



Dipartimento Impresa e Management Cattedra Storia dell'Economia e dell'impresa

La storia della sanità pubblica dall'unità d'Italia
ai giorni nostri

Relatore

Prof.ssa Vittoria Ferrandino

Candidato

Davide Vincenti

Matr. 151511

Anno Accademico 2015 2016

Indice

Prefazione.....	4
Introduzione.....	7
1. L'organizzazione sanitaria tra l'Ottocento e il Novecento.....	10
1.1. La sanità pubblica prima dell'unità d'Italia.....	10
1.2. Dall'unità d'Italia alla Direzione di Sanità Pubblica passando per Crispi.....	12
1.3. Verso una nuova politica sanitaria.....	15
1.3.1. Il primo testo unico delle leggi sanitarie ad opera di Giolitti.....	15
1.3.2. Il fascismo e la legge n. 1265 del 1934 riguardo la sanità.....	17
1.4. Il costo della sanità per lo stato tra il 1920 ed il 1945.....	19
2. La costituzione e i presupposti della riforma sanitaria del 1978.....	24
2.1. I presupposti della riforma sanitaria.....	25
2.2. L'amministrazione centrale.....	30
2.3. L'amministrazione autonoma.....	34
2.4. Il costo della sanità per lo stato tra il 1945 ed il 1960.....	38
3. Il sistema sanitario nazionale o S.S.N.....	41
3.1. Principi e finalità del S.S.N.....	41

3.2. I livelli di competenza e funzione.....	46
3.3. L'unità sanitaria locale, U.S.L.....	50
4. La sanità dalla riforma del 78' ad oggi.....	56
4.1. Gli anni 80' e 90'.....	56
4.2. La legge 502 del 1992 e la legge 517 del 1993.....	58
4.2.1. Le premesse della riforma.....	58
4.2.2. "La riforma della riforma".....	59
4.3. La spesa sanitaria dal 1960 al 1995.....	62
4.4. La legge 229 del 1999.....	65
4.5. La spesa sanitaria dal 1995 al 2015.....	69
Conclusione.....	73
Elenco Tabelle e Grafici.....	76
Riferimenti Bibliografici.....	77
Riferimenti Sitografici.....	78

Prefazione

L'idea di salute come bene primario e struttura dell'esistenza, sia in senso soggettivo e sia pur embrionalmente in senso collettivo, obiettivo prioritario dell'azione sociale del nostro tempo, è già nella coscienza del tardo Rinascimento quando F. Bacone assegna alla medicina tre compiti, "il primo la preservazione della salute, il secondo la cura delle malattie, il terzo il prolungamento della vita" esaltando, giustamente, questa "terza fase della medicina (che) per quanto nuova e imperfetta, è la più nobile dei tutte". In questo aforisma c'è dunque quel passaggio / ponte dall'antico al moderno. Oggi nella civiltà contemporanea la sanità pubblica nelle sue articolate istituzioni è relazionato a due precisi referenti.

- Il primo è il precetto stabilito dall'articolo 32 "La Repubblica Italiana tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad 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" caposaldo in materia legislativa riguardo la sanità pubblica (tema sempre caro nel nostro bel Paese che ha alimentato non poche discussioni). "Il suo essere, pertanto, lo si deduce - al di là di ogni rapporto contrattualistico - nella socialità della persona che giustifica sul piano deontologico una implicita compressione della libertà assoluta e legittima sul piano pratico il governo amministrativo del benessere"¹.
- Il secondo è il postulato dell'OMS (Organisation Mondiale de la Santé o World Health Organization*) per il quale la sanità pubblica è "la scienza e l'arte di prevenire le malattie, di prolungare la vita e di migliorare la sanità e le vitalità mentali e fisiche degli individui a mezzo di un'azione collettiva studiata al fine di risanare l'ambiente, lottare contro le malattie d'importanza sociale, insegnare agli individui le regole di igiene

¹ Costituzione Italiana, Art. 32

personale , organizzare i servizi medici ed infermieristici per la diagnosi precoce ed il trattamento preventivo delle malattie , come pure mettere in opera tutte le misure sociali idonee per assicurare a ciascun membro della collettività un livello compatibile con la conservazione della salute”².

I tentativi di realizzazione di questi principi nel tempo hanno dato vita a non pochi problemi , sia di natura politica - etica sia di natura economica.

Conservazione , difesa , recupero e miglioramento della pubblica salute sono oggi compito dello Stato che vi provvede mediante speciali norme legislative e con una apposita organizzazione sanitaria che, avviata nel 1958 con la creazione dell’istituzione del ministero della sanità, è stata completata vent’anni dopo col servizio sanitario nazionale. Questa coscienza del ruolo della medicina e della funzione della pubblica amministrazione a favore dell’intera popolazione nel quale per ambientazione storica e per cooperazione strumentale il cittadino trova la tutela contestuale della sua salute , matura alla fine del 18 secolo. È dall’opera di J. P. Frank sulla pianificazione sanitaria o la “medizinalpolizei”³ - costruita in un ventennio di studio diligente e di paziente esperienza - che i governi europei cominciano a rendersi conto che la salute se così può dirsi del corpo sociale è un oggetto ben più grave, più permanente, più esteso della salute individuale e la scienza che la concerne è la cognizione sistematica di tutto ciò che può farsi affinché gli individui siano sempre al meglio . Questa scienza vien qualificata con il nome di polizia : poiché tende al benessere di una moltitudine di uomini socialmente congiunti . Una tal polizia è poi medica , poiché li contempla nella relazione della loro salute che spetta alla medicina l’aver governo.

Una tale ipotesi di cointeressenza tra individuo e società, accreditata con prudenza nei circoli illuministi, dominerà il dibattito politico europeo finché l’ottocento vede finalmente instaurarsi quei principi che stanno alla base del concetto modernamente completo di

² www.who.int , World Health Organization

³ Cosmacini Giorgio , Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale , Roma/Bari , Laterza , IV ed. , 1988

medicina sociale, quando cioè si consolidano Stato e società ed emerge la consapevolezza che esistono diritti naturali dovuti a ciascuna persona umana, ivi compreso il diritto alla stessa salute fisica.

Con il fiorire della civiltà industriale la correlazione e l'interazione tra malattia e salute ed ambiente-società si fanno sempre più strette. La sanità ormai è una variabile né marginale né irrilevante ma incidente e condizionante dello sviluppo insieme all'organizzazione del lavoro, alla stratificazione sociale, all'organizzazione amministrativa ed anzi è uno speciale sotto-sistema del sistema sociale nel cui ambito svolge una serie di ruoli in rapporto agli utenti, alle professioni, alle strutture e alle politiche.

A questo punto, la complessità quanti-qualitativa dei problemi suscitati dalla salute, del valore e del ruolo della malattia, del comportamento del malato, dell'articolazione e della specializzazione delle funzioni svolte dal sistema, del gioco dei gruppi e del conflitto sociale, dell'uomo col suo mondo vitale, impone un'analisi orientata su due versanti: il mondo sociale, come intreccio di relazioni e di istituzioni, organico e conclusivo, e l'interazione o modello dei riferimenti significativi, di rapporti di scambio tra valori e comportamenti. Ciò ha reso necessario un metodo di indagine che parta dalla valutazione dell'uomo, con la sua acculturazione e la sua coscienza, le sue motivazioni esistenziali, la sua percezione sociale, le sue necessità e i diversi sottosistemi nei quali trova organizzazione e significato la sua esistenza.

Da quello che si è detto si può notare come il tema della salute diventi importante nell'800' e soprattutto nel 900' e resta oggi al centro della cultura contemporanea soprattutto come referente politico e ci resterà per molti secoli avvenire.

Introduzione

Un sistema è un insieme di parti interconnesse e interdipendenti, volte a raggiungere obiettivi definiti. Il sistema sanitario è dunque l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute⁴.

Il sistema sanitario si compone di vari sotto-sistemi, che interagiscono tra di loro e nei quali figurano diversi attori, ciascuno con logiche ed interessi particolari. Tre sono i sotto-sistemi principali. Quello della domanda raggruppa la popolazione, che esprime un bisogno di salute e richiede prestazioni curative per ripristinare il proprio stato di benessere. Il sotto-sistema della produzione ha il compito di produrre e distribuire i servizi sanitari a chi ne ha bisogno o è disposto a pagare. Infine quello del finanziamento si occupa di raccogliere e distribuire le risorse monetarie, necessarie a far funzionare il tutto. Il funzionamento di un sistema non è sempre coerente e armonico, ma spesso conflittuale e contraddittorio ; per loro natura, infatti, gli interessi e gli obiettivi degli attori che lo popolano sono divergenti. Tuttavia la salute non è il risultato del solo sistema sanitario ma anche di altri numerosi fattori che in sintesi possono essere raggruppati in “quattro classi”⁵:

- patrimonio genetico;
- ambiente;
- fattori socioculturali e stile di vita;
- uso di servizi sanitari (sistema sanitario).

Il sistema sanitario è dunque uno dei fattori che concorrono al progresso della nostra salute. Salute non è più, come in passato, sinonimo di sanità e spendere di più per la sanità non significa necessariamente migliorare lo stato di salute⁶.

⁴ Mapelli Vittorio , Il sistema sanitario nazionale , Il Mulino , Bologna , 1999 , pag 9

⁵ Ibidem, pag 11

⁶ Buiatti E. , Manuale di sanità pubblica , Firenze , Carocci , 1981

Per funzionare il sistema sanitario assorbe risorse dal sistema economico (lavoro, capitali, beni e servizi) e le trasforma in prestazioni sanitarie, destinate a migliorare lo stato di salute della popolazione. Tale sistema , che nella fase produttiva non si distingue dagli altri settori, ha tuttavia lo scopo di produrre salute e su questa base deve essere valutato. In ultima analisi, le risorse consumate si trasformano in salute e ogni euro speso dovrebbe tradursi in un dato ammontare di salute.

La sanità in tutti paesi rappresenta sia una risorsa sia una spesa. Il settore sanitario, infatti, da un lato contribuisce alla formazione del prodotto interno lordo, dall'altro sottrae all'economia, come spesa, il valore dei beni impiegati per consumi o per investimenti. Definire i confini del Sistema sanitario, in termini produttivi, è un'operazione in certo modo arbitraria, ma necessaria. Il sistema sanitario produce e impiega sia beni sia servizi appartenenti a branche produttive diverse la cui caratteristica è di produrre beni e prestazioni a contenuto sanitario.

Naturalmente, anche le condizioni generali dell'economia nazionale esercitano un'influenza diretta sul sistema sanitario. In ogni paese, l'ammontare di risorse destinate alla cura delle malattie è correlato al livello di sviluppo economico raggiunto. Le risorse spendibili per la sanità sono vincolate, in qualche modo, dalle dimensioni dell'economia. Anche le stesse fasi del ciclo economico condizionano la spesa sanitaria.

Il mercato del lavoro in sanità, per quanto guidato dalle regole del pubblico impiego, risente delle condizioni generali dell'economia: opportunità di impiego alternativo, basse remunerazioni e condizioni di lavoro disagiati hanno creato negli anni 80 una forte carenza di infermieri. Al contrario, la liberalizzazione dell'accesso all'università, introdotta nel 1969, ha determinato un boom di iscrizioni a medicina ed un surplus di medici , che sistema sanitario non è tuttora in grado di assorbire.

Si spende troppo o troppo poco per la sanità? Qual è il giusto ammontare the spesa sanitaria?

Sul piano teorico la risposta è relativamente semplice: occorre spendere per la sanità fino al punto in cui il beneficio marginale delle risorse impiegate eguaglia il beneficio marginale conseguibile in altri settori di spesa. A quel punto, il beneficio dell'ultimo euro speso in sanità è uguale a quello dell'istruzione, dell'ambiente, della giustizia e il sistema è in

equilibrio. Riallocare le risorse non migliorerebbe il benessere della società. Questa regola, che vale per ogni consumatore razionale, dovrebbe essere applicata anche al bilancio dello Stato. Le difficoltà risiedono nel valutare, in termini economici, i benefici della sanità e degli altri settori, per poterli confrontare⁷.

Per trovare una risposta, sul piano empirico, si ricorre ai confronti internazionali. Tuttavia il confronto tra la spesa sanitaria in diversi paesi pone problemi di comparabilità dei dati. Le differenze possono sorgere per vari motivi come : la diversa definizione data al settore sanitario, la diversa struttura demografica, le differenze nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica o i tassi di cambio ed i prezzi relativi dei beni sanitari nei vari paesi.

Esistono vari metodi di confronti internazionali anche se i più importanti sono: il confronto che avviene sulla base della spesa sanitaria pro capite o della sua relazione con il reddito nazionale e quello che si propone invece di indagare sulla relazione esistente tra spesa sanitaria in un dato paese e sviluppo economico, misurato dal Pil. Tra le due variabili, in valori pro capite, sussiste una correlazione statistica significativa e stabile nel tempo ; ciò significa che il livello di spesa sanitaria dipende dallo sviluppo economico raggiunto in un dato paese e quindi i paesi più ricchi spendono di più semplicemente perché la loro economia è più forte. Questa correlazione vale indipendentemente dall'assetto pubblico o privato dei sistemi sanitari ; ha poco senso quindi affermare che si spende troppo o troppo poco per la salute in quanto si spende quanto è consentito dal livello di reddito del paese⁸.

In questo trattato si andrà ad analizzare la storia della sanità in Italia attraverso le varie leggi che ne hanno regolato l'organizzazione nel tempo partendo dalla nascita dello Stato Italiano nel 1868 passando per le più importanti leggi quali: L. 833 del 1978 che crea il sistema sanitario, L. 502 del 1992 anche definita “la riforma della riforma” (insieme al decreto 517 sempre del 1993) e la L. 229 del 1999. Si analizzerà infine il “peso” della spesa sanitaria sull'economia italiana.

⁷ Mapelli Vittorio , Il sistema sanitario nazionale , Il Mulino , Bologna , 1999 , pag 20

⁸ Ibidem, pag 24

Capitolo 1 : L'organizzazione Sanitaria tra l'Ottocento e il Novecento

Diversi sono i fattori di storia civile che nell'ottocento condizionano igiene pubblica e assistenza sanitaria in Italia e in particolare assumono rilievo : l' egemonia napoleonica e la formazione degli stati napoleonici nel primo quindicennio con l'impianto di strutture organizzative del tipo francese, laiche e centralizzate ; il dominio di un governo unitario nel Mezzogiorno ; il processo di unificazione che, tra il 1859 ed il 1866, assorbe per annessione al nuovo regno gli antichi stati regionali ; le vicende economiche sociali legate allo squilibrio Nord-Sud, alla questione agraria, all'urbanizzazione ed al decollo industriale, al movimento migratorio interno ed estero, alla lotta di classe.

1.1 : La sanità pubblica prima dell'unità d'Italia

Nel maggio del 1796 Napoleone Bonaparte conquistò l'Italia e nello stesso mese venne insediata a Milano l'Amministrazione Generale della Lombardia , entità politico militare di cui facevano parte le più eminenti menti illuministe filo-francesi del capoluogo lombardo tra cui Francesco Melzi d'Eril, successivamente nominato vicepresidente della Repubblica Italiana , creata nel 1802 , con a capo lo stesso Napoleone. Proprio il governo repubblicano di Melzi nel 1803 represses gli abusi più flagranti delle clientele locali sottraendo l'amministrazione ospedaliera lombarda al controllo delle municipalità e affidandola a funzionari nominati dal ministro dell'interno su proposta dei prefetti, realizzando in tal modo un'integrale pubblicizzazione del stemma igienico assistenziale mediante la vigilanza

del governo nell'ambito degli affari generali dello stato (questo fu fatto in quanto prima del governo Melzi e in generale prima dell'avvento dei francesi , i provvedimenti di igiene pubblica erano lasciati a cura dei municipi , i quali Statuti contenevano disposizioni legislative anche generali , essendo allora più larghi gli ordinamenti municipali , con grandi privilegi differenti da comune a comune). Questa repressione fu perfezionata nel 1807 in tutte le città e capoluoghi di dipartimento per cui l'amministrazione di tutti gli ospedali , orfanotrofi , luoghi pii , lasciti e fondi di pubblica beneficenza fu riunita in una sola e unica amministrazione che prende il titolo di Congregazione di Carità⁹ , presieduta dal prefetto, distinta in tre settori: per gli ospedali, gli ospizi e orfanotrofi, l'assistenza a domicilio . Lo spirito della legislazione francese si dispiegò ampiamente in tutta Italia ed impose il trasferimento alle attribuzioni del Ministro dell'Interno degli oggetti di beneficenza pubblica , l'obbligo per i comuni di supplire ai bisogni degli ospedali e degli istituti caritativi , la giurisdizione civile per gli enti di assistenza e l'introduzione dell'istituto del domicilio di soccorso. Quando nel 1814 , a Roma prevarrà la politica del ripristinamento degli antichi metodi non si prescindereà più dallo stabilimento di un sistema , che tutto comprenda nella medesima uniformità e non si vorrà disaggregare l'accorpamento degli ospedali riuniti , che erano stati raggruppati in quattro divisioni : ospedali per malati , ospizi per vecchi , orfani e incurabili , conservatori per giovani indigenti , ricoveri per proietti ed esposti.

Tra i provvedimenti della restaurazione , che non rimuovono una sostanziale ispirazione francese , ha pregio la legislazione napoletana del 1819-1820, promulgata perché il servizio della pubblica salute sia regolato con principi e metodi uniformi , e che questi abbiano la giusta loro connessione con lo spirito delle leggi e dei regolamenti emanati per l'amministrazione interna . La legge fondamentale del 20 ottobre 1819 affida la tutela della salute pubblica al servizio sanitario marittimo interno con a capo un Supremo Magistrato di sanità ed una sovrintendenza generale di salute , per le funzioni esecutive , a Napoli ed a Palermo ; nelle province o valli , invece , agiranno gli intendenti con il ruolo di direttori del servizio sanitario , mentre le deputazioni locali , distinte in quattro classi , saranno gli ultimi agenti di esecuzione del servizio marittimo e gli Ufficiali comunali per il servizio

⁹ Cherubini Arnaldo, Per una storia della beneficenza pubblica in Italia , Roma , Inps , 1965

interno. Nell'ambito di ciascuna magistratura un deputato è incaricato dell'ispezione dei litorali e il Ministro degli affari interni, infine, ha il compito di formare i regolamenti in cui saranno compresi tutti gli oggetti che possano riguardare i rispettivi servizi e saranno definiti i limiti delle competenze di tutti i funzionari.

