

SALUTE PER TUTTI: STORIA DELLA SANITÀ IN ITALIA DAL DOPOGUERRA AD OGGI

Chiara Giorgi, Laterza, 2024, riassunto per “ECCOCI CGIL” da Gigi Bacchetta¹

PREMESSA: LA DINAMICA DELLA SPESA PER LA SANITÀ

Profondi cambiamenti dal dopoguerra ad oggi hanno portato a un miglioramento delle condizioni di salute documentato dall'aumento della speranza di vita alla nascita; dal 1950 ad oggi per gli uomini è passata da 63,7 ad 81,1; per le donne da 67,2 a 85,4.

L'incremento della spesa per la salute nel tempo ha seguito quello della spesa sociale (pensioni, assistenza, istruzione, abitazione, tutela dei redditi); la voce di spesa più importante quantitativamente è rappresentata dalle pensioni a cui segue quella della sanità e dell'istruzione.

In percentuale rispetto al PIL si può osservare come la spesa nel 1960 era molto limitata (2,5%) ma è passata rapidamente al 5,5% della metà degli anni '70. Nel 1978 a seguito dell'istituzione del SSN non aumenta in quanto la riforma ha portato a una razionalizzazione che ha permesso risparmi di spesa e aumenti di efficienza ed efficacia rispetto al vecchio modello. Negli anni '80 oscilla tra il 5% e il 6%; nel 1995 riprende arrivando al 7% del 2008; la crisi economica ha portato con sé una compressione delle risorse.

In confronto con gli altri Paesi Europei la divaricazione prende avvio già dagli anni '90, in particolare con Francia e Germania, arrivando a toccare il 2% di scostamento attuale. Alla spesa pubblica si aggiunge quella privata delle famiglie e delle assicurazioni che mostra differenze minime con gli altri paesi; il crescente divario è quindi da ricondursi al minore utilizzo di risorse pubbliche.

In Italia nel 2022 la spesa pubblica è di circa 2.500 dollari per persona e quella privata di circa 800 dollari; il 75% è dovuta al SSN; in Francia la quota di spesa pubblica del 2022 è dell'85% in Germania dell'87%.

CAPITOLO 1: PER UNA VITA IN BUONA SALUTE. I DECENNI DEL DOPOGUERRA

La formulazione del diritto universale di buona salute quale obiettivo delle nuove politiche sanitarie pubbliche ha il suo punto di partenza con l'affermazione del modello Beveridge nel regno unito: esordio ufficiale del welfare state europeo.

Il progetto di riordinamento del sistema britannico di sicurezza sociale presentato al parlamento alla fine del 1942 da commissione presieduta da Beveridge si concentrava su un nuovo ruolo dello Stato che aveva la responsabilità di garantire a tutti i cittadini una protezione sociale adeguata fondata sull'obiettivo della “libertà dal bisogno”.

Per contrastare i 5 mali della società – miseria, malattia, ignoranza, degrado, ozio – erano prefigurati interventi volti a generalizzare le assicurazioni sociali, a creare un Servizio Sanitario Nazionale, a fornire un reddito minimo essenziale per un'esistenza dignitosa e sussidi per i minori a carico delle famiglie.

In questo contesto, il ripristino della salute di un malato era considerato un dovere dello Stato e del malato stesso, prima di qualsiasi altra considerazione; questi interventi dovevano quindi essere indirizzati a tutta la popolazione e non solo alle fasce più deboli; la salute dei cittadini diventava di interesse degli Stati; essi erano al servizio dell'individuo in buona salute: non si parlava più di individui in buona salute al servizio dello Stato.

In poco tempo il concetto di *social security* venne progressivamente fatto proprio dalle politiche sociali di altri Paesi e la realizzazione del National Health Service britannico (NSH) divenne uno dei maggiori strumenti di intervento a cui ambire. Con questa riforma si passò da una situazione in cui pochi milioni di cittadini britannici godevano di assistenza sanitaria gratuita a una in cui tutta la popolazione poteva avervi accesso.

¹ Segnalazione errori: gigi.bacchetta@cgilpiemonte.it

Volantino che ne annunciava la creazione:

Il tuo servizio sanitario nazionale inizia il 5 luglio 1948. Cos'è? Come puoi ottenerlo? Esso ti fornirà tutti i servizi medici, odontoiatrici e infermieristici. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – lo può usare. Non ci sono pagamenti da fare, se non per qualche prestazione speciale. Non ci sono iscrizioni da fare all'assicurazione. Ma non è neppure una forma di carità. Tutti noi stiamo già pagando per questo, soprattutto attraverso le tasse, e ciò eliminerà ogni preoccupazione finanziaria in caso di malattia.

Il 97% dei cittadini inglesi decise di utilizzare i servizi del medico di famiglia e la maggior parte dei medici di lavorare per il NHS. L'organizzazione del servizio prevede la responsabilità generale del ministero della Sanità a 3 livelli amministrativi riguardanti 1) servizi ospedalieri e di medicina specialistica; 2) servizi sanitari e assistenziali; 3) i servizi di medicina generale (dal farmaceutico a quello odontoiatrico).

Una seconda tappa fondamentale fu la creazione dell'OMS (organizzazione mondiale della sanità) del 22 luglio 1946 che portò a una salute da intendersi come "stato completo di benessere fisico, psichico e sociale" e non come mera assenza di malattie o infermità. La salute di tutti i popoli diventa inoltre fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla massima cooperazione degli individui e degli stati.

Dalla Resistenza alla Costituzione

La centralità di un intervento pubblico al fine di garantire le condizioni essenziali di una vita in buona salute emerse fin dagli anni della Resistenza e della Costituente, 30 anni prima dell'effettiva nascita del SSN e aveva la forma del *Profetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano* predisposto dall'igienista Giovanardi e il farmacologo Meneghetti, approvato dai rappresentanti regionali per igiene e sanità dell'alta Italia nel 1945.

Il progetto conteneva la prima formulazione di una riforma generale della sanità separata dalla previdenza; decentrata su due livelli, regionale e locale (Comuni) con l'istituzione di appositi uffici di sanità e assistenza con prestazioni erogate in modo unitario volte a garantire un'estesa assistenza sanitaria. Tale progetto ispirò i lavori della preposta sottocommissione appartenente alla commissione preposta alla riorganizzazione dello Stato.

A dispetto di un immobilismo organizzativo che si protraveva da decenni la Costituzione Italiana diede una definizione di diritto alla salute assai avanzata nel panorama europeo con l'art. 32 con cui *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.*

Il diritto alla salute come diritto di *libertà* e diritto *sociale* mise insieme sia pretese positive quali il poter pretendere dalla Repubblica beni e servizi funzionali allo scopo enunciato, sia pretese negative rispetto a comportamenti lesivi o pregiudizievoli per la sua integrità psico-fisica o trattamenti sanitari non obbligatori per l'interesse della collettività.

L'art. 32 fu espressione di un radicale cambiamento in quanto afferma una nozione di salute molto più ampia di quella della mera integrità fisica. Sancì inoltre il superamento delle tradizionali classificazioni dei diritti fondati sulla divisione tra diritti individuali e diritti sociali, qualificandosi come "diritto sociale di libertà" e legandosi agli articoli 2 e 3 della costituzione con i principi di solidarietà e uguaglianza sostanziale.

Vecchie strategie e nuovi bisogni

L'Italia tenne in piedi sino agli anni '70 il vecchio sistema ereditato dal fascismo, caratterizzato da un impianto contributivo e occupazionale dalla forte frammentazione e centralizzazione; secondo quanto stabilito dalla Carta per i diritti del Lavoro del 1927 la tutela della sanità pubblica spettava al ministro dell'interno e, sotto la sua dipendenza, ai prefetti e ai podestà ma andava perseguita attraverso la predisposizione di casse mutue di malattia alimentate con contributi di datori di lavoro e lavoratori.

A dispetto dei proclami le casse mutue ebbero uno sviluppo caotico e disordinato connotandosi per un'estrema disomogeneità in termini di benefici e contributi e per una disuguaglianza di trattamenti, peraltro modesti: una visione inadeguata dell'intervento sanitario da cui restavano inoltre fuori le principali questioni igienico sanitarie e questioni sociali alla base delle diffusissime malattie, su tutte la tubercolosi.

Inadeguate risultavano anche essere le misure relative agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali: l'assicurazione contro queste ultime non raggiunse mai i livelli della maggior parte dei paesi industrializzati arrivando con molto ritardo a coprire appena 8 casi di malattia e per i soli lavoratori dell'industria. Per gli infortuni sul lavoro la legislazione restò limitata e arretrata con una struttura assicurativa che non accennava minimamente all'attività di prevenzione.

Nel complesso si osservavano frammentazione, sperequazioni, mancanza di indirizzo unitario, inadeguatezze; forte eterogeneità nei benefici e nei trattamenti delle diverse categorie occupazionali oltre a diverse contribuzioni richieste. Il principale ente era l'INAM (istituto nazionale assicurazione contro le malattie) con 25 milioni di iscritti.

La produzione di servizi assistenziali e sanitari era affidati a più soggetti. Gli ospedali ancora rientranti nell'universo delle istituzioni pubbliche e di assistenza e beneficenza (IPAB), la rete di ambulatori specialistici gestiti dalle casse mutue, l'attività medico generica convenzionata, i Comuni per le cure mediche e ostetriche a favore degli indigenti iscritti in appositi elenchi, amministrazione provinciale.

Vi erano poi ulteriori soggetti a esercitare assistenza, prevenzione e profilassi per contrastare le malattie (dalla croce rossa alla lega anti tumori, dall'ente prevenzione infortuni agli enti comunali di assistenza...) una marea di sigle di organizzazioni, CDA, funzionari, pratiche.. in cui prevalevano dispersione, parcellizzazione, sovrapposizioni, lacune e squilibri territoriali.

Dal punto di vista quantitativo la copertura del sistema mutualistico si estese fino a coprire nel 1965 l'89% dei lavoratori dipendenti e il 52% degli autonomi; la spesa sanitaria raggiunse nello stesso anno il 4,4% del reddito nazionale.

Con lentezza si realizzarono miglioramenti nel campo degli infortuni e delle malattie professionali: nel 1952 venne ampliato l'elenco di quelle riconosciute (da 8 a 42); nel 1965 venne approvato il testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli uni e le altre.

Nel 1958 nacque il ministero della Sanità a cui furono devolute le attribuzioni per l'alto commissariato per l'igiene e la sanità; a esso spettava di coordinare la politica sanitaria del Paese in merito all'igiene pubblica, all'assistenza sanitaria degli indigenti, a quella ospedaliera, al contrasto alle malattie sociali, disciplinando anche l'attività sanitaria di competenza di Comuni e Province; ma nelle sue competenze non rientrava tutta la materia assicurativa riguardante l'assistenza sanitaria di $\frac{3}{4}$ della popolazione affidata a enti mutualistici e previdenziali.

Le condizioni di salute registrarono cambiamenti significativi; il tasso di mortalità per mille abitanti scese da 14,1 nel 1945 a 10,2 nel 1950 a 9,4 nel 1966; la speranza di vita alla nascita passa nello stesso periodo da 63,7 anni a 67,2 per gli uomini e da 67,2 a 72,3 per le donne (a inizio secolo era rispettivamente di 42,6 e 43); la curva delle nascite salì da circa 860 mila a oltre 1 milione nello stesso arco di tempo.

Tra il 1951 e il 1971 la popolazione salì da 47,5 a 54,1 milioni, il baby boom dei primi anni '60 contribuì significativamente. L'indice di vecchiaia (rapporto under 14 su over 65) iniziò a salire progressivamente passando dal 31% del 1951 al 46% del 1971; sarebbe poi continuato fino al 97% del 1991, 131% nel 2001, 144% nel 2009.

