destinati a essere sempre più responsabili del proprio benessere. A tal proposito, l’*empowerment* e la promozione della salute del cittadino sono temi centrali, per i quali è doveroso mettersi in gioco. Il paziente di oggi non è più un fruitore passivo della prestazione sanitaria, ma, grazie ai media e ai social (con tutti i rischi che questo comporta), è più informato, esperto e consapevole della propria malattia e degli stili di vita da adottare per mantenersi in salute. L’acquisizione di una maggiore consapevolezza e capacità critica rende più agevole qualunque processo di educazione alla salute, di conseguenza, promuovere un corretto stile di vita migliora il Ssn stesso.

Il documento con cui nel 1948 è stata costituita l’Organizzazione mondiale della sanità recita: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l’assenza di malattia o infermità»³. Nel corso degli anni il mondo scientifico ha avuto modo di rielaborare e approfondire questo concetto. Nel 1966 l’igienista italiano Alessandro Seppilli propose una nuova chiave di lettura per quanto riguarda il concetto di salute: «La salute è una

2 «Sanità24», 20 marzo 2018.

3 Organizzazione mondiale della sanità, *La Carta di Tallin: i sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico*, 2008. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf.

condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale»⁴.

Nell'*Ottawa Charter for Health Promotion*, redatta in occasione della Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute, tenutasi a Ottawa nel novembre del 1986, si fa strada l'idea di un «processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla»⁵. In quest'ottica, «salute» vuol dire uguaglianza di possibilità commisurata allo stato di benessere potenziale del Paese in cui si vive. Questo processo comprende alcuni elementi, quali un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita e la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute, che diventa finalmente un bene essenziale ai fini dello sviluppo sociale, economico e personale e un aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla.

La promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario. Al contrario, secondo un approccio multisettoriale, essa richiede l'intervento dei diversi ambiti che influiscono su di essa, quali l'istruzione, la cultura, il sistema dei trasporti, l'agricoltura e il turismo.

Nel 2012 viene fondata la Sips (Società italiana promozione salute), una società scientifica di livello nazionale con articolazioni a livello regionale che, secondo il suo stesso statuto, persegue le seguenti finalità:

- favorire le ricerche e lo sviluppo scientifico relativamente alla promozione della salute;
- sviluppare e diffondere in tema di promozione della salute conoscenze scientifiche, competenze professionali e buone pratiche basate su evidenze scientifiche;
- promuovere la cultura dell'interdisciplinarietà, dell'interprofessionalità, dell'intersettorialità, dell'integrazione interistituzionale, della partecipazione individuale e sociale in funzione del miglioramento della salute della popolazione;
- supportare le politiche di promozione della salute condotte da amministrazioni locali, regionali, nazionali e internazionali, nonché da organizzazioni, associazioni e aziende impegnate in quest'ambito;
- promuovere attività di carattere scientifico, formativo e divulgativo in materia di promozione della salute;

4 Seppilli A., *Igiene and preventive medicine*, «Annali della Sanità Pubblica», vol. 27, n. 2, 1966, pp. 253-70: 253.

5 *Ottawa Charter for Health Promotion (Carta di Ottawa per la promozione della salute)*, Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute, Ottawa, 7-21 novembre 1986. Disponibile al sito: https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf.

- fornire consulenza scientifica, collaborare e interagire con le società, le associazioni e gli enti locali, regionali, nazionali e internazionali che operano nel campo della promozione della salute.

Dal punto di vista della Sips, che condividiamo, promuovere in concreto la salute significa formare e educare il cittadino a comportamenti volti ad assicurare il benessere psicofisico proprio e della comunità. Ciò significa riconoscere agli interventi di prevenzione primaria, ai quali dovrebbe essere devoluta una parte più consistente delle risorse finanziarie, la giusta importanza. Infatti, secondo un approccio pedagogico, l'individuo dev'essere reso più consapevole dei rischi e dei benefici in materia di salute fin dall'infanzia. Le campagne di responsabilizzazione e di sensibilizzazione verso problematiche di sanità pubblica, peraltro, sono ancor più vantaggiose, se intraprese già nei primi anni della scuola dell'obbligo, anche attraverso l'attività ludico-ricreativa e lo sport.

Il servizio sanitario del futuro prevede senza dubbio un utilizzo competente della tecnologia, intesa come *information technology* o *eHealth*. I supporti della medicina digitale (internet, computer, tablet, smartphone, comunicazione wireless, network e comunità online) sono destinati a giocare un ruolo sempre più importante e decisivo nel contesto della salute collettiva. Tuttavia è risaputo che la digitalizzazione del servizio sanitario in Italia si attesta su livelli ampiamente insufficienti, con un investimento annuale fra i più bassi d'Europa, pari all'1%. Da ciò consegue direttamente un *impairment* nella reale funzionalità delle strumentazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche attualmente a disposizione. L'uso della medicina digitale e della telemedicina si rivela particolarmente utile nella gestione delle patologie croniche a componente multifattoriale, che necessitano di un approccio interdisciplinare fra vari medici specialisti e di un rapido scambio d'informazioni fra il medico ospedaliero e il medico di medicina generale. Inoltre un corretto utilizzo della medicina digitale è strettamente connesso all'esigenza di un'adeguata formazione tecnologica, che garantisca le competenze necessarie per usufruire dei diversi strumenti tecnologici. L'innovazione portata dall'*eHealth* consente migliore assistenza, tutela e prevenzione, ma anche una riduzione del costo per paziente, un accesso più ampio e una maggiore fluidità nell'erogazione dei servizi. Allo stesso tempo, la medicina digitale potrebbe contribuire al processo di deburocratizzazione della sanità, velocizzando le cure, riducendo i tempi di attesa e l'ospedalizzazione dei pazienti. In conclusione, l'*information technology* costituisce certamente una condizione necessaria, ma di per sé non sufficiente, al miglioramento della qualità del servizio sanitario. Perché l'innovazione che porta con sé abbia effetti concreti, essa dev'essere integrata appieno nella cultura sanitaria.

Negli anni si è assistito, inoltre, a una progressiva perdita di fiducia nella figura del medico e nel sistema della sanità italiana, talvolta in seguito a episodi esageratamente stigmatizzati (e sensazionalizzati) di *malpractice*. È dunque necessario ristabilire un rapporto medico-paziente basato sulla trasparenza e sulla

consapevolezza della necessità di una collaborazione reciproca per il raggiungimento dello scopo comune, la salute dell'utente.

Dunque il miglioramento del servizio sanitario non può che verificarsi alla luce di una gestione del paziente da parte del medico secondo un approccio *patient-centered*. In altre parole, al centro dell'operato medico dev'essere posto il malato, non la malattia. Al riguardo, le scelte diagnostiche e terapeutiche effettuate dal medico nella gestione di una determinata condizione clinica non possono prescindere dalle caratteristiche e dalla realtà di vita del soggetto in cura, inteso nella sua dimensione più complessivamente umana. Da qui nasce l'esigenza di un *tailored approach* volto a personalizzare il percorso diagnostico-terapeutico del singolo assistito, indubbiamente correlato a una maggiore profusione di risorse economiche da parte delle strutture e di tempo ed energie da parte del medico curante. Questo approccio, d'altra parte, conduce a un miglior esito clinico e a una maggior soddisfazione sia da parte del medico che del paziente.

Un altro tema su cui è necessario avanzare alcune osservazioni in prospettiva futura è rappresentato dal dualismo sanità pubblica *versus* sanità privata.

Nel corso della storia gli ospedali pubblici hanno sempre rappresentato servizi sanitari specifici con il compito di offrire gratuitamente le cure per le patologie di tutti i pazienti che vi si presentassero. In questo senso l'impegno dello Stato nei loro confronti era di ordine innanzitutto finanziario. Detto questo, in base all'art. 32 della Costituzione, qualunque cittadino dovrebbe potersi rivolgere liberamente a qualsiasi struttura ospedaliera desideri, pubblica o privata che sia. Di conseguenza, la sanità pubblica può essere considerata tale quando assicura a ogni cittadino la possibilità di accedere gratuitamente alle migliori cure possibili; i costi di tali cure non spettano al singolo individuo che ne usufruisce, ma vengono equamente ripartiti tra tutti i cittadini (un caso a parte è ovviamente rappresentato dalle esenzioni concesse per ragioni di basso reddito o per una specifica condizione di malattia). Oggi come oggi, però, si sta sempre più affermando l'idea che il cittadino abbiente sia tenuto a compartecipare tramite un ticket alle prestazioni a cui accede. Questa proposta, criticata e strumentalizzata dalle varie parti politiche, ha però diversi risvolti positivi: offre risorse al sistema, responsabilizza il paziente e gli consente di disporre di tecnologie obiettivamente più costose, ma impossibili da erogare senza una compartecipazione congrua alla spesa. La sanità privata, invece, prevede che la spesa sanitaria sia totalmente a carico del cittadino, libero di scegliere il medico che lo avrà in cura. All'interno della sanità privata i finanziamenti vengono gestiti da più enti con diverse modalità. Le assicurazioni e i fondi hanno il compito di rimborsare le prestazioni, sia pubbliche che private, qualora siano obbligatorie. Oggi, tra l'altro, i servizi sanitari, oltre a essere finanziati dalla fiscalità generale, si avvantaggiano di forme di compartecipazione che integrano ciò che il sistema pubblico non riesce a erogare. Lo Stato, tuttavia, continua a detenere il compito di gestire e pianificare

sia le strutture pubbliche sia quelle private, di controllare la qualità e di rimborsare solo particolari tipi di prestazioni.

Negli ultimi anni si assiste a una progressiva virata in direzione della privatizzazione della sanità italiana. Il cittadino, esasperato dai lunghi tempi di attesa del sistema pubblico, si rivolge alla libera professione e all'*intramoenia*. Spesso il *primum movens* corrisponde alla convinzione che la qualità delle prestazioni professionali o cliniche sia direttamente proporzionale al loro costo. Spesso nelle strutture private i mezzi utilizzati per le cure mediche (e dunque la loro qualità) risultano effettivamente migliori, potendo contare su un budget di spesa più ampio, diversamente da quanto accade nelle strutture pubbliche. Grazie alle continue e maggiori entrate, le strutture private possono impiegare maggiori fondi per l'acquisto di strumentazione e dispositivi medici avanzati, così da rendere le cure mediche sempre più sicure e vantaggiose per i pazienti. Oggi un numero significativo di cittadini italiani preferisce rivolgersi alla sanità privata, malgrado i costi spesso elevati, perché, pagando, ritiene di garantirsi prestazioni migliori.

