

Monografia
Il Servizio Sanitario Nazionale dopo 40 anni
The National Health Service after 40 years

Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità
The National Health Service after 40 years, between regionalism and sustainability

Marco Geddes da Filicaia

Medico, epidemiologo. Comitato di Bioetica della Regione Toscana.

Parole chiave: storia del SSN, finanziamento, sostenibilità, prevenzione, regionalismo

RIASSUNTO

Sono presentati dati demografici e sanitari che evidenziano le modifiche occorse dalla istituzione, nel 1978, del SSN ad oggi. Vengono esaminati i dati di spesa pubblica negli ultimi anni e le proiezioni per i prossimi 50 anni, che evidenziano la posizione dell'Italia rispetto ai paesi europei. Il sistema sanitario risulta sobrio e resiliente, ma sottoposto a una rilevante riduzione di risorse, sia in termini di spesa corrente che di investimenti, che rischia di mettere in crisi il sistema, ridurre la fiducia dei cittadini nella sanità pubblica e favorire la privatizzazione e il ritorno a forme mutualistiche.

Politiche volte a combattere gli sprechi, ad attenuare le diseguaglianze territoriali e sociali, a promuovere la salute in ogni azione pubblica e una differente politica finanziaria sono necessarie per rendere sostenibile socialmente e finanziariamente il SSN italiano, che risulta sobrio e di elevata qualità.

Key words: history of NHS, financing, sustainability, regional autonomy

SUMMARY

Demographic and health data are presented, which highlight changes that occurred from the establishment of the Italian National Health Service (SSN) in 1978 to the present day. Data on public spending in the last few years and the projections for the next 50 years, which highlight Italy's position compared to European countries, are examined. The health system is cost-effective and resilient, but subjected to a significant reduction in resources in terms of current expenditure and investment, which risks undermining the system, reducing confidence in public health, favoring privatization and a return to mutualistic forms of insurance.

Policies aimed at reducing waste, mitigating territorial and social inequalities, promoting health in every

Autore per corrispondenza: marco.geddes@gmail.com

public action and a different financial policy are necessary to make the SSN, which is already cost-effective and of high quality, socially and financially sustainable.

1978. Formidabile - e tragico - quell'anno!

Le leggi non sono solo opera del legislatore, che è il responsabile ultimo, in una società democratica, di un processo di elaborazione che spesso viene da lontano e che si concretizza grazie a una contingenza politica e sociale. Non è quindi inutile, ma anzi indispensabile, specie per i lettori più giovani, andare con la memoria a quel fatidico anno, il 1978, in cui fu approvata, negli ultimi giorni prima della chiusura del Parlamento per le festività natalizie, la legge 833: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Sotto il profilo sanitario forse, ripercorrendo alcune tappe della nostra storia, chi ha qualche nozione di cabala, riterrà non indifferente che l'anno finisse con il numero 8. L'otto, nella cabala, significa giustizia, equità. Rappresenta due cerchi in verticale che, in orizzontale, sono i due piatti della bilancia che la Giustizia tiene, appunto, nella sua mano.

Era la vigilia di Natale, il 24 dicembre del 1888 (gli otto in questo caso sono addirittura tre), quando la Gazzetta Ufficiale pubblica la Legge Crispi - Pagliani, approvata dal Parlamento due giorni prima; il primo provvedimento organico sanitario con l'istituzione dei Medici provinciali, degli Ufficiali sanitari, delle Condotte mediche, del Consiglio superiore di sanità. Un provvedimento come scrisse l'igienista piemontese Luigi Pagliani, che l'aveva ispirato e predisposto, volto a: "... lavorare al bene ed al progresso della patria e dell'umanità".

Nel 1938 fu approvata la legge Petragliani, che classificava e regolava, fra l'altro, le strutture ospedaliere, anche sotto il profilo edilizio (ad esempio il limite di 7 piani in altezza). Nel 1948 in Inghilterra viene creato il NHS, il primo servizio sanitario nazionale universalistico, finanziato tramite il prelievo fiscale, che interessa una grande nazione e a cui anche noi ci siamo ispirati.

Arriviamo a un altro anno che termina con otto: il 1958. Le competenze sanitarie, collocate fino ad allora sotto il Ministero degli Interni, vengono scorporate e viene istituito il Ministero della Sanità affidandone la titolarità al fisiologo napoletano Vincenzo Monaldi, un onorevole democristiano di lungo corso. E nuovamente in un anno con ultimo numero otto, il 1968, viene approvata la riforma ospedaliera, la così chiamata "Riforma Mariotti", dal nome del ministro socialista in carica che l'aveva promossa. Infine, nuovamente, questa volta all'antivigilia di Natale, siamo il 23 Dicembre del 1978, viene approvata la Riforma sanitaria; la legge 833!

Il 1978 è un anno che segna la storia del nostro Paese per vari motivi: il 9 maggio viene assassinato Aldo Moro. È rimasto inascoltato l'appello "...uomini delle Brigate Rosse" del Papa Paolo VI, che muore poco dopo. Si succedono al soglio pontificio, in quell'anno, ben tre papi: Giovan Battista Montini, Albino Luciani e, infine, Karol Wojtyła.

Per la prima volta nella nostra storia si dimette, anticipando la fine del mandato, il Presidente della Repubblica. Giovanni Leone lascia, uscendo dal portone posteriore, il Quirinale, travolto dalla campagna promossa da Marco Pannella e Emma Bonino che lo accusano di essere coinvolto nello scandalo Lockheed; vicenda a cui in realtà, dopo anni di indagini e varie sentenze, risulterà estraneo, come riconosceranno gli stessi promotori della campagna mediatica. Nel Luglio verrà eletto presidente Sandro Pertini, il primo presidente popolare, con alcuni tratti che potremmo definire oggi anche populistici.

Questa è la situazione del paese che vede, per la prima volta, una donna nel Governo. Si tratta di Tina Anselmi, nel 1944 giovane partigiana veneta nel Corpo volontari della libertà, prima ministro del lavoro e, nel marzo 1978, ministro della sanità.