Tale modifica radicale dipese anche dalla modifica dei tassi di mortalità infantile che erano molto elevati nel primo dopoguerra a causa di malattie di tipo infettivo (TBC, malaria, poliomielite, sifilide) che registrarono calo di incidenza grazie all'introduzione di antibiotici che portarono a una riduzione della mortalità di oltre il 70% tra il 1947 e il 1955.

Nel febbraio 1966 l'Italia giunse a un provvedimento che obbligava i bambini a vaccinarsi gratuitamente; da lì a poco la poliomielite venne eradicata: gli interessi delle industrie farmaceutiche italiane che avevano prodotto vaccini meno efficaci avevano però ritardato l'utilizzo del nuovo vaccino Sabin nonostante da anni si fosse a conoscenza della differenza, si attese però l'esaurimento delle scorte dei primi portando a 10 mila nuovi casi, mille decessi e 8 mila paralisi.

Alle principali malattie infettive cominciarono però ad affiancarsi quelle della modernità – carcinomi e malattie cardiovascolari – che avviarono la svolta epidemiologica di metà Novecento con la progressiva prevalenza di malattie cronico degenerative che crescevano così come le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro.

Secondo i dati INAIL il numero di denunce per infortunio nel comparto industriale passò da 540mila del 1951 a oltre un milione nel 1960 per poi arrivare a un massimo di 1,34milioni nel 1970; considerando i lavoratori il numero di denunce per infortunio passò da 173 per mille operai del 1951 a 243 nel 1963 (anno peggiore) con valori più alti in edilizia e metallurgia. Il numero di morti sul lavoro passò da 1.611 nel 1951 a 2.178 nel 1963 per scendere a 1.761 nel 1970. L'edilizia da sola attirava il 40% del totale dei morti sul lavoro del 1963.

Crebbe anche la frequenza delle malattie professionali; il numero di denunce salì da 13mila del 1955 a 34mila nel 1963 fino a un massimo di oltre 74mila nel 1976. Anche la normativa legata agli infortuni sul lavoro e alla prevenzione scontò numerose inadeguatezze; modeste indennità per il lavoratore infortunato tra categorie ma anche tra uomini e donne (a svantaggio di queste), assenti un servizio medico efficiente nelle fabbriche e una responsabilità diretta del datore di lavoro, incompleto controllo degli operai sulle condizioni di lavoro.

La sanità nella programmazione: progetti e realtà

Agli inizi degli anni '60 con l'esperienza dei governi di centro sinistra il tema della riforma sanitaria entrò nell'agenda della programmazione economica accanto ai contenuti della sicurezza sociale non più distinti dalle scelte generali di politica economica.

Nel 1962 la "Nota La Malfa" delineava una politica di sicurezza sociale fondata sui pilastri della redistribuzione, della fiscalità pubblica, della programmazione; si puntava a rafforzare l'azione diretta dello Stato. Poco dopo venne istituita la commissione nazionale per la programmazione economica, gli esiti vennero presentati in due versioni del Rapporto steso da Saraceno che toccava in particolare lo sviluppo dei servizi e il quadro delle riforme sociali.

Le soluzioni formulate dal rapporto Saraceno furono l'estensione a tutti dell'assistenza ospedaliera con 145mila nuovi posti letto (70% per il Mezzogiorno), la successiva estensione generalizzata dell'assistenza sanitaria da erogare attraverso una gestione unica nazionale ma suddivisa tra assistenza sanitaria, prestazioni monetarie e infortuni sul lavoro e malattie (3 enti separati). Le carenze presenti nel rapporto emersero presto, in particolare per voce della CGIL e di due membri della commissione: Fuà e Sylos Labini che presero le distanze.

Si puntava al capovolgimento di quanto presente nel rapporto puntando all'istituzione di un servizio sanitario nazionale finanziato dai cittadini in proporzione ai rispettivi redditi, diretto dallo Stato attraverso il ministero della Sanità, le Regioni, le Province, i Comuni volto a superare il modello assicurativo e mutualistico. Particolare importanza avrebbero assunto le Unità Sanitarie Locali (USL), presidi sanitari di base che dovevano garantire a determinati gruppi di popolazione i servizi di igiene e profilassi, medicina sociale e scolastica, assistenza medica, chirurgica e ostetrica.

Si prevedeva l'assunzione da parte di complessi industriali controllati dallo Stato della produzione esclusiva delle sostanze attive e di alcuni medicinali per la cura delle malattie di particolare rilievo sociale; il tutto non avrebbe avuto costi aggiuntivi potendo contare sul forte risparmio derivante da un più razionale assetto del settore: lo Stato avrebbe assunto direttamente la garanzia del diritto alla salute per tutti usando come finanziamento la graduale fiscalizzazione del sistema contributivo.

Nei primi anni '60 Giovanni Berlinguer si dedicò allo studio volto ad analizzare la possibilità della creazione di un SSN; le conclusioni permettono di intravedere risparmi di spesa e guadagno in efficienza rispetto a una semplice estensione di prestazioni sanitarie a nuovi strati della popolazione.

Integrare la tutela della salute nella programmazione significava infatti fare un passo diverso: far *prevalere l'interesse umano su quello produttivistico, combattendo la logica del profitto rovinosa per la salute.*

Il regime assicurativo contro le malattie era contraddistinto da sperequazioni e carenze proprie di una organizzazione per enti incapace di erogare prestazioni con criteri appropriati e uniformi; l'assetto ospedaliero e ambulatoriale era inadeguato: le attrezzature erano inferiori per numero e qualità agli standard minimi stabiliti dall'OMS, incapaci di garantire cure efficaci per ogni cittadino.

La gestione della sanità pubblica era in mano a troppe istituzioni frammentate e quasi nulla era la partecipazione democratica alla definizione delle politiche sanitarie; le fonti di finanziamento non erano in grado di assicurare la necessaria espansione della spesa ed essendo fondate su contributi assicurativi pro capite, gravanti soprattutto

sui lavoratori, non rispondevano a criteri di giustizia tributaria. Ecco comparire quindi tre obiettivi generali del piano: assicurare a tutta la popolazione una copertura sanitaria completa, accentuare il carattere di prevenzione, superare il principio assicurativo.

Al termine degli anni 50 c'erano in Italia 2.483 ospedali pubblici e privati, il numero di posti letto era di 8,7 per mille abitanti per un totale di 439.893; nel 1975 se ne contavano 588.103, 11 per mille abitanti. Nel tempo cresceva il tasso di ospedalizzazione passando da 57,6 ricoveri per mille abitanti del 1954 a 89,67 per mille abitanti nel 1959. Il numero di ricoverati saliva da 2,8milioni a 4,5milioni all'anno.

Cresceva il numero medio di medici per ospedale ma in modo proporzionale rispetto ai posti letto; restava nel mentre inadeguata la presenza del personale infermieristico che aveva una debole formazione professionale ed era composto in prevalenza da donne che invece erano pochissime tra i medici.

L'istituzione delle regioni e delle USL – previste nel numero di 2.118 – rappresentavano un elemento chiave del nuovo assetto volto a ripensare il rapporto tra prevenzione, cura e recupero; alle USL infatti dovevano far capo tutte le attività di igiene e prevenzione dell'area geografica di riferimento. Presso le USL dovevano anche essere istituiti servizi di igiene e medicina del lavoro per affrontare l'alto numero di infortuni e malattie professionali.

Nell'Italia di quegli anni la produzione di farmaci era limitata, la presenza di imprese straniere molto forte, la ricerca quasi inesistente. La ricerca privata veniva incoraggiata riconoscendo la possibilità di brevettare i farmaci, a tre inderogabili condizioni. I brevetti dovevano essere limitati al procedimento e non al prodotto; doveva essere concessa la licenza obbligatoria di pubblica utilità ad altri produttori in modo da evitare monopoli; le royalties non dovevano superare il 10% e una parte doveva essere destinata a un fondo nazionale per il finanziamento della ricerca privata, per i farmaci di particolare importanza si proponeva la produzione pubblica.

Si verificavano notevoli differenze nella distribuzione territoriale dei medici in rapporto alla popolazione e alla concentrazione nei centri urbani con gravi carenze nei piccoli comuni ma le questioni più scottanti riguardavano i loro rapporti con il sistema mutualistico – comprese le modalità di pagamento a “notula” ossia per ogni prestazione, e quello della quota capitaria, un tanto annuo per ogni assistito – che aveva di fatto modificato l'antico assetto fondato sulle due figure del medico condotto per i poveri e del medico di famiglia a pagamento per i più abbienti.

Il medico uscito dal fascismo e dalla guerra aveva infatti trovato rifugio nel privato del proprio ambulatorio concependo il proprio operato in termini strettamente individuali. Cominciò però a prevalere in questi anni la funzione terapeutica del medico, pervaso da un senso di ottimismo e onnipotenza che lo faceva sentire più un guaritore di malattie che un medico curante. La frammentazione tra la rappresentanza della categoria e le diverse sigle sindacali che andavano a crearsi erano il segno di una professione in mutamento.

Le indicazioni di Berlinguer andavano in più direzioni: si proponeva un potenziamento numerico del personale medico e di quello ausiliario; un miglioramento qualitativo della formazione professionale con l'adeguamento agli sviluppi della diagnostica; una partecipazione attiva dei medici al processo riformatore.

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento, alla fine degli anni 50 l'assistenza sanitaria era finanziata al 93% attraverso i contributi versati dagli assicurati, soprattutto i lavoratori dipendenti; l'apporto dello Stato era molto più basso degli altri Paesi con il 7% rispetto al 52% del Regno Unito; l'alternativa delineata era il finanziamento del SSN attraverso il sistema fiscale con imposte progressive sul reddito.

Le spinte al cambiamento: sindacato, esperienze operaie, partiti

Nel corso degli anni 60 più iniziative sostennero una nuova impostazione della questione sanitaria, in particolare si distinsero le posizioni di CGIL, PCI e PSI.

La CGIL propose già dal 1956 un primo progetto di servizio sanitario con l'intento di suscitare un grande movimento di opinione e di forze per trasformare il sistema di assistenza di malattia, fondato sull'istituto assicurativo e incapace di offrire adeguate tutele; si diceva che le condizioni erano mature per una politica sanitaria dello Stato.

Gli oneri di spesa necessari per l'attuazione del SSN erano valutati intorno all'1% del reddito nazionale e pertanto perfettamente sopportabili. Il finanziamento doveva essere alimentato da un'imposta progressiva su alcuni redditi

in luogo dei contributi assicurativi per malattia, mentre i fondi per le prestazioni monetarie degli enti previdenziali dovevano provenire dai contributi dei datori di lavoro.

L'assetto vigente, si affermava, era rimasto connotato da una sovrapposizione della protezione sanitaria pubblica al vecchio sistema ispirato a criteri caritativi ed assistenziali non basati su un ben definito diritto del lavoratore o del cittadino alla tutela in caso di bisogno (richiamo all'art. 32 della Costituzione).

Si proponevano circoscrizioni sanitarie territoriali; rispetto ai medici si proponeva una loro collocazione nel SSN o come parte dell'organico tramite concorsi pubblici regionali o in forma di attività di liberi professionisti convenzionati; i cittadini avevano libera scelta del medico di fiducia, come di uno specialista, nell'ambito della circoscrizione sanitaria territoriale. I medicinali sarebbero stati progressivamente prodotti da aziende pubbliche a costi di produzione e distribuzione controllati dallo Stato.