Le strutture private accreditate con il Ssn (convenzionate) possono rappresentare un buon punto d'incontro, laddove offrono servizi su vari livelli (in regime sia privato sia pubblico), ma di una buona qualità.

Il panorama sanitario italiano attuale è caratterizzato da due problematiche emergenti, direttamente correlate alle politiche di spending review degli ultimi anni. Da un lato il definanziamento del Servizio sanitario nazionale e l'impoverimento delle risorse in campo sanitario hanno determinato un drastico calo dell'attività di ricerca scientifica. Dall'altro, la tendenza da parte dei professionisti della sanità e dei ricercatori a guardare sempre più all'estero per raggiungere la propria realizzazione lavorativa ha dato vita alla piaga della "fuga dei cervelli", che non fa che inaridire le risorse scientifiche del Paese.

I dati disponibili parlano chiaro: i medici che si spostano oltreconfine sono cresciuti di 11.034 unità dal 2008 al 2018. Dal 2011 al 2016 più di mille laureati o specialisti sono emigrati ogni anno: solo nel 2017 il numero è sceso sotto le 1000 unità. Il 40% circa ha optato per il Regno Unito e soltanto la Brexit, paventata e realizzata, è riuscita a contenere questa emigrazione massiva negli ultimi quattro anni⁶.

La formazione di un medico specialista in Italia costa circa 150.000 euro. Dunque la sua emigrazione dal territorio della nazione rappresenta non solo un danno in termini di mancato ritorno dell'investimento, ma anche un rischio d'involuzione scientifica e culturale per l'Italia. Si prevede che nel 2020 l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 57 anni, la più alta d'Europa e la seconda al mondo dopo Israele. Nei prossimi 10 anni circa 47.300 medici

6 Corte dei conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica* (dati OECD 2019). Disponibile al sito: <https://www.corteconti.it/Download?id=9e8923ba-4ef4-480e-90f0-cf307c3fa756>.

specialisti del Ssn e circa 30.000 medici di medicina generale andranno in pensione. La graduale depauperizzazione della classe medica riduce l'attrattiva per i nuovi medici, per i ricercatori e per gli studenti. Il flusso di entrata di queste categorie da altre nazioni risulta quindi oltremodo scarso.

Lo Stato è chiamato a far fronte a queste criticità attraverso una maggiore attenzione all'allocazione delle risorse economiche nel campo della formazione e della ricerca scientifica e attraverso politiche anti-spreco. Si tratta dell'unico modo in cui le professioni sanitarie possano crescere e la sanità italiana possa trarre nuova linfa e risultare competitiva nel panorama scientifico internazionale: investendo nei giovani medici, valorizzandone la qualità e l'operato.

Vizi e virtù del nostro Servizio sanitario nazionale

Sinora abbiamo affrontato le problematiche del nostro Ssn provando a profilare il futuro, ma questo libro non può dirsi completo se non ne evidenziamo anche le perversioni.

Scrivere dei vizi della sanità è un esercizio di ricerca e di memoria che richiede pazienza e concentrazione, ma è anche un'occasione per affiancare all'esposizione dei mali la proposta di possibili soluzioni. Qualora dovessero suonarvi un po' naïves, accoglietele con indulgenza, ma non con sufficienza, perché sono il frutto di un'esperienza costruita nel corso di più di trent'anni nel Ssn.

Nei capitoli precedenti, in ragione della prospettiva storicistica adottata, il discorso ha necessariamente assunto la forma e i toni del resoconto, cercando di risultare quanto più possibile oggettivo. Nelle pagine seguenti mi permetto di utilizzare una prosa più "giornalistica", per così dire, e di vestire i panni del cronista, che, per quanto non mi appartengano, aiutano a rendere tutto più immediato e vivido. Per questo motivo, con il permesso del «Corriere della Sera», ho saccheggionato alcuni miei corsivi e preso spunto dagli editoriali dell'anima del supplemento, Luigi Ripamonti, che mi onora della sua amicizia con la prefazione a questo volume.

Malfunzionamento del pronto soccorso

Se scorrete i giudizi negativi ricevuti dalla maggior parte degli ospedali italiani, da Nord a Sud, potrete verificare che i disagi maggiori e i disservizi più frequenti sono legati agli accessi in pronto soccorso. Tempi d'attesa abnormi, calca ingestibile, triage aggressivo, medici apparentemente indisponibili. Una qualsiasi azienda, di fronte a evidenze così lampanti, cercherebbe di porre rimedio. Le Direzioni generali e sanitarie stentano ad affrontare la questione, consegnandola intatta a chi verrà dopo di loro (amministratori e utenti), rendendo il fardello sulle loro spalle ancora più pesante. Le cause, chiare a tutti, potrebbero essere gestite facilmente, se solo si avesse un po' di coraggio.

In primo luogo vale la pena di soffermarsi sull'inappropriatezza delle ragioni di accesso. Si va in pronto soccorso per qualsiasi motivo, col risultato d'intasarli e d'impedirne a volte il corretto funzionamento. Puntare sull'educazione

sanitaria, temo, equivarrebbe a chiedere “un atto d’amore” alle banche, quindi credo che, nonostante i tentativi meritori di spiegare che il PS si occupa delle attività indifferibili, sia indispensabile escogitare qualcos’altro. Il mondo è pieno di persone convinte che i propri problemi siano indifferibili: affidarsi alla consapevolezza e alla coscienza individuale probabilmente sarebbe una scelta deludente. La demagogia ha agito come un freno nei confronti dell’unico potente dissuasore dell’uso erroneo del PS: il ticket da pagare quando la prestazione viene considerata non urgente. Passando a un approccio più propositivo, considererei deterrente efficacissimo l’approntamento di un elenco che classifichi per specialità le vere urgenze. Il resto lo farebbe una compartecipazione ai costi consistente da parte dell’assistito. Una prestazione in PS, infatti, è più costosa rispetto a una specialistica e in più è necessariamente sommaria, quando l’accesso non è considerato indifferibile. La decisione – insindacabile – circa l’opportunità o meno dell’accesso spetta infatti al medico del triage o allo specialista interpellato, che lo classificano e lo giustificano dal punto di vista clinico.

Il secondo problema corrisponde all’inadeguatezza degli operatori sanitari che svolgono l’attività di triage, giovani medici inesperti e infermieri oberati e malpagati. Se non si comprende che questo personale gestisce una delle attività mediche più impegnative, per la quale sono obbligatori una preparazione organica, un compenso adeguato e una manleva istituzionale per gli insostenibili rischi medico-legali, non riusciremo a superare le criticità in questo ambito. Se non vi porremo rimedio, chi sentisse di avere la vocazione di farsi carico di uno dei ruoli più gratificanti dell’arte medica, quello di salvare vite umane, si orienterà invariabilmente verso altre specializzazioni.

In cauda, aggiungo un terzo punto: chissà perché il pronto soccorso è un luogo in cui germi di aggressività e di maleducazione infettano sia l’operatore che l’assistito: se all’indisponenza del primo si somma l’arroganza del secondo, lo scontro è inevitabile, come attestano recenti fatti di cronaca. Il *burn-out* di chi vive l’oberata responsabilità dell’urgenza da un lato e l’angoscia di chi reclama cure immediate e risolutive dall’altro accendono micce difficili da disinnescare.

Mancanza di risorse

Quando si parla di risorse s’intendono i problemi che derivano dal reperimento, dalla sostenibilità e dal loro buon utilizzo. Un buon padre di famiglia non penserebbe mai di sostenere i propri familiari contando unicamente sull’aiuto dei suoi genitori: sarebbe ingenuo, da parte sua, ritenere che si tratti di una disponibilità senza fondo, ancorché cospicua. Il primo obiettivo di quel padre sarebbe quello di ricercare una provvigione o una fonte di reddito consistente e duratura. Potrebbe chiedere un contributo al suo nucleo familiare, ma la disparità di contribuzione apparirebbe subito evidente: la moglie potrebbe contribuire,

i figli a carico evidentemente no. In pratica dovrebbe mettersi nella condizione di generare un reddito, ma questa prospettiva è malvista e sperequata.

Una delle contraddizioni del sistema attuale consiste nel fatto di ritenere l'attività privata *intramoenia* del medico una fonte di reddito per l'azienda, pur rivendicando, al contempo, la natura non profittevole e universalistica dell'offerta sanitaria.

L'unico modo in cui il sistema sanitario dovrebbe generare un *plus* economico, dovrebbe essere quello di sfruttare i costi minori legati al benessere che produce e non quelli causati dalla malattia e dalle complicanze proprie di un sistema inefficiente.

In che modo può auto-mantenersi, allora, un sistema sanitario? Il sistema Beveridgiano (universalistico) che abbiamo conosciuto ha retto fino a quando la fiscalità generale ha potuto contare su un'economia equilibrata e in crescita e i costi del sistema erano sostenibili. Oggi le dinamiche sono totalmente invertite. La popolazione patisce una tassazione abnorme che deprime ulteriormente il Pil, mentre le disponibilità dell'offerta sanitaria, e i suoi costi, sono cresciuti in maniera esponenziale. Negli anni Settanta del secolo scorso, per intenderci, non esisteva neppure la Tac, le possibilità chemioterapiche per il trattamento dei tumori erano pochissime e la cataratta veniva eseguita estraendo in maniera un po' grossolana il cristallino opaco e prescrivendo un occhiale che pesava 200 grammi.

Come dicevo, pensare allo Stato come finanziatore equivale a chiedere sempre i soldi ai nonni: ma questi "nonni" in verità non sempre sono così facoltosi e la "famiglia" di cui stiamo parlando ha bisogno di risorse costanti e cospicue. Ai nonni possiamo chiedere di mettere sotto chiave i risparmi per i momenti drammatici, di stabilire i criteri per regolare il loro contributo alle sorti della famiglia, al limite di dar fondo a quello che c'è in cassaforte per il nipotino, ma niente di più.

Allo Stato, ai "nonni", verrà quindi riservato solo un ruolo di guida, di controllo delle spese affinché non venga sperperato denaro pubblico. Potrà, in aggiunta, rivestire un ruolo di supporto nei confronti di chi ha patologie più impegnative (individuate con lo stesso sistema con cui oggi individuiamo i Lea) o ha pochi mezzi, ma il sistema sanitario nel suo insieme dev'essere in grado autofinanziarsi. Come? Attraverso un piano che, articolando le risorse provenienti dalla contribuzione pubblica e priva, provveda alla gestione e alla distribuzione dei fondi.