Il Parlamento porta a compimento una rilevante attività legislativa, fra cui la legge sulla disoccupazione giovanile (1) e la legge sull'equo canone (2); vi sono inoltre tre fondamentali leggi di ambito sanitario (e non solo sanitario, ma di ben più ampia portata):

- la legge Basaglia, (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori; legge n. 180 del 13 maggio 1978).
- la Legge sull'aborto (è il sintetico titolo di un libro (3), coevo alla legge, di Giovanni Berlinguer, che ne fu relatore di maggioranza insieme all'onorevole Del Pennino del PRI), o più correttamente sulla Tutela della maternità e interruzione volontaria di gravidanza (legge n. 194 del 22 maggio 1978).
- la Istituzione del Servizio sanitario nazionale, (legge n. 833 del 23 dicembre 1978).

Questi traguardi riformatori furono possibili grazie a confronti e convergenze attuate nel Parlamento, luogo nel quale maggioranza e opposizione, pur portatrici di storie e ideologie assai diversificate, si scontravano ma anche si confrontavano e trovavano occasioni di dialogo e di sinergica confluenza sulle grandi questioni. Ma fu possibile essenzialmente per il livello di partecipazione, di impegno, di elaborazione da parte di forze e attori sociali e da parte di operatori, professionisti, intellettuali, medici.

In questo contributo tratterò della Riforma sanitaria approvata quarant'anni fa e di qualche elemento critico attuale e futuro, ma vorrei esporre una personale riflessione sulle tre leggi citate.

Quelle tre riforme sono state per più aspetti una conquista di diritti civili: per le persone ridotte nei manicomi in stato di soggezione e di minorità, di limitazione delle libertà a cui venivano restituiti diritti e dignità; per le donne che si riappropriavano della responsabilità sul proprio corpo e sulla maternità e infine, con la riforma sanitaria si poneva al centro il diritto alla salute.

Ci si poteva limitare ad attribuire e promuovere "diritti civili" e non estendere la normativa ai diritti sociali? Le materie che venivano affrontate certo si prestavano a tale

“fecondazione” ma era possibile attuare i diritti civili depenalizzando l’aborto entro un determinato periodo, come attuato in altri paesi, e non assicurare gli interventi gratuiti nelle strutture pubbliche, inserendoli nei Lea e promuovere i consultori e i percorsi di tutela della gravidanza.

La riforma sanitaria poteva essere realizzata limitandosi a una estensione delle tutele, unificandone la gestione nella cassa mutua INAM, a tutta la popolazione e non creando una architettura istituzionale che ha interessato i Comuni, le Province e le Regioni, ha promosso la partecipazione, ha voluto realizzare il coordinamento e l’unitarietà degli interventi sociali e sanitari.

La riforma psichiatrica poteva tutelare i ricoverati, non avviare il superamento degli ospedali psichiatrici, destinando operatori ad altre funzioni, restituendo al tessuto urbano parti importanti della città e pregevoli edifici.

Non voglio qui esaminare i molti limiti nella realizzazione, di cui sono consapevole, ma sottolineare come, a differenza di quanto attuato in epoche successive, tali riforme siano state volutamente sia civili che sociali.

Sono state riforme di struttura, non nel senso, male inteso o male pensato, di anticipazioni di elementi di socialismo, ma in relazione alla loro incisività nel corpo, nella struttura sociale ed economica del nostro Paese.

I Ministri della sanità che si sono succeduti in questi decenni hanno espresso, in occasione della ricorrenza dei 40 anni, giudizi sulla Riforma e la sua applicazione offrendo elementi di riflessione, sia in occasione di incontri che con alcuni contributi. Ciò che colpisce è che, seppure con sfumature diverse e con critiche anche contrapposte all’applicazione che ne è stata fatta - anche in relazione alle rispettive responsabilità - vi sia un elemento comune, come si può evincere anche da queste affermazioni: “La Riforma fu una rivoluzione - ha scritto recentemente Mariapia Garavaglia - in gran parte riuscita” (4). “Ha inverato e dato forma - ha dichiarato Rosy Bindi - all’articolo 32 della nostra Costituzione” (5).

“Il diritto fondamentale alla salute fissato all’articolo 32 aveva finalmente trovato piena attuazione” (6). Queste sono le testuali parole dell’ex ministro Francesco De Lorenzo che così circoscrive - certo a posteriori - il voto contrario suo e del suo partito in conseguenza di alcune criticità da loro intraviste nel testo di legge.

Questo processo riformatore si avvaleva di alcuni elementi favorevoli, anche a livello internazionale. L’Organizzazione Mondiale della Sanità godeva allora di grande prestigio ed era diretta da un medico olandese, di notevole capacità e autorevolezza: Halfdan Theodor Mahler, che promosse, proprio nel 1978, la conferenza di Alma Ata sulla *primary care*. L’altro elemento di spinta a quest’insieme di processi riformatori fu rappresentato dalle Regioni che avevano avviato preliminari forme di organizzazione unitaria delle attività sanitarie, quelle allora di competenza dei Comuni e delle Province, integrandole con le

diverse competenze in ambito sociale attribuite (o autonomamente promosse) agli enti locali. A tal fine, in varie realtà, l'istituzione con legge nazionale delle Unità socio sanitarie fu anticipata dalla costituzione dei Consorzi socio sanitari.

Vi era poi viva la preoccupazione per la ormai evidente inefficienza delle casse mutue, circa 1.200, e per la costante crisi finanziaria che ormai da tempo colpiva la stragrande maggioranza di tali enti. Tale dissesto economico richiedeva continui interventi statali; il sistema mutualistico aveva accumulato 4.000 miliardi di debiti per il cui ripiano lo Stato, nel 1974, dovette ricorrere a un'emissione straordinaria di buoni del Tesoro pari al 6% del PIL! A tale proposito il CNEL affermava che "... L'andamento della spesa sanitaria ha assunto, nel nostro Paese, per entità e sviluppo, una incidenza determinante sulla situazione economica al punto da essere considerata un elemento di rottura permanente dell'equilibrio finanziario" (7).