Il programma fu al centro del convegno organizzato dalla CGIL nel 1959 dedicato alla sicurezza sociale nel quale di riaffermava il superamento delle divisioni istituzionali tra prevenzione, cura e recupero e l'attribuzione delle competenze relative alla protezione sanitaria agli enti locali coordinati dal neonato ministero della sanità.

Nel decennio successivo l'agenda fu dettata dalla tutela della salute negli ambienti di lavoro e di vita; la crescita dell'industria sul modello delle grandi fabbriche fordiste introdusse trasformazioni profonde che investirono le modalità di prestazione lavorativa e le condizioni dell'ambiente di lavoro. Nuovi rischi per la salute derivavano dalle catene di montaggio, dalla nocività di materiali e processi produttivi, dall'inquinamento provocato dalle produzioni industriali.

Il peggioramento, unito a eccessivi ritmi di lavoro e ricorso a straordinari, cercò il presupposto per un recupero di consensi da parte del sindacato. Inizialmente spiazzato dalle innovazioni, privo di una strategia adeguata ad affrontarle, vide via via accrescere il proprio peso in campo contrattuale e politico, imponendo un nuovo sistema di relazioni industriali.

Con gli intensi conflitti del 1968-1969 le organizzazioni sindacali giunsero a una discontinuità con il passato ampliando la propria azione, mutando le modalità della propria presenza nei luoghi di lavoro e nell'interazione con le controparti pubbliche e private. Centrale fu il ruolo svolto dalle esperienze operaie e sindacali torinesi sul versante della sicurezza.

Nel 1961 a Farmitalia di Settimo Torinese – noto per condizioni di lavoro molto pericolose – prese avvio la prima inchiesta sulla nocività dell'ambiente di lavoro che coinvolse la Camera del Lavoro di Torino. L'inchiesta fu coordinata da Ivar Oddone, medico legato al movimento operaio, e portò all'istituzione di una Commissione medica del sindacato che fece da modello per la costituzione in altre CDL di commissioni di operai e tecnici sui problemi della nocività.

Sulla base di quell'esperienza vennero promossi convegni sul tema, nacquero centri di ricerca in materia di nocività industriale, nel 1965 prese vita presso l'Istituto Nazionale Confederale di Assistenza (INCA-CGIL) il Centro ricerche e documentazione rischi e danni da lavoro; si arrivava a formulare il nuovo principio dei MAC (*maximum allowable concentration*) Massimi Ammissibili di Concentrazione di sostanze tossiche.

Le parole di Foa (segreteria nazionale CGIL) furono chiare: alcune esperienze potevano aprire la strada a un metodo che doveva essere generalizzato dalla Confederazione utilizzando le forze del mondo medico e scientifico allo scopo di alimentare una conoscenza di massa dei problemi attraverso l'utilizzo delle condizioni mediche.

Divenne famosa una dispensa divulgata *L'ambiente di lavoro* volta a restituire protagonismo ai lavoratori in tema di malattie, infermità e morti sul lavoro. I quattro gruppi di fattori nocivi identificati comprendevano 1) rumore, temperatura, luce, umidità 2) attività fisica 3) tutte le condizioni all'origine di effetti stancanti (ripetività, monotonia, ritmi eccessivi..) 4) polveri, gas e fumi.

Vi era la necessità di costruire un nuovo linguaggio in grado di connettere il protagonismo e le conoscenze operaie sulle condizioni di lavoro con quelle della comunità scientifica andando a cercare un gruppo omogeneo di lavoratori che condividevano le medesime condizioni produttive, rischi professionali (...) mettendoli nelle condizioni di gestirne la soluzione.

In questo periodo vennero promosse altre importanti attività di inchiesta: da quella del PCI sotto la guida di Giovanni Berlinguer a quella svolta dal Gruppo di prevenzione ed igiene ambientale del consiglio di fabbrica della Montedison di Castellanza. L'appuntamento congressuale della CGIL del 1969 documentò questo passaggio mostrando come la salute stesse sempre più configurandosi come un terreno di estesa mobilitazione.

Si rivendicavano la strategia della "validazione consensuale" e della "non delega", il diritto e la capacità della classe operaia di stabilire ritmi e tempi di lavoro accettabili, le sue conoscenze in materia di salute, il suo contributo alla qualificazione del SSN e al concetto di medicina preventiva. Si acquisiva la consapevolezza che il sindacato aveva subito inconsapevolmente il ricatto occupazionale lasciando in cambio la salute.

Un passaggio fondamentale di risposta lo si ritrova nello Statuto dei Lavoratori, approvato nel maggio 1970 (Legge 300) che riconobbe all'art. 9 il diritto dei lavoratori mediante le loro rappresentanze di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica.

L'iniziativa sindacale venne estesa dai luoghi di lavoro all'ambiente sociale più ampio coinvolgendo anche gli enti locali e la questione della riforma sanitaria. Si sarebbero così in parte verificate le condizioni per esportare fuori dalla fabbrica la metodologia e il paradigma conoscitivo della classe lavoratrice, la sua capacità di formulare soluzioni, la sua esperienza di cambiamento.

Dalla parte del PCI, Giovanni Berlinguer imputava la drammatica realtà del Paese a più fattori: un'organizzazione della sanità frammentata, disuguale e caotica dell'assetto mutualistico, una colpevole negligenza nella prevenzione delle malattie con costi altissimi soprattutto nel campo degli infortuni sul lavoro; l'intreccio tra "malattie della miseria" e "malattie del progresso".

Nel novembre 1965 il PCI si fece promotore di un organico progetto di legge intitolato *Attuazione dell'art. 32 della Costituzione e istituzione del SSN* il cui obiettivo era mettere tutti i cittadini sullo stesso piano non limitandosi a fornire le cure richieste in caso di malattia. Il finanziamento doveva essere pubblico e alimentato dall'imposizione fiscale senza ticket per i cittadini. A ogni livello doveva esserci un Consiglio di Sanità con capacità di iniziativa e controllo: per questo grande accento veniva posto sulle USL.

I punti qualificanti delle proposte del PSI erano invece l'unificazione delle competenze sanitarie in capo al ministero della Sanità con funzioni di controllo degli enti gestori dell'assicurazione obbligatoria di malattia; la garanzia agli enti locali di mezzi per l'espletamento delle funzioni sanitarie; prestazioni economiche commisurate al reddito da lavoro e allo stato di bisogno; la modifica delle norme relative a produzione e distribuzione di farmaci; l'avvio del SSN.

Il PSI ottenne il dicastero della Sanità assegnato a Mariotti dal 1964 al 1968; essa intervenne nell'espansione della componente ospedaliera nella componente mutualistica dovuta alle rette di degenza e dei ricoveri e ai primi provvedimenti di stabilizzazione del personale medico ospedaliero; la spesa ospedaliera finì per superare quella farmaceutica.

Il modello Mariotti prevedeva la trasformazione di tutti gli enti addetti al ricovero e cura rendendoli pubblici; l'esclusiva competenza degli enti ospedalieri sull'assistenza pubblica, un ampliamento delle funzioni degli ospedali dall'assistenza alla prevenzione passando da formazione, educazione e ricerca.

Dopo un lungo braccio di ferro che vedeva tra i maggiori oppositori la FNOOM (sindacato medici), gli esponenti del mondo cattolico, il PLI e l'MSI, nel 1968 venne approvata la legge 132, la "riforma ospedaliera" che aveva tra gli elementi più qualificanti l'universalità del diritto all'assistenza ospedaliera pubblica garantita dagli enti ospedalieri a tutti i cittadini italiani e stranieri, una sburocratizzazione dei ricoveri con accesso immediato, un allargamento dei compiti tradizionali, la classificazione degli ospedali in zonali, provinciali e regionali.

La riforma intervenne anche nel tentativo di porre un argine al regime manicomiale con alcune modifiche alla legge del 1904 ossia l'abolizione del casellario giudiziario, la possibilità di ricovero volontario non implicante l'intervento dell'autorità, la previsione di servizi di igiene mentale, la definizione di malattia mentale non più associata alla pericolosità sociale.

Negli anni 50 e 60 erano state di fatto tracciate le basi per il SSN; mancava tuttavia ancora la forza politica e sociale per la realizzazione della riforma.

CAPITOLO 2: GLI ANNI SETTANTA. CONFLITTI E NUOVI SERVIZI

L'ambizione del Comprehensive Primary Health Care

Nel 1978 si tenne ad Alma Ata la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base promossa dall'OMS e dall'UNICEF alla quale presero parte 3mila delegati provenienti da 134 governi e 67 organizzazioni internazionali arrivate da tutto il mondo per riflettere sul concetto cardine dell'assistenza sanitaria che stava emergendo: il Primary Health Care (PHC, l'assistenza sanitaria di base).

L'OMS riaffermava che la salute andava intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattie e infermità. Tra gli enunciati contenuti nella Dichiarazione conclusiva: l'inaccettabilità politica, sociale ed economica delle disuguaglianze esistenti nello stato di salute delle popolazioni.

Il PHC, l'assistenza sanitaria di base, è quell'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione in uno spirito di auto-responsabilizzazione e di autodeterminazione. L'elaborazione di tale concetto venne favorita da un nuovo contesto politico caratterizzato dall'emergere dei paesi africani decolonizzati, dalla diffusione dei movimenti antimperialisti, dalla messa in discussione del modello di sviluppo occidentale.

Salute e ambiente

In Italia, a metà degli anni Settanta, si registrava un miglioramento della salute della popolazione, la speranza di vita cresceva per le donne e per gli uomini (75,9 e 69,6), i dati sulla mortalità infantile miglioravano, alcune malattie infettive erano in netto recesso; al contempo aumentavano mortalità e morbosità per le patologie cronico-degenerative rispetto alle quali inquinamento, fumo, alimentazione avevano un'importante incidenza ma, soprattutto, crescevano i differenziali di salute e di vita legati alle condizioni di lavoro nelle fabbriche.

Permaneva la combinazione ancora presente tra le malattie della miseria e quelle del progresso che seguivano il persistente dualismo tra Nord e Sud.

Sanità e processo di riforma

Le trasformazioni demografiche e sociali alimentarono nuove domande di prestazioni sanitarie. Per gli assistiti dell'INAM il numero delle visite mediche generiche pro-capite passò dalle 6,2 del 1960 a 11,5 del 1975; il consumo di farmaci pro capite passò da 8,3 a 19,1; il tasso di ospedalizzazione sul totale degli istituti di cura passò da 94,28 per mille abitanti del 1960 a 181,24 per mille abitanti del 1975 anno in cui i posti letto raggiunsero la cifra record di 588.103.

Diverse contraddizioni connotavano la realtà ospedaliera: da un lato pressioni per il suo ridimensionamento, soprattutto nel caso di ospedali di grandi dimensioni difficilmente amministrabili con il contestuale potenziamento territoriale dei servizi di base; dall'altro la progettazione di nosocomi di oltre 2mila posti letto che continuavano a rappresentare un importante centro di potere e di interesse, occasione di occupazione e di rivendicazioni massicce per aspettative frustrate di adeguati servizi.

Il problema maggiore era la divenuta insostenibilità d'insieme data dalla crisi finanziaria del sistema mutualistico, incapace di far fronte ai cambiamenti in corso, di rispondere ai nuovi bisogni sociali e sanitari della popolazione.

I diversi fattori che generavano il malfunzionamento già visti nel capitolo precedente, gli intensi conflitti sociali del periodo, le nuove elaborazioni culturali, l'attività degli enti territoriali e locali, le pressioni politiche e sindacali.. contribuirono ad accelerare i tempi, oramai maturi, della riforma sanitaria.

