

# Sommario

n° 273, 2019

- 2 NOTIZIARIO**
- 4 EDITORIALE**  
Dall'audit civico alla citizen science: i cittadini competenti partecipano al servizio sanitario  
*Giancarlo Pocetta*
- 
- 5 DOSSIER**  
Servizio sanitario nazionale. Solo un cambio di paradigma lo salverà
- 6 DA: SISTEMA SALUTE LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà**  
*Gavino Maciocco*
- 11 Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità Parte I 1978. Formidabile - e tragico - quell'anno!**  
*Marco Geddes da Filicaia*
- 14 Come eravamo: qualche sintetico dato**  
*Marco Geddes da Filicaia*
- 15 Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità Parte II La regionalizzazione del Servizio sanitario**  
*Marco Geddes da Filicaia*
- 18 Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità Parte III La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale: come passare dal senso comune al buon senso**  
*Marco Geddes da Filicaia*
- 23 DAL CONVEGNO "1978-2018. 40° DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" PERUGIA, 13 DICEMBRE 2018**  
Tributo ad Alessandro Seppilli  
*Massimo Moretti*
- 24 Tributo ad Alessandro Seppilli**  
*Maria Antonia Modolo, Alberto Antognelli*
- 25 Un maestro di concrete utopie**  
*Lamberto Briziarelli*
- 26 Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria Parte I**  
*Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti*
- 30 Il contributo della scuola perugina di Igiene per la riforma sanitaria Parte II Lotta continua per una riforma sostenibile**  
*Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti*
- 33 Un'analisi di 40 anni di sanità pubblica italiana in un'ottica sociologica**  
*Roberto Segatori*
- 35 I cambiamenti ospedalieri nel Sistema Sanitario Nazionale dalla legge 833 del 1978 ad oggi**  
*Silvio Pasqui, Giuseppe Vallesi, Gioia Calagreti, Francesco Di Macio*
- 37 Da Unità Locale Socio-sanitaria ad Azienda: punti chiave delle trasformazioni della Legge 833/78**  
*Pietro Manzi*
- 41 Funzionamento del S.S.N. nell'attuale contesto epidemiologico**  
*Fabrizio Stracci*
- 44 Il contributo dell'oncologia al S.S.N.**  
*Maurizio Tonato*
- DA: SALUTE INTERNAZIONALE.INFO**
- 46 La povertà come scelta politica**  
*Giacomo Galletti*
- 49 La Sanità nella Legge di Bilancio 2019. Le luci e le ombre**  
*Nerina Dirindin*
- 52 O salute in tutte le politiche, o nulla**  
*Giacomo Galletti*
- 55 Come migliorare (davvero) l'assistenza sanitaria**  
*Gavino Maciocco*
- 58 Il modello sindemico**  
*Giampaolo Collecchia*
- 62 Il medico che ti salva la vita**  
*Gavino Maciocco*
- 65 Sanità di iniziativa in Toscana**  
*Lorenzo Roti, Sandra Gostinicchi, Irene Bellini*
- 68 L'uso ottimale delle risorse. Una questione etica**  
*Chiara Bertoncello, Alessandra Buja*
- 
- 71 Promozione della Salute in Emilia-Romagna**  
**La Legge Regionale n. 19 del 5 dicembre 2018**  
*Paolo Pandolfi, Pasquale Ciccarelli, Gerardo Astorino, Maurizio Liberti*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail paola.beatini@unipg.it]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

*Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.*

**Abbonamento annuale Italia 2019** - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 - PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

**Abbonamento annuale Estero 2019** - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00  
TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

## 28th ETC-PHP Summer Course 2019



University of Girona, 14th to 26th of July 2019

<https://etcsummerschool.wordpress.com/summer-course-2019-girona>

### 28<sup>a</sup> Summer School 2019

Girona 14 luglio- 28 luglio 2019

**Implementare gli obiettivi di sviluppo sostenibile per una governance locale sana**

La 28<sup>a</sup> Summer School residenziale si terrà a Girona, in Spagna. Il tema sarà “Implementare gli obiettivi di sviluppo sostenibile per una sana governance locale”.