Una situazione che fece dire, a molti fautori della legge 833, che tale processo di riforma non era quindi solo necessario, ma ormai inevitabile.

Vi è stata pertanto, nel 1978, una concatenazione di tre fattori: l'esistenza di una problematica ormai ineludibile; la disponibilità di soluzioni concrete dati gli studi e le proposte che erano state messe a punto in quegli anni, in particolare intorno a personalità quali Alessandro Seppilli (8); infine l'emergere di una volontà politica. Si concretizzò pertanto una "finestra di opportunità" (9), che permise l'approvazione della Riforma sanitaria. Finestra che non è restata a lungo aperta.

Come eravamo: qualche sintetico dato

Qualche dato sia demografico-epidemiologico che sulla struttura dei servizi sanitari è indispensabile per marcare le differenze e caratterizzare - seppure sommariamente - questi quarant'anni. La natalità (nati per 1.000 abitanti) era del 12.6 superando nettamente la mortalità (morti per 1.000 abitanti) che era del 9.5. La situazione attuale è completamente cambiata andando ad un saldo negativo con una natalità che è crollata al 7.6 e una mortalità che è aumentata al 10.7. Di conseguenza i giovani (0-14 anni) sono passati dal 19% nel 1981 al 14% attuali, mentre le classi di 65 anni e più sono passate dal 14% al 22%, con una notevole quota di grandi anziani (sopra gli 85 anni) La speranza di vita, negli anni di approvazione della Legge 833, era di 71,1 anni per gli uomini e di 77,8 per le donne (1981); attualmente è di 81 per gli uomini e 85 per le donne, quindi con un incremento di 9-10 anni. Le differenze territoriali restano tuttavia ampie. Ad esempio a Firenze la speranza di vita per l'insieme della popolazione è di 84 anni e a Caserta di 80. La mortalità infantile è crollata: da oltre 17 su 1.000 nati vivi alla fine degli anni settanta, per cui professionisti ed esperti guardavano con ammirata invidia i Paesi del Nord Europa, e in particolare la Scandinavia (10), agli attuali 2,8.

Ma quarant'anni fa quale era l'assetto dei servizi? Quale è la situazione attuale e in parti-

colare che cosa si intravede per il futuro? Non è facile rispondere in poco spazio e proverò ad offrire una sintesi per capire, ovviamente a grandi linee, il cammino fatto e i principali problemi che, a mio parere, abbiamo di fronte.

Quarant'anni fa furono costituite 695 Usl con una popolazione media di 81 mila abitanti; molte Usl avevano una dimensione assai ristretta: la più piccola contava 2.108 abitanti e la più ampia 380.883. Si è assistito poi a un progressivo accorpamento cosicché abbiamo attualmente 101 Aziende sanitarie locali con una media di quasi 600 mila abitanti e con 8 Aziende sanitarie di oltre il milione e una di quasi 3 milioni e mezzo. Si tratta di dimensioni analoghe o superiori a molti Stati europei: Cipro, Estonia, Lettonia, Slovacchia. Questo scenario non risponde solo a un fenomeno di razionalizzazione, ma a una notevole cambio di indirizzo che ha visto diminuire il ruolo delle amministrazioni comunali, ridimensionare l'unitarietà socio sanitaria, ridurre le occasioni e gli strumenti di partecipazione delle comunità locali e regionalizzare maggiormente, anche in termini gestionali, le funzioni sanitarie un tempo svolte dalle USL.

L'offerta ospedaliera si è profondamente modificata con una riduzione di oltre il 50% dei posti letto, passati da 530.000 unità a 215.000. Una riduzione che ha investito maggiormente il pubblico, poiché i posti letto privati sono proporzionalmente aumentati dal 14,7% del 1978 agli attuali 20,4%. L'ospedalità privata si concentra in Lazio, Abruzzo, Sicilia e, in particolare Campania e Calabria, due regioni in cui la percentuale di posti letto privati supera il 30%. Considerati gli indicatori di efficienza ed efficacia con cui si valutano le diverse realtà sanitarie, non certo una prova a favore del pregiudizio dell'efficacia del privato rispetto al pubblico!

Questa riduzione dei posti letto è stata trainata da una diminuzione del tasso di ospedalizzazione che, dopo un incremento negli anni ottanta, si è nettamente ridotto attestandosi attualmente a 141 x 1.000 abitanti. Il fattore che ha avuto maggiore influenza è tuttavia la riduzione della durata di degenza che, nel 1981, presentava medie regionali fra il 10-16 giorni e attualmente fra i 6-8 giorni. Un ventaglio assai più ristretto con performance più omogenee, per tale parametro, fra regioni. Tuttavia la mobilità regionale è notevolmente aumentata in varie regioni del sud, in particolare in Calabria, che ha raddoppiato la migrazione sanitaria verso Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, esercitando invece un minimo di attrazione.

E' cambiata anche la tipologia dei posti letto, con il crollo del numero di posti letto psichiatrici, principalmente per la chiusura dei manicomi, e la netta riduzione di letti in tutte le aree di degenza. Solo due "comparti" hanno visto un incremento: la riabilitazione-lungo degenza in cui i posti letto si sono duplicati e le terapie intensive, disciplina in cui si sono triplicati.

Queste poche informazioni non sono certo in grado di offrire un quadro dei cambiamenti, ma solo qualche indicatore strutturale. D'altronde il lettore di queste pagine avrà certo

percepito personalmente quanto il modo di lavorare in ambito sanitario, e non solo, sia stato influenzato in questi decenni da modifiche sociali, giuridiche, tecnologiche, e, direi, anche antropologiche.

Credo che due problematiche siano fondamentali per il futuro del Servizio sanitario: la questione ricorrente della regionalizzazione della sanità (all'interno della quale vi è anche un aspetto di equità) e il tema che va sotto il generale titolo di sostenibilità.