A livello governativo, politico e sindacale vi furono diversi passaggi. Nell'ottobre del 1969 fu istituito da parte del Ministro della Sanità Ripamonti un apposito studio; il successivo lavoro nelle commissioni portò al disegno di legge per l'istituzione del SSN approvato dal CDM nel 1974. Ci vollero quattro anni per giungere alla 833 del 1978.

Negli anni si dovette provvedere a teorizzarne il finanziamento (1970 FSN), superare le ritrosie dei medici (in particolare FNOOM che avanzavano timori legati all'impiegatizzazione e rivendicavano un rapporto libero-professionale), superare le previsioni di spesa gonfiate che venivano stimate dai difensori delle Mutue per spaventare i politici, superare l'indebolimento politico del centro sinistra, superare la preoccupazione di un Paese che vedeva rispetto al resto di Europa il più alto numero di accertamenti diagnostici pro capite, di ricette mediche e di medicinali, di giornate di degenza.

Al posto della prevenzione di massa l'Italia si concentrava fino ad allora sull'offerta di servizi terapeutici con un livello generico di prestazioni inserite in un quadro di grave deficit di educazione sanitaria che favoriva la mercificazione della prestazione medica e in un contesto istituzionale che portava ad aumentare la spesa a causa della scollatura esistente tra le decisioni di finanziamento del sistema (accentrate) e le decisioni di spesa frazionate in una miriade di centri autonomi.

Nel 1974 si giunse a un importante risultato con la legge 386 che fissava le norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e l'avvio della riforma sanitaria. Senza le modifiche introdotte avrebbe prevalso uno schema di sistema sanitario uno e trino con gli ospedali alle Regioni, le mutue risanate per l'assistenza extramurale e la prevenzione a Stato e Comuni.

L'idea di muoversi in altra direzione, portata avanti dal PCI e dalla CGIL in primis, nacque sulla scia del comune impegno che affiancava i soggetti sociali e le figure professionali che diedero vita a nuove realtà di movimento, su tutte Medicina Democratica che tenne il primo congresso nazionale nel 1976 che insisteva sulla consapevolezza di due processi in atto di segno opposto: la medicalizzazione della politica e la politicizzazione della medicina, la prima come scelta della classe del capitale la seconda come scelta della classe del lavoro.

Si assumeva l'impegno in una lotta per la salute che non separasse il campo sociale da quello sanitario, collocando al primo posto la prevenzione e la medicina di base, facendo dell'educazione sanitaria la premessa della partecipazione, dando senso e prassi a una concezione della medicina come servizio per tutti a partire da una gestione del farmaco che doveva essere sottratta dall'essere al servizio del capitale.

Rossana Rossanda, fondatrice del Manifesto, parla di *specialisti e non specialisti, intellettuali ed operai, incontravano, studiavano insieme, denunciavano assieme ma, soprattutto, costituivano assieme un diverso modo di concepire la produzione, la tecnologia e la scienza.*

Era quanto teorizzato da Maccacaro: c'è solo un MAC accettabile scientificamente ed è quello zero: il cancerogeno deve semplicemente scomparire dall'ambiente. La precedente introduzione dei MAC nei contratti di categoria venne riformulata ribaltando l'onere della prova di nocività: non erano i lavoratori a dover provare la nocività di un prodotto usato nel processo produttivo ma era chi lo introduceva che doveva dimostrare prima il suo non essere cancerogeno.

La strada era aperta, si trattava di essere uomini di scienza e uomini dalla parte del movimento operaio (e non solo) che gettava uno sguardo radicalmente critico sia sulla struttura sociale sia sulla cultura dell'esistente; una saldatura tra discorso scientifico e progettualità politica, in cui la figura dell'esperto diveniva espressione della sintesi gramsciana di specialistica e di politico.

Si avviò la costruzione di un dialogo comune tra competenze scientifiche individuali e soggetti collettivi. Si affermò una piena consapevolezza dei nessi che legavano la salute ambientale e l'organizzazione capitalistica del lavoro, la partecipazione e la prevenzione, giungendo a modificare i rapporti di forza tra capitale e lavoro.

Questo ricco e variegato percorso qualificò la riforma sanitaria del 1978 portando anche nello stesso anno, per strade diverse, a due altre fondamentali riforme nell'ambito della salute: quella dell'assistenza psichiatrica (180/1978) e quella sull'interruzione volontaria di gravidanza (194/1978).

Nasce il SSN

Lo schema a cui lavorò per 8 mesi la XIV Commissione permanente Igiene e Sanità pubblica della Camera, sulla base dei cinque disegni di legge presentati (da 4 partiti e dal governo), venne discusso a metà dicembre 1977. Compì gli ulteriori passaggi durante il governo di solidarietà nazionale di Andreotti con appoggio esterno del PCI e venne approvato il 21 dicembre con 381 voti a favore, 7 astenuti (PRI) e 77 contrari (MSI e PLI); il 23 dicembre Anselmi, ministro della sanità, prima donna a rivestire la carica di ministro nella storia italiana, appose la firma alla 833/1978.

L'obiettivo principale era il passaggio dalla cura della malattia – concepita come sofferenza individuale – alla tutela e promozione universale della salute fisica e psichica, individuale e collettiva, di cui il nuovo SSN era strumento di attuazione.

I principi ispiratori erano l'universalità di copertura, l'equità di accesso, l'uguaglianza di trattamento, la globalità e l'uniformità territoriale delle prestazioni, la centralità dell'azione preventiva e la responsabilità dello Stato nel decentramento fino alle USL, la partecipazione e controllabilità democratica, la programmazione dell'offerta dei servizi e della spesa, il finanziamento tramite la fiscalità progressiva generale.

Gli strumenti essenziali erano la formazione di una adeguata coscienza sanitaria, la prevenzione delle malattie e degli infortuni, la diagnosi e cura degli eventi morbosi, la riabilitazione fisica e psichica, la promozione della salubrità dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e lavoro, la corretta disciplina di prevenzione, sperimentazione, produzione, commercializzazione e distribuzione dei farmaci, la formazione professionale e permanente del personale.

Rispetto al personale la legge conteneva alcune ambiguità evitando di compiere la scelta definitiva verso il passaggio del personale alla diretta dipendenza del SSN; venivano previste due tipologie di lavoro, quello dipendente e quello convenzionato. Si manteneva la possibilità di svolgere attività libero-professionale, regolata da convenzioni uniche, non prive di elementi problematici.

Più chiaro l'indirizzo sul rapporto di lavoro del personale delle USL a cui era assicurato un unico ordinamento in tutto il territorio, un disciplinamento dei ruoli nella garanzia del diritto all'esercizio della libera professione regolata e limitata (art. 47).

Tornavano al pettine i nodi dei difficili rapporti con il personale medico – FNOOM – presenti anche nel processo di approvazione della riforma. Di fatto la 833 non tradiva i compromessi che erano altrettanto presenti anche in forma di arretramenti rispetto alla sopravvivenza di istituzioni sanitarie private. Si mantenevano infatti case di cura e altre strutture private, in alcuni casi riconosciute anche come presidi delle USL e regolate da apposite convenzioni.

Dal punto di vista finanziario si manteneva un sistema a cascata con le regioni che ricevevano la quota assegnata per il finanziamento e la ripartivano alle USL. Il governo ogni anno stabiliva l'ammontare delle risorse da destinare alla sanità (importo FSN fondo sanitario nazionale); il Piano Sanitario Nazionale (PSN) veniva presentato al parlamento, di durata triennale, si passava così al secondo livello quello regionale, con i piani sanitari regionali (PSR) che ripartivano risorse alle USL.

CAPITOLO 3: SALUTE E SANITÀ NELLA CRISI DEL WELFARE DEGLI ANNI '80

Negli anni 80 le acquisizioni delle politiche per la salute a livello mondiale del decennio precedente subirono una battuta di arresto. Era trascorso meno di un anno dalla conferenza di Alma Ata quando la formulazione del Comprehensive Health Care fu messa in discussione perché "irrealistica e troppo costosa".

A Bellagio la fondazione Rockefeller sponsorizzò un incontro nel maggio 1979 nel quale si introdusse la nuova prospettiva della *Selective Primary Health Care*: un programma flessibile di interventi mirati a basso corso per affrontare i principali problemi delle malattie presenti nei paesi più poveri. A un modello di azione sanitaria completa e valida per tutti subentrò quello di interventi selezionati ed efficaci dal punto di vista dei costi.

Sulla base di una concezione economica della salute, venivano fornite indicazioni per riorganizzare i sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo, riassumibili in quattro punti: 1) introduzione nei servizi sanitari pubblici di forme di compartecipazione alla spesa (fine di una sanità quale diritto di cittadinanza) 2) promozione di programmi assicurativi pubblici e privati 3) incoraggiamento di un uso efficace delle strutture sanitarie non governative dando impulso alla privatizzazione 4) decentramento dell'organizzazione sanitaria pubblica per avvicinare decisioni di spesa e utenti con l'introduzione di incentivi e meccanismi di mercato.

Venivano incoraggiate la concorrenza e la diversificazione dei servizi offerti spingendo i governi a promuovere riforme degli assetti sanitari che spingessero verso le assicurazioni integrative e che favorissero la competizione tra fornitori pubblici e privati. L'intervento pubblico veniva circoscritto ai servizi sanitari per i più poveri, attraverso sussidi ai fornitori di servizi privati e alle ONG che servono i poveri attraverso vouchers che i poveri potevano utilizzare per i fornitori a loro scelta o servizi pubblici gratuiti o sottocosto.

Il mutamento era parte dell'affermarsi di politiche neoliberali dirette ad allargare gli spazi del mercato, a ridimensionare il welfare, a introdurre l'outsourcing dei servizi pubblici e logiche competitive in ambito sociale. Tra i principali promotori vi furono Thatcher e Reagan, uniti contro l'idea di uno Stato a cui si rimproverava, oltre all'eccesso di spesa, la forte burocratizzazione e la scarsa efficienza.

Questi sviluppi si manifestarono nella maggior parte dei paesi con il ristagno o riduzione della spesa sanitaria pubblica; con l'aumento dei contributi richiesti ai cittadini (tickets) o con la crescita della spesa sostenuta direttamente dai cittadini (out of pocket).

Alla sovranità degli Stati, coordinati attraverso l'OMS, si sostituì il peso crescente dei soggetti privati transnazionali che con le proprie risorse aggiuntive imposero priorità spesso coerenti con gli interessi di grandi imprese farmaceutiche internazionali (Big Pharma) facendo prevalere i meccanismi di mercato sulle politiche pubbliche e riorientando le stesse finalità dell'OMS.

Le prestazioni sanitarie presero in misura crescente forme di merci vendute sul mercato a chi aveva la capacità di spesa; si aprì la strada alla privatizzazione di attività per la salute in cui si inserirono grandi imprese e società finanziarie legate alle assicurazioni sanitarie e alla sanità privata.

I problemi di tale azione emersero in modo ineludibile pochi anni dopo quando ottenere l'accesso alle terapie antiretrovirali non ancora accessibili significò affrontare uno dei temi più spinosi: quello del rapporto tra diritto alla salute e brevetti sui medicinali stabiliti dagli accordi sulla proprietà intellettuale approvati nel 1995 all'interno del WTO, i TRIPS (*Trade-related aspects of intellectual property rights*). Si trattò di una vicenda destinata a restare cruciale anche a fronte di successive pandemie.

Il contesto italiano

Le vicende dell'Italia presentarono tratti comuni agli altri Paesi ma anche una loro specificità. Gli anni 80 registrarono una crescita della spesa pubblica e – al suo interno – della spesa sociale, riconducibile all'attuazione delle riforme e all'invecchiamento della popolazione a cui corrisponde l'aumento del ricorso alla spesa sociale e sanitaria.