Il corso si baserà su elementi sia teorici che pratici di promozione della salute, con un’ enfasi sull’ apprendimento degli adulti e sull’ interazione dei partecipanti. Ciò comprenderà visite sul campo a programmi locali esemplari e opportunità per condividere conoscenze ed esperienze con colleghi internazionali coinvolti nella promozione della salute nel suo senso più ampio.

I partecipanti avranno l’ opportunità di

sviluppare approfondimenti sui contesti socioculturali e politici di altri sistemi sanitari. Questo sarà facilitato attraverso una breve “presentazione del paese” all’ inizio del corso fornita da ogni partecipante. I partecipanti si impegneranno inoltre nello sviluppo di un progetto “dal vivo”, inclusa la fase di ricerca, come parte di un gruppo di lavoro internazionale multidisciplinare.

La 28<sup>a</sup> Summer School garantirà un’ esperienza unica che ti orienterà nel promuovere la salute e il benessere nei tuoi contesti. Un ulteriore vantaggio sarà la presenza di professori e tutor appartenenti alle reti internazionali.

#### *I partecipanti*

Il campo della promozione della salute è vario e, come tale, parteciperanno partecipanti provenienti da una vasta gamma di settori della salute, della sanità pubblica, delle amministrazioni lo-

cali, delle ONG e della sanità, comprese persone provenienti da settori quali pianificazione urbana, università, lavoro sociale, ricerca, gestione, pratica e politica. La lingua di lavoro del corso è l’ inglese.

*Nota: il numero di partecipanti è limitato !*

1 <sup>st</sup> WEEK	Sunday July 14 <sup>th</sup>	Monday July 15 <sup>th</sup>	Tuesday July 16 <sup>th</sup>	Wednesday July 17 <sup>th</sup>	Thursday July 18 <sup>th</sup>	Friday July 19 <sup>th</sup>
<b>Theme</b>	<b>Arrival and Accommodation</b>	<b>CONCHA COLOMER SYMPOSIUM</b>	<b>Salutogenesis &amp; Implementation</b>	<b>Ecological Determinants and Ethics</b>	<b>Sustainable integration</b>	<b>Field visit</b>
9:00 - 10:30			<b>Implementing the salutogenic approach to SDGs: from practice to theory</b> B. Lindstrom (FI) P. Batlle (SP) D. Juvinyà (SP)	<b>Country profiles</b>	<b>Country profiles</b>	<b>FIELD VISIT</b>
10:30 - 11:00			Coffee break	Coffee break	Coffee break	
11:00 - 13:00			<b>Participatory design of SDGs: from Vision to Action</b> P. Contu (IT) M. Wrzesińska (PL)	<b>Greening healthy settings: towards ethics for sustainable development</b> L. Vaandrager (NL) C. Alvarez-Dardet (SP)	<b>How to make the workplace a setting for sustainable integration</b> G. Massanoti (I) A. Ghaddar (LB) S. Oyeniyi (N)	
13:00 - 14:30			Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
14:30 - 17:30	<b>14:30-17:30 Team Building</b> G. Boonekamp (NL) M. Wrzesińska (PL)	<b>Group work</b>	<b>Group work</b>	<b>Group work</b>	<b>FIELD VISIT</b>	
				<b>16:00 First presentation of the project</b>		
20:00	Informal gathering	<b>Potluck dinner</b>	<b>Tutors:</b> Carlos Alvarez-Dardet, Anna Bonmatí, Gwendolijn Boonekamp, Paolo Contu, Ali Ghaddar, Arnd Hofmeister, Dolores Juvinyà, Bengt Lindstrom, Giuseppe Massanoti, Samuel Oyeniyi, Lenneke Vaandrager, Magda Wrzesińska <a href="http://etcsummerschool.wordpress.com">etcsummerschool.wordpress.com</a>			