La regionalizzazione del Servizio Sanitario

Una critica ricorrente al nostro sistema sanitario riguarda le notevoli differenze che si registrano fra regioni, sia sulla base dei principali indicatori di salute, anche quelli "duri", quali la speranza di vita, sia nella valutazione della qualità dei servizi sanitari e della loro accessibilità. Sono pertanto evidenti notevoli diseguaglianze territoriali che amplificano il rilevante problema dell'equità nella salute per classe sociale e reddito (11). Abbiamo assistito negli ultimi anni ad una vera e propria "levata di scudi", sia da parte di istituzioni scientifiche e di ricerca che di larga parte del mondo politico, contro una sanità frammentata in ventun sistemi. L'origine di tali mali è stato imputato in larga parte alla modifica del Titolo V della Costituzione, avvenuta nel 2001, con la conseguente potestà legislativa concorrente, limitata alla determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute. È stata così riservata allo Stato la potestà legislativa esclusiva in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art.117, secondo comma, lettera n) mentre le Regioni hanno potestà legislativa in materia di tutela della salute e della ricerca scientifica sulla base dei principi fondamentali dettati dallo Stato (art.117, terzo comma). Dopo quindici anni di tale "regime costituzionale" le questioni normative e le interpretazioni contrapposte, con conseguenti contenzioni Stato-Regioni, erano in larga parte chiariti anche grazie a ripetute sentenze della Corte Costituzionale, ma le diversità territoriali non certo superate. La riforma costituzionale, approvata definitivamente dal Parlamento il 12 aprile 2016 conteneva diffuse riscritture del Titolo V e, per quanto riguarda la sanità, riportava nelle competenze statali il compito di emanare "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare". Si riteneva infatti, da parte del Governo e della maggioranza parlamentare favorevole a tale riscrittura costituzionale, che le "disgrazie" per il servizio sanitario nazionale fossero da attribuirsi tutte non a problemi di finanziamento, formazione, indirizzi organizzativi, revisione di accordi e di convenzioni, ma alla regionalizzazione! L'appello del presidente del Consiglio era in tal senso esplicito: "con il referendum si decide se lasciare tutta la sanità alle Regioni oppure dare stessi diritti a tutti i cittadini" o: "se vincono i SI tutti i malati di cancro avranno gli stessi farmaci indipendentemente dalla Regione in cui vivono".

Tuttavia, in questa schizofrenia istituzionale il Governo presieduto dall'onorevole Gen-

tiloni accoglieva e sottoscriveva, il 28 febbraio 2018 (12) le richieste di autonomia differenziata avanzate da Lombardia, Veneto e Emilia Romagna volte ad ampliare le competenze regionali in varie materie, fra cui in particolare quelle sanitarie; intesa che dà il via a un articolato iter legislativo che deve ottenere la maggioranza assoluta nei due rami del Parlamento.

Con la nuova fase legislativa altre sette Regioni (Campania, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte Toscana, Umbria) hanno dato mandato di avviare i negoziati per definire con lo Stato, in base all'articolo 116 della Costituzione, "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" (13).

Le materie di carattere sanitario su cui le Regioni richiedono autonomia sono ampie e variegate, con molti aspetti in comune, ma anche con alcune differenziazioni fra Regioni. Citiamo, a titolo esemplificativo, le principali: maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale; maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN; maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione; possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio, volte in particolare alle scuole di specializzazione e all'inserimento degli specializzandi nell'ambito del SSN; possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"; possibilità di attivare rapporti con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) al fine di presentare dossier sull'equivalenza terapeutica dei diversi farmaci etc.

Alcune Regioni hanno concordato, nell'intesa preliminare, anche specifici punti. Ad esempio la Regione Veneto ha previsto una maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale; la Regione Lombardia una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

L'elenco delle richieste regionali sono, in molti casi, ragionevoli, ma non si comprende il motivo per il quale siano da attribuire a una Regione (che l'ha richiesta) e non a tutte le Regioni la possibilità di sottoporre all'AIFA dossier sull'equivalenza terapeutica dei farmaci, o permettere una maggiore autonomia finanziaria in termini di vincoli di spesa in materia di personale, una volta definiti i tetti di spesa¹.

Altre richieste appaiono in realtà eversive rispetto alla tenuta di un sistema sanitario che intenda assicurare uguali diritti a tutti i cittadini. Una differenziata normativa regionale in tema di libera professione dei sanitari (modifica del rapporto di esclusività, regola-

1. Si tratta, in sostanza, di sottrarsi anche alle previsioni di limiti di spesa previsti art.1, commi da 557 a 564 della L. 296/2006 (legge di stabilità 2007), che paralizza la spesa per il personale al 2004 con una contrazione percentuale dell'1,4%, indipendentemente se la Regione rispetta i tetti di spesa.

mentazione della Libera professione intramoenia etc.) verrebbe a mutare - di fatto - gli accordi nazionali contrattuali e offrire, nell'ambito del servizio pubblico, sistemi profondamente diversificati da regione a regione.

Ulteriori rilevanti perplessità desta la proposta di una maggiore autonomia regionale legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, venendo così a creare addirittura gabbie contrattuali territoriali differenziate per un già complesso sistema di welfare aziendale.

Il processo che si è avviato presenta alcuni evidenti pericoli: si rischia infatti di realizzare, in ambito della tutela della salute, una Repubblica delle autonomie ampiamente e immotivatamente diversificata in base alle richieste delle singole Regioni e ai conseguenti accordi (affidati anche a mutevoli omogeneità - disomogeneità politiche fra Regioni e Governo), senza una valutazione delle conseguenze positive o negative del regionalismo in sanità, e in particolare attribuendo poteri senza stabilire garanzie per la tenuta unitaria della Repubblica.

Il regionalismo differenziato ha una sua logica in relazione a condizioni strutturalmente diversificate da Regione a Regione, per cui - a titolo meramente esemplificativo - alla Lombardia si riconosce un diritto sulla regolamentazione della navigazione lacustre, che non è attribuito all'Abruzzo, mentre Calabria, Puglia e altre regioni possono richiedere elementi di maggiore autonomia sulla regolamentazione dell'ambiente delle coste marittime, tema da non attribuire, ovviamente, al Trentino Alto Adige o al Piemonte. Ma il diritto alla salute e all'accesso ai servizi è diritto costituzionale eguale per tutti e non differenziabile regionalmente. Può essere differenziato se tale termine si limita ad una "modulazione" in relazione a risultati raggiunti, quali ad esempio autonomia nell'assunzione di personale se in pareggio di bilancio, ma non cristallizzando differenze per territorio.