L'Italia si avvicinò ai livelli degli altri Paesi con una spesa sociale pari al 17,4% del PIL nel 1980; i divari da quel momento si allargarono (nel 1993 in Italia 22,1% contro il 27% della Francia) con un rallentamento che permase fino ai giorni nostri. In ambito sanitario la spesa si mantenne stabile tra il 5% e il 6%; la traiettoria del welfare venne condizionata in Italia dai nuovi vincoli alla crescita della spesa pubblica e dall'esigenza di finanziare il deficit con emissione di debito e non più di moneta; il conseguente aumento degli interessi passivi sul debito ridusse i margini.

Il PCI tornato all'opposizione subì gli effetti di un crescente isolamento e del ridotto peso politico del sindacato e della classe operaia dopo le sconfitte della vertenza FIAT del 1980 e nel referendum sulla scala mobile del 1985. Il sindacato, a sua volta, giocò un ruolo importante nell'accettazione di un nuovo paradigma che lo portò a scambiare le precedenti rivendicazioni su salute, sanità, sicurezza sul lavoro, prevenzione e tutele con logiche di welfare aziendale.

In un mutato sistema di relazioni industriali gli accordi tra sindacati e datori di lavoro finirono per delegare la risoluzione delle questioni sanitarie all'interno delle singole fabbriche con l'abbandono di vertenze complessive e della combattività raggiunta in precedenza, nella subalternità ai rapporti di forza esistenti.

La difficile realizzazione del SSN

L'introduzione della riforma, dopo oltre un ventennio di discussioni, conflitti e iniziative, era stata il precipitato di una intensa stagione di azione collettiva tuttavia la sua attuazione incontrò da subito forti ostacoli; in particolare la "mutata e oggettiva condizione economica del Paese" che dettava una nuova linea agli stanziamenti di bilancio previsti per il FSN; la politica iniziava ad essere condizionata da scelte che mettevano al primo posto i vincoli di bilancio.

Un problema fondamentale risultò essere la definizione dei rapporti tra indirizzo nazionale e interventi regionali. Essa prevedeva che tale coordinamento avvenisse attraverso il Piano Sanitario Nazionale la cui approvazione era prevista per il 1979 ma si realizzò solo nel 1994. Le regioni avevano nel mentre previsto i provvedimenti legati alla promozione dei diritti socio-sanitari ma la parallela introduzione di misure di contenimento le mise in difficoltà nel loro ruolo di raccordo tra Stato e USL.

I rapporti tra i livelli si mostravano complicati già dall'avvio della 833 per la discrasia esistente tra l'accentramento delle entrate e il decentramento delle spese, con la responsabilità assegnata a livello periferico senza adeguato coordinamento e gestione della spesa a livello nazionale; in questo sistema che vedeva centralizzati i poteri di prelievo e decentrati quelli di spesa si osservava una crescita di spesa al di là di ogni vincolo finanziario: per realizzare gli equilibri si ricorse a risorse aggiuntive da raccogliere attraverso la partecipazione degli utenti.

Con il d.l. 463/1983 si cominciarono a introdurre modifiche alla 833/1978 e venne ridefinita la disciplina sui ticket farmaceutici prevedendo una quota fissa di mille lire per ogni ricetta. Con la legge finanziaria del 1984, Craxi prevede la possibilità per le regioni di imporre in modo autonomo quote di partecipazione ai costi; sempre Craxi, nel 1985, con DPCM stabiliva quali attività socio-assistenziali fossero di rilievo sanitario e quindi gravanti sul FSN.

Si verificarono quelle che Berlinguer definì le crisi della sanità: fiscale, etico-sociale, istituzionale. Il divario tra domanda crescente di sanità e imposizione di vincoli di spesa; uno spostamento di campo dell'oggetto della salute con un'ideologia funzionale a massimizzare il ruolo del medico diagnosta e terapeuta e minimizzare quello della sanità pubblica, l'affermazione di logiche di mercato che perseguivano una discriminazione classista nell'erogazione di servizi; ampi fenomeni di corruzione, clientelismo, deresponsabilizzazione con comitati di gestione locali oggetto di lottizzazioni.

A rendere ulteriormente problematica questa fase di transizione fu poi il grave ritardo con cui si giunse al finanziamento del SSN tramite la fiscalità generale. Diverse modifiche legislative introdotte nel decennio tentarono di allargare la base imponibile ma, dall'altro lato, le scelte dei governi di non imporre carichi su autonomi e professionisti per ragioni di consenso elettorale alimentarono caos contributivo e trattamenti di favore.

La scelta finanziaria del 1986 (n. 41 art. 31) rappresentò un equilibrismo politico fra il criterio della capacità contributiva e quello del beneficio. Si estese la base imponibile a tutti i redditi percepiti e si introdusse la regressività della struttura delle aliquote al fine di temperare la progressività del prelievo.

Il nodo politico di quella che venne chiamata la "tassa sulla salute", gravante su autonomi e professionisti, era la resistenza di queste categorie ad essere sottoposte a un'imposizione fiscale specifica per il finanziamento del Servizio sanitario. La confusa soluzione di compromesso vide la parziale unificazione delle aliquote contributive e l'introduzione di una loro regressività per evitare fenomeni di disobbedienza fiscale.

Il passaggio del finanziamento del SSN dal sistema contributivo a quello della fiscalità generale si rivelò non facile prolungando la fase transitoria dal sistema mutualistico per categorie limitate a quello universale; soltanto nel 1997 si arrivò a una piena fiscalizzazione degli oneri d.lgs. 446 che sostituì le entrate derivanti dai contributi sanitari soppressi. Il nuovo sistema introdusse forme di finanziamento assegnato alle Regioni: IRAP, IRPEF addizionale regionale, altre imposte ed entrate.

CAPITOLO 4: L'ALTALENA DEGLI ANNI 90

Tra il 1978 e il 1992 la salute degli italiani registrò importanti sviluppi. La speranza di vita alla nascita passa da 69 a 73,8 anni per gli uomini e da 74,9 a 80,3 anni per le donne; la mortalità infantile si riduce da 17,1 ogni mille nati vivi a 7,9; la curva delle nascite scese in modo costante da 12,8 nati per mille abitanti nel 1978 a 9,2 nel 1995; cadde il tasso di fecondità che scese a 1,19 figli per donna nel 1995; queste dinamiche – unite a migrazione molto contenuta – portò a un forte aumento della popolazione anziana e gli over 80 raggiunsero il 4%.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentavano la causa principale di mortalità (40% dei decessi), cresceva tra le cause di morte quella dei disturbi psichici (da 1,4% al 3,8%) e si manteneva una differenza territoriale (al Nord tumori, al sud cardiocircolatorio); il Paese si era liberato da vaiolo e poliomielite mentre la difterite era stata quasi del tutto eliminata così come il tetano, divenuto molto raro.

Per le malattie professionali, aumentavano i tumori e i decessi riconducibili all'esposizione ad amianto con il drammatico fenomeno delle donne a contatto prolungato con gli indumenti di marito e figli: finalmente nel 1992 se ne dispose la cessazione di ogni attività di estrazione, produzione e commercio.

I posti letto negli ospedali scesero passando da 542mila del 1980 a 289mila del 1992; si interruppe la crescita della spesa sanitaria che nel 1995 scese sotto il 5% del PIL, a crescere fu invece quella privata che quasi raddoppiò in un decennio raggiungendo il 2,5%.

Il generale aumento dei redditi, dell'istruzione e dell'informazione, le migliori condizioni presenti nei luoghi di lavoro e di vita, le spinte dei movimenti collettivi e le mobilitazioni delle donne – compreso superamento aborto clandestino – lo sviluppo dei servizi socio-sanitari pubblici e l'acquisizione di una più alta conoscenza sanitaria da parte della popolazione incisero sulla riduzione dei tassi di mortalità; differenze territoriali e sociali andavano però radicandosi sempre di più (colpiti in particolare redditi bassi, livelli scolastici bassi, meridione).

Gli incidenti sul lavoro presentavano una media tra le più alte d'Europa con 1.200 decessi l'anno alla fine del secolo.

Si segnalavano inefficienze in alcuni settori del servizio pubblico riscontrabili con allungamento delle liste di attesa, mancanza di personale infermieristico, gigantismo di alcuni presidi ospedalieri, sprechi; si registrava il cambio di paradigma caratterizzato dal nuovo impianto legato all'affermazione di logiche di mercato e concorrenza con il passaggio da cittadino a cliente.

Modelli aziendali, poteri delle regioni e ruolo del privato

Fu nella congiuntura della crisi economica del 1992 che il ministro della sanità Francesco De Lorenzo (PLI) mise mano al SSN nel contesto della manovra finanziaria straordinaria del Governo Amato con il d.lgs. 502/1992. Di fronte alla crisi economica e alla svalutazione della lira vennero introdotti provvedimenti di entità eccezionale con tagli di spesa di 93mila miliardi di lire; il 6% del PIL.

Si disponeva che i livelli uniformi di assistenza sanitaria fossero indicati dal Piano Sanitario Nazionale; di fatto il tema delle risorse da destinare alla tutela della salute diventa l'assoluta priorità, la variabile indipendente cui subordinare l'individuazione dei livelli di assistenza coerenti con tale determinazione. I LEA passavano ad essere dei semplici obiettivi da ricercare in funzione delle disponibilità finanziarie e in subordine al primato del vincolo di bilancio.

Pur riconoscendo che le risorse devolute alla sanità erano ancora inferiori rispetto a quelle destinate dagli altri paesi industrializzati si perorò con forza l'insostenibilità della spesa in un momento di difficoltà della finanza pubblica mentre si riconosceva l'esigenza di allineare l'Italia al resto d'Europa per i meccanismi di libera concorrenza e liberalizzazione.

Tra gli assi principali del decreto del '92 vi erano aziendalizzazione, regionalizzazione del servizio e privatizzazione del sistema. Si passava dalle Unità Sanitarie Locali alle Aziende USL (ASL); le USL non venivano più gestite dai Comuni ma divenivano Aziende pubbliche controllate dalle Regioni e gestite da un DG di nomina regionale avente tutti i poteri di gestione e rappresentanza; le ASL si aprivano alla concorrenza privata e si prevede la possibilità di scorporare gli ospedali costituendo aziende ospedaliere autonome (AO).

In questa configurazione le ASL, agenti di finanziamento e produzione, potevano rivolgersi tanto alle AO quanto ad altre strutture pubbliche e private per l'erogazione delle prestazioni: era questa la versione italiana del modello introdotto da Thatcher in UK volto a separare i committenti dai produttori, il purchaser provider split.

Si optò così per un sistema pubblico integrato nel quale l'offerta di strutture private era residuale e, come si è visto, regolata sulla base di convenzioni, ad uno misto, pubblico-privato, regolato da rapporti contrattuali inoltre, la trasformazione delle USL in ASL, ridotte nel numero, segnò il passaggio da un'istituzione che traeva fondamento da forme di rappresentanza e partecipazione delle comunità locali a un'impresa organizzata secondo criteri manageriali.

La nuova regionalizzazione del sistema potenziò il ruolo delle regioni rendendole lo snodo territoriale dell'assetto sanitario nazionale. Allo Stato restava il compito di programmare finanziare e fissare i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in modo uniforme, alle regioni quello di regolarne e disciplinarne l'erogazione e di coprire con fondi propri i costi di eventuali prestazioni aggiuntive.

Accanto alla regionalizzazione si attivò la privatizzazione attribuendo alle regioni la possibilità di permettere l'uscita volontaria dei propri cittadini dal SSN verso altri incaricati di servizio quali mutue professionali, aziendali, volontarie o assicurazioni private ai quali poter affidare in tutto o in parte la garanzia dei LEA. L'art. 9 del 502 parlava infatti di *forme differenziate di assistenza*.

Questo tentativo rappresentò il più grave dei tentativi di stravolgimento dell'impianto universalistico e la stessa facoltà di rivolgersi a soggetti diversi rispetto al SSN contraveniva al principio dell'uguaglianza di accesso e tutela, disegnando un sistema parallelo a quello del servizio pubblico e manifestando quale fosse l'orientamento politico alla base della riforma, tentativo sventato pochi mesi dopo con un successivo decreto varato da Ciampi.

Nell'insieme le scelte compiute con l'intervento del 1992 furono: aziendalizzazione e depoliticizzazione delle USL, scorporo dei maggiori ospedali, responsabilizzazione finanziaria delle regioni, estromissione dei comuni dalla gestione sanitaria con conseguente arretramento dell'integrazione, prefigurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private e, infine, introduzione dell'intramoenia, predisponendo spazi adeguati per un suo esercizio (interno o esterno laddove irreperibili per massimo un anno, poi prorogato).

Nel 1993 con d. lgs. 517 si sistemò l'art. 9 del decreto dell'anno precedente; le forme di assistenza DIFFERENZIATE furono trasformate in forme di assistenza INTEGRATIVE. In questo modo le prestazioni fornite diventavano aggiuntive, complementari e non sostitutive come nel testo del 1992.

Nel 1994 con Berlusconi – che si era presentato alle elezioni con programma che prevedeva smantellamento SSN contemplando solo voucher per i bisognosi – le modalità di accreditamento istituzionale per permettere ai privati di lavorare con il SSN vennero allargate in modo improprio con esiti problematici; nel successivo governo Dini (1995-1996) il percorso venne ridefinito con i soggetti erogatori che potevano operare in nome e per conto del SSN attraverso le "3 A": autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali: tale sistema venne messo a regime con la successiva riforma del 1999.

Sempre in quegli anni nasceva un primo condizionamento delle politiche sanitarie attraverso la comunicazione; strumentalizzazioni politiche operavano infatti attraverso l'ideologia dei miracoli che poggiava su ignoranza scientifica, volontà scandalistica e opportunismo politico (si pensi al caso Di Bella volto a mettere in difficoltà governo di centro-sinistra attraverso giornali e programmi TV con cui la destra costruì interesse e consenso).

La sfiducia verso una medicina avvertita come specialistica e settorializzata, incapace di considerare l'essere umano in modo olistico, rafforzò l'interesse per medicine e cure alternative (dall'omeopatia al rifiuto delle vaccinazioni) su cui il privato trovò ampi spazi.

L'ultima riforma del secolo

Nella seconda metà del decennio la materia sanitaria fu al centro di più contrasti politico-istituzionali relativamente a due nodi fondamentali: la difesa del principio universalistico e i rapporti tra pubblico e privato nella gestione sanitaria.

Nel 1996 l'Ulivo si presentò con un programma a favore di un riformato sistema pubblico mentre il Popolo della Libertà fece della privatizzazione sanitaria uno dei cavalli di battaglia (spinta in particolare Confindustria e dal

modello Lombardia con il suo presidente Formigoni). Confindustria puntava a una copertura a carico dello Stato solo per cittadini a basso reddito con la scusa che “il dare tutto a tutti” sprecava risorse senza fornire servizi di qualità.

La vera motivazione era l’allargamento del mercato sanitario, finanziato e controllato dalle assicurazioni e gestito da soggetti privati erogatori dei servizi sanitari. Il “modello lombardo” era divenuto punto di forza delle politiche neoliberali con alla base la motivazione del ricorso alla libertà di scelta, della sussidiarietà, della superiorità del privato e della ripulsa del pubblico.

A seguito della riforma del 1992 in Lombardia introdussero la totale separazione degli ospedali dalle ASL e la loro costituzione in AO autonome; alle ASL rimase il ruolo di programmazione e spesa e controllo mentre le AO e le strutture private accreditate assunsero la responsabilità dell’erogazione di prestazioni e servizi finanziati attraverso la spesa sanitaria pubblica a carico delle ASL che via via andavano esternalizzando ai soggetti esterni.

In parallelo l’attenzione alla dimensione regionale assunse le forme di una vera e propria ideologia regionalista alimentata dalla Lega Nord, che finì per condizionare le culture e le forze politiche del paese (si pensi al successivo Titolo V). Era questo il clima in cui Bindi si trovò ad operare con l’ulteriore straordinarietà dovuta nel 1996 alla decisione di entrata dell’Italia nell’Euro con conseguente rispetto dei parametri di Maastricht.

L’orientamento espresso fu quello di una difesa dell’offerta pubblica di sanità che non poteva escludere la possibilità di uno spostamento nella sfera di produzione privata di alcuni servizi più facilmente collocabili sul mercato. Emergevano però alcuni nodi irrisolti: il verificarsi di deficit strutturali nelle ASL e in regione, l’eccessiva spesa per trattamenti ospedalieri, gravi difficoltà nel definire criteri di competizione tra soggetti privati e pubblici con, per questi ultimi, la separazione tra funzioni di programmazione ed erogazione di servizi.

Presentato da Bindi nel maggio 1998, il Piano sanitario si fondava su un patto di solidarietà per la salute riguardante un’ampia platea di soggetti e istituiva un nesso tra lo stato di salute della singola persona e quello della collettività. Tra i principi fondamentali vi erano la dignità umana, il bisogno, la solidarietà, l’equità, l’efficacia e appropriatezza degli interventi.

Tra gli assi portanti vi erano il miglioramento all’accesso ai servizi, la promozione di una cultura della salute, la valorizzazione della prevenzione, l’incoraggiamento della capacità delle persone e delle comunità ad adottare comportamenti sani, una particolare importanza all’integrazione socio-sanitaria e al riaffermare la centralità politica della sanità contrastando una privatizzazione passiva del SSN e un federalismo di facciata.

Venne riaffermata la coerenza tra un carattere nazionale del SSN e la sua regionalizzazione; il collante venne identificato nei LEA definiti dal Piano Sanitario Nazionale, di conseguenza i livelli essenziali – e non minimi – e uniformi di assistenza devono essere definiti a livello nazionale contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate.

A caratterizzare la riforma furono inoltre altri tre aspetti: l’articolazione in distretti, l’erogazione di forme integrative di assistenza sanitaria, la nuova disciplina della dirigenza medica. Il distretto muoveva dalla necessità di superare un’impostazione sbilanciata sulla medicina ospedaliera per soddisfare bisogni complessi; il distretto era concepito come il luogo di integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria extraospedaliera e socio-sanitaria.

I fondi integrativi potevano prevedere solo le prestazioni non ricomprese nei LEA mentre venne introdotto il regime di esclusività per il rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario alle dipendenze del servizio pubblico. Il rapporto esclusivo veniva reso obbligatorio per i nuovi medici assunti e restava facoltativo per quelli in servizio che potevano optare un rapporto non esclusivo che gli avrebbe però penalizzato la carriera e le entrate economiche.

Gli incarichi di direzione di struttura semplice e complessa implicavano infatti il rapporto esclusivo nell’incompatibilità stabilita tra essi e l’esercizio dell’attività libero professionale extramoenia. Un precedente provvedimento voluto da Bindi (662/1996) aveva stabilito che l’opzione per l’esercizio della professione intramoenia da parte del personale dipendente del SSN da espletare dopo aver assolto all’orario di lavoro istituzionale, era incompatibile con l’attività libero-professionale e che intramoenia e extramoenia si escludevano.

Su questa scia si stabilì che l'intramoenia non potesse comunque comportare per ciascun dipendente un volume di prestazioni superiore all'attività effettuata istituzionalmente; tale scelta era motivata dall'obiettivo di snellire le liste di attesa e di consentire comunque la possibilità di praticare la libera professione (ma solo intramoenia, aprendo all'intramoenia allargata fuori dalle mura delle strutture pubbliche solo a causa della carenza di spazi e per tempo limitato, poi prorogato).

In modo significativo e al netto di più proteste derivanti da alcuni sindacati di categoria e organizzazioni professionali contrari all'approvazione della riforma soprattutto in riferimento al principio dell'incompatibilità tra responsabilità pubblica e attività privata, un'altissima percentuale di medici in servizio optò a favore del rapporto esclusivo all'85%-90%.

Rispetto al personale il decreto del 1999 introdusse ulteriori elementi. In particolare il ruolo unico della dirigenza medica, accorpendo i tre precedenti livelli (primari, aiuti, assistenti), la verifica periodica alla quale dovevano essere sottoposti tutti i dirigenti per la conferma del proprio incarico o il conferimento di un altro, l'obbligatorietà della formazione continua per tutti i medici (l'educazione continua in medicina, ECM).

La nuova disciplina prevedeva 4 tappe, le "4 A": autorizzazione alla costruzione di strutture, autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale, definizione di accordi contrattuali.

La riforma del 1999 non venne attuata nel suo complesso per la caduta del governo D'Alema e la mancata riconferma di Bindi al ministero, sostituita da Veronesi, in qualità di tecnico, vide accantonati interi capitoli della riforma.

Alla fine del secolo i dati disponibili confermavano una notevole variabilità geografica e una disparità socio-economica nell'accesso alle cure e ai servizi sanitari in termini di prevenzione, diagnosi e assistenza, così come nell'educazione sanitaria, nel consumo di farmaci, nel rapporto con il personale sanitario.

Le donne a maggiore rischio di controlli insufficienti, di accesso tardivo all'assistenza, di ricorso al cesareo erano quelle residenti al Sud, più giovani e meno istruite; sempre al Sud il ricorso ai servizi era maggiore in ragione di un peggiore stato di salute, ma a parità di bisogni era minore l'accesso alle cure rispetto al Nord.

Alle principali difficoltà esposte si aggiunse la revisione del Titolo V della parte seconda della costituzione che segnò un ulteriore e difficile passaggio.

CAPITOLO 5: GLI ANNI 2000, ARRETRAMENTI DELLA POLITICA E LOGICHE DI MERCATO

Gli anni 2000 sono partiti con una forte attenzione mondiale alle disuguaglianze di salute. *The Health gap, the challenge of an unequal world* era il nome del volume del 2015 pubblicato da Marmot – epidemiologo di fama internazionale – sul rapporto tra disuguaglianze socio-sanitarie e salute.

Alla base delle patologie fisiche e psichiche vi sono le condizioni in cui le persone nascono, vivono, lavorano e invecchiano; il risultato di una distribuzione disuguale delle occasioni della vita è che la salute si distribuisce in modo disuguale; occorre quindi mettere in discussione l'organizzazione della società; questa valutazione si contrapponeva a quella neoliberale della povertà come destino e della salute come fatto individuale.

L'idea era che sulla salute non influissero solo fattori biologici e genetici o la medicina, ma un ampio spettro di condizioni sociali ed economiche: dalla povertà all'istruzione, dalle ingiustizie sociali alle condizioni di vita e lavoro, dalla qualità dei servizi sanitari ed assistenziali ad altri fattori culturali e ambientali, dalle reti affettive alle discriminazioni e alla violenza.

Negli ultimi decenni segnati dalle politiche neoliberali le disparità sono andate ad aggravarsi in tutti i paesi europei, anche per effetto delle misure di austerità introdotte dopo la crisi finanziaria del 2008. La drammatica esperienza della pandemia ha riportato al centro dell'attenzione i problemi della salute e delle disuguaglianze mondiali, accentuate dalla concentrazione della ricerca e dei brevetti per i farmaci essenziali nelle mani di poche grandi imprese occidentali.