Stiamo parlando di un sistema assicurativo cogestito, finanziato in parte da bond salute emessi dallo Stato e in parte da assicurazioni private consorziate, che contribuiscano al pagamento di prestazioni dal costo superiore allo standard coperto dallo Stato. Per fare un esempio, se lo Stato copre l'intervento di cataratta con cristallino artificiale, l'assicurazione potrebbe coprire il costo aggiuntivo per l'impianto di un cristallino artificiale multifocale, non previsto

nella formula standard. Per i cittadini sarebbe prevista una contribuzione obbligatoria commisurata al reddito imponibile o allo stipendio. L'adesione a questo sistema assicurativo garantirebbe una copertura standard di prestazioni sanitarie erogate in qualsiasi struttura, pubblica o privata. Al contempo resterebbe aperta la possibilità d'integrare il servizio con polizze ad personam, o di pagare la prestazione non prevista in polizza al momento dell'erogazione. Lo Stato coprirebbe interamente la quota assicurativa standard per gli indigenti nel caso di prestazioni erogabili solo all'interno di strutture statali (teaching hospital o università). Il controllo della professionalità di ogni prestazione sarebbe garantito dal paziente stesso che paga una tariffa. I medici, accreditati nel sistema, verrebbero certificati annualmente sulla base di crediti formativi obbligatori e una commissione nazionale provvederebbe alla valutazione delle controversie che il loro operato può avere causato. Le assicurazioni, da parte loro, non avrebbero la facoltà di esimersi dal riconoscere i costi delle prestazioni contrattualmente pattuite. Gli operatori dei teaching hospital universitari o meno, infine, avrebbero retribuzioni maggiorate, ma non potrebbero operare in maniera privatistica. Pensiamoci.

Attrezzature e farmaci

Al problema delle risorse è strettamente legato quello della sostenibilità. Il sistema sanitario, infatti, fa un uso sempre più significativo di tecnologie evolute e di farmaci innovativi, frutto di ricerca e investimenti che devono generare profitti. In questo contesto l'accordo Stato-privati dev'essere ben configurato, possibilmente in modo vantaggioso per la parte pubblica.

La salute è un bene fondamentale che lo Stato deve e può gestire in totale autonomia, tutelando un diritto fondamentale della Costituzione. Di conseguenza, ogni trattativa che riguardi l'ambito sanitario deve prevedere l'esercizio di un'attività negoziale che offra al garante del servizio (lo Stato) il vantaggio di avere larghissime quote di mercato e all'acquirente (il cittadino) il vantaggio di costi per prestazione inferiori. È auspicabile, peraltro, offrire al cittadino incentivi fiscali affinché intavoli relazioni con le ditte selezionate dallo Stato. La trattativa con terze parti, quindi, deve sempre essere possibile e garantita, ma con canoni molto più onerosi.

Di conseguenza, visto che una quota rilevante del budget statale è destinata alla sanità, partecipare a questa relazione win-win comporta un enorme vantaggio per le ditte interlocutrici.

La quota risparmiata dall'erogazione diretta delle prestazioni, che risulterà invece concorrente con le assicurazioni, può essere destinata a contratti unici nazionali con le aziende, affinché forniscano le attrezzature tramite leasing (defiscalizzato e semestrale anticipato) a costi calmierati e con l'onere di upgrade triennale. Così facendo, si risolverebbe l'annoso problema dell'obsolescenza

degli strumenti. Per quanto riguarda le aziende farmaceutiche e quelle che forniscono beni di consumo, potrebbero partecipare a un negoziato annuale per i farmaci e beni di consumo e, superata una gara di qualità (attraverso un comitato di esperti gestito dal Ministero della Salute), aggiudicarsi i contratti triennali per l'intero territorio nazionale.

Aziendalizzazione e medici manager

Mio figlio, qualche anno fa, mi ha ricordato che una regola fondamentale della strategia suggerisce di non tenere mai troppi fronti aperti.

Così facendo, infatti, si disperdono le energie, si distoglie l'attenzione dagli obiettivi importanti e ci si logora. Forse è per questo motivo che, nell'ambito delle trattative estenuanti sul nuovo ruolo della cosiddetta "dirigenza medica", abbiamo accettato di assumere ruoli e funzioni di manager aziendali. Da parte mia, voglio credere che si sia trattato di puro sfinimento, perché nessun medico in possesso delle sue facoltà, per quanto ambizioso o, peggio, malevolmente interessato a trarre vantaggio dalla gestione economica di un reparto, avrebbe potuto accettare di abdicare al ruolo di garante della salute del cittadino e di farsi difensore degli interessi economici di un'azienda.

L'"aziendalizzazione della sanità" è un ossimoro da qualsiasi prospettiva la si osservi. L'oculatezza nella gestione delle risorse è sacrosanta, ma proprio per questo motivo non può essere messa in capo al medico. Il medico, infatti, si occupa della salute del paziente: se, dunque, è predisposto a sollecitare maggiori risorse per migliori attrezzature e personale più preparato, è perché la salute del paziente è il suo unico fine. Ciò non dovrebbe meravigliare nessuno. Ergo, non si può chiedere al medico di fare le parti dell'economista, se ne snaturerebbe la vocazione. Gli si può solo chiedere di partecipare al gioco delle parti fisiologico tra il corpo medico, che chiede le condizioni migliori per esercitare la pratica clinica, e l'amministrazione, che gli ricorda che le risorse sono limitate.

Medicina difensiva

Il tema, già sviscerato in un capitolo precedente, merita ancora qualche considerazione. C'è una linea sottile a separare la tutela di chi deve farsi carico di eseguire un'attività rischiosa ma necessaria e quella di chi ne subisce le conseguenze impreviste.

Chi fa sbaglia. Purtroppo, quanto più fai, e soprattutto quanto più le tue azioni sono complesse, tanto più il tuo operato è a rischio.

L'infallibilità non è di certo una caratteristica associabile alle attività dell'uomo. Curiosamente, la si esige in campo medico, dove la possibilità di commettere un errore non è neppure contemplata. A monte della riflessione sull'errore

e sul danno che ne può derivare, però, sta il postulato che nessuno può essere considerato infallibile, da cui discende che nessuno può essere punito per non esserlo stato. Su queste basi si può avviare la discussione sulle cause del danno, che possono dipendere dall'azione del medico come dalla struttura ecc., in una casistica potenzialmente vastissima di cui si occupano le assicurazioni e i tribunali.

Senza dubbio tutti ci sentiamo vicini, dal punto di vista etico, al paziente vittima di errore o di omissione. Tuttavia non si può nascondere che la crescita dei contenziosi medico-legali sia responsabile di spese improduttive e insostenibili.

Provo a elencarle:

- costi per la Giustizia: una causa civile o penale dura in media cinque anni e tra udienze, magistrati, avvocati, uffici legali ospedalieri, Ctu e perizie vengono spese decine di migliaia di euro, sottraendo preziose risorse ad attività più urgenti;
- costi per il paziente: oltre alla comprensibile frustrazione per la relativa o mancata comprensione delle proprie ragioni, questi è costretto a riaffrontare un *iter* clinico di visite mediche, terapie o interventi per risolvere i propri problemi di salute e si deve fare carico di una procedura legale senza certezze sull'esito;
- costi per la struttura ospedaliera: nel momento in cui istruisce una procedura interna, infatti, questa impegna personale, tempo ed energie;
- costi per il medico: questi viene distolto in maniera drammatica dalla sua attività e si trova a lottare con la propria assicurazione, con l'ospedale, che minaccia rivalsa sin dalla prima notizia, e con la parte lesa, i cui avvocati spesso pongono le tesi accusatorie in termini di attacchi personali alla dignità del medico;
- costi per il Ssn, che in ragione della pratica della medicina difensiva messa in atto dai medici vede aumentare gli oneri (molti esami inutili a tutela di futuri contenziosi) a detrimento dell'efficienza (rifiuto dell'atto rischioso);

A questo proposito apro una parentesi. Da qualche tempo negli ospedali americani, di fronte a situazioni cliniche impegnative, gravose e rischiose dal punto di vista medico-legale, si sente pronunciare con frequenza preoccupante l'affermazione “*I am not comfortable with...*” (“non sono a mio agio con...”). In queste circostanze il sistema americano, noto per l'estremizzazione di ogni crisi, va in stallo e si realizza un totale scarico di responsabilità da parte del medico che segnala il disagio, mentre la struttura inizia la complicata ricerca di un altro professionista in grado di subentrare nella gestione del paziente. Questo fenomeno è segnalato con grande preoccupazione dall'articolo *The powerful phrase that's ruining medicine*¹ del neurochirurgo Jackson Salvant, pubblicato su uno dei

¹ Salvant J., *The powerful phrase that's ruining medicine*, 20 aprile 2019. Disponibile al sito: <https://www.kevinmd.com>.

siti americani che danno voce ai trend più controversi della sanità americana, www.Kevinmd.com.

Anche negli Stati Uniti, dunque, la pratica della medicina difensiva cerca di proteggere i medici dai rischi connessi ai contenziosi per responsabilità medica, peraltro moltiplicati dal sistema giudiziario statunitense, secondo alcuni tra i più aberranti al mondo, tra efficientismo di facciata e un'impalcatura fragile e discutibilissima di cauzioni per i più abbienti, immunità delatorie, relazioni sordide tra avvocati e procure e spregiudicatezze procedurali tali da far impallidire i tribunali del popolo. In alcuni casi, addirittura, un medico che ritardi l'invio verso un centro di maggiore esperienza può essere considerato negligente. Il contraltare di questo tipo di sistema, tuttavia, è che i medici stessi, nel timore di essere contestati, optano in misura sempre più frequente e ingiustificata per l'invio preventivo e deresponsabilizzante. Di conseguenza, ciò comporta maggiori oneri economici e organizzativi per il sistema e pellegrinaggi non sempre necessari per il paziente.

Questo fenomeno si rispecchia nella progressiva e perniciosa apatia propria dei medici americani, che spesso hanno già vissuto trascorsi medico-legali e non vogliono doverne affrontare di nuovo il peso emotivo ed economico.

Il mio timore è che se non si pone un freno ai contenziosi e non si comprende che il medico dev'essere manlevato, nelle situazioni intrinsecamente a rischio, dalla responsabilità (penale e civile), anche qui in Italia accetterà sempre meno di assumersi responsabilità e oneri a costi altissimi. Proprio per questa ragione alcune scuole di specializzazione ad alto tasso di sequele giudiziarie, come la chirurgia generale o l'ortopedia, lamentano una pericolosa disaffezione, in controtendenza rispetto al crescente desiderio dei giovani d'intraprendere la professione medica.