Il secondo aspetto che intendo sottolineare è che il potenziamento di forme di autonomia regionale necessita contestualmente di un rafforzamento delle strategie e della regia a livello nazionale. In altri termini l'autonomia non può essere intesa semplicemente in termini "sottrattivi" di competenze e non si accompagna invece a un contestuale rafforzamento, proprio perché aumenta l'autonomia, delle capacità di coordinamento nazionale. Peraltro la governance nazionale di un sistema complesso, quale quello sanitario, non è affidata solo a provvedimenti legislativi, ma può, e deve, avvalersi anche di altri strumenti quali: la riorganizzazione e potenziamento degli strumenti tecnico-scientifici nazionali, con una maggiore sinergia e unitaria "regia" di tre fondamentali istituzioni: AIFA, Istituto superiore di Sanità, Agenas; la revisione, a livello nazionale, della normativa che definisce i rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università, finalizzata fra l'altro a far decollare, in misura reale ed estensiva, la funzione didattico-formativa degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali del SSN; l'incremento sostanziale e progressivo dei finanziamenti per la ricerca indipendente, sia in ambito farmacologico che nella valutazione di

presìdi, procedure e organizzazione sanitaria, coinvolgendo prioritariamente le istituzioni nazionali (AIFA, Agenas, ISS) e gli Istituti nazionali a carattere scientifico (IRRCCS); l'affidamento della titolarità delle Linee Guida all'Istituto Superiore di Sanità (14), con la collaborazione di società e istituzioni scientifiche, che operino però all'interno di una attività coordinata e finanziata dall'istituzione pubblica; la revisione dei criteri e della trasparenza delle trattative fra Aifa e industrie farmaceutiche; la ridefinizione, in accordo con le Regioni, delle motivazioni e delle procedure di commissariamento, che non devono essere limitate alla non ottemperanza di obiettivi finanziari, ma anche di obiettivi di funzionamento del Servizio sanitario, da valutare con adeguati indicatori.

La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale: come passare dal senso comune al buon senso

La parola sostenibilità ha acquisito, negli ultimi anni, molteplici valenze oltre agli abituali sinonimi: supportabile, tollerabile, difendibile. Si utilizza infatti anche in termini di "valore", riferito ad esempio a prodotti (mezzi di trasporto), edifici, attività (impianti produttivi) che sono appunto "sostenibili" in termini di impatto ambientale, di consumi energetici etc. Quindi un valore ecologico, etico, un aspetto da evidenziare per esaltare la competitività della proposta o del progetto che viene avanzato.

Un secondo aspetto da chiarire preliminarmente è se si tratti di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale o, anche, di sostenibilità della salute. La Sostenibilità del SSN è strettamente connessa (in altri termini viene a comprendere anche) alla "sostenibilità della salute". Se non riuscissimo a sostenere un SSN - sia in termini economici che sociali - vi sarebbe un peggioramento della salute degli italiani. Se, d'altro canto, non si rendesse sostenibile la salute attraverso molteplici iniziative eque ed efficaci, che intervengono su economia, normative, ambiente etc. l'ingente insieme produttivo - pubblico e privato - che destiniamo a cura e riabilitazione, dovrebbe far fronte, in maniera tardiva e poco efficace, a una molteplicità di domande difficilmente compatibili con le risorse degli italiani. Rinviano a quanto più ampiamente trattato in altra sede (15), richiamerò in questo contributo alcuni elementi fondamentali del dibattito in corso.

Il lettore si sarà certo sentito dire, negli ultimi anni, che il nostro SSN, universalistico, basato sulla fiscalità generale, non è più sostenibile. I motivi addotti sono sotto gli occhi di tutti: l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata prevalenza di malattie croniche, l'incremento di prestazioni e di consumo di farmaci sempre più costosi. Da tali premesse, indubbiamente veritiere, viene tratta la seguente conseguenza: la spesa sanitaria è in continuo incremento e non compatibile con la stabilità finanziaria; l'impegno dello Stato in questo sistema di welfare non può continuare a crescere e pertanto bisogna trovare altre fonti di finanziamento, un altro pilastro, attraverso un sistema assicurativo e i fondi sanitari integrativi. Chi può, in base al reddito, ricorra ad un sistema parallelo, con l'op-

ting out, cioè l'uscita dal sistema sanitario e - elemento di non modesto rilievo - dalla solidarietà fiscale per sostenerlo.

È utile quindi domandarsi se la crescita della spesa sanitaria pubblica sia un fatto reale, se la convinzione di un'enorme crescita futura provenga da accreditate previsioni, se non vi siano politiche pubbliche capaci di coniugare appropriatezza, efficienza ed efficacia del sistema sanitario e, infine, se la questione fondamentale non sia piuttosto quale welfare vogliamo nel nostro paese e, in definitiva, quale comunità, quale paese, vogliamo ora e nel futuro.

La spesa sanitaria pubblica ha presentato, in effetti, un tasso di crescita estremamente elevato rispetto ad altri comparti di spesa, sia pubblici che privati, che rispetto al Pil. Ma questo è un dato che risale a molti decenni fa, valido per il periodo 1960-1992, in cui è aumentata di 2,5 volte (16). La situazione attuale e le previsioni prossime sono assai diverse (17), come si evince dalla tabella 1.

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica in Italia in valori assoluti, in rapporto al Pil e Tasso di variazione percentuale: Anni 2014 - 2021

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa sanitaria	110.961	111.240	112.372	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
In % di Pil	6.8%	6.7%	6.7%	6.6%	6.6%	6.4%	6.3%	6.3%
Tasso di variazione in %		0.3%	1.0%	1.1%	2.0%	0.5%	1.9%	2.0%

Come appare evidente la crescita nominale appare estremamente contenuta e nasconde una decrescita progressiva, sia in proporzione al Pil sia in termini reali, considerato che è inferiore al tasso di inflazione.