Gli assetti istituzionali, dalla revisione del Titolo V al federalismo fiscale.

Il primo aspetto istituzionale da considerare ha riguardato la revisione del Titolo V della Costituzione che ha mutato l'assetto delle relazioni tra Stato e Regioni consolidando l'autonomia di queste ultime; il secondo ha interessato la disciplina dei LEA come criteri base per la garanzia universale del diritto alla salute. Il terzo concerne l'introduzione di misure di federalismo fiscale che hanno modificato le forme di finanziamento.

Con riforma Titolo V allo Stato è stata attribuita legislazione esclusiva in alcune definite materie tra cui la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" da garantire su tutto il territorio nazionale; nello specifico della sanità, allo Stato sono state riservate competenze esclusive nella definizione dei LEA e dei principi fondamentali mentre la "tutela della salute" è diventata materia concorrente.

Il passaggio alle regioni di una materia di scopo quale la tutela della salute ha reso più incerti i confini di molte delle nuove attribuzioni di pari passo con il 116 c. 3 della Costituzione rinnovata che attribuisce alle regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia rispetto a materie a legislazione concorrente (quale, appunto, la tutela della salute).

Numero di problemi sono discesi dalla riforma, si è provato a porvi rimedio attraverso il consolidato sistema delle *Conferenze Stato Regione* chiamate a stabilire regole, anche in sostituzione di fonti primarie, in una complessa realtà segnata dall'intreccio di diverse materie e diversi livelli di competenza.

La questione dei LEA ha rappresentato una delle questioni chiave in tal senso. Presenti nella normativa dagli anni '90 e definiti nella 229/1999 come il contenuto essenziale (e non minimo) del diritto alla salute secondo l'individuazione che doveva essere gatta contestualmente (e non subordinatamente) a quella delle risorse finanziarie a disposizione del SSN, i LEA vennero disciplinati con il DPCM 29 novembre 2001.

Passarono molti anni prima di un loro aggiornamento (gennaio 2017); la loro definizione permetteva di individuare il perimetro delle prestazioni e dei servizi che dovevano essere erogati; a livello regionale era consentito distinguere prestazioni aggiuntive offerte dai servizi sanitari al di là dei LEA. Da quando sono stati introdotti però sono stati garantiti ai cittadini solo formalmente per incompletezza dell'offerta, per le dimensioni delle liste d'attesa, per la disorganizzazione presente nei sistemi di cura e per la qualità dei servizi, con fortissime differenze territoriali.

Lo strumento per monitorare è rimasto per lungo tempo la "Griglia LEA", ovvero un definito set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro ossia l'area della prevenzione, l'assistenza distrettuale e quella ospedaliera. Tale sistema ha scontato una serie di limiti dovuti al numero ristretto di indicatori su cui è effettivamente avvenuto il controllo, alla mancanza di una loro ridefinizione e aggiornamento.

Mancando poi il decreto interministeriale che definisce le tariffe aggiornate, alcune prestazioni inserite nei nuovi LEA del decreto del 2017 non sono state effettivamente rese accessibili ma, soprattutto, i LEA rischiano di rispondere sempre più ad obiettivi di efficienza operativa anziché di salute ed equità: i dati sugli andamenti regionali hanno mostrato forti eterogeneità presenti con le Regioni del Sud che mostrano valori inferiori o insufficienti.

Finanziamento della sanità pubblica ha visto con il d.lgs. 56/2000 affermarsi un modello fondato sulle entrate dirette da parte delle Regioni (IRAP, addizionale regionale IRPEF, entrate proprie regionali) a cui si sono affiancati i trasferimenti perequativi finanziati dal gettito di imposte statali (IVA in particolare) con l'obiettivo di garantire i LEA.

Il federalismo fiscale ha introdotto un forte cambio di prospettiva. La natura del diritto alla salute come diritto di cittadinanza è stata sostituita da un sistema in cui l'appartenenza locale e regionale è diventata una fonte primaria di esso. Le risorse assegnate alla sanità pubblica dipendono quindi dalla capacità fiscale delle Regioni, direttamente dipendenti dallo sviluppo delle attività economiche presenti.

Il risultato è stato in molti casi, soprattutto al Sud, un'inadeguatezza delle risorse disponibili rispetto ai bisogni esistenti, con forti disuguaglianze tra territori: per questo si è introdotto un meccanismo di perequazione sulla base del principio di solidarietà.

Più norme sono intervenute sul finanziamento alle regioni della spesa sanitaria. Negli anni '90 si era partiti con allocazioni proporzionali alla popolazione sulla base di una spesa pro capite, corretta poi per l'età della

popolazione e per altri indicatori (662/1996). Nei primi anni 2000 si è riaffermato il criterio della spesa pro-capite pesata per l'età. Con le disposizioni del 2009 e 2011 (42/2009 e 68/2011) sono stati calcolati fabbisogni standard mescolando considerazioni legate ai bisogni di salute con analisi di efficienza a partire da regioni senza effetti sul riparto delle risorse.

Il criterio pro-capite pesato per fasce d'età è rimasto prevalente fino al 2022; dal 2023 sono stati introdotti i tassi di mortalità e gli indicatori territoriali di deprivazione con cui si distribuisce una quota pari all'1,5% del finanziamento.

L'esito di lungo periodo è stato un finanziamento di frequente non corrispondente ai bisogni di salute e dell'effettiva domanda. Le risorse delle Regioni sono state fortemente disuguali agevolando quelle a maggior reddito; anche per questo motivo numerose regioni hanno registrato deficit strutturali nella loro spesa sanitaria.

Dopo un primo periodo di interventi a pioggia per ripianare i disavanzi regionali (2001-2006) dal 2007 la situazione delle regioni con deficit è stata affrontata con la politica dei piani di rientro: programmi obbligatori di riduzione di spesa per Regioni con deficit superiore al 7% (poi portato al 5%) delle entrate totali.

I deficit regionali sono stati così progressivamente riassorbiti passando dai 6 miliardi del 2006 a 1,1 miliardi del 2018; tuttavia il prezzo è stato una riduzione di servizi e prestazioni e un peggioramento delle già delicate carenze strutturali. Nel dettaglio: sono aumentati i ticket e gli oneri pagati dai cittadini, si è ridotto il personale medico e infermieristico, sono stati tagliati i posti letto in rapporto alla popolazione e sono stati limitati gli investimenti in macchinari e apparecchiature.

I piani di rientro sono riusciti nel loro unico obiettivo: contenere la spesa; ma non hanno migliorato l'erogazione dei LEA che sono peggiorati nelle regioni sottoposte ai piani, innescando circoli viziosi. Un importante indicatore in tal senso è quello della mobilità passiva che si tramutano di fatto in finanziamento della sanità delle regioni più ricche a discapito delle regioni più povere che sostengono i costi dell'assistenza dei propri residenti.

L'esigenza dei pareggi dei bilanci è poi diventata sempre più stringente con l'introduzione del *Fiscal Compact* che, dal 2012, impegna i paesi dell'UE ad assicurare il pareggio di bilancio e che è stato introdotto lo stesso anno nella costituzione Italiana (modifica art. 81, 117 e 119).

Tutte queste modifiche hanno indebolito la prospettiva di una cittadinanza sociale condivisa e la garanzia di servizi socio-sanitari accessibili a tutti, a prescindere dalla residenza. Un grave peggioramento dei fenomeni qui ricostruiti è con l'introduzione dell'autonomia regionale differenziata. Trovando giustificazione nel 116 c. 3 della Costituzione, dal 2018 le richieste di tale autonomia sono state al centro del dibattito politico, sino al disegno di legge voluto dalla Lega, presentato da Calderoli e approvato a giugno 2024 (legge 86).

Si delinea uno scenario di secessione dei ricchi; in questo modo verrebbero meno gli assunti più volte richiamati in questo volume, di un servizio sanitario pubblico, universale, equo, globale e uniforme, finanziato attraverso la fiscalità generale progressiva, volto a ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali.

La marcia indietro delle politiche sanitarie

I governi dei primi anni del secolo introdussero misure che svuotarono o accantonarono alcuni importanti istituti della riforma introdotta da Bindi puntando a una concezione individuale della tutela della salute. Nei governi Amato e Berlusconi 2 (2001-2005) la delicata scelta di guidare la sanità, proprio al momento dell'attuazione della riforma del 1999, ricadde su due tecnici (Veronesi, Sirchia) favorevoli alle strategie di aziendalizzazione e, citando Sirchia, "debindizzare" la sanità.

La scelta di ridurre la spesa pubblica aprendo alla costituzione di un sistema multipilastro trovò l'esplicitazione del documento di programmazione economica e finanziaria (DPEF 2002-2006) del secondo governo Berlusconi che faceva chiaro riferimento all'introduzione sperimentale di strumenti assimilabili alle mutue affiancando politiche di devoluzione verticale dei poteri alle Regioni e programmi di devoluzione orizzontale dei servizi a soggetti profit e nonprofit.

Le risorse pubbliche vennero così utilizzate in maggior misura per affidare ai privati alcuni servizi "esternalizzati"; rispetto alla spesa farmaceutica, dopo l'iniziale abolizione dei ticket sui farmaci la materia venne affrontata a

livello centrale sull'onda di situazioni emergenziali con misure frammentate volte a ridurre la spesa pubblica e incrementare quella privata.

A livello regionale, sulla stessa scia dei piani di rientro, vennero ripristinati i ticket sanitari, limitate le prescrizioni di farmaci e ricette o confezione, resa più selettiva l'individuazione di soggetti, categorie di esenzione. Con la finanziaria 2007 venne introdotto il superticket di 10 euro a ricetta, poi abolito nel 2020; si prefiggeva entrate aggiuntive per 800 milioni di € ma non conseguì tale aumento e finì per aprire la strada alla concorrenza privata.

Tale vicenda sintomatica della strategia che si stava realizzando: ridurre progressivamente la presenza di sanità pubblica in un settore vantaggioso per il mercato come la medicina specialistica ambulatoriale, accollare allo Stato alcuni costi fissi, allentare il principio di appropriatezza delle cure con il parallelo aumento di superflui ma molto redditizi accertamenti nel privato; favorire il consenso popolare verso la sanità privata; spingere a una revisione dei LEA nella prospettiva di una fuoriuscita da essi di questo tipo di prestazioni affidandole a un sistema mutualistico parallelo.

Altri due provvedimenti in questa direzione furono la riforma degli IRCCS (istituti ricovero e cura a carattere scientifico) per trasformare alcuni di essi da enti pubblici a fondazioni private e la legge 138/2004 con cui si introdusse la reversibilità del rapporto di lavoro esclusivo dei medici dipendenti del SSN e venne meno l'incompatibilità dell'esercizio della libera professione extramoenia che persisteva dal 1999.

Nel complesso la questione dell'attività libero professionale intramoenia ha continuato a rappresentare un capitolo molto problematico della storia sanitaria del Paese; la motivazione di fondo ha continuato ad essere la volontà di dare la libera scelta a pagamento al paziente per il "suo" professionista di fiducia e di contribuire a ridurre le liste di attesa.

Vennero presi provvedimenti nel corso degli anni 10 per riequilibrare il peso dell'attività intramoenia rispetto a quella istituzionale e disciplinarne i profili, in particolare con le misure di limitazione del 2012 con ministro della salute Balduzzi; tuttavia a persistere è un istituto atipico che contrasta con i fondamenti dell'equità di accesso al SSN, che non ha ridotto le liste di attesa e che fonda la ragione d'essere nel compensare e giustificare in qualche misura i ridotti stipendi del personale medico.