Una proposta che va nel senso di una soluzione condivisa è l'istituzione di un Fondo compensativo nazionale (Fcn) cui partecipano lo Stato, con un importo che ricalca il costo annuo delle cause medico-legali (di cui è facile prevedere una rapida contrazione secondo un circolo virtuoso), il medico, versa la propria quota assicurativa al fondo, l'ospedale, che assicura le prestazioni rinunciando a una quota del rimborso, ma è compensato da un congruo recupero sull'incremento di budget se si fa carico di attività a rischio, e il paziente, che, su ogni prestazione, paga una piccola cifra con cui assicura se stesso.

Il Fcn si fa carico *in toto* di ogni attività di rimborso, dopo il vaglio di una commissione istituita all'interno di ogni ospedale e composta da soggetti terzi con competenze medico-giuridiche.

Chiudo con un cenno alla recentissima epidemia. Mentre eravamo impegnati a fronteggiare una delle più spaventose crisi pandemiche immaginabili, mentre quasi tutti gli specialisti, anche se con competenze davvero lontane da quelle richieste, rispondevano all'appello d'immolarsi (il termine è davvero appropriato, mancando le protezioni), mentre tutti i medici di famiglia presidiavano le loro

rischiosissime postazioni, mentre il numero di medici falcidiati dal virus faceva rabbrivire e quello dei contagiati raggiungeva un picco spaventoso, uno studio di consulenza legale, in un post pubblicitario, inseriva in modo proditorio la parola “Coronavirus” per istigare il paziente a intraprendere azioni legali contro i medici “untori”. Come se si potesse prendere il Covid19 solo perché il medico è stato negligente! È vero, il post è stato rimosso dopo poche ore (non così poche da non essere stato fotografato e diffuso), perché evidentemente uno tsunami d’indignazione aveva travolto il malaugurato studio legale.

Tuttavia risentirsi, scomodare la coscienza morale e un sentimento effimero come quello della riconoscenza non serve a nulla. I medici sono uomini che sbagliano, senza averne l’intenzione; a volte provocano danni a chi vorrebbero aiutare, perché sono uomini.

Numero chiuso e carriere universitarie bloccate

Una iattura! Questo è stato il mio giudizio, in forma esclamativa, quando è stato reso noto per la prima volta il numero massimo di matricole di medicina che avrebbero potuto accedere all’università. Negli anni, sono in molti ad aver maturato lo stesso giudizio.

Confesso di appartenere alla generazione che ha conosciuto il privilegio – ma allora si chiamava diritto – del libero accesso ai corsi universitari. Ricordo la prima lezione del corso di chimica, che era suddiviso in sei linee e contava 450 studenti. Uno dei concetti che mi sono trovato a sostenere, a fronte delle problematiche sollevate dai più circa l’impossibilità di disporre di strutture formative adeguate, qualora si liberalizzassero gli accessi a medicina, è che nel calcio i veri talenti non escono dalle migliori scuole calcio: Maradona giocava nei campetti polverosi di Lanús e il talento di Pelé si era manifestato ben prima di giocare nella squadra del Santos. Se l’analogia sportiva tiene, oggi sono proprio le realtà universitarie pletoriche, come quella di Milano e di Catania nei primi anni Settanta, dove si laurearono Alberto Mantovani e uno scienziato del calibro di Napoleone Ferrara, ad accordare all’Italia un ranking elevatissimo nella classifica mondiale delle ricadute che la ricerca di base offre alla clinica. Questo livello di eccellenza probabilmente è destinato a scendere a causa del numero programmato di giovani medici e soprattutto di ricercatori. I nuovi professionisti della medicina che usciranno dalla “filiera controllata” degli studi avranno maggiore facilità di accesso a comode posizioni cliniche, in passato raggiungibili solo al termine di un percorso, di studi e clinico, che selezionava i migliori.

E oggi? Il follow-up dei giovani medici, ammessi dopo test rigorosissimi, li vede spesso frustrati nella vocazione specialistica e neanche tutti assorbiti dalle scuole più periferiche. I ruoli universitari vengono offerti con il contagocce anche agli studiosi più meritevoli, perché le code costituite dai “manovali” che negli anni hanno sostenuto il sistema sono ancora da smaltire.

Una storia poco edificante, ma con un finale ancora aperto, mi aiuta a indicare una strada al nuovo ministro (oggi rettore e universitario) che possa portare a trasformare un'emorragia di giovani talenti in un'opportunità.

Alcuni anni fa ho scoperto di avere tra i miei specializzandi un medico insolitamente dotato per la ricerca. In soli due anni aveva già pubblicato una decina di articoli su riviste internazionali di primo piano. Oltre a possedere intuito e competenza clinica, eccelleva nell'attività di ricerca, che aveva evidentemente allenato durante il suo percorso di laurea. Alla sua richiesta di spendere l'ultimo anno di studi negli Usa, la nostra scuola acconsentì, secondo una prassi invalsa da molti anni che ha portato a ottimi risultati. Io intanto mi attivai con il dipartimento per richiedere un posto di ricercatore da proporgli al rientro.

Fino a qui una storia ordinaria, di quelle che tutti i docenti hanno conosciuto. Veniamo alle peculiarità italiane. Primo ostacolo: il dipartimento aveva, tre anni prima, ottenuto la chiamata in ruolo di un ricercatore (bravissimo anche lui) e quindi dovevo mettermi in coda alle richieste di colleghi di settori scientifico-disciplinari differenti. Secondo ostacolo: il posto di ricercatore disponibile entro "qualche" anno era di tipo A (in parole povere un posto a tempo determinato, della durata di tre anni e senza garanzie). Terzo ostacolo: lo stipendio era ridicolo per uno studioso che si era pagato 10 anni di università e un anno in una prestigiosa università americana. Quarto ostacolo: Milano non è una città per stipendi modesti e tantomeno per chi ha investito così tanto nella propria formazione. Conclusione: il giovane ex-specializzando è oggi professore a Cleveland, lavora in una succursale del Cleveland Eye Institute ad Abu-Dhabi, dove guadagna in tre mesi il mio stipendio annuale, ed è un riconosciuto esperto mondiale nel suo campo.

Potrebbe sembrare una tipica storia lose (Italia)-win (giovane medico). In realtà, nel nostro ultimo incontro mi ha confessato che, se avesse un ruolo istituzionale nella sua nazione e una ragionevole tassazione, tornerebbe volentieri. Ecco come un caso lose-lose potrebbe diventare un win-win.

Gestione sbagliata del territorio

È passato un po' di tempo da quando si è scelto, colpevolmente, di relegare il medico di base (medico di medicina generale) alla figura di *gatekeeper*, una sorta di usciere che non dà risposte ma regola gli accessi al sistema. Un mostro funzionale, per chi come me ha scelto medicina negli anni Settanta.

Se torno indietro nel tempo e mi interrogo sulla mia determinazione ostinata a fare il medico, ritrovo le letture appassionate di Cronin de *Gli anni che contano*, di Axel Munthe de *La storia di San Michele*. A diciassette anni ero stato rapito dalle figure romanzesche di medici, eroiche e quasi onnipotenti, che avevano fatto voto di povertà e di dedizione al prossimo. Incondizionatamente ammirati per la loro generosità. C'è qualcuno oggi che intravede nel medico generalista

qualcosa che assomigli a questo vecchio ideale? Nessuno, temo. Si potrebbe obiettare che nella medicina del terzo millennio queste figure romantiche non potrebbero trovare posto. È vero, ma lo stesso vale per la figura di un medico/passacarte ostativo alle richieste dell'assistito. Sorprende quanti ancora si rifiutino di venire relegati a questo ruolo e si diano da fare per seguire i propri pazienti con uno scrupolo che va ben al di là del compito mortificante che questo sistema ha cucito loro addosso. Un sistema del genere non poteva che ingenerare la malagestione dei PS, di cui abbiamo parlato, e l'affollamento degli ospedali. Non avere previsto strutture territoriali intermedie, a fronte della domanda di prevenzione e salute di questi anni, porta all'implosione del sistema pubblico a favore dell'offerta privata, indubbiamente l'unica realtà sanitaria fiorente di questo ventennio. Tengo a precisare che non nutro alcuna avversione verso l'imprenditoria privata che incrocia l'offerta di salute, anzi, riconosco che in Italia abbiamo avuto e abbiamo esempi illuminati d'investitori nel settore, pionieri da ringraziare anche quando abbiano accoppiato alla lungimiranza una certa onnipotenza visionaria. Il problema è che lo Stato non può in nessun caso derogare al suo ruolo di gestore universale, presidiando sempre e ovunque il territorio.

Ingerenza politica

Chissà quanto ancora ci vorrà per capire che più la gestione delle cose amministrative viene affidata alla politica, peggiori sono i risultati. Non potrei mai immaginare un'impresa gestita da emissari di partito che funzioni. Dovunque la competenza sia necessaria, infatti, cerchiamo persone capaci, esperte e di provata vocazione amministrativa. Non daremmo mai in gestione il nostro capitale, o la scuola dei nostri figli, a un individuo designato da un partito e senza specifiche competenze. Allora non è chiaro perché a designare un dirigente medico debba essere un direttore generale nominato dall'assessore alla Sanità.

Chi altri potrebbe nominare un direttore generale? Il personale stesso dell'ospedale, che, avendo a cuore il funzionamento della struttura, può vagliare i candidati al ruolo e scegliere il più idoneo. La selezione sarebbe intesa a valutare la media pesata dei titoli e la capacità del dirigente di dare risposte alle necessità che necessariamente chi lavora nella struttura conosce meglio di chiunque altro. È una soluzione farraginoso? Allora, consentitemi una provocazione, se proprio di politica dobbiamo perire, escogitiamo un sistema differente: tutti gli aspiranti amministratori dovranno schierarsi politicamente, una sorta di *voluntary disclosure*, almeno un triennio prima della propria candidatura al ruolo. A decidere chi saranno i nuovi direttori generali sarà la compagine di governo, ma pescando nell'elenco della parte avversa. Insomma, bando ai complimenti: la politica e la clientela vanno di pari passo e in un modo o nell'altro dobbiamo neutralizzare le perversioni ed evitare i vecchi vizi che senza dubbio hanno caratterizzato ovunque l'operato politico sanitario in Italia.

Le virtù del nostro Servizio sanitario nazionale: un auspicio

Ciò che più sorprende quando parliamo di sanità italiana è che, malgrado le note lacune a livello organizzativo e amministrativo, la qualità delle prestazioni erogate rimanga tra le migliori su scala mondiale. Ugualmente, se valutiamo la qualità della ricerca medica nostrana, nonostante le risicatissime risorse, essa si colloca a pieno titolo tra le prime dieci al mondo. Questi paradossi ci consentono di considerare il medico italiano come un professionista preparato, valente nella ricerca e convinto del proprio ruolo educativo e sociale.