Precursore dell'ordinamento per la tutela della salute pubblica nell'Italia continentale pre unitaria è il decreto sardo del 1859, a sua volta discendente dall'editto sardo piemontese del 1847, il quale prevede una gerarchia che comprendeva il ministro dell'interno, i governatori e gli intendenti, rispettivamente assistiti dal consiglio superiore di sanità, i consigli sanitari provinciali o di circondario, per la vigilanza sugli ospedali, i luoghi di detenzione, gli istituti di educazione, le professioni, i servizi caritativi, per l'osservanza delle leggi e dei regolamenti. I Sindaci, a loro volta, vegliano nel proprio comune all'osservanza delle leggi e dei regolamenti di polizia sanitaria, sui luoghi pubblici, sulla salubrità di alimenti e bevande sulle abitazioni e i siti destinati soltanto ad uso dei privati.

1.2 : Dall'unità d'Italia alla Direzione di Sanità Pubblica passando per Crispi

A seguito dell'unificazione d'Italia nel 1861 si ha la "Legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia" del 20 marzo 1865 n. 2248 che porta all'approvazione della prima "Legge sulla Sanità Pubblica" (allegato C) affidata al Ministro dell'interno e subordinatamente ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci, assistiti dai vecchi consigli, senza giurisdizione sulle armate di terra e di mare. Nei 29 articoli normativi ricalca pedissequamente la precedente legislazione ma prevede in modo espresso l'abrogazione di tutte le disposizioni adottate dai cessati governi per servizi sanitari eccettuati il commercio e industria farmaceutica, e prescrive i termini per il regolamento di esecuzione che, approvato con R.D. 8 giugno 1865 n. 2322 in un corposo testo di 138 articoli, avrà vigore per oltre un ventennio.

Sono di competenza ministeriale la revisione dei regolamenti comunali d'igiene pubblica, la prescrizione di cautele sanitarie speciali, i provvedimenti di interesse generale. Prefetti, sotto-prefetti e sindaci, assistiti dal consiglio provinciale o circondariale o dalla commissione municipale di sanità, vegliano sulla salute pubblica, adottano provvedimenti d'urgenza e compilano il rapporto statistico periodico, sorvegliano il servizio medico e farmaceutico, gli stabilimenti sanitari e le quarantene (in modo da migliorare le condizioni sanitarie della classe operaia comunque bisognevole di speciali soccorsi igienici). La tutela preventiva della sanità pubblica è affidata comunque ai sindaci e si realizza con la disciplina igienica applicata alle case d'abitazione, alle case rurali, alle stalle, ai servizi idro-sanitari, ai presidi sanitari, penitenziari e caritativi, agli alimenti, ai cimiteri¹⁰.

In esito al voto espresso dalla camera dei deputati per un generale riordino della legislazione sanitaria sulla base dei lavori svolti dalla commissione Rucci¹¹, il presidente del consiglio e ministro dell'interno l'on. Lanza presenta al Senato un progetto di legge per l'approvazione del codice sanitario che, non essendo giunto alla votazione, fu riproposto nel 1876 dall'on. Nicotera con il titolo di "riforma delle discipline vigenti per la tutela della sanità e della morale pubblica" e nel 1886 dall'on. Depretis con la collaborazione dell'on. Bertani¹². Lo schema che, con le necessarie varianti richieste dall'urbanizzazione accelerata e dalla rivoluzione industriale si imporrà fino al 1934, nei suoi più significativi articoli, dei 14 titoli totali, contempla:

- La tutela della sanità pubblica, secondo la tradizionale distribuzione di competenze tra centro e periferia, impostata sulla istituzione dei medici condotti ai quali attribuire anche la qualità di ufficiali governativi;
- la composizione e le attribuzioni dei consigli sanitari;
- l'esercizio dei diversi rami dell'arte salutare;
- la salubrità delle abitazioni e dei luoghi abitati;

¹⁰ L. 20 marzo 1865 n. 2248

¹¹ nominata con decreto legislativo 12 settembre 1866 con l'incarico di allestire un progetto di legge sanitaria che abbracci tutti gli argomenti di igiene pubblica

¹² Cosmacini Giorgio, Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale, Roma/Bari, Laterza, IV ed., 1988

- la vigilanza governativa sugli stabilimenti sanitari pubblici (opere pie) e gli istituti privati, esclusa ogni ingerenza sull'amministrazione interna, perché nei luoghi deputati alla cura degli infermi ed alle convivenze collettive non siano trascurate le regole igieniche.

Da questi precedenti discende, dunque, la legge organica 22 dicembre 1888 n. 5849 (Crispi) sulla “tutela dell'igiene e della sanità pubblica” condensata in 6 titoli e 71 articoli, concepita come insieme delle condizioni geo-fisiche, demografiche ed urbanistiche ; assistenza medica, farmaceutica ed ostetrica ; profilassi delle malattie sociali.

Al Ministro, ai prefetti ed ai sindaci, quali autorità di governo ai corrispondenti livelli territoriali, si affiancano per le funzioni tecnico consultive il consiglio superiore di sanità e i consigli provinciali, circondariali e municipali sanitari e si prevede la figura del medico provinciale e circondariale, dell'ufficiale sanitario comunale. Mentre il consiglio superiore predispone direttive di carattere generale, il consiglio provinciale si occupa di tutti i fatti riguardanti l'igiene dei comuni e loro consorzi nel proprio territorio, dei regolamenti, delle prescrizioni per le industrie agricole e manifatturiere e riferisce annualmente sullo stato della popolazione e sui bisogni locali di infrastrutture.

L'organismo comunale, invece, ripete i medesimi compiti con carattere di fiscalità e pertanto utilizza propri servizi ispettivi ed un laboratorio con due sezioni, chimica e medico-micrografica , oltre a provvedere all'assistenza gratuita degli infermi poveri e delle partorienti, assumendosi quindi compiti di assistenza pubblica. Al medico provinciale sono attribuiti non soltanto funzioni di consulenza tecnica, una specie di ruolo subordinato all'autorità governativa, ma anche di attività autonoma che gli conferisce uno status di pubblico ufficiale per la vigilanza sui servizi e sul personale sanitario dei comuni, sugli istituti sanitari della provincia, sull'esecuzione delle leggi ed il rispetto dei regolamenti ed ogni qualsiasi intervento urgente. All'ufficiale sanitario competono, infine, la polizia sanitaria locale, l'assistenza medica, la tenuta dell'armadio farmaceutico è l'obbligo di assicurare i mezzi minimi di terapia e di pronto soccorso. Tra le istituzioni di carattere tecnico sono annoverati gli istituti di cura medica, gli stabilimenti per malati o difettosi, le case di cura pubbliche e private per alienati e sono ricompresi gli ospizi, gli stabilimenti per individui sani, i penitenziari, i teatri, gli opifici. Titoli specifici sono dettati per la sanità

marittima ed internazionale, per il servizio coloniale ed il sanitarismo militare (ospedali, ambulanze, servizio di leva e corpi speciali).

Nella struttura del nuovo Stato l'ufficio sanitario si colloca, all'interno del ministero per gli affari dell'interno, nell'ambito della terza direzione generale dell'amministrazione comunale e provinciale, delle opere pie e della sanità continentale, articolata in due divisioni, la prima di nove sezioni (che comprende gli ospedali regi e provinciali) e la seconda di quattro (tra cui stabilimenti insalubri ed esercizio di professioni sanitarie)¹³.

Nel 1874 gli affari di sanità sono organizzati in una divisione autonoma ma è con il D.M. 3 luglio 1887 che sarà istituita la direzione di sanità pubblica con tre sezioni : per l'amministrazione dell'assistenza sanitaria, per la polizia sanitaria ed il suolo, per l'igiene pubblica e l'edilizia sanitaria. Dopo la breve parentesi di un ispettorato generale creato con D.M. 14 gennaio 1900, si tornerà definitivamente all'assetto della direzione generale (D.M. 16 novembre 1902) fino al secondo dopoguerra.

Il secolo si chiude con un'opera grandiosa, vagheggiata in un lungo trentennio di battaglie culturali e parlamentari, quando ormai la coscienza politica delle classi sociali e dell'intera opinione pubblica è matura, cioè con la pubblicazione del codice dell'igiene e della sanità pubblica, ordinato per cura di Giuseppe Saredo nel 1896, contenente la legge ed il regolamento riguardo vari temi tra cui : le misure contro le malattie infettive, l'igiene degli abitati e nelle scuole, gli uffici sanitari e i medici provinciali.

¹³ L. 22 dicembre 1888 n. 5849

1.3 : Verso una nuova politica sanitaria

1.3.1 : Il primo testo unico delle leggi sanitarie ad opera di Giolitti¹⁴

Il primo testo unico delle leggi sanitarie, che raccoglie e coordina i principi fondamentali, i regolamenti di esecuzione ed il corpo delle disposizioni emanate in date diverse e per settori della vita collettiva, fu approvato con il R.D. 1 agosto 1907 n. 636 (Giolitti) .

L'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria ripete la piramide gerarchica tradizionale con al vertice il ministro dell'interno (con una direzione generale di sanità ed il consiglio superiore) e sotto la sua dipendenza i prefetti (con l'ufficio sanitario provinciale ed il consiglio Provinciale di sanità) , i sotto prefetti e, ultimo polo del sistema, i sindaci (con il medico ufficiale sanitario) .

L'assistenza, vale a dire le opere di soccorso medico chirurgico ed ostetrico, è quindi garantita quantomeno dal personale di condotta appositamente stipendiato e la distribuzione dei medicinali è affidata alle farmacie oppure, ma per le sole prestazioni urgenti, è attuata per mezzo di un armadio farmaceutico custodito dal medico condotto, in modo che anche i centri abitati periferici o i nuclei sparsi nelle campagne non debbano soffrire di elementari deficienze terapeutiche , mentre alla vigilanza igienica attendono appositi laboratori comunali o consorziali. Perché territorio, ambiente e società, pur senza soffrire un assurdo isolamento, siano protetti in tutta l'estensione nazionale, negli scali di approdo e nei porti sono ubicati uffici di sanità marittima e lazzaretti ed a tutti i valichi e gli accessi di confine sono assegnati veterinari governativi che controllino animali, carni e prodotti d'origine animale per assicurarne la salubrità.

Riguardo alle strutture personalizzate sono ovviamente sottoposte a vigilanza speciale le professioni sanitarie (medicina e chirurgia, veterinaria, farmacia ed ostetricia) e le professioni affini (come per esempio le drogherie). Per le strutture materiali, invece, ribadite le prescrizioni sulle acque pubbliche e gli scolari, sono proibite le opere che

¹⁴ R.D. 1 agosto 1907 n. 636

modificano il livello delle acque sotterranee e il naturale deflusso di quelle superficiali, mentre sono dettate norme specifiche in ordine alle manifatture e fabbriche insalubri, alle case di abitazione urbane e rurali, all'igiene degli alimenti, alla fabbricazione e alla vendita di vaccini, virus, sieri curativi e prodotti omologhi, alla lotta contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali, alla lotta contro la malaria mediante la distribuzione del chinino, alla polizia mortuaria ed ai regolamenti locali d'igiene che sono sottoposti all'approvazione del ministro.

1.3.2 : Il fascismo e la legge n. 1265 del 1934 riguardo la sanità¹⁵

Circa trent'anni dopo l'intera materia, che nel frattempo ha registrato i nuovi fenomeni suscitati dalla modernizzazione tecnica ed industriale a cavallo della prima guerra mondiale, subisce una profonda rielaborazione con il T.U. del 27 luglio 1934 n. 1265 realizzata da Petragliani e Mussolini.

Il titolo I sull'ordinamento dell'amministrazione, che è la parte del tutto stravolta dalle successive riforme, prevedeva:

1. l'organizzazione dei servizi e degli uffici centrali in un organigramma, burocratico ed autoritario (classificadorio degli affari generali e correnti dello Stato) con al vertice sempre il Ministero dell'Interno, con due organismi: il consiglio superiore di sanità, di antica matrice, ed il nuovo Istituto di sanità pubblica (poi Istituto superiore di sanità, ex art. 1 della L. 20 giugno 1952 n. 701). In periferia, soppressi i circondari, le sottoprefetture, restano i prefetti - dai quali dipendono gli uffici sanitari provinciali ed i consigli provinciali di sanità - e i podestà, che nei comuni hanno assorbito i poteri delle giunte e dei consigli. Le province, come enti autarchici territoriali, hanno compiti integrativi e sostitutivi nei servizi comunali e provvedono all'impianto ed all'esercizio del laboratorio di igiene e profilassi nel capoluogo, con eventuali sezioni distaccate nei

¹⁵ T.U. del 27 luglio 1934 n. 1265

comuni maggiori, al quale sovrintende il medico provinciale, con due reparti: il medico micro-grafico per l'accertamento diagnostico delle malattie infettive e il chimico;

2. l'ufficio sanitario provinciale come modello operativo su una giurisdizione territoriale e precise classi di soggetti pubblici e privati, con poteri di consulenza e di denuncia agli organi statali, di vigilanza e di controllo su istituzioni, persone, animali e cose;
3. l'ufficio sanitario comunale e i servizi di vigilanza igienica e di assistenza sanitaria nei comuni (ufficiale sanitario, sanitari condotti, consorzi; assistenza medico-chirurgica, ostetrica e veterinaria);
4. la regolamentazione dell'esercizio delle professioni sanitarie, delle professioni ausiliarie e delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie (sono catalogate arti ausiliarie le figure come l'ottico, il maniscalco, l'infermiere abilitato o autorizzato, l'odontotecnico...);
5. la regolamentazione del servizio farmaceutico e delle attività soggette a vigilanza sanitaria (prodotti chimici, sostanze velenose, stupefacenti, prodotti medicinali, farmaceutici e chimici, sieri, vaccini e presidi medici e chirurgici);
6. la disciplina dell'assistenza negli ospedali, ambulatori, case di cura e per gestanti, stabilimenti balneari, termali, idroterapici, di cure fisiche;
7. la pubblicità in campo sanitario;
8. l'igiene del suolo e dell'abitato (acqua, coltivazioni e lavorazioni insalubri, abitati urbani e rurali, alberghi, stalle e concimaie);
9. la tutela igienica dell'alimentazione, dell'acqua potabile, e degli oggetti d'uso personale;
10. le misure contro la diffusione delle malattie dell'uomo e degli animali;
11. i regolamenti locali d'igiene e di polizia veterinaria;
12. la polizia mortuaria.

La portata innovatrice di questa legislazione, se dal punto di vista politico non intacca ed anzi rafforza il comportamento autoritario del potere centrale, dal punto di vista tecnico stimola l'attività promozionale delle istituzioni pubbliche specie in un campo che per tradizione era sempre stato affidato alla beneficenza degli enti privati e cioè l'assistenza sanitaria e le malattie sociali.

1.4 : Il costo della sanità per lo stato tra il 1920 e il 1945

Purtroppo è soltanto dal 1917 che si hanno dati relativi alla spesa sanitaria e che consentono quindi di andare ad analizzare i costi della sanità anno per anno.

Nel bilancio statale di quegli anni la voce relativa a tale costo è denominata “igiene e sanità” e rappresenta una sottovoce della voce principale “interventi nel campo sociale” come si può vedere dalla Tabella 1.1.

Tabella 1.1¹⁶ (Tabella relativa agli anni 1924/25)

Amministrazione generale ^(a)	1.708	1.974
Difesa nazionale	1.988	2.458
Giustizia	375	427
Sicurezza pubblica	633	737
Relazioni internazionali	98	122
Istruzione e cultura	1.123	1.271
Interventi nel campo delle abitazioni	29	64
Interventi nel campo sociale ^(b)	1.222	1.383
Trasporti e comunicazioni ^(c)	1.432	714
Interventi nel campo economico ^(d)	372	593
Oneri non ripartibili	4.201	3.746
Rimborso di prestiti	1.090	780
TOTALE GENERALE DELLE SPESE ...	14.271	14.269
<hr/>		
(a) Organi e servizi generali	299	332
Servizi finanziari, del tesoro e del bilancio	1.344	1.553
Culto	65	89
(b) Lavoro, previdenza e assistenza pubblica	173	187
Igiene e sanità	33	38
Pensioni e vitalizi di guerra	1.016	1.158
(c) Viabilità	86	103
Marina mercantile	246	272
Trasporti ferroviari	416	300
Aviazione civile	1	2
Poste e telecomunicazioni	666	15
Altre	17	22
(d) Agricoltura e alimentazione	103	154
Industria, commercio e artigianato	32	73
Opere ed interventi diversi	237	366