E' tuttavia necessario rispondere ad un'altra possibile considerazione: l'aumento di spesa nei futuri decenni, in relazione ad alcuni elementi e, in particolare, a quello più rilevante e più certo, rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. Anche in questo caso disponiamo di proiezioni accurate, secondo metodologie concordate in sede europea ed effettuate da organismi ufficiali (18), i cui risultati sono riportati nella figura 1.

Le previsioni di spesa evidenziano un rapporto con il Pil che raggiunge il 7.7% con ipotesi che oscillano fra il 7.5% e il 8.0%.

Interessante inoltre il raffronto, sia attuale che in termini di previsione, con gli altri paesi europei, che riportiamo in figura 2.

L'Italia presenta uno scarto di 0.3 punti percentuali rispetto alla media europea, scarto che mantiene anche a distanza di mezzo secolo e, come osserva anche la Ragioneria generale dello Stato "...alla fine del periodo di previsione, la spesa sanitaria italiana risulta ancora inferiore a quella dei principali partners europei, quali Francia e Germania" (19).

Figura 1 - Spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil con alcune ipotesi alternative in relazione al consumo sanitario (CPS = Consumo pro capite standard)

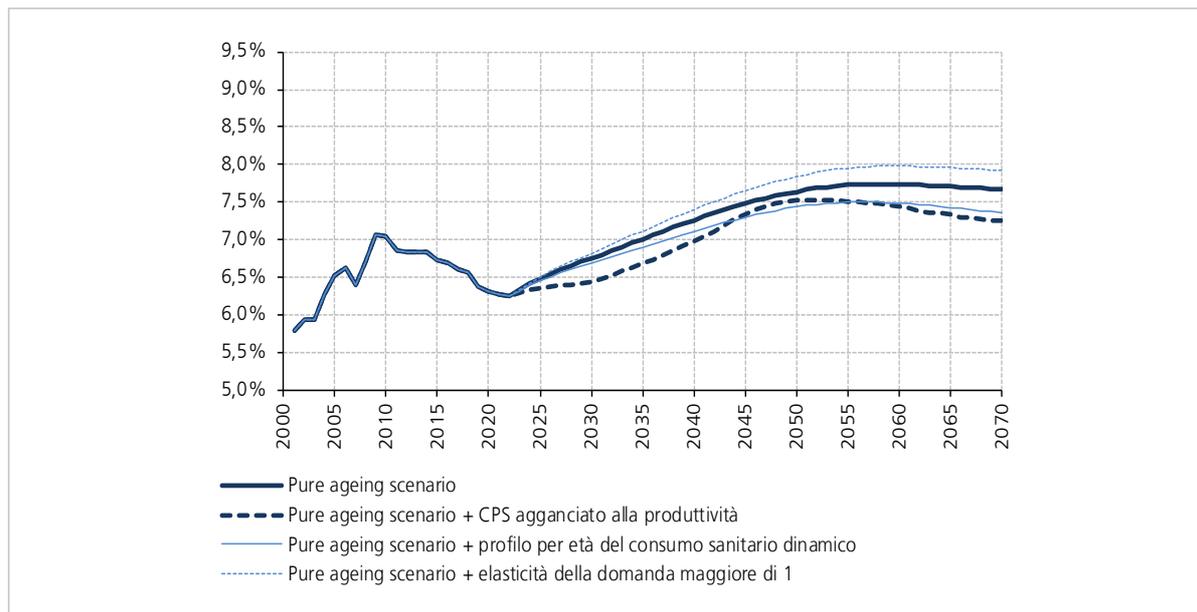
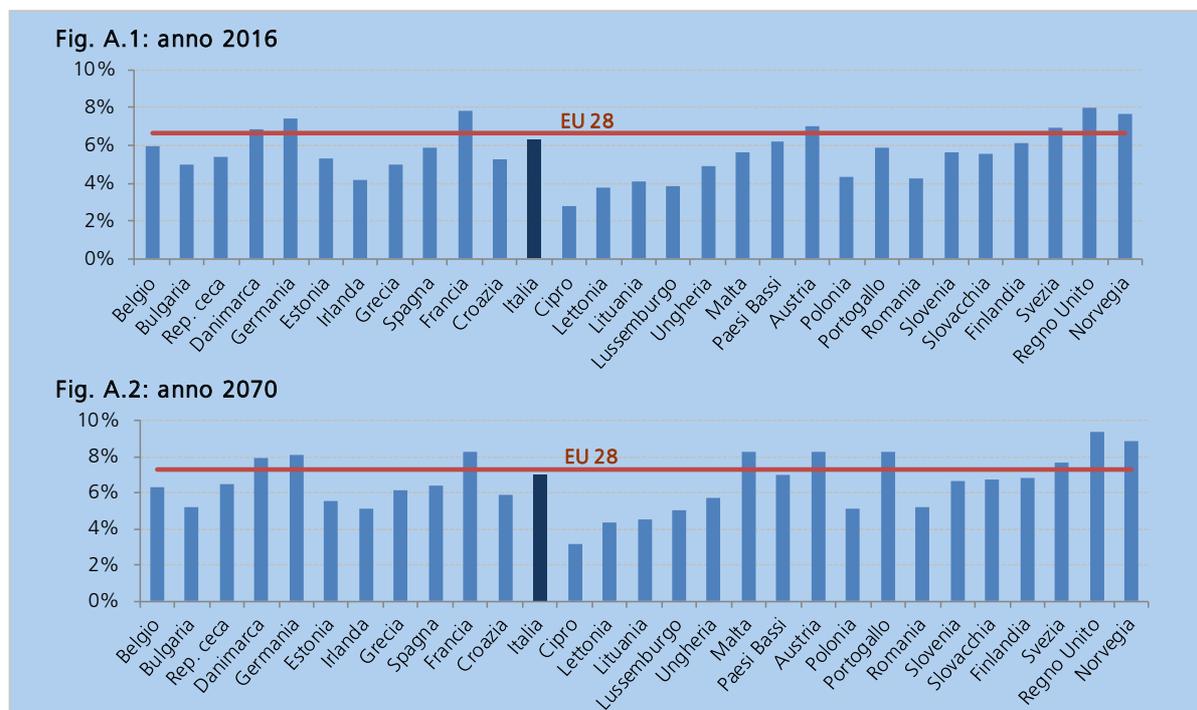