Non credo di poter essere smentito quando affermo che è stata proprio la scelta di consentire il libero accesso alle università, negli anni Settanta, a porre le basi per una classe medica in grado di esprimere qualità del servizio tanto quanto d'ingegnarsi per rimediare ai suoi difetti. Ancor prima la scelta dei padri costituenti di garantire il servizio sanitario a tutti i cittadini, seppure oggi sia chiaramente insostenibile senza correttivi, ci ha permesso, come in nessun altro Paese al mondo, di non lasciare indietro nessuno. Tranne poche eccezioni il sostegno all'idea che la sanità sia un diritto per tutti è diffuso e convinto.

Perché questo non diventi un proclama senza seguito, è necessario che i medici s'impegnino a spiegare ai cittadini che compartecipare secondo possibilità al mantenimento di questo sistema universalistico Beveridgeano, cui si è accennato in precedenza, è cruciale, non solo come diritto individuale, ma anche in favore di un vivere sociale meno conflittuale, più garantito e moralmente sano. Il patrimonio di umanità e competenza della categoria deve diventare un baluardo etico contro un mondo sempre più agitato da egoismi e rivendicazioni. Se il medico saprà porsi come esempio di coerenza e abnegazione avrà fino in fondo interpretato il ruolo guida idealmente assunto il giorno della sua laurea.

Appendici

Appendice I

Il diritto alla salute: leggere la Costituzione

Intervista alla Prof.ssa Francesca Biondi, ordinario di diritto costituzionale dell'Università degli Studi di Milano

Ci vuole un bel po' d'ingenuità o di presunzione per erigersi a interprete della Costituzione, ma ho tre scusanti: una moglie avvocato, che ha amato molto il diritto costituzionale, una passione personale per il diritto e la giurisprudenza e la possibilità di ricorrere a un parafulmine "straordinario", il sapere di un "ordinario" di diritto costituzionale, Francesca Biondi, che chiarirà le questioni ancora irrisolte per quanto riguarda il famoso art. 32.

Basta questo per proporre l'esegesi di un articolo della Costituzione? No, ma ne scriverò da cittadino che deve (sottolineo: deve) conoscere la Costituzione e ha il diritto di rilevarne incongruenze e inadempienze.

Proverò a dire quali problemi intravedo nell'art. 32 della nostra Carta costituzionale e la Professoressa Biondi mi rimetterà sui giusti binari, rispondendo alle sofferte domande di un medico.

Il primo problema, a mio avviso, sta proprio nel fatto che dovrebbe trattarsi di una norma prescrittiva *erga omnes* e non programmatica. Ricordo brevemente a me stesso che cosa si intende con questo attributo: si tratta di una norma che attribuisce immediatamente l'esercizio di un diritto a tutti i cittadini che vivono nel territorio italiano, i quali trovano in quest'articolo norme cogenti e non solo principi la cui attuazione è rimessa alla disponibilità del legislatore.

La realtà, però, sembra essere un po' diversa. Allora le chiedo: il fatto che la Costituzione attribuisca immediatamente dei diritti al cittadino consente a colui che non veda rispettato il dettato costituzionale di agire in giudizio?

Certamente. La Costituzione, dopo aver riconosciuto i diritti fondamentali, dunque anche il diritto alla salute, prevede poi che tutti possano agire in giudizio per la loro tutela.

Se poi, in occasione di questi giudizi, che generalmente si svolgono di fronte al giudice ordinario, quest'ultimo si rende conto, eventualmente anche sollecitato dalla parte, che è una legge a pregiudicare il diritto alla salute, allora potrà sollecitare l'intervento della Corte costituzionale.

Il diritto alla salute è dunque garantito dal giudice, se il pregiudizio deriva da un provvedimento o dall'omissione di un determinato soggetto o ente; se, invece, la lesione del diritto dipende direttamente da ciò che la legge prevede, allora il giudice potrà sospendere il proprio giudizio e chiedere alla Corte costituzionale di annullare quella disposizione normativa perché in contrasto con l'art. 32.

Vi è infine un'ulteriore ipotesi, del tutto residuale, da esaminare. Mi riferisco al caso in cui l'art. 32 è applicato direttamente dal giudice per tutelare il diritto di rifiutare le cure o, detto altrimenti, il diritto a non essere curato. L'art. 32, infatti, tutela anche la libertà di scelta in materia di trattamenti sanitari, che, di regola, non possono essere iniziati o proseguiti senza il consenso del paziente. È evidente come, per attuare questa libertà costituzionale, non sia necessaria una legge, ma basti applicare direttamente l'art. 32, il cui dettato normativo da questo punto di vista è "autosufficiente", dovendo il medico semplicemente astenersi o smettere di fare qualcosa.

Ebbene, in assenza di una legge che lo prevedesse esplicitamente, si dubitava che la regola del consenso necessario valesse anche nei casi estremi, in cui dal rifiuto delle terapie può derivare la morte. È stato nel 2007, col caso Welby, che, superando timori forse comprensibili dovuti al vuoto legislativo, il tribunale competente ha pronunciato una sentenza di non luogo a procedere nei confronti dell'anestesista che aveva interrotto la ventilazione artificiale e sedato il paziente, secondo la sua scelta di non essere più rianimato (Trib. Roma, 23 luglio 2007).

Un secondo aspetto da chiarire è che cosa intendiamo per "salute". Il significato di questo termine ha avuto un'evoluzione inaspettata negli ultimi trent'anni ed è oggi sicuramente diverso da quello attribuitogli negli anni Quaranta, quando per "salute" s'intendeva semplicemente "assenza di malattia".

Oggi anche l'Oms attribuisce un contenuto molto più ampio al concetto di salute, definendola come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità»².

Su questi aspetti, però, lo Stato si rivela carente: per fare alcuni esempi, uno Stato che non si preoccupa di contrastare le ludopatie, che non rende obbligatori, ma si limita solo a raccomandare, protocolli di screening per le patologie oncologiche, per il quale l'ambiente è uno dei più importanti valori da tutelare, ma non disincentiva seriamente i maggiori produttori di particolato, può essere davvero considerato un buon garante del diritto alla salute?

Per prima cosa, tengo a sottolineare che la Corte costituzionale ha accolto una nozione ampia di "salute", facendo convergere nell'area di tutela dell'art. 32 sia le patologie psichiche che quelle psicologiche. Un esempio particolarmente significativo in questo senso è costituito dalla sentenza n. 162 del 2014, con cui è stato dichiarato incostituzionale il divieto di fecondazione

² Organizzazione mondiale della sanità, *La Carta di Tallin: i sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico*, cit. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf.

eterologa. La Corte, muovendo proprio dalla nozione inclusiva di salute adottata dall'Oms, ha evidenziato che le patologie riproduttive incidono anche a livello psicologico sul benessere della coppia. Questa constatazione è stata decisiva, perché ha poi consentito di affermare che la donazione dei gameti è una terapia, nonostante essa, evidentemente, non curi la patologia riproduttiva che impedisce di procreare.

Ciò detto, la questione è molto seria e richiederebbe una riflessione ben più ampia. Mi limiterò, dunque, a evidenziare la complessità dei problemi e le criticità che permangono nelle soluzioni proposte.

Alcuni degli esempi fatti – come il caso degli screening per le patologie oncologiche, ma, più in generale, della medicina preventiva – toccano direttamente “solo” il diritto alla salute dei cittadini e, dunque, le carenze che si possono lamentare dipendono esclusivamente dalle risorse economiche che lo Stato e le Regioni decidono d’investire. Come molti potranno notare confrontando le prestazioni sanitarie rese nelle diverse Regioni italiane, ci sono realtà in cui la sanità pubblica offre ai propri cittadini gratuitamente o con costi ridotti più prestazioni di altre. Ciò dipende dal fatto che ciascuna Regione – fermo restando l’obbligo di garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea) – può decidere come spendere le risorse che lo Stato le trasferisce. Se, dunque, una certa prestazione non rientra nei Lea, è la Regione che deve spiegare ai cittadini se e come ha deciso d’investire le risorse a sua disposizione.

Ci sono però alcuni limiti al potere d’intervento regionale, a prescindere dall’inserimento o meno nei Lea, che rimane comunque fondamentale.

In primo luogo, la Corte costituzionale ha annullato quelle leggi regionali che, per ragioni meramente politiche, sospendevano trattamenti sanitari specifici, come la terapia elettroconvulsivante e la lobotomia prefrontale e transorbitale. Secondo i giudici costituzionali, infatti, il divieto di erogazione di cure, anche se previsto a livello legislativo, deve fondarsi su evidenze scientifiche acquisite da autorità di rilievo nazionale o internazionale (sentt. n. 282 del 2002 e n. 338 del 2003).

In secondo luogo, va ricordata la giurisprudenza amministrativa incentrata sulle deliberazioni regionali, che esclude determinati trattamenti dalle prestazioni erogabili mediante ticket. Ci si riferisce ancora una volta alle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo, che, all’indomani della sentenza sopra citata e in attesa di un intervento del legislatore statale, la Regione Lombardia aveva posto interamente a carico dei contribuenti. Ebbene, il Tar Lombardia ha ritenuto questo intervento illegittimo perché in contrasto col nucleo essenziale del diritto alla salute e irragionevole e discriminatorio, tenuto conto che le tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo omologo erano tutte assoggettate al pagamento del solo ticket (Tar Lombardia, sez. III, 28 ottobre 2015, sent. n. 2271/2015).

Gli altri esempi della domanda, invece, vedono contrapporsi, da un lato, il diritto alla salute e la tutela dell’ambiente, dall’altro, il diritto di proprietà e l’iniziativa economica privata. Spesso il bilanciamento è complesso e dev’essere valutato caso per caso, ma, quando il legislatore sacrifica eccessivamente i primi in favore dei secondi, la Corte costituzionale interviene (si veda, ad esempio, la sentenza n. 58 del 2018 sul caso Ilva).

Potrebbe apparire contraddittorio considerare la salute un diritto individuale e, insieme, un interesse collettivo. Che sia un diritto individuale è indubbio, ma non è forse da intendersi anche come un dovere sociale? Aver cura di noi stessi, evitare comportamenti autolesivi non è altrettanto importante? E come s'inquadra questo diritto/dovere con la libertà di autodeterminarsi?

Faccio un esempio che ha acceso aspre polemiche nei Paesi anglosassoni: se, pur consapevole che il fumo di sigaretta è un dimostrato elemento cancerogeno, un individuo continua impunemente a fumare, è ragionevole che lo Stato sospenda l'assistenza sanitaria gratuita a chi persevera in comportamenti autolesivi come questo? È giusto che sia la comunità a farsi carico di uno stile di vita sconsiderato (lo stesso potrebbe dirsi dei tossicodipendenti)?