¹⁶ Fonti dati Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

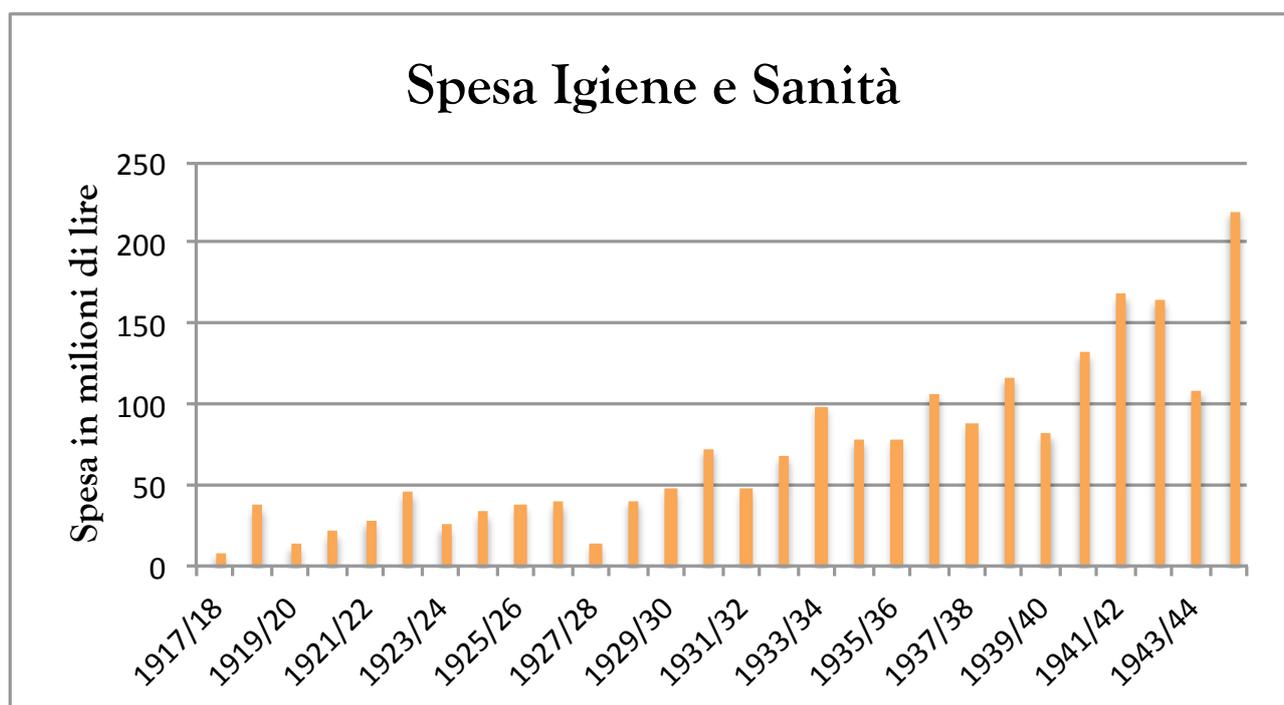
Tabella 1.2¹⁷ (Tabella riepilogativa spese 1917/1945)

(dati in milioni di lire)	Spesa igiene e sanità	Spesa Totale	Pil	%Sanità su Spesa Tot.	%Sanità su Pil
1917/18	8	21025		0,04%	
1918/19	37	23589		0,16%	
1919/20	13	15666		0,08%	
1920/21	21	14382		0,15%	
1921/22	28	14325	22854	0,20%	0,12%
1922/23	46	15072	24557	0,31%	0,19%
1923/24	25	15900	23713	0,16%	0,11%
1924/25	33	14271	25570	0,23%	0,13%
1925/26	38	14269	26928	0,27%	0,14%
1926/27	39	14954	25291	0,26%	0,15%
1927/28	14	19054	26618	0,07%	0,05%
1928/29	41	16837	44593	0,24%	0,09%
1929/30	48	17368	21033	0,28%	0,23%
1930/31	73	21182	21008	0,34%	0,35%
1931/32	48	19875	26322	0,24%	0,18%
1932/33	68	18631	24325	0,36%	0,28%
1933/34	99	22662	19153	0,44%	0,52%
1934/35	78	17880	25700	0,44%	0,30%
1935/36	78	61494	21570	0,13%	0,36%
1936/37	107	38844	60802	0,28%	0,18%
1937/38	88	31252	37412	0,28%	0,24%
1938/39	117	32965	31098	0,35%	0,38%
1939/40	82	51977	30592	0,16%	0,27%
1940/41	132	89263	62635	0,15%	0,21%
1941/42	168	105174	55848	0,16%	0,30%
1942/43	165	140746	91021	0,12%	0,18%
1943/44	109	116295	104146	0,09%	0,10%
1944/45	220	249282	60436	0,09%	0,36%

¹⁷ Fonti dati Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

Come si può notare dalla Tabella 1.2 l'andamento di tale spesa è altalenante nel tempo, in quanto gli avvenimenti storici nel periodo considerato (1920-1945), in particolare le due guerre mondiali, hanno richiesto un sacrificio economico che è andato a discapito di alcune voci del bilancio statale come la sanità.

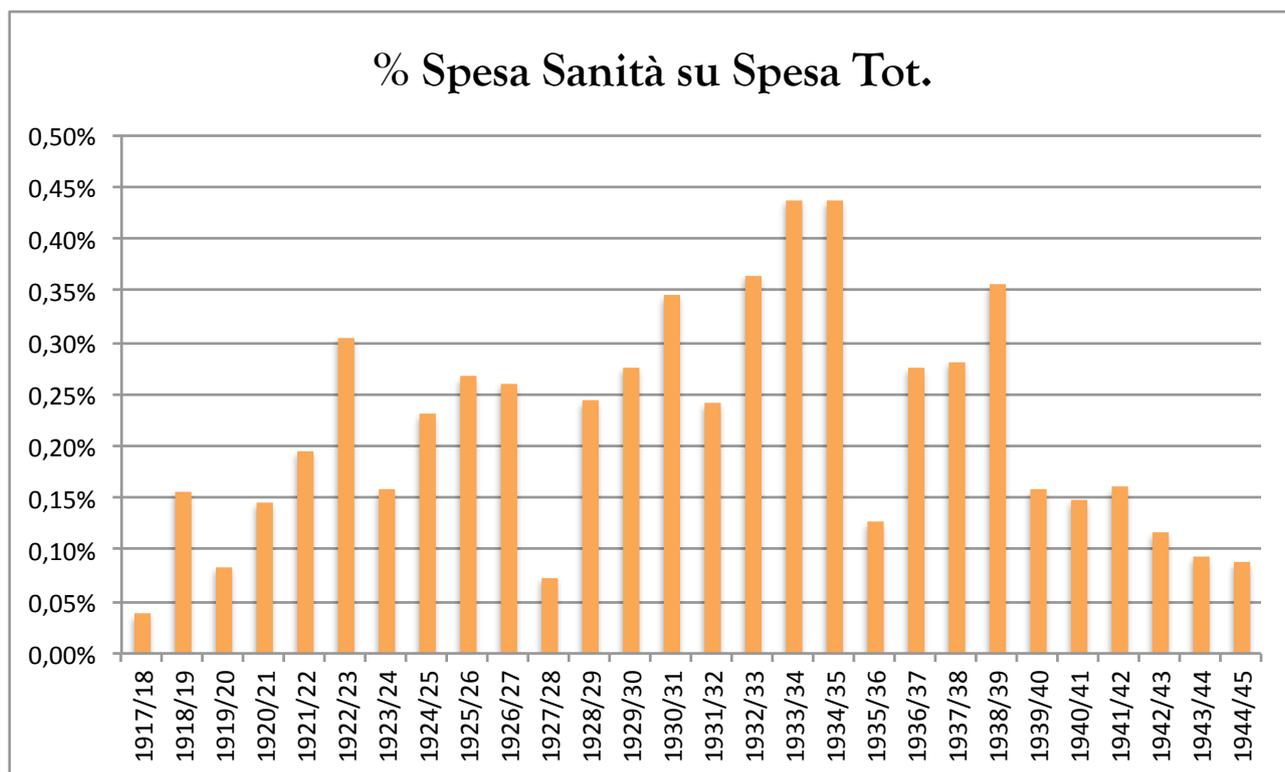
Tabella 1.3¹⁸



La Tabella 1.3 mostra come l'andamento complessivo è comunque crescente anche se in alcuni anni, come per esempio tra il 1943/1944 (in pieno tempo di guerra) c'è stato un calo notevole della spesa.

¹⁸ Fonti dati Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

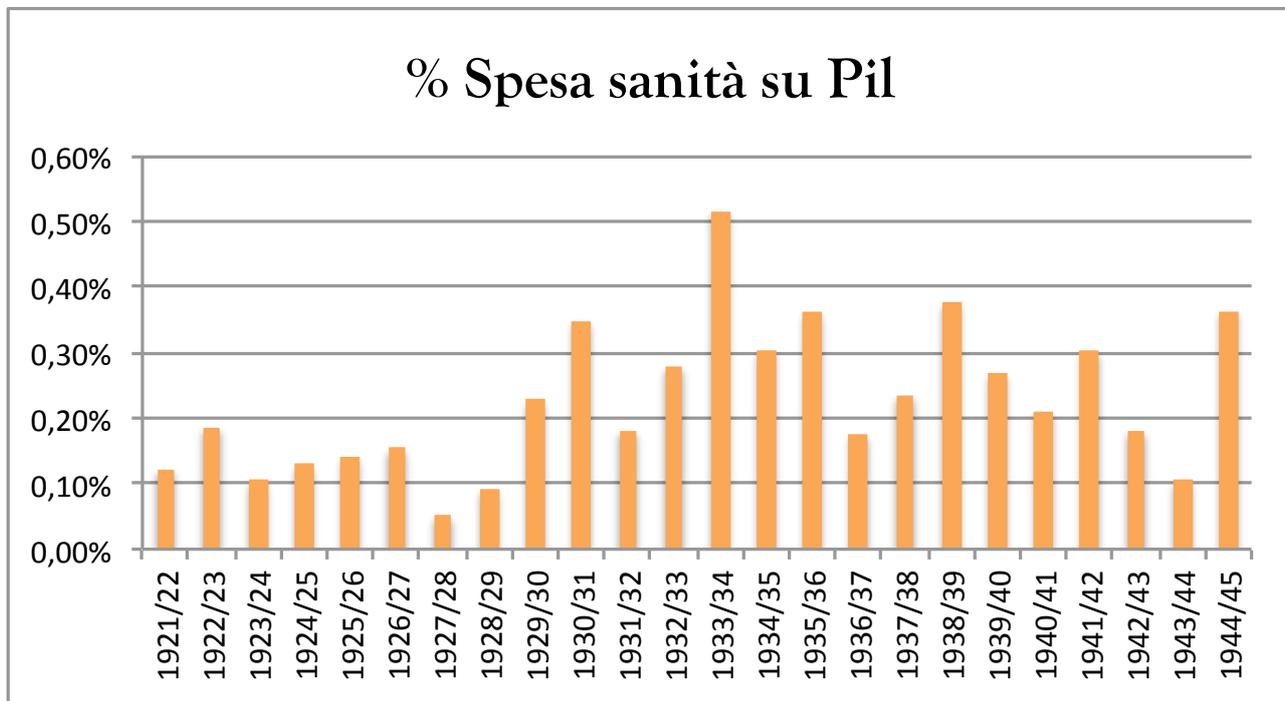
Tabella 1.4¹⁹



Dalla Tabella 1.4 si nota l'andamento del "peso della sanità" sulla spesa totale dello stato che è stato nel tempo altalenante , senza seguire una logica precisa. Ciò sta ad indicare l'esigua rilevanza che è stata data a tale spesa dai vari governi nel tempo.

¹⁹ Fonti dati Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

Tabella 1.5²⁰



La tabella 1.5 mostra che l'andamento del “peso della sanità” rispetto al pil non è costante nel tempo, i motivi sono gli stessi che sono già stati menzionati riguardo la Tabella 1.4 .

²⁰ Fonti dati Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

Capitolo 2 : La costituzione e i presupposti della riforma sanitaria del 1978

Il 15 agosto 1945 termina la seconda guerra mondiale e l'Italia ne esce distrutta, infatti dalle sue ceneri nel 1946 dopo il referendum del 2 giugno 1946 nascerà la Repubblica Italiana con la relativa Costituzione, entrata in vigore il 1 gennaio 1948 , composta dai suoi 139 articoli dei quali è bene ricordare il 32° articolo che recita:

“ La Repubblica Italiana tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività , e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad 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 ”

(che sarà il caposaldo delle future leggi, in materia di sanità, fino ai giorni nostri) e l'articolo 117 :

“ La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. [...] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a : [...] ; tutela della salute; [...].

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. [...] “

Le regioni saranno il fulcro del sistema sanitario nazionale visto che permetteranno quel decentramento decisionale ed organizzativo che porterà ad una migliore efficacia ed efficienza del sistema sanitario oltre che ad una copertura più estesa, in termini quantitativi, della popolazione.

2.1 : I presupposti della riforma sanitaria

La sanità come sistema organizzativo ed amministrativo dei servizi per la tutela della salute, sotto l'aspetto dell'igiene pubblica e dell'assistenza sociale, che si realizza nel moderno servizio sanitario nazionale (S.S.N.) istituito con la legge 23 dicembre 1978 n. 833, deriva la sua origine da due presupposti politici e culturali.

Il 1945 è l'anno che segna la fine della guerra e l'affermazione della democrazia, l'inizio di una politica moderna carica di trasformazione sociale ed economica e di un processo di riequilibrio tra industria e agricoltura, tra nord e sud, tra progresso e sottosviluppo diffusi all'interno ed all'esterno delle grandi aree del paese. È soprattutto l'avvio di una ricostruzione fervida di volontà e di razionalità impiantata sullo stato della costituzione e delle autonomie, sui diritti imprescrittibili della persona e sul riconoscimento dei corpi intermedi come suoi complementari, su una ideologia neo-illuministica di libertà, di giustizia e di progresso. Sono di questo periodo, infatti, i primi documenti che tracciano le linee fondamentali non di una materiale riorganizzazione ma di una sostanziale riconsiderazione del sistema sanitario come modello del diritto del cittadino all'assistenza, forse il più organico dei diritti della persona nella società democratica, cardine di un compiuto sistema di sicurezza sociale ispirato a quelli che saranno i criteri importanti e permanenti della riforma: l'unitarietà delle prestazioni nella sequenza dei tre momenti della prevenzione, cura e riabilitazione, l'uguaglianza di tutti i soggetti protetti, l'erogazione diretta e gratuita degli interventi e la finalizzazione democratica, regionalistica e partecipata, ovvero l'autogestione dei bisogni e delle risorse in sede locale.

La sanità pubblica nell'immediato secondo dopoguerra acquista largo spazio di autonomia con la istituzione nel luglio 1945 dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica²¹ (A.C.I.S.) che si assume la tutela della sanità pubblica, il coordinamento della vigilanza

²¹ L'A.C.I.S. è istituito con D. Lgt. 12 luglio 1945 n. 417 ed assorbe le funzioni della direzione generale di sanità in virtù del D. Lgt. 31 luglio 1945 n. 446; è collocato all'interno della presidenza del consiglio dei ministri ma il suo responsabile, l'Alto commissario, partecipa al Consiglio dei Ministri senza diritto di voto

tecnica sulle organizzazioni sanitarie e sugli enti che hanno per scopo di prevenire e combattere le malattie sociali .

Non altrettanto coerente risulta il conseguente processo di accorpamento delle funzioni amministrative che restano, pertanto, divaricate tra questo nuovo organismo, al quale sono finalizzati gli uffici statali e gli enti pubblici in materia igienico-sanitaria, ed il ministro dell'interno cui restano assegnati i poteri di vigilanza nel settore ospedaliero.

Il primo documento non scientifico ma politico fu elaborato l'8 agosto dalla consulta di sanità del comitato di liberazione nazionale del veneto e ratificato il 15 settembre 1945 dai commissari regionali per la sanità del C.L.N.A.I. o “comitato di liberazione Nazionale dell'alta Italia” ed individuò tre ordini di problemi, programmatico, istituzionale e funzionale, intorno ai quali si svolgerà un nutrito corredo di analisi e di proposte (il documento parte dalla constatazione storica che la regione è un'entità viva e necessaria nella nuova forma della struttura dello Stato. Che non fosse soltanto una “cosa temporanea” nella quale dover risolvere i problemi della ricostruzione, nei primi mesi della liberazione, ma una base per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria è auspicato da una riunione i medici ed igienisti dell'alta Italia promossa dal commissario per l'igiene e la sanità della Lombardia). Se la discussione sulla riforma dell'ordinamento sanitario prende avvio nella Sicilia occupata dagli alleati da un'organizzazione sanitaria autonoma ed indipendente dall'organizzazione politico-amministrativa, le sue premesse reali risiedono negli inconvenienti e nelle manchevolezze dell'assistenza (in particolare l'INPS e quella medica su base mutualistica, cioè i due settori che saranno investiti dalla riforma tra 30 e 40 anni dopo), per cui si impongono come concetti ispiratori di una radicale riforma dell'ordinamento sanitario ed assistenziale che :

1. appoggi la nuova organizzazione igienico-sanitaria su un organo periferico completo nelle attribuzioni e nelle funzioni;
2. assorba e fondi in strumenti unitari di norma e di applicazione le varie attività assistenziali;
3. garantisca l'indipendenza degli organi igienico-sanitari da quelli politico-amministrativi;

4. sviluppi al massimo il decentramento dei servizi e dei centri decisionali.

Esigenza primaria è di instaurare una organizzazione sanitaria ed assistenziale su base regionale perché solo nella regione si trova un'unità capace di esprimere un organo dotato della autorità e della consistenza, dal punto di vista amministrativo e tecnico, necessarie e sufficiente per attuare il decentramento che calibri con la sua potestà normativa risorse e bisogni all'ambiente sociale e fisico. Altrettanto indispensabile risulta, in linea collaterale, l'esigenza di un coordinamento delle regioni per mezzo di un organo centrale che concili gli interessi locali con l'interesse supremo dell'intera nazione. L'organizzazione di sanità pubblica deve perciò articolarsi su tre elementi costitutivi o livelli:

- l'ufficio comunale consorziale di sanità e assistenza per 50-100.000 abitanti, con un laboratorio d'igiene e profilassi ed un poliambulatorio per i servizi medici specializzati (come l'ostetrico, il pediatrico, l'odontoiatrico, il radiologico) collegato con gli organismi assistenziali nel territorio;
- la direzione regionale, impostata su otto divisioni, coadiuvata da un organo con funzioni miste, deliberativi e consultive, o consiglio regionale di sanità e assistenza;
- il ministero di sanità e assistenza, al quale presterebbe collaborazione un consiglio nazionale, con compiti di vigilanza e di coordinamento delle direzioni regionali, di controllo sui prodotti farmaceutici e di produzione legislativa e di direzione generale.

I compiti operativi sono concentrati nell'istituzione locale che , tra l'altro, deve provvedere alla profilassi delle malattie infettive, alla vigilanza sulle comunità di vita e di lavoro, agli ospedali ed i luoghi di cura, al controllo delle bevande e degli alimenti, degli acquedotti, delle fognature, delle abitazioni e alle attività assistenziali. Si tratta, perciò, di un disegno che intende superare la disaggregazione dell'intervento assistenziale, sia in senso tecnico che

qualitativo, per approdare ad una esperienza globale di tutela complessiva dell'individuo, al cui interno si colloca la salvaguardia della salute come difesa dalla malattia.

L'altro profilo propedeutico è radicato nell'articolo 32 della costituzione dal quale discende giuridicamente la competenza delle regioni, in materia di sanità secondo il quinto comma del successivo articolo 117 della costituzione sulla beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera. Questa stesura definitiva, a sua volta, è la condensazione dell'originario ex articolo 110 che aveva individuato tre gruppi di materie: quelle per le quali la regione avrebbe avuto la potestà di emanare norme legislative che fossero in armonia con la costituzione e con i principi generali dell'ordinamento dello stato e che rispettassero gli obblighi internazionali e gli interessi della nazione e delle altre regioni come la beneficenza pubblica; quelle per le quali la potestà regolamentare delle regioni sarebbe stato un sovrappiù e comunque soggetta ad osservare principi e direttive che la Repubblica ritenesse stabilire con la legge allo scopo di una loro disciplina uniforme e tra esse l'assistenza ospedaliera; quelle per le quali la legislazione regionale sarebbe stata di integrazione e di attuazione per adattare alle condizioni regionali come l'igiene e sanità pubblica.

Un primo significativo contributo a rompere lo schema chiuso delle prestazioni assistenziali rigidamente limitate alla prassi assistenziale della beneficenza o all'assistenza contrattualistica della previdenza è offerto dalla raccolta delle 88 mozioni approvate tra il 18 luglio 1947 ed il 13 febbraio 1948 dalla cosiddetta "Commissione d'Aragona". Si tratta di indirizzi per una riforma o meglio di un aggiornamento, e quindi di tipo riduttivo, dell'apparato mutualistico, con una fisionomia del tutto tecnica e perciò tradizionale, senza alcun cenno ha implicazioni politiche ed istituzionali. Assumono valore pertinente all'assistenza sanitaria i documenti sull'unità funzionale delle prestazioni temporanee (n.4) che coinvolge la tutela dello stato di salute, sulle prestazioni sanitarie per gli eventi psichici (n. 6 e 7), sull'automaticità delle prestazioni (n.27), sulla durata illimitata delle prestazioni (n.38), sulla tutela della maternità ed infanzia (n.77), sul coordinamento delle istituzioni sanitarie pubbliche (n.79) e sulla prevenzione (n.86)²².

²² Italia : Commissione per la riforma della previdenza sociale , "Relazione sui lavori della commissione" : 4 luglio 1947 - 29 febbraio 1948 , Roma , Tip. ATEL , 1948

Altro fondamentale contributo metodologico, infine, concerne lo schema di prescrizioni predisposto dal C.N.E.L. (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro) e che diverrà il vettore della politica economica (finanziamento e spesa) dell'assistenza sanitaria graduato secondo un quadro di riferenti in ordine :

1. al programmato sviluppo e quindi all'augurabile distribuzione nazionale delle risorse economiche generali;
2. alla compatibilità con l'incremento del dividendo nazionale e con l'integrazione economica europea;
3. alla copertura di ogni ulteriore espansione della spesa sia con l'evoluzione del reddito nazionale (armonicamente distribuito tra tutte le fondamentali esigenze della vita nazionale) e sia con le economie realizzabili dal sistema. (Nota 7)*

Ma per un trentennio si consoliderà il concetto di una assistenza sanitaria diffusa segmentaria riordinata in una normativa fatta sempre più omogenea, e nello stesso tempo dispersiva ed incontrollabile. Alla fine degli anni 60, un periodo di svolta nel passaggio dal sistema assicurativo a quello sociale dell'assistenza, la politica sanitaria si concentra sul ruolo egemone e sulla dinamica dell'assistenza ospedaliera, sulla dilatazione della tutela mutuo previdenziale, sulla qualificazione delle prestazioni, sulla produttività della spesa ed il contenzioso tre enti attivi (ospedali) e passivi (mutue e comuni) nella determinazione del domicilio di soccorso ed il calcolo della retta ospedaliera, sui primi approcci di programmazione e su ciò che sarà la legge 12 febbraio 1968 n. 132 , un provvedimento settoriale e però propedeutico alla generale riforma del sistema sanitario²³.

²³ La legge ospedaliera nata come stralcio della riforma sanitaria, ha comunque conferito tipicità agli enti ospedalieri, legandoli maggiormente alla realtà territoriale e cercando di superare la disarticolazione funzionale attraverso un superiore disegno di programmazione regionale.

2.2 : L'amministrazione centrale²⁴

L'organizzazione della sanità pubblica²⁵ si incardina nel ministero della sanità istituito con la L. 13 marzo 1958 n. 296 che, assunte le attribuzioni dell'A.C.I.S. , ha il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica e gli vengono attribuite le funzioni di²⁶:

1. sovvenire ai servizi sanitari gestiti dalle amministrazioni civili statali, con l'esclusione delle funzioni esercitate dalle amministrazioni autonome e dal Ministero del Lavoro e della previdenza sociale a mezzo dell'ispettorato del lavoro;
2. sovrintendere ai servizi sanitari svolti dalle amministrazioni autonome e dagli enti pubblici provvedendo anche al loro coordinamento per adeguarne l'organizzazione e l'efficienza alle esigenze della salute pubblica;
3. emanare istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni che svolgano attività sanitaria;
4. vigilare tecnicamente su tutte le organizzazioni sanitarie ad eccezione di quelle previdenziali;
5. esercitare le funzioni del disciolto A.C.I.S. e di tutte le altre amministrazioni statali nel campo della sanità pubblica.

Per apprezzare la portata del nuovo ordinamento bisogna considerare che le funzioni e gli istituti assistenziali erano ripartiti tra 13 organismi ministeriali o per compiti di gestione e di vigilanza o per compiti di finanziamento e di controllo, che l'apparato mutualistico per l'assistenza previdenziale e sanitaria si era esteso con un intreccio fittissimo di istituti nazionali ed anche locali, che la rete ospedaliera comprendeva 2444 enti con più di 400.000 posti letto ed un movimento di oltre 4 milioni di degenti per anno.

²⁴ L. 13 marzo 1958 n. 296

²⁵ che verrà riordinata per effetto dell'articolo 59 della successiva L. 23 dicembre 1978 n. 833 sul S.S.N.

²⁶ Pizzi Giuseppe , Storia del Ministero della sanità , Poggibonsi , Lalli , 1986

Tale ministero è stato articolato in sette direzioni generali (per gli affari amministrativi e il personale, per i servizi di igiene pubblica, di medicina sociale, veterinari, per igiene degli alimenti e la nutrizione, gli ospedali ed il servizio farmaceutico), si prolunga negli uffici sanitari speciali o di frontiera²⁷ e si giova della consulenza politica e tecnica di quattro collegi : il Consiglio sanitario nazionale, il Consiglio superiore della sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

- Il Consiglio Sanitario Nazionale, sorto con la legge 23 dicembre 1978 n. 833, svolge funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria Nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale, per i programmi di prevenzione anche primaria, per la determinazione dei livelli di prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini, nelle fasi di attuazione del servizio sanitario, nella programmazione del fabbisogno di personale sanitario e nella ripartizione degli stanziamenti finanziari. Predisponde, inoltre, la relazione sullo stato sanitario del paese, un tempo adempimento del consiglio superiore, su cui il ministro deve riferire al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno. Tale consiglio è composto dai rappresentanti (un membro effettivo ed uno supplente) di ogni regione e provincia autonoma, dei ministeri della sanità, del lavoro, della pubblica istruzione, dell'interno, della difesa, del tesoro ecc.. oltre che dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, dal direttore dell'Istituto superiore per la sicurezza del lavoro, da un rappresentante del C.N.R. (consiglio nazionale delle ricerche), da 10 esperti in materia sanitaria designati dal CNEL (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro) . Tale organo si ripartisce in

²⁷ di cui al testo unico 27 luglio 1934 n. 1265; erano organi periferici gli uffici del medico e del veterinario provinciali, coordinati dal prefetto e assistiti dal consiglio provinciale di sanità, poi trasferiti alle regioni in virtù del D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4, e gli ufficiali sanitari dei comuni e dei consorzi comunali assorbiti dalle unità sanitarie locali.

quattro sezioni: per l'esame di materie istituzionali organizzative, per i pareri finanziari, per il personale, per lo schema di relazione annuale²⁸.

- Il Consiglio superiore della sanità, disciplinato dal D.P.R. 11 novembre 1961 n. 257, già predisposto come organo centrale dell'amministrazione sanitaria ma in pendenza di rideterminazione delle attribuzioni con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico, esprime parere obbligatorio sui regolamenti che interessino la salute pubblica, sulle convenzioni sanitarie internazionali, sui progetti di edilizia ospedaliera, sulle istruzioni obbligatorie ai fini della tutela della salute, sugli insetticidi, sui lavori pericolosi ed insalubri, sulle norme igieniche in materia di lavoro e di ambienti di lavoro, sulle grandi opere di pubblica utilità, sugli attestati di produzione industriale in materia di bevande e commestibili, sugli elenchi degli stupefacenti, sulla registrazione delle specialità medicinali e sull'organizzazione dei servizi di prevenzione dei danni da emanazioni radioattive e da contaminazioni atmosferiche²⁹.
- L'Istituto superiore di sanità, creato con R.D. 11 gennaio 1934 n. 27³⁰, è ristrutturato come organo tecnico scientifico del Sistema sanitario nazionale dotato di strutture e ordinamenti particolari e di autonomia scientifica, dipende dal Ministro della Sanità ed è incaricato della collaborazione con le regioni e, loro tramite, con le unità sanitarie locali, fornisce le informazioni e le consulenze eventualmente necessarie nelle materie di competenza statale. Organizza, in collaborazione con regioni, università ed istituzioni pubbliche, sulla scorta di programmi ministeriali, corsi di aggiornamento e specializzazione per gli operatori sanitari, appronta periodicamente l'inventario nazionale delle sostanze chimiche corredato delle caratteristiche chimico-fisiche il

²⁸ L. 23 dicembre 1978 n. 833

²⁹ D.P.R. 11 novembre 1961 n. 257

³⁰ prima istituto di sanità pubblica, venne denominato istituto superiore di sanità con R.D. 17 ottobre 1941 n. 1265 riorganizzato con la legge n. 724 del 1952 per la ricerca scientifica, la produzione di serie, vaccini e sostanza antibiotiche, ed il controllo tecnico scientifico per conto dello Stato.

tossicologico necessarie per la valutazione del rischio sanitario connesso alla loro presenza nell'ambiente, svolge attività di ricerca ed è organizzato in laboratori³¹.

- L'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, subentrato ai soppressi E.N.P.I. (ente nazionale per la prevenzione degli infortuni) e A.N.C.C. (associazione nazionale per il controllo della combustione) , a seguito del D.P.R. 31 luglio 1980 attuativo dell'articolo 23 della L. 833, è organo tecnico scientifico che si colloca nel sistema sanitario nazionale alle dipendenze del ministro ma con autonomia amministrativa, funzionale e tecnico-scientifica. Gli spettano compiti di ricerca, studio, sperimentazione ed elaborazione dei criteri e delle metodologie per la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni ed inoltre di individuazione dei moduli di sicurezza per la omologazione di macchine, di componenti di impianti, di apparecchi e strumenti di protezione. In particolare deve uniformarsi ai seguenti principi:
 - A. attendere a tutte le attività tecnico scientifiche e le funzioni consultive in merito alle malattie professionali e gli infortuni sul lavoro;
 - B. svolgere attività di consulenza tecnico scientifica nei confronti degli organi statali agenti nel settore del lavoro e della produzione;
 - C. assolvere alla ricerca, elaborazione e sperimentazione di tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in connessione con l'evoluzione produttiva;
 - D. collaborare con le regioni e le unità sanitarie locali;
 - E. agire secondo criteri di programmazione in collegamento con l'istituto superiore di sanità, il C.N.R. e il C.N.E.L. , avvalendosi altresì degli istituti scientifici pubblici e privati
 - F. elaborare criteri per le norme di prevenzione degli incendi interessanti attrezzature e impianti.

³¹ R.D. 11 gennaio 1934 n. 27

Suo organo di consulenza è il comitato tecnico scientifico (composto dal direttore, da 12 esperti in medicina e igiene del lavoro e della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, da 9 esperti ministeriali, da tre esperti designati dal C.N.R. , C.N.E.N. e I.N.A.I.L. , dai direttori dei dipartimenti) , mentre la sua organizzazione è ripartita per dipartimenti operativi tra loro coordinati ed integrati, per la ricerca, la proposta di regolamentazione, la documentazione e la consulenza per impianti a rischio³².

2.3 : L'amministrazione Autonoma

L'amministrazione autonoma e decentrata, dotata di un proprio potere di organizzazione e di programmazione, ripete l'ordinamento statuito dall'articolo 114 del titolo V della costituzione che ripartisce il territorio dello Stato in regioni o enti autonomi con propri poteri e funzioni, in province e in comuni o enti locali autarchici. La legislazione ordinaria invece , rispetto al tit. V della Costituzione, disciplina l'associazione tra comuni e la formazione dell'ente intermedio denominato U.S.L. (Unità sanitaria locale).

L'autonomia regionale è vera ed efficace perché esplica facoltà legislative in una scala che va da una sfera di materie di competenza diretta ed esclusiva, ad un'altra di competenza concorrente e suppletiva, perché anche lo stato vi può, quando crede, legiferare, ed infine alla sfera d'integrazione e di applicazione delle leggi statali. L'attività legislativa regionale, perciò, si muove nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre regioni (art. 117) , per un elenco di materie che al quinto punto enumera la beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera che oggi rappresenta il settore unitariamente integrato dell'igiene, della sanità e dell'assistenza sociale.

Dopo lo stato, quindi, si pone la regione come centro di poteri normativi e di funzioni amministrative (per l'art. 118 della Costituzione) e come livello di ulteriore decentramento perché obbligata sia a rispettare le funzioni di interesse esclusivamente locale e sia ad

³² D.P.R. 31 luglio 1980 attuativo dell'articolo 23 della L. 833

esercitare normalmente le proprie funzioni delegandole agli enti minori (la regione esercita normalmente le sue funzioni amministrative delegandole alle province, ai comuni e ad altri enti locali o valendosi dei loro uffici). Le regioni si distinguono in due tipi, quelle a statuto speciale³³ generate con legislazione costituzionale e quelle a statuto ordinario ordinate dalla legge 10 febbraio 1953 n. 62 modificata dalla L. 16 maggio 1970 n. 281 che pongono precisi limiti di competenza (materie e gradi di potestà) e di azione (i cosiddetti principi fondamentali quali risultano da leggi che espressamente li stabiliscono per le singole materie o quali si desumono dalle leggi vigenti).

Nel biennio 1970-71 le regioni hanno atteso alla formazione dei loro statuti, che nell'impianto ricalcano il modello costituzionale compreso il preambolo precettistico, talvolta minuzioso e prolisso, una tavola di valori tra i quali si trova un'esplicita dichiarazione sulla sanità e la salute. Dedicano un articolo a questo specifico tema il Piemonte, che accentua l'intervento nel campo del lavoro, come controllo ambientale e come gestione partecipativa, l'Umbria che privilegia l'edificazione di un sistema di sicurezza sociale e la programmazione, e l'Abruzzo che ricapitola tutti gli aspetti socio-assistenziali legati alla tutela della salute, mentre le altre introducono magari un esplicito inciso nel contesto di una norma precettiva più ampia e complessa, ispirato ad un concetto:

- Di salute come variabile dei servizi sociali, allineata all'abitazione, all'istruzione, ai trasporti, allo sport ecc... (Liguria ; Veneto ; Toscana ; Lazio ; Campania);
- Di salute affermata come un diritto positivo e sociale in un ventaglio di altri diritti civili quali il lavoro, lo studio, la sanità dell'ambiente (Liguria ; Marche);
- Di salute in quanto componente della sicurezza sociale (Emilia-Romagna ; Calabria);
- Di salute quale oggetto del servizio sanitario trascritto sul glossema della terminologia corrente (Molise ; Puglia).

³³ Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, o regioni di frontiera o plurilinguistiche, e Sicilia e Sardegna o regioni insulari.

Le funzioni legislative in quella che per consuetudine viene ancora classificata materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, infine, sono state unificate e pareggiate per tutte le regioni dagli art 11 e 80 della legge 23 dicembre 1978 n.833 .

Il processo di decentramento si è svolto in tre fasi, con il D.P.R. 14 gennaio 1972 n.4³⁴, con il D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616³⁵ e da ultimo con l'istituzione del Sistema sanitario nazionale sono trasferite o delegate o comunque attribuite alle regioni le funzioni già esercitate da organi centrali e periferici dello Stato (consigli provinciali di sanità, il comitato provinciale di coordinamento dell'attività ospedaliera, la commissione di vigilanza sugli ospedali psichiatrici, consorzi e dispensari, ecc...) e quelle classificabili nelle seguenti categorie di interessi:

- A. la prevenzione e cura di qualunque tipo di malattia;
- B. la prevenzione delle malattie professionali la salvaguardia della salubrità, dell'igiene e della sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
- C. la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità fisica, psichica e sensoriale;
- D. l'igiene degli insediamenti urbani e delle collettività;
- E. la tutela igienico sanitaria delle sostanze alimentari e bevande, comprese le acque minerali e termali;
- F. l'igiene e la tutela sanitaria dell'attività sportive;
- G. la promozione dell'educazione sanitaria e l'attuazione di un sistema informativo sanitario;
- H. la formazione degli operatori sanitari, esclusa quella universitaria post-universitaria;
- I. l'igiene e l'assistenza veterinaria;
- J. i compiti già assolti da organismi ed uffici statali o pubblici, centrali e periferici, nei settori non riservati all'esclusiva competenza statale.

³⁴ Per il predetto articolo le attribuzioni degli organi centrali e periferici dello Stato nelle materie indicate dall'articolo 117 della costituzione sarebbero state trasferite alle regioni per settori organici e nel rispetto delle esigenze dell'autonomia e del decentramento. Questo decreto tratta della sola assistenza sanitaria ed ospedaliera mentre la beneficenza pubblica è oggetto del D.P.R. 15 gennaio 1972 n. 9.

³⁵ Di attuazione della L. 22 luglio 1977 n. 382 sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione. Vede. cap. IV intitolato assistenza sanitaria ed ospedaliera.

La polarizzazione finale del decentramento si è perfezionata con la redistribuzione dei livelli delle competenze e delle funzioni tra i vertici del sistema amministrativo, cioè Stato, Regioni, ed enti locali, e con l'istituzione periferica delle unità sanitarie locali.

2.4 : Il costo della sanità per lo stato tra il 1945 e il 1960

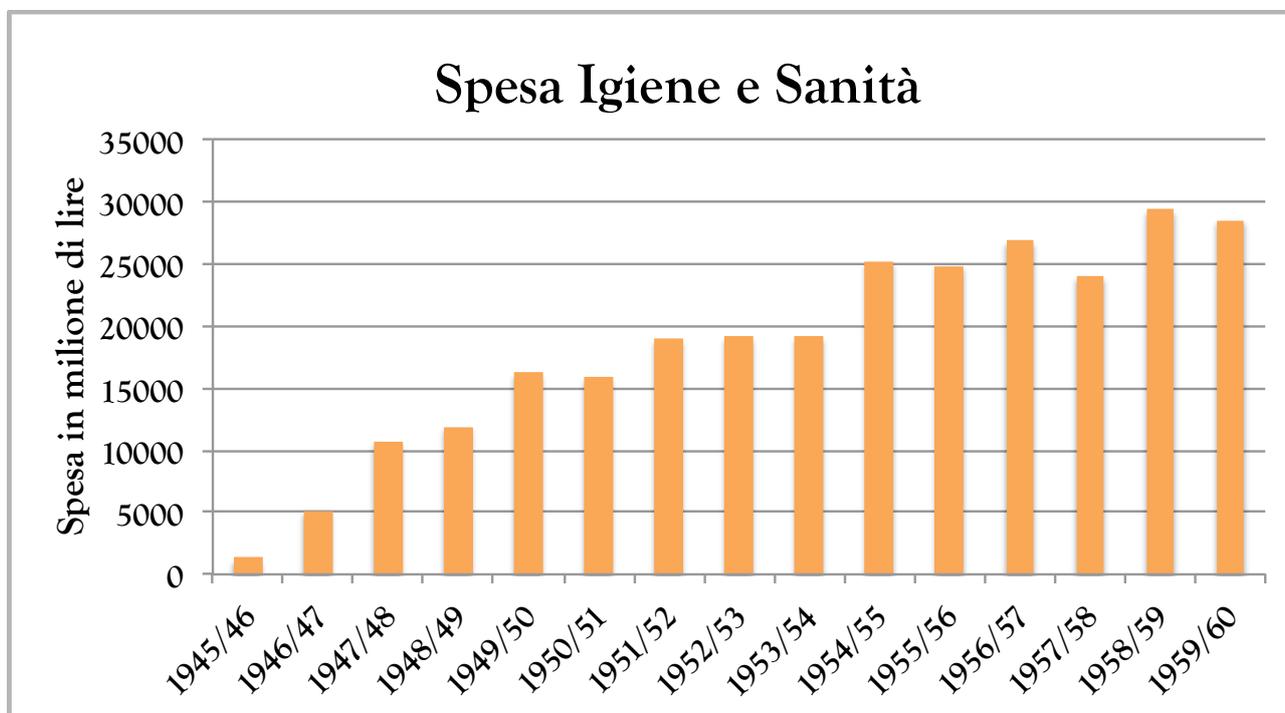
Tabella 2.1³⁶ (Tabella riepilogativa spese 1945/1960)

(dati in milioni di lire)	Spesa igiene e sanità	Spesa Totale	%Sanità su Spesa Tot.
1945/46	1307	258599	0,50542%
1946/47	5160	720520	0,71615%
1947/48	10670	991140	1,07654%
1948/49	11931	1181866	1,00951%
1949/50	16250	1770749	0,91769%
1950/51	15902	1991710	0,79841%
1951/52	19002	2073086	0,91660%
1952/53	19118	2108993	0,90650%
1953/54	19138	2339100	0,81818%
1954/55	25174	2623200	0,95967%
1955/56	24873	2763300	0,90012%
1956/57	26843	2983057	0,89985%
1957/58	24017	3451651	0,69581%
1958/59	29346	3398560	0,86348%
1959/60	28547	4589162	0,62205%

(Nella tabella 2.1 non si è andato ad analizzare il pil in quanto la sanità pubblica fino al 1960 ancora non ha assunto un ruolo principale nel bilancio statale).

³⁶ Istituto Nazionale di Statistica , Sommario di statistiche storiche 1926-1985 , Roma , 1987

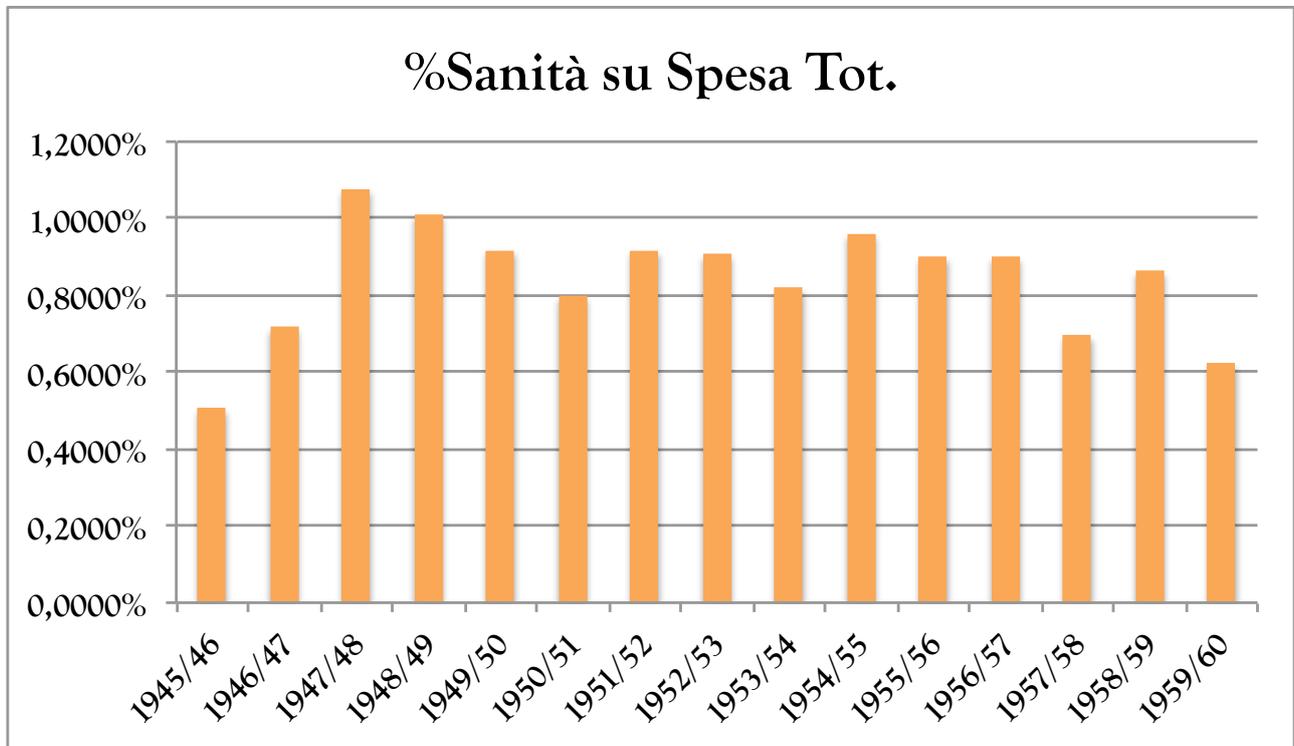
Tabella 2.2³⁷



La tabella 2.2 mostra l'andamento della spesa sempre crescente nel tempo. L'aumento esponenziale della spesa che passa dai 1307 milioni di lire del 1945/46 ai 29346 milioni di lire del 1958/59 è dovuto al boom economico del dopoguerra.

³⁷ Istituto Nazionale di Statistica , Sommario di statistiche storiche 1926-1985 , Roma , 1987

Tabella 2.3³⁸



La tabella 2.3 mostra come il peso della sanità sulle uscite statali sia ancora irrilevante, (rispetto agli anni 80 in poi) infatti la percentuale più alta pari all' 1,07% si ha nell'anno 1947/48!

³⁸ Istituto Nazionale di Statistica, Sommario di statistiche storiche 1926-1985, Roma, 1987

Capitolo 3 : Il Sistema Sanitario Nazionale o S.S.N.

Il Sistema Sanitario Nazionale , che nasce con la L. 23 dicembre 1978 n. 833, permette finalmente di attuare, integralmente, il precetto stabilito dall'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.”

3.1 : Principi e Finalità del S.S.N.³⁹

Istituito con la L. 23 dicembre 1978 n. 833, il servizio sanitario nazionale (S.S.N.) intende realizzare in termini politici o di generale interesse , per via di una condotta democratica di insieme, e con metodologia processuale, mediante lo scorrimento di piani e di adeguamenti graduati ai bisogni ed alle risorse, la sicurezza sociale. Nei suoi aspetti essenziali si può affermare che questo sistema, essendo razionale ed organico, è organizzato secondo una logica unitaria ma altrettanto differenziato nelle sue componenti, e pertanto:

1. consiste nel complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute psico-fisica, soprattutto come nesso di interazioni tra l'elemento biologico e quello mentale, di tutta la popolazione (cittadini residenti e presenti, stranieri, ecc...);
2. assicura il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale

³⁹ L. 23 dicembre 1978 n. 833

attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività in vista del benessere integrazione sociale;

3. compete, in una scala di responsabilità, allo stato, alle regioni, agli enti locali territoriali (comuni singoli o associati, province, comunità montane), ed ai cittadini che possono partecipare o intromettersi nella programmazione, nella gestione e nel controllo dei servizi per mezzo di organismi istituzionali (partiti, sindacati, comitati, ecc...) o informali (associazioni, gruppi spontanei o di pressione, ecc...).

Principi costituzionali del S.S.N. sono infatti l'obiettivo del pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese⁴⁰, la particolare tutela della maternità, dell'infanzia e della gioventù⁴¹, della salute⁴², del lavoro con garanzie specifiche per le donne lavoratrici e per i minori⁴³, e del livello di vita dei lavoratori specie in caso di infortunio, malattia, invalidità, l'assistenza ai cittadini inabili al lavoro ed il recupero dei soggetti minorati⁴⁴.

A lato di una così estesa fascia di lavori, derivati da una ideologia solidaristica della società che è appunto la premessa ad ogni compiuto sistema di sicurezza sociale, si impongono anche gli obblighi relativi al ruolo delle autonomie locali e le competenze amministrative distribuite per bacini o ambiti territoriali comunque facenti capo al decentramento regionale.

Sono, in particolare, principi specifici e finalistici:

- la tutela della salute fisica e psichica, considerata però nella sua globalità;
- il rispetto della libertà e della dignità, della capacità di manifestazione e di significazione proprie della persona umana;
- la condizione di uguaglianza dei soggetti;

⁴⁰ Vedi Art. 3 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴¹ Vedi art. 31 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴² Vedi art. 32 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴³ Vedi art 35 e 37 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴⁴ Vedi art 36 e 38 L. 23 dicembre 1978 n. 833

- il diritto di partecipazione dei cittadini all'attuazione del servizio;
- il concorso dell'associazionismo volontario o della collaborazione spontanea e non onerosa di gruppi organizzati per motivi di filantropia;
- il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura;
- la non obbligatorietà, il regime ordinario, degli accertamenti e dei trattamenti sanitari.

La finalità della salute, negli aspetti, nelle condizioni e nei modi predetti, si conseguono mediante due categorie di obiettivi.

Obiettivi generali o strumentali, non necessariamente pertinenti all'oggettiva realtà della salute ma ad essa indispensabile ed utili, sono quelli rivolti:

- al superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni igienico-sanitarie, in modo che l'intero apparato risulti omogeneo;
- alla sicurezza del lavoro nelle fabbriche e negli altri luoghi di riproduzione;
- alla procreazione pianificata ovvero responsabile e consapevole ed alla protezione della maternità e dell'infanzia (fattori di rischio connessi con la gravidanza ed il parto e tassi di patologia e mortalità perinatale ed infantile);
- allo sviluppo nell'età evolutiva (servizi medico-scolastici);
- alla protezione della salute nelle attività sportive, dell'igiene mentale, del benessere degli anziani;
- all'eliminazione delle cause inquinanti, l'atmosfera, le acque e il suolo.

Di carattere settoriale sono invece gli obiettivi finalizzati:

- alla formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una pertinente educazione del cittadino anche nell'intreccio delle correzioni sociali;
- alla prevenzione delle malattie e degli infortuni o dei fattori di debilitazione e di invalidazione del soggetto;
- alla diagnosi e cura degli eventi morbosi ed alla riabilitazione somatica e psichica;

- alla protezione della salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro;
- alla difesa sanitaria dei patrimoni zootecnici e del rapporto tra animale e uomo;
- alla disciplina del farmaco;
- alla formazione professionale permanente ed all'aggiornamento scientifico del personale.

Al centro di un così vasto processo di riforma si colloca, dunque, la persona umana con le esigenze della sua educazione e della formazione della sua coscienza alle conseguenze dei cambiamenti socio-culturali e tecnico-Scientifici che investono:

- A. un mutamento dell'azione per la salute di fronte ai crescenti e gravi danni o rischi di danno che il moderno stile di vivere produce;
- B. il passaggio da una tradizionale patologia infettiva a decorso definito nel tempo a una patologia minorante, cronica e letale, da neoformazione, degenerazione e usura;
- C. una progressiva medicalizzazione dei problemi esistenziali, di cui si affidano stress, difficoltà e soluzioni alla terapia medica e farmacologica;
- D. il trasferimento del classico rapporto fiduciario paziente-medico a una organizzazione burocratica, amministrativa, collettiva, con la conseguente standardizzazione del bisogno sanitario;
- E. un incombente informazione ipertrofica che prende a complicare e moltiplicare bisogni-consumi sanitari e sovente rimette in discussione presupposti etici vitali per la società.

Dalla fine del 18° secolo ad oggi si è passati da una dottrina individuale a una dottrina sociale ed al soccorso assistenziale dapprima mediante un istituto pubblico di risorse per i poveri infermi e poi con il metodo della mutualità (assicurazione sociale) o principio della comunione e divisione dei rischi contro taluni eventi possibili (malattia, invalidità, infortunio, disoccupazione) o futuri (vecchiaia e morte) con un riparto degli oneri tra tutti gli aventi-causa. La salute che , fino a 19° secolo, era considerata un bene esclusivamente

privato e sotto l'influsso della medicina sociale accenna ad essere valutata come un interesse della collettività, la quale avrebbe avuto migliori condizioni a patto che migliore e più tutelata fosse stata la salute del singolo, diventa finalmente una dominante culturale e dà luogo a due esiti ormai irreversibili.

Il primo è conclusivo di un itinerario procedurale assai travagliato ma coerente che, come fase preparatoria all'istituzione del servizio sanitario nazionale, si articolata nella L. 17 agosto 1974 n. 386 sul finanziamento della spesa ospedaliera e avvio della riforma sanitaria e nella L. 29 giugno 1977 n. 349 sul trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici anch'essa in vista della riforma sanitaria.

L'altro è la dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria di base (A.S.B.) o sulla piattaforma minima ed essenziale per concepire un moderno ordinamento dell'assistenza sanitaria e della protezione igienica della vita umana, che riassume “quelle prestazioni essenziali che sono fondate su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide ed accettabili sul piano sociale; prestazioni che devono essere accessibili alle singole persone e alle famiglie di una comunità, previa la loro partecipazione e realizzabili a costi che la collettività e il Paese nel suo complesso possono sostenere in ogni fase dello sviluppo e in uno spirito di autodeterminazione, primo livello in corrispondenza del quale i singoli, le famiglie e le comunità entrano in contatto con il sistema sanitario, avvicinando il più possibile i trattamenti sanitari ai luoghi dove la gente lavora, il primo elemento di un processo continuo di tutela della salute”⁴⁵.

⁴⁵ Buiatti E. , Manuale di sanità pubblica , Firenze , Cartocci , 1983 , pag 24.

3.2 : I livelli di competenza e funzione⁴⁶

Con il termine “livello” generalmente si vuole intendere un volume quali-quantitativo, una categoria di elementi ovvero una graduatoria di modalità diverse, di competenze e di funzioni amministrative. Sono “competenze” i campi di azione organizzativa e di ordinamento normativo in una specifica materia, distintamente attribuiti a enti capaci di sovranità (Stato) o autonomia (Regioni) o di autarchia (Enti locali). Sono “funzioni”, invece, i compiti e gli interventi, complessivi o settoriali, di autorizzazione, di esecuzione e di verifica che gli organismi (uffici e servizi) e gli organi (corpi rappresentativi) degli enti assolvono in virtù della propria capacità ad agire.

Per l'attuazione del S.S.N. le competenze e quindi le funzioni sono ripartite tra Stato, Regioni, Enti locali territoriali, fatta però salva e garantita la partecipazione dei cittadini (art. 1).

In via principale attiene allo Stato di determinare gli obiettivi della programmazione sanitaria sulla cui base vengono fissati i livelli delle prestazioni a favore dei cittadini ed inoltre di imporre un indirizzo generale⁴⁷, sia direttamente verso le regioni che in modo indiretto agli enti strumentali attraverso e per mezzo delle regioni, di azione e di coordinamento. Gli è anche riservato, come sua esclusiva competenza, tutto quanto concerne i rapporti internazionali, la profilassi, i farmaci⁴⁸, i prodotti alimentari, gli stupefacenti, gli standards dei prodotti industriali, le sostanze chimiche e le fonti energetiche, le acque minerali e termali, l'antinfortunistica, i trapianti, le professioni sanitarie, le organizzazioni speciali ed autonome.

Tutte le funzioni amministrative sono, quindi, assolve dalla regione con l'obbligo:

⁴⁶ L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴⁷ Vedi art. 5 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁴⁸ Vedi art. 6 e 7 L. 23 dicembre 1978 n. 833

- A. di rispettare i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e gli interessi delle altre regioni⁴⁹;
- B. di coordinare l'intervento sanitario con gli altri settori (economici, sociali e territoriali)⁵⁰;
- C. di unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale⁵¹;
- D. di assicurare la corrispondenza tra costi e benefici⁵²;
- E. di adottare il metodo della programmazione pluriennale e della partecipazione democratica⁵³;
- F. di determinare, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali in coincidenza con quelli dei servizi sociali⁵⁴;
- G. di assorbire le funzioni già esercitate dagli uffici del medico e del veterinario provinciale e degli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili⁵⁵;
- H. di coordinare con gli organi della sanità militare l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili in caso di calamità e l'uso dei servizi di prevenzione delle U.S.L. a favore dei militari.

Alle province spetta approvare, nello schema di piano regionale, la localizzazione dei servizi sanitari ed esprimere parere sulle delimitazioni territoriali; si tratta di una funzione ininfluyente ed accessoria, condizionata nel tempo fino alla riforma delle autonomie locali⁵⁶ che deve restituire un ruolo a questo secolare istituto dipartimentale, la quale intende

⁴⁹ Vedi art. 117 Costituzione Italiana

⁵⁰ Vedi art. 1 comma 4 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁵¹ Vedi art. 11 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁵² la formula costo dei servizi e relativi benefici non è basata su una equazione economico-aziendalistica ma sul rapporto tre elementi disomogenei, l'uno d'ordine economico e l'altro sociale, o di tipo socio-politico. Si può presumere che non abbia prevalenza la disponibilità delle risorse ma la programmazione degli obiettivi sulla ponderazione dei mezzi.

⁵³ vedi L. 19 maggio 1976 n. 355 sulla pluriennialità di bilancio

⁵⁴ sul territorio si realizza l'integrazione tra servizio sanitario ed intervento sociale in un ambito simile al distretto scolastico che rappresenta, appunto un modello di riferimento.

⁵⁵ con il D.P.R. 14 gennaio 1972 n. 4 erano già stati trasferiti i relativi uffici provinciali, e la dipendenza funzionale di quelli comunali.

⁵⁶ Vedi art. 12 L. 23 dicembre 1978 n. 833

caratterizzare entro i confini delle circoscrizioni amministrative tradizionali i criteri di determinazione delle “zone territoriali” e che dovrebbe essere tecnicamente imperniata sugli elementi concreti in senso economico, etnico e sociologico della omogeneità.

Le funzioni amministrative residue, in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera⁵⁷ ma anche in tutto il settore dell'igiene e della sanità pubblica coordinatamente al settore dell'assistenza sociale, sono attribuite ai comuni in forma singola o associata, mediante le unità sanitarie locali, fatto però salvo:

- il potere proprio del sindaco quale autorità sanitaria locale, ai sensi della legge comunale⁵⁸, per i provvedimenti urgenti e indifferibili per la salvaguardia dell'igiene e sanità nel territorio di giurisdizione;
- il potere di ordinanza contingibile e urgente del Ministro della Sanità, anche per la polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a una fascia interregionale;
- il potere del presidente della giunta regionale nelle medesime materie e per l'intero o parte, comprendente più comuni, territorio regionale;
- le attività d'istituto delle forze armate per le ordinanze, gli accertamenti preventivi, d'istruttoria e di esecuzione di provvedimenti che ricadono sotto la responsabilità dell'autorità competenti;
- i poteri degli organi statali preposti alla tutela dell'ordine pubblico;
- il dovere di assicurare la partecipazione sociale in tutte le fasce di programmazione, di gestione e di controllo di rispondenza dei piani alle finalità del servizio.

Le prestazioni assistenziali sono classificate secondo la dimensione territoriale-demografica, la consistenza dei servizi e dei presidi, la probabilità di frequenza e di uso, e sono assegnate a tre istituzioni. I servizi di primo livello e di pronto intervento sono erogati dal distretto sanitario di base⁵⁹, mentre alla gestione dei compiti previsti dal S.S.N. provvedono i comuni

⁵⁷ Vedi art. 13 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁵⁸ Vedi art. 153 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁵⁹ Vedi art. 10 L. 23 dicembre 1978 n. 833

per mezzo dell'unità sanitaria locale⁶⁰. La legge regionale, infine, individua i presidi e i servizi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri che, per le finalità perseguite e per le caratteristiche specialistiche svolgono attività prevalentemente rivolte a territori la cui estensione includa più di una unità sanitaria locale⁶¹ ed individua anche analoghi “servizi multizonali” di prevenzione in relazione all’ubicazione ed alla consistenza degli impianti industriali ed alle peculiarità dei processi produttivi agricoli, artigianali e di lavoro a domicilio⁶². Sono inoltre considerati presidi ospedalieri “multizonali”⁶³, per la sola parte assistenziale, gli istituti che insieme a prestazioni di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica o Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico riconosciuti con decreto del Ministro della sanità. I servizi “multizonali” sono definibili in base all’esperienza ed alle caratteristiche del bacino d’utenza, alla specializzazione ed alla frequenza delle prestazioni erogate ed alla peculiarità dei rischi lavorativi nei casi dei centri di igiene e medicina del lavoro, mentre speciale cura è riservata alle attività di rilievo interregionale. È riservata infine al Ministro della sanità, d'intesa con le regioni e sentito il consiglio sanitario nazionale, la definizione tipologica degli standards qualitativi e quantitativi e della soglia minima di utenza per le funzioni “multizonali” che si allargano oltre l'ambito di una singola regione come è riservato, ad accordi tra le regioni, l'impianto di nuovi presidi o servizi.

⁶⁰ Vedi art. 11 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁶¹ Vedi art. 18 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁶² Vedi art. 22 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁶³ Vedi art. 42 L. 23 dicembre 1978 n. 833

3.3 : L'unità sanitaria locale , U.S.L.⁶⁴

L'unità sanitaria locale (U.S.L.) , modello amministrativo privo di propria personalità giuridica organizzato nel territorio, poiché affidatari dei compiti del S.S.N. sono i comuni e le comunità montane, è lo strumento per la gestione unitaria della tutela della salute. Più propriamente, questo presidio di protezione globale della salute⁶⁵ è collocato a livello dell'intervento sanitario di base, con funzioni eminentemente preventive, di medicina sociale e di educazione sanitaria in modo da riassumere in una unica struttura tutte le competenze e tutte le funzioni sanitarie ripartite a livello locale⁶⁶.

Già nel 1967, nei documenti propositivi per la riforma sanitaria di base⁶⁷ è descritta come unità territoriale dei servizi sanitari di base, riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione, la cui dimensione è rapportata ai criteri della consistenza demografica, della conformazione socio-territoriale, dei limiti di efficienza e dei costi dei servizi. Sotto il profilo della configurazione giuridica⁶⁸ prevalgono, invece i criteri di utilizzazione delle strutture organizzative del Comune, della rappresentatività democratica nella gestione e della riserva alla dimensione provinciale e a quella regionale dei servizi sanitari cosiddetti di secondo e terzo livello.

⁶⁴ L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁶⁵ La definizione è all'articolo 10 .Gestione unitaria e protezione globale risultano essere, quindi, due aspetti complementari; il primo caratteristicamente amministrativo e l'altro tecnico-funzionale, del problema di tutela-protezione della salute.

⁶⁶ L. 27 luglio 1967 n. 685 sul piano di sviluppo economico 1965-69, cap VII sulla sicurezza sociale , par. 4 , che contiene anche i principi e la terminologia del S.S.N. da attuarsi gradualmente in parallelo alla graduale unificazione dei trattamenti di malattia , par. 3.

⁶⁷ ministero della Sanità, documenti conclusivi della commissione consultiva generale per la riforma sanitaria di base; doc. Prof. A. Seppilli , par. II e III.

⁶⁸ Al par. V è detto che la U.S.L. intesa topograficamente e funzionalmente è una circoscrizione sanitaria e perciò non è un ente, con i servizi di vigilanza igienica e profilassi, di assistenza medica domiciliare ed ambulatoriale, ospedaliera e preventiva, di riabilitazione e di recupero; ma successivamente ne è ampliata l'analisi delle forme assistenziali.

Questa specie di codice dei moduli fondamentali della riforma, che dovrà sostituire l'impianto del sistema assicurativo-mutualistico con quello della sicurezza sociale, viene in certo modo omologata nel 1969 dal ministero della sanità⁶⁹ con uno schema che ipotizza la U.S.L. :

- A. come governo di espressione dei poteri degli enti locali, che restano pertanto gli attori della volontà giuridica;
- B. come articolazione periferica del S.S.N. per assicurare nel territorio gli interventi di qualsiasi tipo finalizzato alla protezione globale della salute;
- C. come unità, e quindi non un ente, o corpo dotato di dimensione territoriale e di un contingente di popolazione;
- D. come elementi, cioè, ripetibili in distretti (ai quali fanno capo gli ambulatori poli-specialistici) e condotte (sub-unità che assicurano il servizio di assistenza medico-generica e farmaceutica);
- E. come elementi sovradimensionati, con legge regionale, per la gestione delle attività di sanità pubblica a livello superiore, in modo da formare una piramide di funzioni dello stesso ordine del settore ospedaliero (funzioni regionali, provinciali e zonali, le maggiori integrative delle minori e , viceversa, quelle di base operative anche per le superiori)⁷⁰.

È però dopo un decennale largo dibattito di proposte politiche e tecniche promosse dai partiti, dalle organizzazioni sindacali, dalle commissioni di studio e dopo una fioritura di progetti legislativi, che la legge 833 definisce l'unità sanitaria locale mediante un fascio di linee strutturali coordinate secondo:

- A. un complesso dei presidi, uffici e servizi;

⁶⁹ Ministero della Sanità, schema di U.S.L. elaborato dalla commissione istituita il 25 novembre 1969 con Presidente il Prof. P. Valdoni e altri 60 membri.

⁷⁰ vedi L. 12 febbraio 1968 n. 132, artt. 20 ss.

- B. i comuni, singoli o associati, e le comunità montane⁷¹;
- C. un ambito territoriale determinato⁷²;
- D. assolvono ai compiti del S.S.N. ⁷³ ;
- E. la sub-articolazione in distretti sanitari di base, o strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento⁷⁴ ;
- F. soggetta alla più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali e dei cittadini, in tutte le fasi della programmazione delle attività e della gestione sociale dei servizi, del controllo della loro funzionalità rispondenza alle finalità del S.S.N. ed agli obiettivi dei piani regionali⁷⁵ ;
- G. integrata con i servizi sociali esistenti nel territorio⁷⁶.

In termini di organigramma si tratta di una dimensione o misura quantitativa, sia totale che articolata, di strutture variamente classificate, strumentali rispetto agli enti autarchici o disposti a consentirne il raggiungimento di specifici fini, distribuite nel territorio, per funzioni di secondo e di primo livello gestite con partecipazione democratica sotto il profilo dei programmi, delle operazioni e dei controlli.

In senso amministrativo e burocratico il funzionamento⁷⁷ delle unità sanitarie è affidato:

⁷¹ per l'art. 13 sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non sono espressamente riservate allo Stato e alle regioni, che le esercitano in forma singola o associata mediante le U.S.L. che risulta essere una struttura operativa dei comuni, singoli e associati e delle comunità montane.

⁷² L'ambito territoriale di attività della U.S.L. è delimitato: di regola per gruppi tra i 50 e i 200 mila abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geo-morfologiche e socio-economiche della zona, a seconda che la popolazione sia particolarmente concentrata o sparsa.

⁷³ la gestione unitaria della tutela della salute vedi art. 10

⁷⁴ per deliberazione dei comuni o delle comunità montane sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale

⁷⁵ Artt. 13 e 35 ed inoltre disciplinano la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi. Forme di partecipazione e di delega dei poteri ai consigli circoscrizionali sono previste dall'art 15.

⁷⁶ art. 15, ma sulla base di norme stabilite con legge regionale, per cui alcune regioni hanno emendato per ampliamento la denominazione della struttura in U.L.S.S. , o unità locale socio-sanitaria.

⁷⁷ Vedi art. 15 L. 23 dicembre 1978 n. 833

1. all'assemblea generale dei rappresentanti degli enti associati, che approva gli atti fondamentali ⁷⁸;
2. al comitato di gestione ed al suo Presidente, che lo rappresenta, per tutti gli atti di amministrazione;
3. all'ufficio di direzione (distintamente, sanitaria e amministrativa) che in modo collegiale è preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale.

Tra le sue competenze l'unità sanitaria provvede⁷⁹ :

- A. all'educazione sanitaria, sia in assoluto⁸⁰ che mediante la partecipazione degli utenti all'attuazione dei servizi⁸¹;
- B. all'igiene ambientale;
- C. alla prevenzione, individuale e collettiva, delle malattie fisiche e psiche;
- D. all'assistenza (materno-infantile, scolastica, pediatrica, del lavoro, dello sport, medico-generica, specialistica, infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, ospedaliera, farmaceutica);
- E. alla riabilitazione;
- F. alla polizia veterinaria;
- G. alle prestazioni medico-legali;
- H. all'igiene della produzione e del commercio degli alimenti e delle bevande;

⁷⁸ bilancio, conto consuntivo, piani e programmi pluriennali, piante organiche, regolamenti e convenzioni.

⁷⁹ I provvedimenti sono elencati all'art 14 c. 3 , mentre l'art. 19 disciplina le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione, di medicina legale. La prevenzione è trattata agli artt. : 20 (attività: fattori di nocività negli ambienti di vita e di lavoro, registri dei dati ambientali e biostatici ecc...), 21 (servizi di igiene ambientale e di medicina del lavoro), 22 (presidi e servizi multizonali). La cura (prestazioni di assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica) e la riabilitazione (prestazioni per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazione fisiche, psichiche e sensoriali, dipendenti da qualunque causa) agli artt. 26 e 27.

⁸⁰ Vedi art. 19 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁸¹ Vedi art. 13 L. 23 dicembre 1978 n. 833

- I. alla compilazione del libretto sanitario personale⁸², che riporta i dati caratteristici principali della salute dell'assistito, esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori⁸³, rigorosamente coperti dal segreto professionale, su modello approvato con decreto ministeriale comprendente anche le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

La legislazione regionale di attuazione delle unità locali si è ovviamente comportata in parte con rigida uniformità, rispetto sia alla generale norma derivativa che alle singole istituzioni autonome, ed in parte ha innovato entro un campo di prevedibili varianti contenute tra i limiti e le deroghe, le proiezioni, gli adeguamenti e le petizioni di principio consentite dalla legge statale. Riguardo all'identificazione territoriale le 672 unità sanitarie risultano in genere coincidenti con le comunità montane o con le associazioni di comuni e solo in pochi casi con un comune o con le circoscrizioni comunali e risultano proporzionate in conformità alla geo-morfologia di ogni singola regione per cui:

- il 32% (n. 215) servono meno di 50.000 abitanti;
- il 40% (n. 274) servono tra i 50 e i 100.000 abitanti;
- il 19% (n.120) servono tra i 100 e i 200.000 abitanti;
- il 9% (n.63) servono oltre i 200.000 abitanti.

L'aspetto più delicato tocca l'individuazione dei soggetti e le modalità della partecipazione, distribuite a livello tanto di unità che di distretto; ma la casistica è così fitta che non consente tipologie se non per grosse categorie, quali:

1. rispetto ai soggetti: gli enti locali, i consigli di quartiere, le università, le formazioni sociali democratiche, i rappresentanti degli interessi originari degli ospedali, le organizzazioni sindacali, professionali e culturali, gli operatori sanitari, gli organi collegiali della scuola, i cittadini, gli utenti o le collettività;

⁸² Vedi art. 27 L. 23 dicembre 1978 n. 833

⁸³ Vedi art. 33 L. 23 dicembre 1978 n. 833

2. rispetto alle funzioni: la consultazione sugli indirizzi, la proposta di programmi e di piani, la verifica o controllo di gestione, dei risultati e di efficacia.

Per l'organizzazione dei servizi socio-assistenziali è uniformemente previsto, allo stato di azione tendenziale e fino alla riforma dell'assistenza pubblica, che si debba provvedere⁸⁴ anche gli interventi rivolti alla tutela sociale, in particolare di prevenzione e di sostegno ai soggetti in età evolutiva, anziani, emarginati, inabili, handicappati, comunque sollecitata dalle esigenze locali.

⁸⁴ oltre alle prescrizioni elencate all'art. 14.

Capitolo 4: La sanità dalla riforma del 78' ad oggi

4.1: Gli anni 80' e 90'

La legge 883 aveva bisogno di un forte consenso politico e sociale per essere approvata. Nonostante ciò la legge del 1978 trovò subito ostacoli per la sua concreta applicazione a causa della carenza nell'impianto legislativo (per l'incapacità della componente politica e di quella tecnica di arrivare a decisioni comuni) e dell'opposizione della classe medica. Negli anni 80 emergono i primi ingenti buchi di carattere finanziario , nella maggior parte dei casi ereditati dagli enti soppressi. Comincerà così una campagna contro lo sperpero delle finanze pubbliche che riguarderà principalmente la spesa sanitaria (anche se questa era pari solo al 6% del pil , in confronto al 10% degli Stati Uniti e all'8% della Germania)⁸⁵.

Altro problema di fondo delle riforme è rappresentato dalle liste d'attesa ,molto lunghe per ogni servizio offerto dal sistema, che creano il fenomeno del clientelismo portando allo scontento dei cittadini.

Nonostante tutti questi problemi il SSN riesce a raggiungere ottimi risultati soprattutto grazie alle regioni che allargano ai settori socio-sanitari e socio-assistenziali le competenze delle Ulss⁸⁶.

In questi anni vengono emanate piccole leggi di modifica della 883 al fine di eliminare alcune distorsioni del sistema. La più importante novità è rappresentata dai ticket , istituiti per frenare una spesa sanitaria e un consumo che si stanno facendo sempre più pesanti. Questi provvedimenti non riescono a smuovere l'opinione pubblica , che rimane

⁸⁵ Dati Mapelli Vittorio , Il sistema sanitario nazionale , Il Mulino , Bologna , 1999.

⁸⁶ Le Usl vengono trasformate in Ulss , unità locali socio sanitarie, alle quali vengono affidate compiti di assistenza importanti in vari campi come quello della famiglia o quello degli anziani.

dell'idea che il servizio sanitario sia uno dei fattori principali del dissesto finanziario nel quale si trova il paese.

Da questi presupposti comincia a prendere forma , nelle menti di molti politici e economisti importanti l'idea di una politica sanitaria "americana" con lo slogan "Meno stato, più mercato". Questa idea porta il governo , nel 1987 , alla presentazione di un progetto di legge, volto a modificare il precedente disegno di legge del 1978, incentrato sull'introduzione del concetto di "aziendale" nella sanità, sull'azione di scorporamento dei grandi ospedali e di trasformazione delle Usl in aziende autonome finanziate dalle Regioni con il contributo integrativo dello Stato. Purtroppo il progetto decade a causa della fine della legislatura del governo.

Negli anni 90 il ministro De Lorenzo dichiara "La politica ha distrutto la sanità , fuori la politica dalla sanità" , da ciò prende vita il suo progetto di trasformazione del SSN in un "mercato sociale" dove esistono i produttori (gli ospedali) e gli acquirenti dei servizi (Usl) ; tale idea sarà la base del decreto legislativo 502 del 1992 emanato sotto lo stesso ministro De Lorenzo.

4.2: La legge 502 del 1992 e la legge 517 del 1993

4.2.1: Le premesse della riforma

Come detto nel paragrafo precedente negli anni 80 alla domanda crescente di tutela della salute fu risposto in modo illuministico, all'insegna del "tutto, gratuito e subito": ma la spesa corrente per il funzionamento del SSN triplicò il proprio bilancio nel giro di pochi anni. Ciò permise alle forze politiche contrarie alla riforma di iniziare un'offensiva politica, ispirandosi al modello tatcheriano "meno stato, più mercato" e allo slogan "fuori i politici dalla sanità"⁸⁷.

I difetti principali della L. 833 erano: la mancanza di strumenti di governo per i dirigenti e gli operatori per poter servire al meglio la collettività, nel rapporto complesso e difficile tra Enti Locali e USL, nella confusione di ruolo tra organo politico di direzione delle USL (Comitato di Gestione) ed organi tecnici.

C'era la necessità di un riordino del sistema sanitario per poter eliminare tali difetti e per ridurre l'eccessiva spesa sanitaria che aveva provocato grossi buchi finanziari per lo Stato.

Un avvicinamento al riordino del sistema sanitario venne effettuato dalla legge 30/12191 n. 412 di accompagnamento alla legge finanziaria per l'anno 1992. I più rilevanti aspetti innovativi riguardavano: l'affidamento al Governo con effetto 1/1/92 della determinazione dei livelli di assistenza sanitaria per assicurare condizioni di uniformità su tutto il territorio, la responsabilizzazione delle Regioni per la ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessarie; in caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori d'assistenza,

⁸⁷ così entrarono in campo sanitario concetti privatistici di mercato, concorrenza, produttività, analisi dei costi, cittadino non più utente ma cliente.

non compensata da minori spese in altri settori, le Regioni devono fronteggiare la situazione con il ricorso alla propria ed autonoma capacità impositiva; il regime di incompatibilità per il personale del SSN.

Quanto appena detto insieme alla crisi economica mondiale del 1992 , che in Italia fu anche accompagnata dallo scoppio di Tangentopoli , portò il governo presieduto dall'On. Amato a varare, sul finire dell'anno, una imponente manovra economica tra cui figurava l'approvazione della legge delega 23 ottobre 1992 n. 421 che all'Art. 1 prevedeva il riordino della disciplina in materia di sanità. Fu adottato quindi il decreto 30 dicembre 1992 n. 502 che apportò una revisione della legge 833 talmente profonda da essere definita la "riforma della riforma".

4.2.2: "La riforma della riforma"⁸⁸

I principi fondamentali di "globalità" ed "universalità" del diritto alla tutela della salute sanciti con la legge 833/78, non sono stati messi in discussione con le norme di razionalizzazione introdotte con i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, che tuttavia modificano profondamente la natura giuridica delle USL, la loro "territorializzazione", le loro competenze in riferimento alla materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento.

Le principali modifiche introdotte con questo decreto legislativo sono state:

- A. l'attribuzione allo Stato compiti di pianificazione in materia sanitaria, da attuarsi mediate l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale;
- B. l'individuazione da parte dello stato dei "livelli uniformi di assistenza" sanitaria che debbono essere obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini aventi diritto, e definisce annualmente, nel contesto delle leggi finanziarie,

⁸⁸ D. Lgs. 502 1992 e D. Lgs. 517 1993

l'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie; altre prestazioni sanitarie, non previste dai livelli uniformi di assistenza e comunque costi esorbitanti i finanziamenti previsti debbono essere eventualmente finanziati con risorse delle Regioni;

- C. la forte regionalizzazione della sanità: alle Regioni sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende, nel governo di attività di igiene pubblica anche in raccordo con la neocostituita ARPA (Azienda Regionale per la Protezione Ambientale);
- D. le aziende USL non sono più strumenti operativi dei Comuni singoli od associati, ma aziende regionali con propria personalità giuridica ed autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale;
- E. un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni.
- F. la separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali: le funzioni sanitarie sono a carico dell'Azienda Sanitaria, mentre quelli socio-assistenziali sono di competenza degli Enti Locali; le Aziende Sanitarie possono gestire interventi socio-assistenziali soltanto a seguito di delega da parte degli Enti Locali.

Sicuramente uno dei punti principali del decreto è stata l'aziendalizzazione delle USL e l'istituzione di aziende ospedaliere autonome, per rendere più efficiente la gestione delle risorse.

Ciò fu possibile grazie all'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale attribuita alle Aziende Sanitarie (distinte in Aziende USL - ora ASL - Azienda Sanitaria Locale - e ASO - Azienda Sanitaria Ospedaliera), che vengono affidate alla direzione "manageriale" di un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale. Il Direttore Generale sottoscrive

un contratto quinquennale con l'amministrazione regionale con il quale si impegna a perseguire gli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Regionale e specificamente attribuiti alle singole Aziende Sanitarie.

Il Decreto Legislativo 502/92 prevede inoltre una diversa delimitazione del territorio delle Aziende Sanitarie Locali, che possono coprire quello corrispondente ad una Provincia. Le ASL debbono articolarsi in Distretti Sanitari, realtà spesso coincidente con il territorio delle precedenti USL, dotata di autonomia organizzativa e gestionale e sede dei processi di conoscenza della domanda sanitaria, dell'erogazione delle prestazioni di primo livello, di partecipazione e di integrazione della domanda e delle prestazioni sanitarie con i bisogni e le offerte di servizi socio-assistenziali ed educativi.

Altri punti importanti di tale decreto sono:

- il superamento, con strutture sanitarie private e con l'introduzione del sistema dell'accreditamento, dell'istituto delle "convenzioni" (ai fini dell'accreditamento, verranno definiti, con un atto di indirizzo e coordinamento emanato d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, sentito il parere del Consiglio Superiore di Sanità, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli sulla permanenze degli stessi);
- le ASL intratterranno con le strutture accreditate appositi rapporti fondati sulla corresponsione di una tariffa predeterminata, sulla definizione delle modalità di pagamento e sulle verifiche della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate;
- viene introdotta la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito della struttura sanitaria (pubblica o privata) accreditata e del professionista erogante la prestazione.

L'Art. 14 di tale decreto introduce infine disposizioni finalizzate a "garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN". Per questo fine, è previsto:

- la definizione dei contenuti e delle modalità di utilizzo di "indicatori di qualità" delle prestazioni sanitarie relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, le prestazioni alberghiere, l'andamento delle attività di prevenzione;
- la promozione da parte delle regioni di momenti di consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi;
- la realizzazione da parte delle Aziende sanitarie di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso e sulle tariffe; inoltre, i Direttori Generali, annualmente, convocano un'apposita Conferenza dei Servizi aperta alla popolazione per verificare l'attuazione degli obiettivi di sviluppo che l'azienda sanitaria si è data;
- possibilità di presenza ed attività, nell'ambito delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti.

Inoltre gli organi previsti dal decreto 502/92 sono:

1. un Direttore Generale;
2. un Sindaco o la Conferenza dei Sindaci;
3. il rapporto pubblico-privato è ricondotto all'interno della programmazione regionale.

4.3: La spesa sanitaria dal 1960 al 1995

La spesa sanitaria non è altro che l'insieme dei beni e dei servizi che gli individui consumano per curare la propria salute. Essa viene ottenuta attraverso la somma dei consumi sanitari delle famiglie e di quelli collettivi (gli enti pubblici erogano tali servizi, come per esempio gli ospedali)⁸⁹. Il SSN sostiene la spesa sanitaria pubblica, costituita dai consumi collettivi e dalle prestazioni convenzionate, mentre le famiglie con i loro acquisti “privati”, costituiscono la spesa sanitaria privata.

La spesa sanitaria in Italia era all'incirca di 131000 miliardi nel 1995, tra questi 92000 miliardi di spesa pubblica e 39000 di spesa privata. L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil è passata dal 3,6% del 1960 al 7,4% del 1995 da ciò si può notare come tale spesa in più o meno quarant'anni sia quasi raddoppiata⁹⁰. Se utilizziamo i valori nominali tra il 1960 ed il 1995 la spesa sanitaria si è moltiplicata di 153 volte, se utilizziamo i valori reali la spesa si è incrementata di 4,6 volte. In questi anni il tasso medio di crescita reale, pari al 4,5% l'anno, è stato superiore alla crescita media del Pil degli stessi anni, pari al 3,3% l'anno!

Tra il 1960 ed il 1980, proprio in corrispondenza del passaggio alla copertura mutualistica per tutta la popolazione, il tasso di crescita reale della spesa è stato del 6% annuo rispetto al 4,4% annuo di crescita del Pil⁹¹. Invece negli anni tra il 1980 ed il 1995 tale crescita è stata del 2,6% annuo, molto più bassa rispetto agli anni precedenti⁹².

In questi anni appena analizzati, seppur con qualche oscillazione, la spesa sanitaria ha costituito “solo” il 10% della spesa pubblica totale.

Secondo i dati OCSE tra il 1960 ed il 1995 la spesa nominale è aumentata del 15,9% ogni anno, il 10,5% per variazioni monetarie il 4,5% per variazioni reali.

Per variazioni monetarie si intende:

⁸⁹ Coppini Giorgio , La spesa sanitaria italiana nel 1973 , Roma , CIRSS , 1974

⁹⁰ Dati Corrente Elio , La spesa sanitaria in Italia , Roma , Edizioni Lavoro, 1988

⁹¹ Ibidem

⁹² Clerico Giuseppe, La spesa sanitaria , Torino , Università degli studi di Torino , Laboratorio di economia politica S. Cognetti de Martiis , 1984

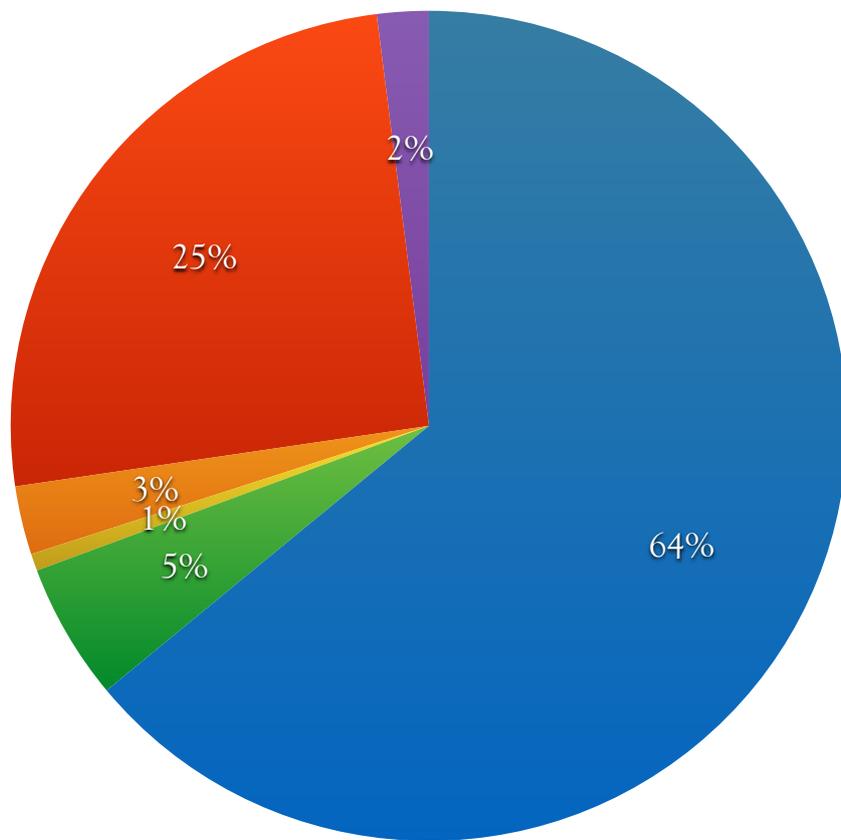
- l'inflazione, che da sola ha inciso del 9,6% annuo;
- le variazioni dei prezzi specifici, che hanno inciso del 0,8% annuo;
- le variazioni nei costi medi di produzione, che hanno inciso del 0,1% annuo.

Invece per variazioni reali si intende:

- la crescita demografica, che ha inciso del 0,4% annuo;
- l'aumento esponenziale delle prestazioni mediche e della qualità delle stesse, che ha inciso del 3,8% annuo;
- l'invecchiamento della popolazione, che ha inciso dello 0,3% annuo.

Grafico 4.1⁹³ (Grafico variazione prezzi 1960/1995)

- Inflazione
- Prezzi Sanitari
- Costi Medi Produzione
- Popolazione
- Aumento Prestazioni
- Invecchiamento



⁹³Mapelli Vittorio , Il sistema sanitario nazionale, pag. 100 , Il Mulino , Bologna , 1999

4.4: La legge 229 del 1999⁹⁴

Nel 1996 le elezioni di aprile portano al potere un governo di centro sinistra, che decide di riformare nuovamente la sanità. Tale discussione si protrae nel tempo e solamente nel 1998 viene promulgata la legge 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 n. 502/1992”, che porterà al 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”⁹⁵. Tale decreto legislativo conosciuto anche come leggi Bindi o Riforma-ter, che mantiene inalterati i punti cardine della legge 833 del 1978, punta alla razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario spingendolo verso principi di efficienza, qualità ed equità.

I punti principali del decreto sono:

1. la conferma dei principi fondamentali della legge 833 del 1978 infatti l'art. 2 del D.Lgs. 229 del 1999 riporta che: “Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse”;
2. l'assegnazione di un nuovo ruolo per il Servizio Sanitario Nazionale che assume funzioni di controllo e di coordinamento dei servizi sanitari a livello regionale ;

⁹⁴ L. 19 giugno n. 229 1999, fonte www.parlamento.it/leggi , Leggi Parlamento

⁹⁵ www.parlamento.it/leggi , Leggi Parlamento

con lo Stato quindi posto a garante dei livelli essenziali di assistenza mentre le regioni come garanti del sistema di garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione nei livelli essenziali di assistenza;

3. l'istituzione di una Commissione nazionale per la formazione continua (ECM) , tale formazione comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente per ogni operatore sanitario in modo tale da adeguare le conoscenze per tutto l'arco della sua vita professionale. Infatti l'Art. 16-bis comma 1 del decreto riporta: “la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale” mentre il comma 2 dice che: “la formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo”;
4. l'introduzione del principio dell'appropriatezza per l'erogabilità dei servizi da parte del SSN, disciplinato dall'Art. 15-decies del decreto che recita al comma 1 , “i medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero [...] quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale” e al comma 2 , “si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni

che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, e prevedono conseguenze in caso di infrazione”;

5. l'introduzione dell'atto aziendale di diritto privato per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali ,menzionato nell'Art. 3 di cui il comma 1-bis recita: “in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unita' sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'articolo 2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”
6. il rafforzamento del potere del direttore generale e la specificazione del potere e delle competenze dei direttori sanitario e amministrativo , disciplinato dall'Art 3-bis;
7. l'introduzione del collegio sindacale, organo di controllo che sostituisce le funzioni svolte dal collegio dei revisori , con compiti di amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico e di vigilanza sull'osservanza della legge , Art 3-ter;
8. il potenziamento del distretto, che attraverso l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, Art 3-quater-quinquies-sexies;
9. la promozione della ricerca scientifica , Art 12-bis;
10. l'accreditamento istituzionale disciplinato dall'Art. 8-quarter di cui il comma 1 recita, “l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti”.

I sindacati dei medici e l'opposizione hanno aspramente criticato il decreto, il quale suscitò dubbi anche tra le forze di maggioranza in quanto secondo loro va a sottrarre quelle competenze costituzionali attribuite alle regioni e assegna un ruolo ambiguo e troppo pervasivo al ministero della sanità. Anche se la commissione sanità del Senato ha espresso una valutazione molto positiva sulla impostazione generale del decreto, ha criticato la carenza riguardo la partecipazione degli operatori sanitari e dei cittadini alla programmazione dei servizi sanitari. L'Antitrust ha espresso un giudizio positivo in merito al decreto anche se con qualche perplessità. Inoltre regioni come Lombardia o Veneto, o la provincia autonoma di Bolzano hanno impugnato il decreto dinanzi la Corte Costituzionale dichiarando che tale decreto era lesivo dell'autonomia costituzionale delle regioni.

4.5: La spesa sanitaria dal 1995 al 2015

Tabella 4.1⁹⁶ ⁹⁷(Tabella riepilogativa spese 1995/2015)

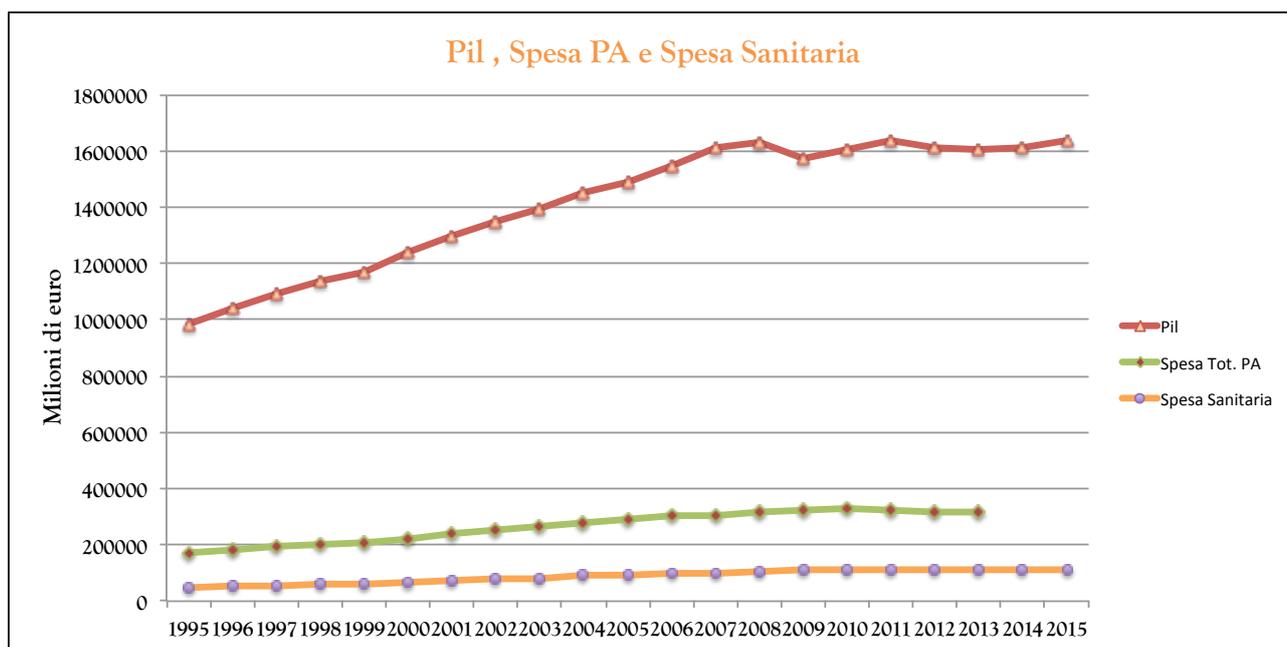
(dati in milioni di euro)	Pil	Spesa Totale PA	Spesa Sanitaria	Incidenza Spesa San. su Pil	Incidenza Spesa San. su Spesa Tot.
1995	985342	172239	48229	4,89%	28,00%
1996	1043467	184834	51795	4,96%	28,02%
1997	1090273	194086	56096	5,15%	28,90%
1998	1135931	200567	58270	5,13%	29,27%
1999	1172365	207155	61007	5,20%	29,44%
2000	1239759	221614	68237	5,50%	30,79%
2001	1299412	239171	75301	5,80%	31,48%
2002	1346360	249773	79624	5,91%	31,87%
2003	1391313	263937	82299	5,92%	31,18%
2004	1449016	277452	90417	6,24%	32,58%
2005	1490409	291616	95519	6,41%	32,75%
2006	1549188	300894	101850	6,57%	33,84%
2007	1610305	304833	101875	6,33%	33,41%
2008	1632933	317133	108604	6,65%	34,24%
2009	1573655	324433	110663	7,03%	34,10%
2010	1605694	327649	112797	7,02%	34,42%
2011	1638857	320918	111560	6,81%	34,76%
2012	1614672	315448	109957	6,81%	34,85%
2013	1606894	315348	109254	6,80%	34,64%
2014	1613859		111028	6,88%	
2015	1636372		111289	6,80%	

⁹⁶ Fonte: www.dat.istat.it , Istat

⁹⁷ Istituto Nazionale di Statistica , Contabilità nazionale Tomo 1 conti economici nazionali 1970-2001 , Istat Roma 2003

La tabella 4.1 mostra gli indici generali relativi alla spesa sanitaria dal 1995 al 2015. In questi anni, nonostante il Pil abbia avuto un forte calo a seguito della crisi del 2008 (e solo nell'ultimo anno ha superato i livelli pre-crisi), la spesa sanitaria ha avuto un andamento crescente nel tempo passando dai 48 miliardi del 1995, ai 95 miliardi delle 2005 ai 111 miliardi del 2015! Sicuramente tale andamento crescente è stato maggiore dal 1995 al 2005 per poi subire un rallentamento negli ultimi anni. Tutto ciò si può notare dalla tabella 4.2 che mostra l'andamento del Pil, della spesa totale delle pubbliche amministrazioni e della spesa sanitaria.

Tabella 4.2^{98 99}



L'aumento della spesa sanitaria è causato da molteplici fattori (come già analizzato nel capitolo ...) ,le cui incidenze sulla stessa spesa sono cambiate con il passare degli anni. Con l'ingresso dell'Italia nell'unione europea il fattore "variazione dei prezzi" a seguito

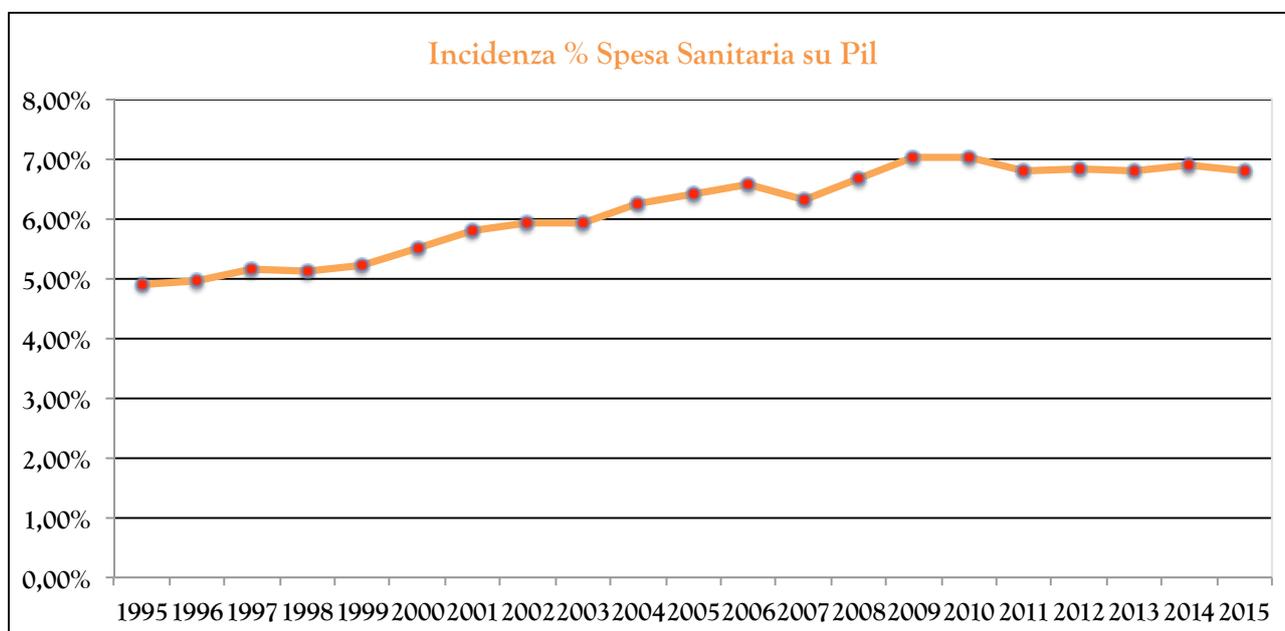
⁹⁸ Fonte: www.dat.istat.it , Istat

⁹⁹ Istituto Nazionale di Statistica, Contabilità Nazionale Conti Economici Nazionali 1970-2005 , Roma 2007

dell'inflazione , che pesava il 70% dell'aumento tra il 1960 e il 1995, si è molto ridotto visto le politiche attuate dall'UE volte a tenere l'inflazione sotto controllo. Un altro fattore che ha aumentato la sua incidenza sulla spesa sanitaria è "l'aumento delle prestazioni sanitarie effettuate", tale aumento è stato provocato dall'aumentare della popolazione, dall'aumento dell'età media nazionale e dall'ingente flusso migratorio che ha caratterizzato l'intera UE.

Nella tabella 4.3 si vede l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria che ha un andamento crescente negli anni considerati, passando dal minimo del 4,89% del 1995, al picco del 2009 pari al 7,03% sino ai livelli attuali del 6,8% a significare l'importanza della sanità in Italia.

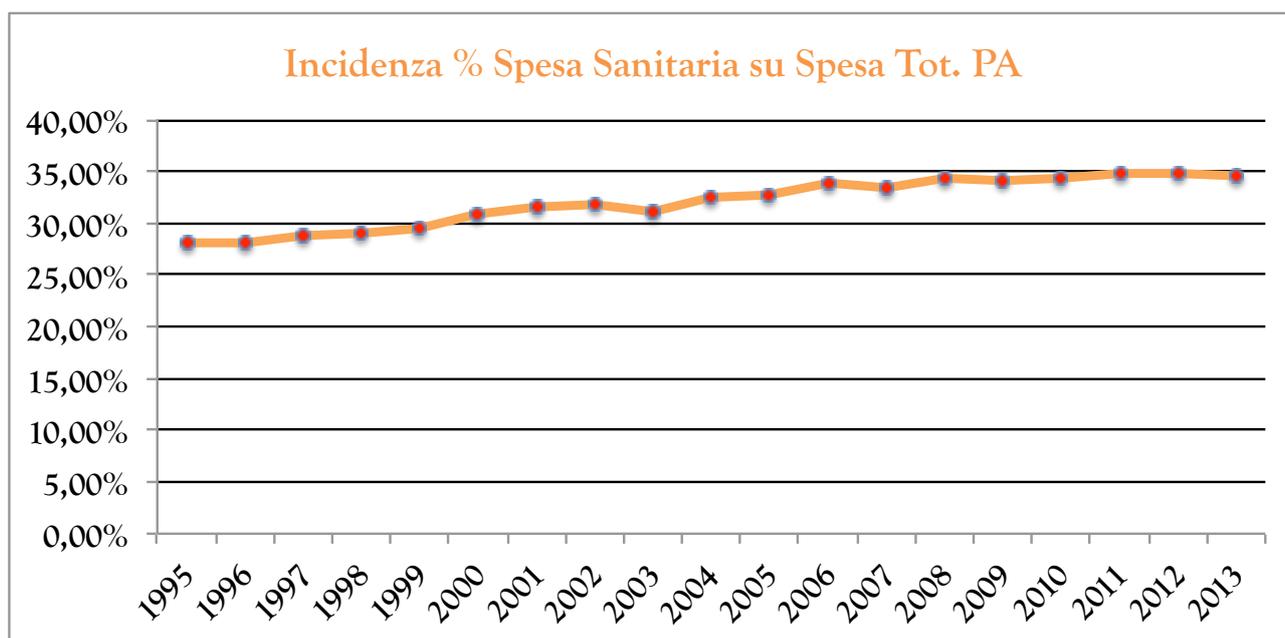
Tabella 4.3¹⁰⁰



¹⁰⁰ Fonte: www.dati.istat.it , Istat

La tabella 4.4 dimostra come l'incidenza percentuale della spesa sanitaria sul totale della spesa delle pubbliche amministrazioni abbia avuto una crescita costante nel tempo, passando dal 28% del 1995 al 34,64% del 2015!

Tabella 4.4¹⁰¹



¹⁰¹ Fonte: www.dati.istat.it, Istat

Conclusione

Il futuro è sempre una incognita, non esiste un modo per decifrarlo. Ciò porta alla conclusione che non è possibile sapere come si evolverà la sanità anche se è possibile fare delle deduzioni.

Sicuramente non ci sarà un passo indietro da parte dello Stato riguardo il diritto alla tutela della salute, che rimarrà uno dei principi cardini della Repubblica Italiana, come previsto dalla Costituzione nell'Art. 32.

Il vero dibattito si incentrerà negli anni futuri, molto probabilmente, sulla individuazione e riorganizzazione dei livelli di competenze e delle responsabilità, oltre che sul finanziamento della stessa sanità. Infatti riguardo a quest'ultimo punto i progressi in campo sanitario negli ultimi decenni sono stati molto intensi e veloci. La ricerca, soprattutto nel campo genetico, ha compiuto notevoli passi in avanti negli ultimi anni, trainata principalmente dagli investimenti delle istituzioni pubbliche e delle società private; ciò sicuramente si trasformerà in produzione di farmaci, tecnologie e apparecchiature volte a alleviare, e in alcuni casi si spera debellare malattie croniche ed a largo spettro sociale e curare le epidemie che affliggono il nostro pianeta. Queste innovazioni sicuramente saranno molto costose, per le casse dello stato, e ciò porterà ad una più stretta integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale. Nel 2030 avremo il più alto livello della curva di invecchiamento della popolazione e dobbiamo correre ai ripari se vogliamo garantire ancora a tutti un adeguato livello di assistenza.

Un altro problema rilevante già da oggi presente nell'unione europea è l'immigrazione, tema oggi al centro di molti dibattiti riguardo la cura degli immigrati (senza cittadinanza italiana) a spese dello stato. I possibili pericoli sono due: il primo riguarda il possibile sovraccarico del sistema sanitario nazionale dovuto all'ingente flusso migratorio, il secondo riguarda la possibile divisione dei settori sanitari, cioè il rischio di una disparità di trattamento tra i cittadini residenti e gli immigrati.

La spesa continuerà a crescere nella consapevolezza che una migliore sanità è legata ad una maggiore ricchezza nazionale. La sanità è investimento per una società più produttiva e non solo una spesa; la perdita economica a causa di una malattia è superiore alla spesa totale per curarla.

L'ultimo punto da analizzare è sicuramente l'Unione Europea che fino ad oggi non si è mai pronunciata in materia sanitaria, visto anche le diverse legislazioni presenti nei vari stati dell'UE. L'EMA, o ufficio di brevettazione dei farmaci, è l'unica istituzione europea oggi importante che è riconosciuta da ogni Stato membro. Naturalmente è lecito pensare che, se si raggiungerà l'unione politica all'interno degli Stati membri, sicuramente l'UE avrà competenze anche in materia sanitaria.

Ma quali sono le prospettive e le speranze future che possiamo e dobbiamo augurarci per la nostra sanità? Ne ho discusso con la Dirigente Regionale Asl, Dott.ssa Loredana Vassali, che mi ha parlato delle strategie possibili per migliorare la qualità dei nostri servizi sanitari nazionali. I punti principali, secondo la dott.ssa sono i seguenti:

- 1) Il mantenimento del SSN imporrà la razionalizzazione e un certo razionamento dei servizi sanitari con spostamento di una parte dei costi sul cittadino.
- 2) Si tenderà a consolidare il Sistema per creare centri di eccellenza nazionali ma anche europei ai quali indirizzare i cittadini da tutto il territorio europeo.
- 3) I medici di medicina generale acquisiranno maggiore importanza quali coordinatori delle cure dei propri pazienti preferendo cure ambulatoriali a minor costo rispetto al ricovero ospedaliero.

Cruciale sarà l'appropriatezza delle cure e l'efficienza del sistema.

- 4) I governi dovranno ridurre la burocrazia e liberalizzare le norme che regolano e limitano il ruolo dei professionisti del settore sanitario. Proprio in tale ottica alcuni decisori politici stanno considerando l'opportunità di espandere il ruolo di altri operatori come gli infermieri e i farmacisti proprio per migliorare l'utilizzo delle risorse, ridurre la burocrazia e la duplicazione dei servizi.

5) La prevenzione attraverso informazione, sensibilizzazione pubblica, leve fiscali e sistema coordinato di incentivi/disincentivi sarà strategica per promuovere gli stili di vita più salutari che sono in grado da soli di prevenire l'80% delle malattie cardiache, ictus, diabete.

6) I governi europei dovranno migliorare la raccolta e la trasparenza delle informazioni sanitarie per definire le priorità di investimento.

Solo perseguendo tali strategie saremo in grado di assicurare a noi e ai nostri figli il livello di cure che fino ad oggi ha caratterizzato la qualità dei nostri Servizi Sanitari Nazionali.

Elenco Tabelle e Grafici

Tabella 1.1 “Tabella relativa agli anni 1924/25”	pag 19
Tabella 1.2 “Tabella riepilogativa spese 1917/1945”	pag 20
Tabella 1.3 “Spesa igiene e sanità”	pag 21
Tabella 1.4 “% Spesa sanità su spesa totale”	pag 22
Tabella 1.5 “% Spesa sanità su Pil”	pag 23
Tabella 2.1 “ Tabella riepilogativa spese 1945/1960”	pag 38
Tabella 2.2 “Spesa igiene e sanità”	pag 39
Tabella 2.3 “% Spesa sanità su spesa totale”	pag 40
Grafico 4.1 “Grafico variazione prezzi 1960/1995”	pag 64
Tabella 4.1 “Tabella riepilogativa spese 1995/2015”	pag 69
Tabella 4.2 “Pil, Spesa PA e Spesa sanitaria”	pag 70
Tabella 4.3 “Incidenza % spesa sanitaria su Pil”	pag 71
Tabella 4.4 “Incidenza % spesa sanitaria su Spesa totale PA”	pag 72

Riferimenti Bibliografici

Buiatti E. , Manuale di sanità pubblica , Firenze , Cartocci , 1983

Cherubini Arnaldo, Per una storia della beneficenza pubblica in Italia , Roma , Inps , 1965

Clerico Giuseppe, La spesa sanitaria , Torino , Università degli studi di Torino ,
Laboratorio di economia politica S. Cognetti de Martiis , 1984

Coppini Giorgio , La spesa sanitaria italiana nel 1973 , Roma , CIRSS , 1974

Corrente Elio , La spesa sanitaria in Italia , Roma , Edizioni Lavoro, 1988

Cosmacini Giorgio , Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla
guerra mondiale , Roma/Bari , Laterza , IV ed. , 1988

Istituto Nazionale di Statistica , Sommario di statistiche storiche 1926-1985 , Roma , 1987

Istituto Nazionale di Statistica , Contabilità nazionale Tomo 1 conti economici nazionali
1970-2001 , Istat Roma 2003

Istituto Nazionale di Statistica, Contabilità Nazionale Conti Economici Nazionali
1970-2005 , Roma 2007

Italia : Commissione per la riforma della previdenza sociale, “Relazione sui lavori della
commissione” : 4 luglio 1947 - 29 febbraio 1948 , Roma , Tip. ATEL , 1948

Mapelli Vittorio , Il sistema sanitario nazionale , Il Mulino , Bologna , 1999

Ministero del Tesoro , Il bilancio dello stato Italiano dal 1862 al 1967 volume IV allegati statistici le spese , Roma 1969

Pizzi Giuseppe , Storia del Ministero della sanità , Poggibonsi , Lalli , 1986

Riferimenti Sitografici

www.dati.istat.it , Istat

www.parlamento.it/leggi , Leggi Parlamento

www.who.int , World Health Organization