Un ultimo fronte di rilievo ha riguardato il blocco delle assunzioni attuato tramite i tetti di spesa introdotti con Berlusconi che misero a dura prova il SSN aprendo all'azione dei privati. Ruolo centrale fu quello di Formigoni, alla guida della Regione Lombardia, e delle sue giunte che consolidarono un modello molto distante dal SSN attraverso processi di privatizzazione e la messa al margine dell'integrazione socio-sanitaria con trasferimento di risorse dal pubblico al privato tramite esternalizzazione dei servizi, moltiplicazione degli IRCCS e allargamento a istituzioni private delle attività di formazione universitaria.

A livello nazionale l'ulteriore passaggio che ha pesato è stato quello delle crisi del 2008 e del 2011; in questa fase sono stati effettuati i maggiori tagli e adottati numerosi provvedimenti sul personale; dal blocco delle assunzioni al mancato rinnovo del turn-over, a deroghe sugli orari di lavoro, al congelamento dei livelli retributivi, a flessibilizzazione e precarietà.

Tra il 2012 e il 2018, per effetto della contrazione della spesa pubblica, medici e infermieri sono diminuiti rispettivamente del 2,3% e dell'1,6% con una riduzione del personale di 26mila unità, rispetto a un'occupazione totale di 691mila addetti. Questo forte calo si è affiancato all'aumento di spesa per acquisto di servizi dall'esterno, comprese le prestazioni lavorative precarie, allargando le esternalizzazioni e indebolendo la qualità delle risorse professionali disponibili.

I principali segnali hanno riguardato: riduzione di spesa, sottrazione di fondi per investimenti, espansione di fondi sanitari contrattuali e categoriali – avvantaggiati da agevolazioni fiscali – l'aumento della compartecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, la crescita delle attività assicurative, l'impoverimento dei servizi sanitari territoriali.

Una fotografia del Paese

In Italia dal 2010 al 2018 la spesa sanitaria pubblica ha subito un forte rallentamento con un aumento dello 0,2% annuo al di sotto dell'inflazione e della crescita del PIL; in parallelo la spesa delle famiglie out of pocket è cresciuta

a un ritmo del 2,5% annuo raggiungendo il 23% della spesa sanitaria totale, con un livello più alto della media UE del 15%.

La maggior parte delle risorse italiane è destinata all'assistenza ospedaliera (3,8% del PIL) mentre quelle per l'assistenza territoriale sono state pari al 1,2% del PIL.

Nel 2018 il 36% delle risorse destinate alla spesa sanitaria sono andate a quella ospedaliera, il 18,2% a quella ambulatoriale per cura e riabilitazione, il 10,8% a quella sanitaria a lungo termine, il 14,7% alla spesa farmaceutica mentre ai servizi della prevenzione è stato destinato appena il 5% della spesa totale.

La fotografia più recente conferma in Italia una spesa sanitaria per abitante (pubblica e privata) per il 2022 pari a 4.290 dollari (a parità di potere di acquisto) poco più della metà di quanto si spende in Germania (8mila dollari) mentre in Francia arriva a 6.600 dollari.

Al progressivo definanziamento della sanità pubblica – con la riduzione della copertura da essa fornita – è corrisposto l'allargamento della spesa privata con particolare incremento delle assicurazioni private e fondi sanitari; durante gli anni 2000 si è assistito a un loro sviluppo e ampliamento che non ha riguardato solo le prestazioni aggiuntive (escluse dai LEA) ma anche la spesa a carico degli individui per servizi forniti da strutture private non accreditate presso SSN: si è così allargato un mercato per servizi privati *sostitutivi* di quelli pubblici (inclusi quelli rientranti nei LEA).

I cambiamenti intervenuti nel sistema di relazioni industriali con l'indebolimento della rappresentanza sindacale hanno avuto un forte peso in questa traiettoria. Si è infatti realizzato uno scambio tra sindacato e imprese con il sostegno degli sgravi fiscali. Il sindacato ha rinunciato ad aumentare i salari nei contratti di lavoro, ottenendo la copertura per i lavoratori da parte di fondi sanitari: il welfare aziendale.

Ai lavoratori, a parità di salario, si è offerto l'accesso a prestazioni e servizi sanitari aggiuntivi; a loro volta le imprese hanno accettato di versare contributi ai fondi per i propri dipendenti, ottenendo che tali importi siano sottratti all'imposizione fiscale. In tal modo tuttavia si sono ridotte le entrate fiscali necessarie per finanziare la sanità pubblica e si è creato uno spazio molto ampio per le attività sanitarie private.

Non stupisce come oltre la metà delle prestazioni ad oggi offerte dai fondi siano sostitutive di quelle fornite dal SSN, in un percorso che ne ha visto una loro tacita trasformazione, a detrimento dell'intervento pubblico; è questo il processo con cui si sta consolidando un sistema multipilastro di finanziamento del settore sanitario.

In questo modo si corre il rischio di tornare al sistema sanitario precedente al 1978 caratterizzato, come si è visto nel primo capitolo, dalla giungla delle mutue, segnato da tratti occupazionali, particolaristici e da grande frammentazione. L'indebolimento dell'universalismo è alimentato da più narrazioni proposte: l'insostenibilità finanziaria della sanità pubblica, la libertà di scelta nelle cure sanitarie, l'idea della fuoriuscita dalla sanità pubblica, la libertà di scelta delle cure, l'idea di permettere la fuoriuscita dal SSN dei cittadini ad alto reddito.

In questi scenari le classi più abbienti smetterebbero di contribuire al finanziamento dei servizi pubblici, con una sanità pubblica "per poveri" destinata a degradarsi e con isole di eccellenza privata riservate a chi può pagarsi le cure.

I dati del decennio 2012-2021 mostrano che la spesa pubblica destinata a operatori privati per servizi svolti sulla base di convenzioni ed esternalizzazioni è stata in Italia del 22% (30% in Lazio e Lombardia); la spesa out of pocket si attesta al 22% ed è superiore a quella OCSE (18%). Vi sono oltre 300 fondi con oltre 10 milioni di iscritti di cui 8 milioni di lavoratori e 2 milioni di familiari con un volume di prestazioni pari a 2,3 miliardi e una distribuzione concentrata nel Nord Italia.

Le figure meno coperte sono quelle più deboli sul mercato del lavoro – occupati part time e a tempo determinato, soprattutto donne con bassi salari – con il paradosso che il pilastro privato della sanità copre soprattutto le persone che sono meno esposte ai rischi. L'85% dei fondi sono riassicurati e/o gestiti da compagnie assicurative, i contributi versati portati in deduzione da persone fisiche sono oltre 11 miliardi di € per un onere a carico della fiscalità generale di circa 3 miliardi e mezzo.

Il privato accreditato erogherebbe secondo alcune stime il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% per acuzie (50% in Lazio, 40% in Lombardia) e l'84% delle RSA.

In questo scenario si inseriscono le grandi società di consulenza che hanno ottenuto contratti per oltre 85 milioni di € tra il 2007 e il 2019 per i programmi di digitalizzazione il ministero della Salute e le regioni hanno speso oltre 200 milioni in consulenze. Con tali attività le società di consulenza hanno indirizzato le politiche sanitarie svuotando il ruolo e le competenze delle istituzioni, concentrando dati e conoscenze, sottraendo funzioni fondamentali all'azione pubblica: le amministrazioni sanitarie sono diventate preda di queste società perdendo capacità, senso dello scopo pubblico e loro direzione.

L'assenza di una politica pubblica che accompagni sviluppo e produzione di farmaci ha mostrato la sua debolezza durante la pandemia; le grandi imprese continuano a privatizzare la conoscenza tramite i brevetti e ottengono enormi profitti attraverso produzioni a scala mondiale.

L'ulteriore presenza del privato in sanità è attraverso l'intramoenia che è più consistente nell'attività ambulatoriale e diagnostica con oltre 4 milioni di prestazioni erogate e il 38,6% dei medici che la esercitano. Essa viene opzionata da paziente con unica finalità di accelerare i tempi e non più per la possibilità di scelta del professionista da cui farsi curare.

Personale

I medici sono in linea con gli altri Paesi (4 per mille residenti) tuttavia l'età medica è più alta che altrove (oltre metà ha superato i 55 anni) e considerando l'età avanzata della popolazione italiana mancherebbero già ora 17 mila medici; a preoccupare sono anche le prospettive di pensionamento per i medici di medicina generale, anch'essi con età avanzata.

La principale lacuna risulta però nel personale infermieristico con poco più di 6 infermieri ogni mille abitanti (media UE di 8 ogni mille) e con età intorno ai 47 anni. Il confronto con la popolazione over 75 ne fa emergere la mancanza di un numero molto elevato (stime ne indicherebbero circa 350 mila).

Tra le cause della carenza vi sono gli stipendi più bassi rispetto ad altri paesi UE, l'aumento del precariato, le insufficienti tutele, la scarsa gratificazione e riconoscimento professionale, debole assetto del welfare fatto gravare sui lavoratori, mantenimento del numero chiuso nelle facoltà di medicina, l'imbuto delle scuole di specializzazione: ecco perché nel triennio 19-21 abbiamo perso 18 mila infermieri verso l'estero e oltre 10 mila medici tra il 2021-2023.

Il personale si inserisce nel contesto territoriale dove emerge il ruolo delle disparità sociali sull'aspettativa di vita – oltre che sulla qualità – che vedono in primo luogo la geografia incidere sull'aspettativa di vita con l'appropriatezza delle cure, l'istruzione... Due pilastri del SSN su tutti: assistenza territoriale e prevenzione.

A Torino si è analizzato il rapporto tra condizione sociale e speranza di vita a livello di quartiere. Si è individuata una relazione diretta tra svantaggio sociale e rischio di mortalità nelle diverse aree. Percorrendo la linea 3 del tram che collega i quartieri ricchi della collina a quelli della periferia nord un uomo vede ridursi l'aspettativa di vita di 5 mesi per ogni chilometro percorso con un divario totale di tre anni e mezzo tra le due aree.

Conclusioni

La lunga storia della salute in Italia è segnata da fenomeni contraddittori: il grave ritardo nello sviluppo dei servizi sanitari, la radicalità delle spinte che portarono alla riforma del 1978, la successiva erosione della sanità pubblica e di quel modello di cura, il persistere di buoni risultati in più ambiti della salute; il grande salto degli anni 70 fu possibile grazie a una visione comune della salute e della cura e a una politica delle alleanze che permise la convergenza di soggetti sociali e politiche diverse grazie al dialogo tra competenze scientifiche individuali e movimenti collettivi.

Di fronte all'arretramento delle politiche per la salute si assiste a un ritorno di iniziative a livello europeo volte a porre la questione della salute in termini politici, con nuove forme di conflitto, partecipazione, mobilitazione, elaborazione, specie all'indomani della pandemia.

Uno si può chiedere se le risorse per la salute siano inevitabilmente e irrimediabilmente scarse oppure se tale scarsità è una scelta politica. (Tomatis, 1992, Poverty and cancer).

Le ultimi leggi di bilancio proiettano una riduzione della spesa sanitaria pubblica in percentuale rispetto al PIL (6,2% nel 2024 e 2025; 6,1% per il 2026); anziché aumentare le risorse. Si allarga la presenza della sanità privata, non si ferma la riduzione del personale sanitario, si aggravano le disuguaglianze sociali e territoriali con l'approvazione dell'autonomia differenziata.

La pandemia dovrebbe averci insegnato invece almeno una cosa: la salute o è per tutti o non è per nessuno.