La Costituzione garantisce il diritto alla salute di tutti, a prescindere dalla causa della malattia. Sappiamo che certi comportamenti possono pregiudicare la salute e costituiscono un costo sociale, ma tutti hanno il diritto di ricevere le cure.

Per ridurre questi costi lo Stato può agire sul piano della prevenzione in vario modo. È assai dubbio – e comunque si rivelerebbe in concreto problematico – ipotizzare che lo Stato possa distinguere la causa della malattia al fine di ammettere il malato alle cure gratuite. Peraltro, la Corte costituzionale sembra essersi già espressa sul punto con la sent. n. 180 del 1994, in cui si è occupata della norma che impone ai motociclisti d'indossare il casco. La limitazione della libertà di non indossare il casco, infatti, è stata ritenuta giustificata dall'interesse pubblico a contenere i costi sociali gravanti sull'intera collettività in caso d'incidente, giacché, come afferma la Corte, non è ipotizzabile che un soggetto, rifiutando di osservare le prescrizioni dettate dalla legge in funzione preventiva, possa rinunciare all'assistenza sanitaria pubblica.

Un altro elemento che merita un approfondimento è il seguente. In base al presupposto che la salute appartiene ai diritti individuali, qualcuno ha ritenuto di poterne disporre *ad libitum*, per esempio aderendo a terapie non sperimentate, spesso nocive, oppure di essere libero di vendere i propri organi.

Esiste un limite giuridico a questo diritto o è tutto lecito?

Così come ciascuna persona maggiorenne è libera di curarsi e di non curarsi, allo stesso tempo è libera di curarsi come crede.

Altro è pretendere che terapie non sperimentate siano offerte gratuitamente dalle strutture pubbliche. In alcuni casi – a causa della pressione dell'opinione pubblica – alcuni istituti hanno offerto terapie non validate. Sono casi, fortunatamente, assai rari, rispetto ai quali la stessa Corte costituzionale ha espresso molte riserve, evidenziando come farmaci e terapie non testate non possano essere offerti dalle strutture pubbliche, «per evidenti motivi di tutela della salute, oltre che per esigenze di corretta utilizzazione e destinazione dei fondi e delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale» (Corte cost., sent. n. 274 del 2014).

Questione diversa è quella della disponibilità del proprio corpo “da vivi”. L'unico limite è quello espressamente previsto dall'art. 5 del codice civile, che vieta atti di disposizione del

proprio corpo quando determinano una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano contrari alla legge (che, ad es., vieta il trapianto di cornea tra vivente, mentre consente la donazione di un rene), all'ordine pubblico o al buon costume. Certo, sull'interpretazione di queste ultime clausole la giurisprudenza assume un ruolo fondamentale e suscettibile di mutare nel corso del tempo.

Questione ancora differente è quella di disporre dei propri organi e tessuti dopo la morte.

Un principio d'interpretazione e applicazione davvero difficile è quello del diritto individuale a non curarsi. Gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, garantendo i diritti inviolabili dell'individuo, la libertà personale e la salute, rendono possibile la scelta estrema, purché libera e consapevole, di rifiutare le cure. Tale scelta dev'essere garantita anche se può provocare nocimento gravissimo e irreversibile (es. il rifiuto alla trasfusione dei testimoni di Geova). Naturalmente questa non è la sede per approfondire un tema così complesso, ma come affronta il diritto costituzionale queste problematiche, alla luce di letture più moderne e laiche?

Rispetto a questa domanda, la distinzione fondamentale è tra persona cosciente e persona non cosciente.

La prima, ovviamente, può sempre rifiutare ogni trattamento sanitario e, dunque, il medico non può curarla senza il suo consenso. Quest'ultimo costituisce "un faro" per l'attività del medico, comprendendo finanche il dovere d'interrompere le cure, nonostante – come nel già ricordato caso Welby – l'interruzione o astensione dalle cure possa condurre alla morte.

I problemi nascono, invece, rispetto alle persone che non sono nelle condizioni di esprimere il proprio consenso.

È a tutti noto il caso Englaro (Cass., sent. n. 21748 del 2007). In quell'occasione, la Corte di cassazione stabilì che le cure possono essere sospese solo quando sia accertato uno stato vegetativo permanente irreversibile e sia stata dimostrata la volontà di non curarsi della persona ormai in stato d'incapacità. Le condizioni allora poste dai giudici sono valide ancora oggi, quando una persona incapace di esprimere il proprio consenso non abbia sottoscritto le Dat, cioè le Disposizioni anticipate di trattamento, oggi rese possibili dalla Legge n. 219 del 2017.

Ancora diverso è il caso di quanti, tenuti in vita da invasivi presidî sanitari e al tempo stesso perfettamente capaci d'intendere e di volere, decidano non solo di non curarsi più, ma anche di fare ricorso a un farmaco letale per porre fine in modo dignitoso alla propria vita. I problemi posti da questi casi sono collegati alla tutela del diritto al rifiuto delle cure, perché può accadere che l'interruzione dei trattamenti "salvavita", sempre lecita e possibile, conduca però a un periodo di agonia lungo e doloroso non sopportabile dal malato. Da qui la richiesta del farmaco letale.

Ma fino a dove può spingersi il diritto al rifiuto delle cure, senza travalicare nel diritto al suicidio, la cui garanzia costituzionale è quantomeno incerta? La liceità dell'accesso a farmaci letali fa parte di uno scenario ammissibile nel nostro ordinamento costituzionale?

Si tratta di domande difficilissime, su cui la Corte costituzionale si pronuncerà, per la prima volta, nei prossimi mesi, nell'ambito della vicenda giudiziaria nata dal caso di Fabiano Antoniani. Stando alle regole oggi vigenti in Italia, la condotta di chi aiuta in qualsiasi modo un'altra persona a suicidarsi, pur eseguendo la libera e consapevole volontà di quest'ultima, è punita da cinque a dodici anni di reclusione (art. 580 del codice penale). Dovremo quindi seguire gli sviluppi del giudizio di costituzionalità per trovare delle risposte a questi interrogativi.

A fronte del riconoscimento del diritto di non curarsi, nasce, come visto, il problema di chi può disporre di questo diritto in caso d'incapacità del soggetto che lo detiene. Le nuove norme sul fine vita e la crescente attenzione verso questa problematica, piuttosto che ridurre la materia del contendere, l'hanno indirettamente frammentata e resa più vulnerabile alle interpretazioni acrobatiche dei bravi avvocati.

La Legge n. 219 del 2017 costituisce, a mio avviso, un importantissimo passo avanti sulla materia del fine vita, sino a oggi lasciata nelle mani dei giudici, che decidevano caso per caso.

Certamente si verificheranno casi in cui l'interpretazione delle disposizioni che regolano i poteri del medico rispetto alle Disposizioni anticipate di trattamento e il ruolo del fiduciario potranno dar luogo a contenzioso. Ma ciò è quasi inevitabile.

Vorrei poi soffermarmi su due novità introdotte da questa legge, che mi stanno particolarmente a cuore.

La prima ruota attorno all'esigenza di creare un'effettiva cultura del consenso informato, che, per molti motivi, non sempre imputabili ai medici, stenta ad affermarsi in Italia. Ebbene, la Legge n. 219/2017 sancisce che il «tempo della comunicazione tra medico e paziente» costituisce «tempo di cura», valorizzando quindi anche a livello organizzativo le attività di dialogo tra medico e paziente necessarie per raccogliere un vero consenso informato.

In secondo luogo, attraverso la pianificazione condivisa delle cure, la legge prevede la possibilità per il medico e il paziente di effettuare una programmazione dei trattamenti sanitari per i casi di patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta. In previsione della perdita di capacità dovuta al progredire della malattia, in altre parole, si consente al paziente, sino a oggi di fatto destinato a essere curato sulla base delle scelte prese dai suoi familiari, di esprimersi in modo compiuto.

Un ulteriore elemento di confusione è introdotto dal richiamo, nell'art. 32, alla gratuità delle cure riservata agli indigenti. In realtà, il nostro sistema universalistico prevede cure gratuite non solo per gli indigenti, ma, con una certa disomogeneità, prevede un "ticket", per così dire, anche per i meno abbienti per particolari tipologie di esami (es. alcuni esami ematochimici) o per accessi impropri (es. pronto soccorso). Inoltre, la parola "cura" è insufficiente a definire il quadro delle prestazioni, visto che lo Stato offre con gratuità anche alcune procedure diagnostiche e attività di prevenzione.

La Costituzione garantisce la salute di tutti gli individui "indigenti", cioè coloro che, di volta in volta, non hanno i mezzi per pagare o contribuire al pagamento delle cure essenziali per la loro salute (la Corte costituzionale ha enucleato la nozione di "indigenza medica": sentt. n. 185 del 1998 e n. 309 del 1999). Questo costituisce il nucleo essenziale e incompressibile del diritto fondamentale alla salute.

Che poi lo Stato decida di estendere le cure gratuite a ulteriori categorie, o chieda ad alcuni cittadini di contribuire, in base alle proprie capacità, al pagamento delle prestazioni sanitarie, è scelta rimessa alla discrezionalità del legislatore.

Analogamente, anche la nozione di "cura" può essere estesa dal legislatore fino a comprendere trattamenti diagnostici e di prevenzione. La Corte costituzionale, ad esempio, ha considerato come terapeutiche, e dunque rientranti nell'art. 32, le cure termali, nonostante gli obiettivi di ridimensionamento della spesa pubblica (sent. n. 599 del 1987).

Queste sono scelte politiche rimesse alla valutazione del Parlamento, che tuttavia non può non considerare che la nostra Costituzione, pur nei limiti imposti dai vincoli di bilancio, delinea una forma di stato sociale.

In conclusione, l'art. 32 è una norma poliedrica, che tutela la salute da vari punti di vista. La protegge infatti come interesse collettivo, giustificando importanti interventi legislativi in chiave di prevenzione. Ma la tutela anche come diritto sociale, che dev'essere garantito mediante la predisposizione di strutture sanitarie da parte dello Stato così da assicurare cure gratuite agli indigenti. Legge n. 833 del 1978 si è spinta ben oltre questa linea di confine, istituendo il Servizio sanitario nazionale, la cui sostenibilità economica sarà col passare degli anni sempre più difficile. Infine, la salute assurge nell'art. 32 a diritto fondamentale dell'individuo, che, alla luce di una lettura congiunta con l'art. 13 della Costituzione, secondo il quale la libertà personale è inviolabile, comprende al suo interno una sfera di libertà negativa, cioè una sfera di "libertà da" scelte imposte dal medico o dallo Stato (da qui il riconoscimento del principio costituzionale del consenso informato). Tutte e tre queste componenti dell'art. 32 concorrono a delineare le linee direttrici cui il legislatore dovrà fare riferimento per raccogliere le sfide del futuro.

Appendice II

Autointervista sulle fragilità svelate dal Covid19

Che ci sia stato un problema di comunicazione nel corso di questa pandemia è abbastanza evidente; è necessario chiarire che cosa si intende con “comunicazione sanitaria” e “comunicazione medica”. C’è differenza?

Sì, sono due cose diverse: la prima si occupa di gestire l’aspetto politico, universale, che va dall’educazione sanitaria propriamente detta alla condivisione e spiegazione delle problematiche della salute, la seconda si cura di educare il medico a un miglior rapporto con il paziente, aspetto una volta negletto, oggi primario. Si cura il malato e non la malattia.

C’è però un’intersezione importante, in quanto entrambi i tipi di comunicazione arrivano al fruitore del servizio; di conseguenza non possono mancare una formazione unica ed, anche, una consapevolezza strategica comune.

Si possono classificare gli errori di comunicazione?

Le classificazioni peccano sempre in qualcosa. Se sono sommarie sono facili da comprendere e ricordare, ma non tengono conto di molti dettagli e impediscono le analisi correttive. In questo contesto descrittivo però possiamo distinguere tra misinformazione, intenzionale e perniciosa, e peccati di vanità (presenzialismo colpevole) o d’incompetenza (nessuno aveva una formazione comunicativa adeguata).

Misinformazione, vanità e incompetenza: sono parole forti, come le giustifica?

Dovrebbero essere molto più incisive, visti i danni patiti. Pensiamoci un po’: abbiamo iniziato con i proclami d’invulnerabilità di chi comunicava che eravamo stati i primi a chiudere le frontiere; affermazioni alle quali persino gli esperti, poi tacciati di menagramismo, si erano accodati. Si è scoperto poi che la chiusura era fittizia, perché i provenienti dalla Cina passavano da uno scalo europeo e accedevano indisturbati al nostro Paese. Quindi si è trattato di misinformazione perniciosa. Poi abbiamo assistito alla minimizzazione, quando si è parlato di un’influenza un po’ più aggressiva ma meno fatale. Poi il teatrino del chiudere sì, ma rimodulando, e del chiudere no, perché sarebbe stato un suicidio, delle mascherine e dei tamponi a tutti e, sul fronte opposto, delle mascherine e dei tamponi inutili, degli esperti double face contemporaneamente su tutti i canali, in una kermesse isterica che, nella migliore delle ipotesi,

si traduceva in un presenzialismo adolescenziale, con virologi che parlavano di epidemiologia, rianimatori che parlavano di vaccini e infettivologi che parlavano di respiratori, nelle more della pubblicazione di un libro.

E chi ha giocato male la partita?

Tutti! Vuole i dettagli?

Innanzitutto i giornalisti, i quali hanno dipinto gli italiani come untori, li hanno messi alla gogna in tutto il mondo, più dei cinesi, di cui nessuno ha avuto il coraggio di stigmatizzare la mancanza d'igiene all'interno dei mercati alimentari; un fatto inaccettabile nel terzo millennio. La maggior parte senza la minima obiettività, abbracciando tutte, dico tutte, le tesi alla ricerca di una visibilità distintiva. Inoltre si sono focalizzati su una spasmodica ricerca del paziente zero, che poi forse era il paziente 100. Si sono divisi tra chi riportava solo i messaggi dell'Oms perché unico vero garante informativo (boh?) e chi nella catastrofe rincorreva l'ennesimo esperto chiarificatore, col risultato di confondere anche le poche certezze acquisite dal lettore o dallo spettatore.

Un cliché comunicativo congelato nell'assegnato gioco delle parti: giornalista emotivo e guerrafondaio, giornalista compositivo e banalizzante, esperto e sparring partner, tutti protagonisti di una dialettica immobile interessati solo all'audience.

In secondo luogo i politici, che hanno fatto leva su un lessico pomposo e vago, anche nelle comunicazioni alla nazione, ma di forte impatto, con aggettivi volutamente esagerati a fronte di risultati inesistenti. E in seguito sull'annuncio di un supporto finanziario, prima equivalente a 1000 € e rivolto a tutti, poi a 600 €, infine distribuito solo ad alcuni, accordato dal benvolere delle banche. Non sono mancati qualche uscita gravemente inappropriata ("non ho soluzioni... se le ha lei") né un gold-plating e un rialzo continui, senza alcuna carta in mano.

Tutti verbosi, compiacenti nel loro essere accorati, ma sempre inadeguati e incapaci di comunicare competenza e serenità. Si è invocato il coinvolgimento dell'esercito e si sono richiamati in attività i pensionati in spregio alle migliaia di giovani che abbiamo tenuto fuori per un numero chiuso mal calcolato, severissimo e scellerato. E in ultimo i Ragazzi del '95 (ricordate quelli del '99?), abilitati in tutta fretta per fare cosa, se non osservare a braccia conserte infermieri competenti e operativi? Quali le direttive ai medici di medicina generale? Ciliegina sulla torta, la scelta rivelatasi errata di un unico comunicatore/ragioniere, che per mesi ha inventariato gli approvvigionamenti riportando i dati relativi al trend dell'infezione distrattamente a fine briefing. Tutti impreparati ma manifestamente schierati, non con i cittadini ma con la loro fazione filo o anti-governativa, compresi gli amministratori della sanità certificati da un albo nazionale, nominati dalla politica e spalmati sulle esigenze di partito, a rincorrere un efficientismo che speravamo non prescindesse dalla competenza. A proposito, che fine hanno fatto i reparti megagalattici realizzati nottetempo?

Infine gli esperti, in primis l'Oms, le cui indicazioni erano inascoltabili: non c'è contagio dai non malati, i presidi Dpi NON devono essere utilizzati (salvo costringere poi tutti a usarli nei parchi o sui prati), i tamponi si contraddistinguono per un basso valore predittivo, quindi sono inutili. L'Iss ha fatto eco all'Oms promuovendo l'accentramento di risorse negli

ospedali e invitando a stare a casa e usare solo il telefono (ah, se qualcuno avesse risposto!), senza nessuna attenzione al territorio. Infine noi medici, duole dirlo, i peggiori comunicatori in TV, raramente informativi e direttivi (capaci di orientare), spesso pontificanti, purtroppo quasi sempre in conflitto.

Ma, da oculista, non sta commettendo lo stesso errore?

Purtroppo sì, all'incompetenza e alla vanità aggiungerei nel mio caso la presunzione, ma motivo subito quest'ultimo difetto, perché i primi li ho in comune con la categoria. La presunzione è quella di sentirmi come Ungaretti. Ricorderete come me il verso: "Si sta come d'autunno sugli alberi le foglie". Non era ministro della guerra, né uno stratega, e neppure un generale, era solo un soldato in trincea, ma nessuno ha mai saputo rendere così bene i sentimenti degli uomini al fronte. Anch'io sono in trincea, laureato da più di 35 anni e al servizio del nostro Ssn per più di 30, avrò l'esperienza per leggerne le storture?

Entriamo in un ambito più operativo: questo Ssn, del quale ci siamo vantati a lungo, ha davvero retto?

Obiettivamente ha retto, soprattutto se lo parliamo ad altri sistemi vecchi, ugualmente mal finanziati e mal gestiti, ma alla fine ha perso su tutti i fronti: 1. sotto l'aspetto logistico, ovvero della capacità di dislocare risorse e d'intervenire con tempestività; 2. per le risorse umane, troppo poche e male utilizzate; 3. per i troppi caduti, anche tra il personale. Siamo stati sempre in affanno e non per colpa dei medici, ma di una ristrutturazione del Ssn mai arrivata.

Bibliografia essenziale

Oltre ai riferimenti riportati nelle note a piè di pagina nel testo, ho consultato e saccheggianto le risorse riportate di seguito e ho ripreso parti di articoli che in questi ultimi due anni ho scritto per il «Corriere Salute», inserto del «Corriere della Sera», che ringrazio per la gentile concessione.

Storia della nostra sanità dal Dopoguerra alla Legge 833 del 1978

Barbuti S., Fara G.M., G. Giammanco G., *Igiene – Metodologia Epidemiologica ed Epidemiologia Clinica – Metodologia della Prevenzione*, Monduzzi Editoriale, Bologna, 2008.

Comodo N., Maciocco G., *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, Carocci, Roma, 2011.

Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2010.

Leonardi F., M. Marcantoni M., *Nella storia della Sanità italiana. Cinquant'anni di Aiop*, I.A.S.A. Edizioni, Trento, 2016.

<http://www.gazzettaufficiale.it>

<http://www.normattiva.it>

Dal Servizio sanitario nazionale ai giorni nostri

Balduzzi R. (a cura di), *I Servizi sanitari regionali fra autonomia e coerenze di sistema*, Giuffrè, Milano, 2005.

Bindi R., *La salute impaziente*, Jaca Book, Milano, 2005.

Carnevali O., P. Marilunghi, *L'organizzazione del personale e dei servizi dell'Usl*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1981.

Cilione G., *Diritto sanitario*, Maggioli, Rimini, 2003.

Compagnoni V., *Analisi dei criteri per la definizione di standard sanitari nazionali*, Working Paper n. 61, POLIS, 2005.

France G., *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel SSN*, Dott. A. Giuffrè editore, Milano, 1999.