Supported by:

2 <sup>nd</sup> WEEK	Monday July 22 <sup>th</sup>	Tuesday July 23 <sup>th</sup>	Wednesday July 24 <sup>th</sup>	Thursday July 25 <sup>th</sup>	Friday July 26 <sup>th</sup>
<b>Theme</b>	<b>Politics and Intersectionality</b>	<b>Tools and Evaluation</b>	<b>Healthy Universities &amp; Crossing Boundaries</b>	<b>Projects</b>	<b>Certification</b>
9:00 - 10:30	<b>Evaluation of 1st week</b> G. Massanotti (IT) L. Vaandrager (NL)  <b>Sustainable development in politics: complexity in times of populism</b> A. Hofmeister (DE) G. Boonekamp (NL)	<b>Sharing implementation tools, methodologies and theories</b> (Moderator: S. Oyeniyi)	<b>Implementing SDG's in the university setting</b> G. Boonekamp (NL) M. Wrzesińska (PL)	<b>Project preparation</b>	<b>Final Project Presentations</b>
10:30 - 11:00	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break	Coffee break
11:00 - 13:00	<b>Intersectionality in Health Promotion: SIM</b> A. Hofmeister (DE) G. Boonekamp (NL)	<b>Evaluation for action: Mobilising Indicators</b> P. Contu (IT) L. Vaandrager (NL)	<b>Crossing boundaries for innovation</b> ETC-Team	<b>Project Preparation</b> Submission time for projects 13.00h	<b>Final Project Presentations</b>  <b>Photovoice</b> S. Oyeniyi (N)  <b>Certification Ceremony</b>
13:00 - 14:30	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	
14:30 - 17:30	<b>Group Work</b>	<b>Group Work</b>	<b>Group Work</b>	<b>Preparation of project presentation</b>	<b>FAREWELL LUNCH PARTY</b>
					<b>FREE AFTERNOON</b>

Il primo articolo della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (833/78) definendo le competenze degli organi preposti dice: “L’attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali garantendo la partecipazione dei cittadini”. Questo riguarda sia il singolo cittadino che per le forme associative di volontariato: “Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge”.

Il tema della partecipazione è uno dei “principi” del SSN tant’è che è ribadito nel testo ben undici volte: la sicurezza sul lavoro, la programmazione regionale (art. 11), la programmazione e attuazione delle attività delle USL attraverso i Comuni (art. 13) e attraverso i Consigli Circostrizionali (art. 15), l’autonomia tecnico funzionale delle USL mediante la partecipazione degli operatori (art. 15), gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori tramite la partecipazione di chi vi è coinvolto (art. 33), la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria (art. 48), la partecipazione degli assistiti alla contribuzione (art. 58). Su tutto sta l’obiettivo assegnato al SSN: “la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un’adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità” (art. 2).

Cosa è rimasto? Si può essere più o meno soddisfatti di come il SSN abbia ottemperato finora al principio della partecipazione, certo è che esso rimane uno dei temi che meno attraversano le discussioni “alte” in questi mesi di celebrazione del quarantennale.

Nel 2007 il direttore regionale dell’OMS del Pacifico occidentale Shigeru Omi dichiarò che: “in un mondo in cui i sistemi sanitari sono sempre più orientati al fornitore, burocratici,

frammentati e alienanti, dobbiamo orientare i nostri sforzi verso l’assistenza sanitaria centrata sulla persona, cioè un sistema in cui individui famiglie e comunità sono servite da e sono in grado di partecipare con fiducia a sistemi sanitari che rispondono ai loro bisogni in modo olistico e umano”. L’assistenza sanitaria centrata sulla persona è un punto di riferimento per le politiche della regione europea per il 2020.