Figura 2 - Spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil nei paesi EU 28 e Norvegia. A: anno 2016; B: previsioni 2070



Si tenga altresì conto che tali raffronti sono effettuati in termini di percentuale rispetto al PIL; ma valutando la spesa sanitaria pro capite le differenze fra l'Italia e i principali partners europei risultano assai più marcate e il nostro Paese viene a essere superato anche dalla Spagna che, secondo le stime del FMI, nei prossimi 10 anni avrà un PIL superiore dell'Italia del 7%.

Il futuro incremento di spesa sanitaria si concentra tutto negli anziani e, in particolare, nei grandi anziani, che rappresentano le classi di età in crescita, sia in relazione al noto fenomeno del *death related cost*, sia per l'incremento di spesa di un altro settore del welfare, la Long Term Care (LTC), che attualmente incide dell'1,6% sul PIL e, con un aumento del 70%, si dovrebbe attestare al 2.7% nel 2070.

I dati qui riportati permettono di passare da una narrazione che sostiene la insostenibilità del nostro SSN e propone, come rimedio, lo sviluppo di assicurazioni individuali e collettive, in particolare tramite il welfare aziendale, a ben altra realtà. Una realtà assai diversa che evidenzia una spesa pubblica contenuta negli ultimi decenni, anche rispetto ad altri paesi, e più recentemente in riduzione; un incremento di spesa moderato nei prossimi decenni e da attribuirsi totalmente alle classi di età anziane e alla long term care. Pertanto riferito a quella fascia di popolazione che assicurazioni e il welfare aziendale, che offrono prestazioni prevalentemente sostitutive di quanto previsto dal Servizio sanitario nazionale, non tutelano.

La realtà: riduzione della spesa corrente e degli investimenti

Il nostro sistema sanitario è stato sotto finanziato negli ultimi anni, non assicurando fra l'altro un adeguato ricambio del personale e attuando un drastico abbattimento degli investimenti. Si è trattato pertanto di una scelta di politica economica che ha colpito alcuni ambiti della nostra società: sanità, istruzione e ricerca; settori chiave, secondo molti economisti e anche in base a quanto attuato in altri Paesi, per far crescere, in una prospettiva di medio e lungo termine, l'economia della nazione e il benessere della popolazione. La sanità, in particolare, è stata utilizzata come un bancomat, con una riduzione di personale superiore al 50% rispetto ad altri comparti pubblici. Una situazione di emergenza che tuttavia è diventata una situazione stabile, che si coniuga con la spinta ad una privatizzazione strisciante del nostro sistema sanitario.

Se la numerosità di medici rispetto alla popolazione non è inferiore di quanto si rileva in altri paesi europei, due elementi risultano assai rilevanti: l'assenza di una adeguata programmazione delle scuole di specializzazione con la conseguente carenza in settori specifici e la elevata età media, superiore a quella di qualsiasi paese europeo. Differente la situazione infermieristica, con una fortissima carenza rispetto agli altri paesi, cosicché se si dovesse, in termini di infermieri per popolazione, mettersi al paro dell'Inghilterra si dovrebbero assumere 130.000 infermieri; rispetto alla Francia 220.000 e rispetto alla Germania 440.000.

In sintesi "...dal 2012 al 2015 il governo centrale ha tagliato più di 31 milioni di euro dal budget sanitario, adottando una spending review basata su tagli lineari che è stata applicata omogeneamente su l'intero sistema pubblico" (20).

La riduzione dei finanziamenti al servizio sanitario non ha riguardato solo la spesa corrente, ma è stata particolarmente rilevante su gli investimenti, in un'ottica assai poco attenta rispetto alla possibilità di futuri risparmi e di una sostenibilità a lungo termine. Nell'ultimo quadriennio gli investimenti si sono ridotti del 42% e nel 2017 si sono ulteriormente contratti del 5,2% rispetto all'anno precedente (21). Esempio la situazione che si è progressivamente verificata nell'ambito delle tecnologie, per il concorso della riduzione degli investimenti con l'assenza di pianificazione e con carenze organizzative. Ci troviamo pertanto di fronte a un parco diagnostico ridondante e obsoleto e con una conseguente scarsissima produzione di prestazioni per singola apparecchiatura, come evidenza il confronto con gli altri paesi europei proposto nella tabella 2 (22).

Tabella 2 - Confronto fra attrezzature (Risonanza magnetica e Tc) e prestazioni per 1 milione di abitanti in Italia, EU 17 e alcuni paesi europei. Anno 2016

Paese	RM			TC		
	Apparecchi	Prestazioni	A/P	Apparecchi	Prestazioni	A/P
Italia	28	67	2.4	34	81	2.4
Germania	34	136	4.0	35	143	4.1
Francia	14	114	8.1	17	204	12
Spagna	16	83	5.2	18	109	6.1
UK	7	57	8.1	9	85	9.4
EU 17	17	76	4.5	22	122	5.5

Come agire? Un'azione su due fronti

Il nostro sistema sanitario è stato definito sobrio e resiliente, ma la sobrietà, per mantenersi tale, cioè controllata e misurata, non deve tradursi, come sta avvenendo, in carenza e in inadeguatezza di mezzi, perché anche la resilienza ha un punto di deformazione e, successivamente, di rottura. È pertanto indispensabile modificare gli indirizzi di politica economica e, contestualmente, intervenire su due fronti: 1. Contenere i costi aumentando efficienza ed efficacia; 2. Limitare i bisogni di prestazioni promuovendo la salute. L'aumento dell'efficienza e dell'efficacia comporta di agire sugli sprechi, smettendo di fare cose che non generano value e utilizzando, quando disponibili, alternative di efficacia e sicurezza sovrapponibili, ma a costi inferiori.