- Giorgetti R., *Il servizio sanitario – Guida all'evoluzione normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli editore, Rimini, 1998.
- Granaglia E., *Per un nuovo intervento pubblico in sanità*, FrancoAngeli, Milano, 1981.
- Maino F., *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Pellegrino P., *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, Working Paper n. 62, POLIS, 2005.
- Taroni F., *Politiche Sanitarie in Italia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2011.
- Toniolo F., *Sanità e Regioni*, FrancoAngeli, Milano, 2009.
- <https://www.senato.it>
- <http://www.salute.gov.it>
- <https://girolamosirchia.org/pubblica-amministrazione/ministro-della-salute/diario-della-salute>

Status quo

- Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali, *Programma Nazionale Esiti – PNE*. Disponibile al sito: <http://95.110.213.190/PNEed15/>.
- Anessi Pessina E., Longhi S., *Beveridge vs Bismarck*, 8 giugno 2009. Disponibile al sito: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/06/beveridge-vs-bismarck/>.
- Barbieri G., *Lombardia. La sperimentazione Creg sui pazienti cronici funziona. Per il 66% il modello ha influito positivamente sullo stato di salute*, 12 giugno 2015. http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=28997.
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K., *Improving primary care for patients with chronic illness*, «Journal of the American Medical Association», vol. 288, 2002, pp. 1775–1779.
- Buongiorno CREG*. Disponibile al sito: <http://www.buongiornocreg.it/buongiorno-creg/>.
- Buongiovanni C., *Tra governance aziendale e centralità del paziente. Luci ed ombre del Dipartimento in Italia*, 27 gennaio 2010. Disponibile al sito: <http://www.forumpa.it/tra-governance-aziendale-e-centralita-del-paziente-luci-ed-ombre-del-dipartimento-in-italia>.
- Campedelli M., *Riconfigurare l'universalismo? Sanità integrativa e Servizio sanitario nazionale per nuove tutele del diritto alla salute*, «Politiche sanitarie», vol.16, n.1, 2015, pp. 1-6.
- Cavicchi I., *Per la sanità spira un vento liberista. Ma serve a poco contrastarlo “ognun per sé”*, 10 maggio 2013. Disponibile al sito: http://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=14816.
- Conenna R., *Dalla cartella al DRG : la codifica e la classificazione dell'informazione clinica*, presentazione del corso *Le Sdo come fonti informative per gli studi epidemiologici*, 23-27 gennaio 2006, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione

- della salute, Istituto superiore di sanità. Disponibile al sito: http://www.epicentro.iss.it/focus/sdo/pdf/4_Conenna.pdf.
- Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, *Dichiarazione Universale di Alma Ata* (1978), traduzione Paccagnella B., marzo 2005. Disponibile al sito: <http://www.assimefac.it/old/articoli/dichalmaata.pdf>.
- Damiani G., Silvestrini G., Visca M., Bellentani M., *Che cos'è l'Assistenza Primaria*. Disponibile al sito: <https://www.aprirenetwork.it/2016/11/10/che-cosa-e-la-assistenza-primaria/>.
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)". Disponibile al sito: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>.
- Egidi R., *Il Servizio Sanitario Nazionale. Profili Generali*, «Dereito», vol. 20, n. 2, 2011, pp. 43-63.
- Ferrera M., *La partitocrazia della salute*, «Il Mulino», vol. 5, n. 361, 1995, pp. 855-868.
- Ferrera M., *Le quattro Europe sociali tra universalismo e selettività*, «Giornale di diritto del lavoro e delle relazioni industriali», vol. 3, 1995, pp. 58-82.
- Ferrera M., *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna, 1988.
- Ferrera M., *Per un neo-universalismo sostenibile in sanità*, relazione presentata in occasione della giornata di lavori *La riforma sanitaria lombarda: un anno dopo*, organizzata da Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano, Milano, 21 novembre 2016.
- Ferrera M., *Verso un servizio sanitario selettivo?*, «Stato e Mercato», vol. 14, 1985, pp. 293-305.
- Ferrera M., Zincone G., *La Salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- Fondazione italiana medici di famiglia, *Il cambiamento della medicina generale per la sostenibilità del SSN. Audizione presso la Commissione Igiene e Sanità. Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*. Disponibile al sito: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/004/247/DOCUMENTO_FIMMG.pdf.
- Glossario O.M.S. della Promozione della Salute*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, 2012 (prima edizione: World Health Organization, Genève, 1998).
- Guzzanti E., Longhi T., *Medicina di base e medicina ospedaliera*, «Federazione Medica», vol. 9, 1985, p. 1005.
- Il Servizio sanitario nazionale: livelli di governo e politiche*, «Sanità24». Disponibile al sito: http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/RSS.pdf?uuid=AbHFJ5nK.

- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Disponibile al sito: http://piattaformacostituzione.camera.it/application/xmanager/projects/piattaformacostituzione/file/EventiCostituzione2007/files/Dossier_n.270.pdf.
- Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, “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)”. Disponibile al sito: <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombaNorm/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023>.
- Martinelli A., *I sistemi sanitari delle società industriali avanzate*, «Giornale degli economisti e annali di economia», novembre-dicembre 1984.
- Ministero della Salute, *Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III Qualità delle attività e dei servizi*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_233_listaFile_itemName_0_file.pdf.
- Ministero della Salute, *Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ss.
- Ministero della Salute, *Le forme associative della medicina generale*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=824&area=Cure%20primarie&menu=aggregazione.
- Ministero della Salute, *Livelli essenziali di assistenza (LEA)*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea.
- Ministero della Salute, *Patto della salute 2014-2016, intesa Stato Regioni*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1654.
- Ministero della Salute, *PLANO NAZIONALE INTEGRATO 2015-2018*. Disponibile al sito: <http://www.salute.gov.it/pianoNazionaleIntegrato2015/dettaglioPianoNazionaleIntegrato2015.jsp?cap=capitolo2&sez=pni-cap2-autoritacompetenti&id=1104>.
- Ministero della Salute, *Principali caratteristiche DRG*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1349&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto.
- Ministero della Salute, *Progetto it.DRG*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4294&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto.
- Organizzazione mondiale della sanità, *La Carta di Tallin: i sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico*, 2008. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1314_allegato.pdf.
- R. G., *Cos'è il Chronic Care Model*, 2 dicembre 2011. Disponibile al sito: http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=1412.

- Regione Emilia-Romagna, *Le reti HUB e SPOKE*. Disponibile al sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/le-reti-hub-spoke-1>.
- Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge. Presented to Parliament by Command of His Majesty, November 1942*, His Majesty Stationery Office, London, 1942.
- Toth F., *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2014.
- Wagner E.H., *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?*, «Effective Clinical Practice», vol. 1, n. 1, 1998, pp. 2–4.
- World Health Organization, Division of Analysis, Research and Assessment, *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*, World Health Organization, Genève, 1996.
- World Health Organization, Office of Health Communications and Public Relations & International Conference on Health Promotion, *The Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century = Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle*, World Health Organization, Genève, 1997.

Problematiche attuali

- Baratta L., *Sanità e liste d'attesa: "La tempestività ormai è un servizio a pagamento"* <https://www.linkiesta.it/2018/03/sanita-e-liste-dattesa-la-tempestivita-ormai-e-un-servizio-a-pagamento/>.
- Berardi L., *Dossier Ocse. "Liste d'attesa". Un problema non solo italiano. Ecco le soluzioni per ridurle*, 9 febbraio 2013. Disponibile al sito: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=13352.
- Eurispes, *Rapporto Italia 2017. La Sanità bocciata da metà degli italiani, oltre un terzo (34%) ha subito errori medici*, 26 gennaio 2017. Disponibile al sito: <https://eurispes.eu/news/eurispes-rapporto-italia-2017-la-sanita-bocciata-da-meta-degli-italiani-oltre-un-terzo-34-ha-subito-errori-medici/>.
- Faiella M.G., *Liste d'attesa: ecco che cosa fare per ottenere visite in tempi certi*, «Corriere della Sera», 1 maggio 2017. Disponibile al sito: http://www.corriere.it/salute/17_aprile_27/liste-d-attesa-sanita-esami-visite-in-coda-sette-italiani-dieci-c702d824-2b52-11e7-9442-4fba01914cee.shtml.
- Focarelli D., «Responsabilità sanitaria e assicurazioni: criticità e proposte», intervento in occasione del convegno Ania *La responsabilità sanitaria: problemi e prospettive*, Roma, 20 marzo 2015.
- Magnani A., *Ricerca, l'Italia è ancora nella top 10. Ma perde talenti*, «Il Sole 24 Ore», 7 gennaio 2016. Disponibile al sito: <http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2016-01-06/la-ricerca-italiana-produce-piu-quella-svezia-e-danimarca-la-meta-fondi-ma-e-rischio-173222.shtml?uuiid=ACuSjC5B>.
- Marsicano D., *Sanità, un accesso su cinque al Pronto Soccorso è improprio. Al via una campagna in tv*, 21 marzo 2012. Disponibile al sito: <https://www.superabile.it/>

cs/superabile/salute-e-ricerca/sanita-un-accesso-su-cinque-al-pronto-soccorso-e-improprio-a.html.

Ministero della salute. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=145

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3123. Ministero della Salute, *Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012). Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa*. Disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1571_allegato.pdf.

OECD, *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2017. Disponibile al sito: https://www.keepeek.com//Digital-Asset-Management/oecd/education/education-at-a-glance-2017_eag-2017-en#page1.

Pasqualotto S., *Sanità: tempi di attesa troppo lunghi? La visita privata la paga il Servizio sanitario*, 15 febbraio 2017. Disponibile al sito: <http://canali.kataweb.it/kataweb-consumi/2017/02/15/sanita-tempi-di-attesa-troppo-lunghi-la-visita-privata-la-paga-il-servizio-sanitario/>.

Pavolini E., *Il funzionamento e la performance dei sistemi sanitari regionali italiani*, in Pavolini E. (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Donzelli, Roma, 2012, pp. 3-11.

Pronto soccorso sempre più scorciatoia per farsi curare, 17 gennaio 2018. Disponibile al sito: http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2018/01/17/pronto-soccorso-sempre-piu-scorciatoia-per-farsi-curare_GbKHNf7IF3vC1utR4RtIsO.html.

Ravizza S., *Sanità a Milano, pronto soccorso: inutili 9 accessi su 10. Abitudini, cure, stress: i milanesi e la salute*, «Corriere della Sera», 24 luglio 2017. Disponibile al sito: http://milano.corriere.it/notizie/cronaca/17_luglio_24/sanita-milano-pronto-soccorso-inutili-9-accessi-10-abitudini-cure-stress-milanesi-salute-2641908c-7031-11e7-be1b-246fdb5746c.shtml.

Regione Lombardia, *DELIBERAZIONE N° X / 7766, Seduta del 17/01/2018*. Disponibile al sito: http://normativaservizi.it/port/GetNormativaFile?fileName=12360_DGR%207766%20del%2017.01.2018.pdf.

Sanità, i debiti con i fornitori sfiorano 23 miliardi, «la Repubblica», 16 settembre 2017. Disponibile al sito: http://www.repubblica.it/economia/2017/09/16/news/sanita_i_debiti_con_i_fornitori_sfiorano_23_miliardi-175640489/.

Scimago Journal & Country Rank, 1996-2014. Disponibile al sito: www.scimagojr.com/countryrank.php.

Prospettive future

Governare la complessità, I Congresso Nazionale ASSIMSS, Roma, 3-4 febbraio 2017.

Rapporto Oasi 2017: Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano, a cura di Cergas e Università Bocconi, Egea, Milano, 2017. Disponibile al sito: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1699946.pdf>.

Vizi e virtù del nostro servizio sanitario nazionale

Dirindin N., *È tutta salute. In difesa della sanità pubblica*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2018.