In questo clima di celebrazione, meritano evidenza due temi che il SSN può contribuire ad aprire per favorire una partecipazione dei cittadini non meramente informativa o consultiva. Parliamo di Audit Civico e di *Citizen Science*. Fare Audit Civico significa costruire situazioni promosse dalle organizzazioni civiche in cui i cittadini analizzano criticamente e valutano la qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere (1). L’Audit Civico non è un tema nuovo tant’è che è stato adottato da 175 aziende sanitarie, da otto Regioni e dal Ministero della salute. Le applicazioni realizzate confermano che la metodologia promuove processi di miglioramento, permette analisi comparate e apre spazi di collaborazione fra cittadini e istituzioni.

A proposito di *Citizen Science*, invece, una definizione è la seguente: “il coinvolgimento dei cittadini nella ricerca scientifica alla quale essi contribuiscono o attraverso il loro sforzo intellettuale e di conoscenza o attraverso le risorse e gli strumenti a loro disposizione”(2). Più facile a dirsi che a farsi, “una ragione di questo sta nella complessità del contesto nel quale le politiche per la salute si realizzano che fa sì che queste politiche possano apparire slegate dalle prospettive dei cittadini”(3) e un’altra questione, centrale nella *Citizen Science*, è la seguente: c’è un posto per i cittadini per contribuire alla produzione di una ricerca scientifica sulla

salute e che renda più inclusive le politiche per la salute a loro dirette? Tema enorme, che, a sua volta, pone altre domande sfidanti al nostro SSN. A quali interessi dei cittadini può corrispondere il loro coinvolgimento nella ricerca scientifica? Quale rappresentatività potrebbero avere uno o più gruppi di cittadini coinvolti rispetto alla generalità dei bisogni oggetto della ricerca? Quali competenze dovrebbero mettere in campo i cittadini? Ed infine, la partecipazione dei cittadini alla ricerca è realmente in grado di sviluppare empowerment?

Audit Civico e *Citizen Science* si presentano dunque come due approcci coerenti e congrui con il livello di complessità delle politiche per la salute e delle corrispondenti azioni del SSN che celebriamo nei suoi primi quarant’anni. Utili quindi allo sviluppo di quella partecipazione come principio di riferimento del nostro SSN. Ma ad una condizione, che siano esplicitamente orientati all’empowerment dei cittadini.

Ma noi, che cittadini dobbiamo essere? Quali competenze dobbiamo possedere? È urgente nell’era di Internet e della comunicazione planetaria e “social” porsi e cercare risposte a queste domande come presupposto ad una partecipazione vera. Prima possibile.

- 1 L’Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva. Alessio Terzi, Angelo Tanese, Alessandro Lamanna
- 2 Societize Consortium. (2013) Green paper on citizen science *Citizen Science for Europe. Towards a better society of empowered citizens and enhanced research*. Brussels.
- 3 L. Den Broeder (et al), *Citizen Science for public health*, *Health Promotion International*, 2018;33:505–514.

## Dall’audit civico alla citizen science: i cittadini competenti partecipano al servizio sanitario

Giancarlo Pocetta



## Servizio Sanitario Nazionale. Solo un cambio di paradigma lo salverà

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

A quaranta anni dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale si impone non tanto una celebrazione degli indiscutibili principi che ne sono alla base - solidarietà, universalità e equità - purtroppo oggi, “concetti a rischio” per il difficile momento di vita del Paese, ma una profonda analisi e riflessione, per dare evidenza alla sua sostenibilità, individuare criticità e proporre nuovi paradigmi per l’azione.

Compongono il *Dossier* i contributi scientifici di Geddes da Filicaia e Maciocco estratti

da *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* e interventi al Convegno sul tema organizzato da *SIU Umbria*, tenutosi a Perugia il 13 dicembre dello scorso anno, che ricorda, tra l’altro, il ruolo della Scuola di Igiene di Perugia guidata da Alessandro Seppilli, uno dei padri della Riforma Sanitaria.

Accanto a ciò un forte e vivace apporto al dibattito sulla attuale delicata fase della nostra Sanità - e non solo - è garantito dalla collaborazione, concessa dall’amico Gavi-

no Maciocco attraverso articoli estratti da *saluteinternazionale.info*: contributi che ampliano l’orizzonte del dibattito a problemi etici, alla questione impellente delle disuguaglianze sociali in salute, ai più attuali dettati normativi, ad esperienze di nuove strategie organizzative ed operative nell’odierno contesto di salute-malattia.

## SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà

*Gavino Maciocco*

Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

40 anni orsono, il 23 dicembre 1978, il Parlamento approvò a larghissima maggioranza la legge N. 833 che trasformava radicalmente - in senso universalistico - il sistema sanitario italiano. Oggi si parla molto di «cambiamento», ma quell'anno, il 1978, fu un tempo di autentico «cambiamento» per la sanità e la salute della popolazione italiana. Oltre alla Legge 833 nello stesso anno furono approvate la Legge 180 («legge Basaglia») e la Legge 194 (sull'interruzione volontaria di gravidanza). Tutte e tre le leggi portarono la firma di Tina Anselmi, prima donna ministro nella storia della Repubblica italiana, una figura politica straordinaria, rievocata così dal presidente Mattarella: «Tina Anselmi: partigiana, parlamentare, ministro di grande prestigio, ne ricordo il limpido impegno per la legalità e il bene comune».

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel capo della sanità), con un «prima» e un «dopo». Il «prima» è il periodo che parte dalla fine della seconda guerra mondiale in cui si registra l'espansione del welfare universalistico - tratto comune dei

governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei - e si afferma il principio che alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato ed quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato).

Il «dopo» prende le mosse agli inizi degli anni Ottanta, con l'elezione di leader ultra-conservatori - Margaret Thatcher in Gran Bretagna (1979) e di Ronald Reagan negli USA (1980) - e con l'affermazione del neoliberalismo, i cui principali argomenti sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il welfare state - di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società - interferisce con il

normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche «giuste», perché rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le «distorsioni» del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di Lancet del 2001: «Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il «modello globale» di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (user fees). (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una

parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito.<sup>1</sup>

Rudolf Klein ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni Ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria<sup>2</sup>. Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove bio-tecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei 29 paesi più industrializzati (appartenenti all'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la spesa sanitaria mediana pro-capite era passata da 66 a 1.286\$, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul PIL passava nello stesso periodo dal 3,8 al 7,2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriato o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione ("più efficienza" e "più mercato") ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente

ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

### **Dalle leggi di riordino del SSN all'assalto all'universalismo**

Nel dicembre del 1992 - sotto il governo di Giuliano Amato - viene approvata la prima legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (Decreto legislativo 502/92, del 30.12.1992). Si tratta di un provvedimento che riforma profondamente la legge istitutiva del SSN, la L. 833 del 1978. Il punto decisivo del cambiamento lo si trova all'articolo 1 della L. 502, dove si legge: "L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria".

Viene per questo radicalmente modificato il meccanismo di finanziamento del sistema sanitario: i fondi alle Regioni vengono erogati in relazione al numero degli abitanti (quota capitaria) e non più sulla "spesa storica" e il "piè di lista". La responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni e i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende (Art. 3. 1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale). Anche qui, rispetto alla L. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale:

l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (Direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario, lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

Quest'ultimo aspetto è invece legato al contesto globale, alla vittoria del neo-liberismo e all'affermazione dell'idea della salute come "commodity" e della sanità come fonte inesauribile di profitto. Proprio in quest'ottica uno dei principali leader del neo-liberismo di quel tempo, la britannica Margaret Thatcher nel 1991, varò una legge di riforma sanitaria da cui il governo Amato trasse non poche ispirazioni, tra cui quella dell'aziendalizzazione della sanità e della separazione degli ospedali dalle Asl.

Ma la novità più sconvolgente della L. 502/92 è anche quella meno nota: si trova all'articolo 9 dal titolo "Forme differenziate di assistenza", che prevedeva "l'affidamento a soggetti singoli o consortili, ivi comprese le mutue volontarie, della facoltà di negoziare, per conto della generalità degli aderenti o per soggetti appartenenti a categorie predeterminate, con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni allo scopo di assicurare qualità e costi ottimali. L'adesione dell'assistito comporta la rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione".

Articolo sconvolgente dicevamo, perché prevede la possibilità dei cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale ("opting out") e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alter-

<sup>1</sup> M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36.

<sup>2</sup> R. Klein, Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, *The Milbank Quarterly* 1995, Vol. 73, N.3, p. 299-337.

nativo al servizio sanitario nazionale, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, e che di fatto sancisce la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la L. 833/78.

Articolo sconvolgente, ma pochissimo noto, perché (fortunatamente) non è stato mai applicato. Infatti quell'articolo fece la fine del suo artefice, il Ministro della sanità del governo Amato, Francesco Di Lorenzo (Partito Liberale). Di Lorenzo fu spazzato via dallo scandalo di Tangentopoli, subendo una condanna definitiva (5 anni) per associazione a delinquere finalizzata al finanziamento illecito ai partiti e corruzione in relazione a tangenti per un valore complessivo di circa quattro miliardi di lire, in parte ottenute da industriali farmaceutici dal 1989 al 1992, durante il suo ministero.

Anche per questo, nell'aprile 1993 il governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Azelio Ciampi (Ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia). Il nuovo governo decise di mettere subito mano alla L. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'art. 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, N. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato a Forme integrative di assistenza sanitaria ("Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale").

L'idea del *opting out* in realtà non era mai stata abbandonata, pronta a essere ridestata alla prima occasione utile. Così la crisi economica ha offerto ai suoi sostenitori l'opportunità di rilanciarla in grande stile.

"La sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri potrebbe non essere

garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni". Questa frase pronunciata nel 2012 da Mario Monti, allora Presidente del Consiglio, intervenendo in collegamento a Palermo durante l'inaugurazione di un centro biomedico, lasciava pochi dubbi sul suo reale significato: si trattava di trovare "nuove" modalità di finanziamento del sistema sanitario. E non stupì che intervenendo nel dibattito suscitato dalle dichiarazioni di Monti, Alberto Alesina e Francesco Giavazzi, in un articolo del Corriere della Sera (23 settembre 2012), affermassero, perfettamente in linea con il pensiero del *opting out*: "Dobbiamo ripensare più profondamente alla struttura del nostro Stato sociale. Per esempio, non è possibile fornire servizi sanitari gratuiti a tutti senza distinzione di reddito. Che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Aliquote alte scoraggiano il lavoro e l'investimento. Invece, se anziché essere tassato con un'aliquota del 50% dovessi pagare un premio assicurativo a una compagnia privata, lavorerei di più per non rischiare di mancare le rate".

Da allora la sanità italiana è stata attraversata da due processi, entrambi funzionali alla logica dell'*opting out*, entrambi apparentemente manovrati dalla stessa regia.

### *1. Il definanziamento del servizio sanitario pubblico*

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità tra cui le "privatizzazioni

su larga scala dei servizi pubblici locali" e la "riduzione significativa dei costi del pubblico impiego" [Lettera della Bce al Governo italiano del 5 agosto 2011]. Da allora, il sistema sanitario - per ammissione della Ragioneria dello Stato - è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpito dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato)<sup>3</sup>.

### *2. La promozione del "secondo pilastro" assicurativo*

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del "secondo pilastro". Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni bipartisan. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza d'interessi<sup>4</sup>: dal mondo delle imprese sanitarie private for-profit (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo no-profit, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza d'interessi anche tra Confindustria e Sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto

<sup>3</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/>

<sup>4</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/>



dal sindacato dei Metalmeccanici, dal nome evocativo “Fondo mètaSalute”<sup>5</sup>. Si tratta di un’assicurazione sanitaria privata che include gran parte di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che - secondo i Livelli essenziali d’assistenza - il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l’offerta, senza prescrizione medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui - ad esempio - l’ecodoppler agli arti inferiori ogni 2 anni dai 30 ai 39 anni; Moc ogni 2 anni sopra i 50 anni, la visita cardiologia ogni 2 anni, PSA ogni 2 anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un’offerta del genere, che non richiede il filtro valutativo del medico, c’è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario<sup>6</sup>.

### L’assalto all’universalismo

“The assault on universalism”. L’arti-

<sup>5</sup> <http://www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017>

<sup>6</sup> Geddes da Filicaia M, La salute sostenibile, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2018

colo del BM<sup>7 8</sup> pubblicato alla fine del 2011, fu scritto da due tra i più noti e esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler. Secondo gli autori la riforma del NHS allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all’universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come l’NHS e altri servizi sanitari nazionali: “La crisi economica ha offerto al governo l’opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi”. La temuta riforma del NHS è entrata in vigore nel 2013 producendo l’intera privatizzazione dei

<sup>7</sup> McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. *BMJ* 2011; 343:1314-17

<sup>8</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>

servizi sanitari<sup>9</sup>. Analogo destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l’occasione fornita dalla crisi di sbarazzarsi - con un semplice decreto reale (aprile 2012) - del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni<sup>10</sup>.

Anche in Italia è in atto l’assalto all’universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e in Spagna, nel nostro paese l’assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia la formula ideata per mettere in crisi il Ssn è semplice e a suo modo geniale. Si tratta del mix di interminabili tempi di attesa (conseguenza della scarsità dell’offerta pubblica) e di ticket particolarmente esosi (introdotti dal governo Monti e rafforzati dalle Regioni), spesso più costosi

<sup>9</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/>

<sup>10</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/>



Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

delle prestazioni private. L'obiettivo è quello di far migrare crescenti volumi di utenti dai servizi pubblici al settore privato a pagamento, l'effetto collaterale quello di costringere le fasce più deboli a rinunciare alle prestazioni, o a indebitarsi.

Questo (odioso) meccanismo riguarda quasi esclusivamente le prestazioni specialistiche e diagnostiche. Una scelta tutt'altro che casuale, per i seguenti motivi:

1. Infondere l'idea che il Ssn altro non è che una macchina per la produzione di singole, episodiche prestazioni; se il Ssn non le produce a sufficienza ci penserà qualche altra macchina. L'importante è averle, e presto, quelle prestazioni.
2. La domanda di prestazioni è facilmente manipolabile. È agevolmente misurabile in termini quantitativi e contabili, molto meno in termini di qualità e appropriatezza. "Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo", scrive Iona Heath, medico di famiglia inglese. "È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere

contenute"<sup>11</sup>.

3. Il mercato sanitario privato ha rapidamente intercettato questa tendenza gettandosi sulla produzione di prestazioni, da vendere anche al supermercato, in competizione con il Ssn sia sul prezzo, che sui tempi di attesa. Il mercato assicurativo non è stato da meno, promuovendo «secondi pilastri» interamente basati sull'erogazione delle prestazioni di cui sopra, alimentando la sovradiagnosi anche con l'offerta di irrazionali «pacchetti prevenzione» (vedi post Psicopatologia della politica).

### Conclusioni

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il Ssn deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbosità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi<sup>12</sup>. È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle disuguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari

composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

*Gavino Maciocco  
Dipartimento di Sanità Pubblica,  
Università di Firenze,  
promotore e coordinatore  
del blog Saluteinternazionale.info,  
Presidente dell'Osservatorio italiano  
sulla Salute globale*

<sup>11</sup> Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014, 349: 19-21.

<sup>12</sup> Rozzini R. e Trabucchi M, Sanità e condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche in tempo di crisi, in *Rapporto Sanità 2013*, Il Mulino, Bologna 2013, pp. 197-212.