Nel corso degli ultimi anni si è avviata anche in Italia una riflessione su tale problematica, in particolare grazie alla Fondazione GIMBE che ha adeguato al contesto nazionale la

tassonomia messa a punto negli Stati Uniti (23). Trasferendo e adattando tali stime alla realtà italiana, sono stati ipotizzati risparmi pari al 19% (24); sono qui presentati rispetto alla spesa sanitaria pubblica prevista nel 2019; ammontando pertanto a 22.113 miliardi ($\pm 20\% = 17.690 - 26.536$), che si articolano come segue:

Tabella 3 - Stima degli sprechi in ambito sanitario: incidenza percentuale sulla spesa sanitaria pubblica prevista per l'anno 2019

Categoria	%	Mld €	$\pm(20\%)$
1. Sovra-utilizzo	30	6,64	5,31 - 8,10
2. Sotto-utilizzo	15	3,31	2,65 - 3,97
3. Frodi e abusi	22	4,87	3,90 - 4,76
4. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,65	2,12 - 3,18
5. Complessità amministrative	11	2,43	1,94 - 2,92
6. Acquisti a costi eccessivi	10	2,21	1,77 - 2,65

L'altro fronte su cui agire è rappresentato dalla riduzione dei bisogni di prestazioni, tutelando e promuovendo la salute della popolazione. Risulta a tale fine necessario attuare contestualmente due strategie fondamentali:

1. Mettere in atto azioni mirate a ridurre le disuguaglianze di salute. Questo obiettivo è fondamentale per ragioni di equità, quale scelta politica di una società che si fonda su principi di giustizia (25). Vi sono tuttavia anche considerazioni importanti in merito all'efficacia di interventi di sanità pubblica, poiché una riduzione del gap di accesso ai servizi sanitari e alla qualità nelle prestazioni porta al più alto beneficio di salute nell'insieme della popolazione.
2. Perseguire obiettivi di salute in tutte le politiche. Le politiche ambientali, la pianificazione urbanistica e dei trasporti pubblici, gli indirizzi in termini di tassazione differenziata degli additivi e dei prodotti alimentari, degli alcolici, del tabacco sono strumenti fondamentali per creare contesti ambientali e sociali più sani e per incentivare, in modo equo ed efficace, anche attraverso una "spinta gentile" (26), decisioni individuali volte a conservare e promuovere la salute.

Uno sguardo ai mutamenti avvenuti nel nostro sistema sanitario e nello salute della popolazione italiana ci fa comprendere, come ha affermato il decano degli economisti sanitari americani Victor R. Fuchs (27), che "i grandi cambiamenti nella sanità sono atti politici intrapresi a fini politici". Pertanto, interrogandosi sul futuro del Servizio sanitario nazionale la domanda che ci si deve porre è quali valori assumere, quali obiettivi individuare per la collettività di cui siamo parte.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 479 del 4 Agosto 1978.
2. Legge n. 392 del 27 Luglio 1978.
3. Berlinguer G. La legge sull'aborto. Roma: Editori Riuniti; Luglio 1978.
4. Garavaglia M. Senza la legge 833/78 italiani più fragili e più poveri, *Quotidiano sanità*, 10 novembre 2018.
5. Bindi R. Tavola rotonda al Forum Risk management, Firenze, 27 novembre 2018
6. De Lorenzo F. Quegli errori del 1978 di cui in parte paghiamo ancora le conseguenze. Oggi le priorità sono stroncare le disparità di accesso alle cure e riformare il titolo V, *Quotidiano sanità* 29 ottobre 2018
7. CNEL. Parere sul disegno di legge: Istituzione del Servizio sanitario nazionale. Assemblea, 13-14 aprile 1977, n. 159/108
8. Seppilli A, Mori M, Modolo M.A. Significato di una riforma. Motivazioni e finalità del progetto di riforma sanitaria. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1972.
9. Palumbo F. 40 anni dalle grandi riforme sanitarie. Legge Basaglia e istituzione del SSN: una riflessione comune (parte prima) *Quotidiano sanità*, 3 Novembre 2018.
10. Berlinguer G, Terranova F. La strage degli innocenti. Firenze: la Nuova Italia; 1972.
11. Ministero della Salute. L'Italia per l'equità nella salute. Roma: Novembre 2017.
12. Servizio studi del Senato. Dossier n. 16, Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, maggio 2018.
13. Servizio studi del Senato. Dossier n. 45, Verso un regionalismo differenziato: le Regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari con il Governo, luglio 2018.
14. Editoriale. Società scientifiche e preparazione delle linee guida, *Recenti progressi in medicina* 2018; 109: 457-458.
15. Geddes da Filicaia M. La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace. Roma: Il Pensiero scientifico editore; 2018.
16. Reviglio F. Sanità. Senza vincoli di spesa? Bologna: il Mulino; 1999.
17. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Documento di economia e finanza 2018, Sezione 2.
18. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 19, Roma, Luglio 2018.
19. Ibidem, pag. 113.
20. Poscia A, Silenzi S, Ricciardi W. Italy, in: WHO Organisation and financing of public health service in Europe WHO: Geneve; 2018.
21. Corte dei Conti. Audizione al Documenti di Economia e Finanza del 2018.
22. Oecd: Health at a Glance. Europe 2018. State of Health in the EU Cycle, 2018.
23. Donald M. Berwick and Andrew D. Hackbarth, Eliminating Waste in US Health Care, *JAMA* 307, no. 14 (April 11, 2012):1513-6.
24. GIMBE. 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma 5 giugno 2018
25. Sen A. The idea of Justice: Allen lane, 2009. Trad. it. L'idea di giustizia. Milano: Mondadori, 2011.
26. Sunstein CR, Thaler RH. Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness. New York: Penguin; 2009. Trad. it.: La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità. Milano: Feltrinelli; 2014.
27. Fuchs V. Chi vivrà? Salute, economia e scelte sociali. Milano: Vita e Pensiero; 2002.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno