

# Corsi e ricorsi della sanità italiana

Lamberto Briziarelli\*

*“Oggi ci troviamo in una situazione differente, per fortuna. Eppure per molti aspetti si può parlare di analogie: la crescente spaccatura della società. L’incessante indignazione in rete che esacerba gli animi. Il disorientamento del centro laico su come intercettare la voglia di estremismo. .... L’antisemitismo in aumento. I rischi per l’economia globale dovuti alla crisi finanziaria ed alla pandemia. L’ascesa di regimi nazionalistici in altri paesi. Forse non è il momento sbagliato, quindi, per tornare a riflettere su cosa può succedere a una democrazia a seguito di un fatale errore di scelta politica”.*

Da U.Wittstock Febbraio 1933, L’inverno della letteratura; Marsilio SPECCHI, Venezia, 2023

Senza entrare sul chi abbia ragione tra Vico ed i suoi contraddittori, il nostro servizio sanitario, dall’Unità ad oggi, ha avuto una parte ascendente nei suoi primi cento anni ed una in progressiva discesa che lo sta conducendo molto in basso, tornando chiaramente al passato meno bello. Con un percorso nel quale si distinguono diverse fasi, legate alle vicende politiche via via succedutesi.

## 1. I primordi

L’inizio fu molto interessante, pur con tutte le difficoltà di una nazione composta con grande fatica e contrasti fra gli stessi che avevano lottato nel Risorgimento. Sin dai primi momenti dell’unificazione del Paese, furono adottati provvedimenti che segnavano una specifica tendenza verso un servizio nazionale, a carattere pubblico, peraltro già presenti dal passato, dei quali richiamiamo solo quelli più significativi. L’Italia è sicuramente uno dei Paesi che ha avuto una discreta attenzione verso la salute dei propri cittadini, dandosi strumenti che prefiguravano in qualche modo, forse anche inconsapevolmente, servizi sanitari di grande valore.

Nel 1862 vengono istituite le figure del Medico e dell’Ostetrica condotti, patrimonio derivato dalla presenza, sin dall’epoca dei Comuni, del Conductus, medico a contratto per l’igiene, la lotta contro le epidemie, l’assistenza ai non abbienti.

Nel 1865 il Ministro Lanza stabilisce l’estensione a tutto il Paese di forme di servizio sanitario presenti in alcune Regioni.

Nel 1886 la L. 3818 introduce una sorta di assicurazione contro le malattie, che regola la creazione di mutue volontarie dei lavoratori.

Nel 1888 la L. Crispi Pagliani istituisce nell’intero Paese un servizio di Igiene pubblica per la lotta contro le malattie infettive, la tutela del suolo e dell’abitato, l’assistenza sanitaria ai cittadini più poveri; articolato sulle Province (con i Laboratori di Igiene e Profilassi) sui Comuni con gli Uffici di Igiene, diretti dall’Ufficiale sanitario, con il quale collaborano i Condotti, compreso il Veterinario comunale. In seguito, molti Comuni istituirono anche servizi di Medicina scolastica, per la prevenzione delle malattie negli scolari.

## 2. Il periodo fascista

Questa spinta iniziale si arresterà presto per il complesso di avvenimenti che condussero alla catastrofe della I Grande Guerra e quindi all’affermazione del Regime fascista. Ricomposta in qualche modo la pace interna, il Governo, dopo aver sciolto la mutualità volontaria che era legata alle sedi del Partito socialista, adottò il modello Bismarckiano dell’Assicurazione obbligatoria, riservato solo ad alcune categorie di cittadini, portando avanti molte operazioni non in corda con le soluzioni previste dalla Legge Crispi-Pagliani.

E’ del 1924 l’Assicurazione contro la tbc, con la creazione di molte strutture dedicate, Dispensari e Sanatori, in favore di colpiti dal morbo, che ricevevano anche un sussidio.

- Socio onorario SItI, Già Professore ordinario di Igiene e Direttore del Centro Sperimentale per l’Educazione Sanitaria, Università di Perugia

Nel 1929 si stabilisce l'Assicurazione per la gente di mare e dell'aria; nel 1935 quella contro le malattie professionali e degli infortuni sul lavoro, con la creazione dell'INAIL; nel 1943 l'Assicurazione contro le malattie dei lavoratori dipendenti del settore privato, INAM e subito dopo l'ONMI, Opera nazionale per la maternità e l'infanzia, che istituisce consultori materno-infantili in ogni città capoluogo di provincia. In alcune di queste scelte, col senno di poi, possono essere identificati segni premonitori della futura politica della razza e della guerra.

Non esiste un Ministero della Sanità ma solo una Direzione generale presso il Ministero dell'Interno, che perdurerà sino agli anni '50.

C'è senza dubbio una risposta ad un quadro nosologico molto preoccupante, caratterizzato da grandi flagelli: tbc, influenza, poliomielite, febbre tifoide e salmonellosi; una mortalità infantile estremamente elevata, forte incidenza di Infortuni e Malattie professionali. In presenza di enormi disuguaglianze, geografiche e sociali.

Ma tutto precipita nel baratro della seconda Guerra Mondiale, con le tragedie che ben conosciamo.

### 3. Il secondo dopo guerra

Già negli ultimi anni della guerra e nei primissimi anni che seguono la sua fine si liberano idee nuove e vengono avanzate proposte importanti che non trovano risposte adeguate nel nostro Paese impegnato per molti anni nell'immenso processo di ricostruzione delle macerie da cui era ricoperto, dalla Sicilia alle Alpi. La spartizione del mondo in due blocchi provoca la rottura del Governo di Unità nazionale, la divisione del sindacato unitario, la sudditanza dell'Italia politica alle scelte estere; nel campo della sanità e della ricerca, si assiste ad una completa colonizzazione del settore farmaceutico, da Svizzera, Germania e USA, con i nomi delle grandi aziende che domineranno incontrastate sino ai giorni nostri. A tutti ben note.

Alcuni fatti salienti segnano il risveglio ed i primi segni del cambiamento. Nel Regno Unito, già nel 1944 viene presentato il progetto Beveridge per la sanità che, nel 1948, porterà alla creazione del NHS (Servizio Sanitario Nazionale). Nel 1945 il CLNAI (Comitato di Liberazione Nazionale dell'Alta Italia) presenta un Progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano. Nel 1946 l'Italia diventa repubblicana e nel 1948, vara la Carta Costituzionale, certamente ancora oggi una delle più avanzate in particolare per la salute di tutti i cittadini, con gli articoli 32 e 38. Che tuttavia rimarranno inapplicati per trenta lunghissimi anni. In un Paese immerso, per quanto concerne la sanità, in lungo sonno istituzionale in continuazione del periodo fascista.

#### Le forme dell'Assistenza

In perfetta assonanza con la situazione ante seconda guerra la sanità rimane tricefala.

Igiene e sanità pubblica sono governate dai Comuni e dalle Province, con medici, ostetriche e veterinari condotti, i cittadini non abbienti e non iscritti a nessuna forma assicurativa sono iscritti al cosiddetto Domicilio di soccorso dei Comuni, in un albo degli "Aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita", chiamato da tutti Elenco dei poveri.

L'Assistenza medica di base, farmaceutica, specialistica è erogata dalle Casse mutue che via via stanno coprendo tutte le categorie di lavoratori, dipendenti ed autonomi.

La Degenza ospedaliera è fornita da Opere pie, Enti di beneficenza, Enti ospedalieri.

I cittadini sono distinti in varie categorie: dipendenti da privati, dipendenti del pubblico impiego, dipendenti del parastato, lavoratori autonomi, non abbienti e ricevono forme di assistenza molto differenziate, da quella completa da parte dell'INAM alla sola assistenza medica generica dei lavoratori

autonomi. In forma "diretta", senza corresponsione di denaro a forma "indiretta" a rimborso delle spese anticipate dai cittadini,, totale o parziale.

Il sistema gestionale è caratterizzato da modi diverse di organizzazione e distribuzione dei servizi ma soprattutto è caratterizzato da numerose disfunzioni, aggravate da sottogoverno e clientelismo che condurranno abbastanza presto ad un grave dissesto finanziario. Sui fatti e misfatti delle Mutue è particolarmente abbondante l'attività della stampa, assieme ad inchieste giornalistiche, nonché abbondanti scritti, dichiarazioni, prese di posizione di numerosi soggetti pubblici e privati, forze sociali.

Il mondo della cultura e della ricerca, un po' in tutto il mondo occidentale, agita un dibattito di grande rilevanza, mentre le forze sociali promuovono nel Paese una forte agitazione, un vivace risveglio di idee e proposte.

Gli attori più importanti sono legati al movimento dei lavoratori e degli studenti, alle Organizzazioni sindacali ma anche a numerosi professionisti, studiosi e ricercatori: Maccacaro, Giovanni Berlinguer, Delogu, Giancarlo Bruni, Maccolini, Rosaia, Illich, Basaglia, Marcuse, Goffman; due Scuole igienistiche universitarie sono all'avanguardia nello studio della riforma della sanità, a Milano e Perugia, dirette rispettivamente da Giovanardi e Alessandro Seppilli.

Nel 1959, la CGIL organizza un *Convegno nazionale sulla sicurezza sociale*, nel 1961 la FNOM presenta uno *Schema di progetto di legge per la riforma della previdenza sociale*, nel 1963 un Convegno a San Pellegrino discute su *Le basi tecniche dell'organizzazione sanitaria*, nel 1964 l'Istituto di Igiene dell'Università Perugia entra in scena, assieme a quello di Milano, con un convegno su *Unità sanitaria locale e programmazione sanitaria*, presentando precisi modelli organizzativi

Mentre a livello nazionale anche le organizzazioni mediche e professionali sollecitano riforme, a livello periferico si verificano dure reazioni delle corporazioni mediche che si schierano contro i processi innovatori, rivendicando la figura di libero professionista del medico di base verso una supposta funzionalizzazione. Mentre l'Associazione nazionale dei Medici condotti si schiera a fianco dei riformatori.

#### Le tappe verso la riforma

Il cammino verso la tanto auspicata e lottata riforma è lungo e travagliato, in un iter che durerà in intero decennio, con una serie di provvedimenti scaturiti dal culmine dei movimenti di popolo dell'autunno caldo del 1968, per un intero decennio. Nel 1968 tre decreti voluti dal Ministro Mariotti riformano il sistema ospedaliero, con il passaggio da Enti di assistenza e beneficenza ad Enti pubblici; nel 1970 vengono istituite le Regioni a statuto ordinario e varata la Legge 300, Statuto dei diritti dei lavoratori, voluta dal Ministro Brodolini; nel 1972 si effettua il trasferimento dei poteri e del personale di assistenza sanitaria e ospedaliera alle Regioni; nel 1974 vengono sciolte le Mutue, unificate nelle SAUB; nel 1974 il Ministro Vittorino Colombo presenta il DDL 3207 sulla riforma del SSN, osteggiato dal suo stesso partito. Ci vorranno ancora quattro lunghi anni per arrivare alla sospirata meta.

#### 4. Il Servizio Sanitario Nazionale

La Legge 833 che istituisce il SSN è infatti del dicembre del 1978., sostanzialmente quando si sta esaurendo la spinta innovativa della pace sociale fra DC e PCI.

I principi riformatori del nuovo assetto della sanità sono profondamente dirompenti rispetto al passato, quelli di tipo politico sono tre:

- Solidarietà* (uguaglianza fra tutti i cittadini, i più abbienti debbono pagare per i meno fortunati, il sistema deve essere finanziato dal pubblico erario, attraverso la fiscalità generale),
- Unitarietà* (un servizio unico per tutti, dovunque si trovino e indipendentemente da cosa facciano),
- Universalità* (stesse prestazioni per tutti gli abitanti del Paese).

Quelli di ordine tecnico possono esser sintetizzati in una semplice frase: *il Servizio Sanitario Nazionale deve occuparsi allo stesso modo ed allo stesso tempo di Prevenzione, Cura e Riabilitazione.*

Con la realizzazione di questo progetto, l'Italia è il primo Paese che sancisce globalmente il passaggio dal sistema Bismarckiano a della Sicurezza sociale, introdotto da Beveridge, in Gran Bretagna, nell'immediato dopoguerra, pur essendo seconda nel tempo. Infatti nel nostro Paese nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale è anche compresa la tutela della salute nei luoghi di lavoro, che nel servizio sanitario britannico rimane sotto il Ministero del lavoro. Non sarà inopportuno ricordare che l'Umbria fu la prima Regione ad emanare una legge sulla creazione di servizi per la tutela della salute dei lavoratori.

L'assetto organizzativo è basato su due assi. Quello politico ha due livelli:

-Centrale: il Ministero della Sanità con un organo di consulenza, il *Consiglio Superiore di Sanità* e due organismi tecnici, *l'Istituto superiore di sanità* e *l'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro*.

-Periferico: Assessorati Regionali alla Sanità, con i Consigli Sanitari Regionali, Assessorati Provinciali alla sanità, Sindaci dei Comuni, singoli o riuniti in Comitati per il controllo sugli atti e la nomina dei membri dei Comitati di Gestione delle USL. Gli organi tecnici sono le Unità Sanitarie Locali, che comprendono tutte le strutture periferiche, dirette da un Comitato di gestione di nomina politica, da parte dei Comuni, singoli od associati, in base alla loro dimensione. Sono affiancate dagli organi tecnici delle Province, Laboratori e Consulitori, Dispensari ecc. Dopo un referendum promosso dai movimenti ambientalisti, vengono istituite Le Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente, separando salute e ambiente, un evento assai discutibile che avrà non sempre effetti positivi.

5. Dove siamo oggi: prima riforma mai finita, anzi minacciata, due successive (contro) riforme

La partenza del SSN è assai difficoltosa, dovuta ad un andamento altalenante del governo della riforma, in presenza di tre diverse forze operanti nel Paese

-il Governo centrale senza una direzione precisa, con fasi alterne di indirizzo

-le Regioni che credevano fortemente nella riforma, specie al centro nord e

-le Regioni del sud che procedevano con estrema lentezza.

Il passaggio dalle SAUB alle USL, nella maggior parte del mezzogiorno, è durato anni.

In molta parte del Centro Nord vengono abbastanza presto elaborati primi piani sanitari (Umbria, Toscana, Piemonte, Alto Adige-Trentino, poi Emilia, Veneto, Lombardia, Marche). La programmazione è uno strumento difficile e male praticato, per incompetenza politica degli amministratori ed anche per la presenza di personale derivato dalle vecchie strutture, non preparato alle nuove esigenze dettate dalla legge di riforma.

La concomitanza della crisi economica e politica degli anni "80, la progressiva affermazione di forze contrarie alla riforma, crearono una situazione caotica, con la permanenza di forti sperequazioni tra Nord e Sud, tra cittadini anche all'interno di uno stesso territorio, generando un nuovo movimento migratorio, per motivi sanitari, sempre da Sud verso Nord. La spesa sanitaria aumenta fortemente e progressivamente si riproduce, come ai tempi delle mutue, un deficit permanente nel settore della sanità che portò necessariamente a diversi tentativi che generarono numerosi interventi, da molti esperti chiamati "seconda e terza riforma", che alterarono considerevolmente il disegno della L.833 ma soprattutto cominciarono a mettere in discussione i principi fondamentali della stessa. Mentre nel sistema generale dei diversi paesi del mondo, dopo il crollo del muro di Berlino, l'economia la faceva da padrone assoluto, dominando mercati liberi da ogni regola; anche la sanità aggredisce il malessere solo dal punto di vista del contenimento della spesa senza intaccare i principi organizzativi ed il funzionamento dei servizi.

Agli inizi degli anni "90, con l'aziendalizzazione (cosiddetta "seconda riforma") fu introdotta la competizione fra i fornitori di servizi, con meccanismi di tipo mercantile assai lontani dall'obiettivo del servizio sanitario che avrebbe dovuto essere quello di creare salute e non profitto. Fu teorizzata la teoria, importata dalla Gran Bretagna della signora Thatcher, del *provider* e *purchaser* ma non fu mai realizzata completamente. La competizione non era creata solo tra pubblico e privato ma all'interno dello stesso servizio pubblico, fra gli ospedali divenuti Aziende autonome e quelli rimasti in gestione alle ASL.

Non essendo stato ottenuto alcun cambiamento sostanziale, si mise quindi mano alla cosiddetta “terza riforma”, che avrebbe dovuto rafforzare le capacità programmatiche e garantire un maggior controllo sugli amministratori, per i quali venne introdotta una valutazione di risultato. In realtà si è accresciuto ulteriormente il potere delle Regioni ed il controllo sui manager è avvenuto quasi esclusivamente sulla spesa e non su risultati di efficacia, relativi alla salute dei cittadini ed alle garanzie di accesso da parte di ciascuno di essi. Come si sarebbe dovuto fare essendo stati riaffermati nella norma i principi informativi della 833. Al contrario sono aumentate le liste di attesa ed il ricorso ai servizi privati, convenzionati e non, con un aumento della spesa privata.

Sul modello del libro bianco inglese The New NHS, edito dal Department of Health nel 1998, si tenta successivamente di garantire una maggiore omogeneità fra le regioni, cercando di limitare il potere dei DG dando più spazio ai medici attraverso il cosiddetto “governo clinico” e rafforzando il ruolo dei poteri locali, Senza tuttavia produrre effetti degni di rilievo.

Intanto la spesa seguita ad essere fuori controllo, il Ministero dell’Economia riduce la quantità di trasferimenti, caricando parte della spesa sanitaria sulle Regioni, costrette ad investire risorse proprie in aggiunta a quelle derivanti dal Fondo sanitario. Cresce la differenza di prestazioni ai cittadini tra le regioni, con ulteriore aumento delle cosiddette migrazioni sanitarie. Nella legge finanziaria del 2007 dal Governo centrale furono trasferiti 9,1 milioni di Euro alle regioni che avevano accumulato deficit considerevoli. (quasi il 10 per cento del contributo degli enti locali al debito pubblico).

E’ un vero cammino all’indietro, essendosi così reintrodotta lo stesso meccanismo di risanamento dei conti al tempo delle mutue.

Nel 2008 vengono anche approvate norme per l’incentivazione di forme integrative di assicurazione privata, con un decreto ministeriale che instaura un registro apposito e definisce scopi e tipi di attività. Nonostante che, in quello stesso anno, l’OMS nel suo Rapporto mondiale sulla sanità aveva posto l’attenzione sul fatto che il pubblico, “invece di produrre equità nella salute, comunità e servizi basati sui bisogni della popolazione, sostituisce i fini e produce ospitalo-centrismo, commercializzazione e frammentazione dei servizi sanitari”. Si registra un ulteriore aumento dei costi a carico dei cittadini.

## 6. Insufficienza delle strutture

Da molti anni sono stati effettuati tagli sistematici alla spesa sanitaria (scesa al 6 % del PIL) con un blocco generalizzato degli organici, accompagnato dalla mancata riprogrammazione del fabbisogno del personale, medico e non medico, di base e specialistico; è stato quasi del tutto trascurato l’aggiornamento degli operatori rispetto alle gravi emergenze. Le scelte di politica sanitaria si sono concentrate sugli ospedali, alla ricerca dell’alta specializzazione, spostando l’accento sulla sanità privata a scapito di quella pubblica; sono state così colpevolmente indebolite le strutture della prevenzione, l’assistenza sanitaria di base e la medicina del territorio, l’assistenza domiciliare, semplice ed integrata. Tutti questi nodi sono venuti al pettine con la pandemia virale: gli ospedali non hanno potuto far fronte alla marea degli ammalati, fino a scoppiare, per la mancanza della prima linea di difesa sul territorio, con strutture pubbliche depotenziate, ridotta capacità dei Distretti sanitari e dei Centri di salute. I medici di medicina generale sono stati lasciati soli, privi di informazioni sufficienti, di servizi e strumenti di supporto. La Prevenzione, da troppo tempo, era diventata obsoleta e con essa l’Educazione sanitaria che doveva servire a tenere alta la coscienza e la responsabilizzazione della popolazione rispetto ai problemi della salute e della malattia. La verticalizzazione strutturale di servizi, come quella dei dipartimenti, denunciata ancora dalla stessa OMS, ha impedito un lavoro coordinato con le attività dei Distretti.

## 7. Mutazioni culturali, socio-politiche, antropologiche

Con la fine della cosiddetta Prima Repubblica, alla fine del secolo scorso, si è assistito a considerevoli ed importanti cambiamenti nell’intero Paese, il primo dei quali, la riduzione della funzione e del peso dei corpi intermedi della democrazia, ha modificato i rapporti tra i cittadini e le loro rappresentanze, l’allontanamento dalle istituzioni e la perdita della fiducia nelle stesse. Accompagnata ad

una profonda modificazione delle forme di contatto e comunicazione all'interno della società, del ruolo e dell'uso dei mass media, la progressiva estensione e predominanza dei social media, con conseguente disconnessione dei rapporti della comunità.

Nel contempo ed anche a causa di ciò, la popolazione ha subito profonde modifiche antropologiche. Nel nuovo millennio abbiamo assistito ad una progressiva trasformazione del modo di sentire della gente: i cittadini, da membri solidali di una comunità, hanno subito un'involuzione in senso profondamente individualistico. Arrabbiati ed incattiviti, anche a ragione, sbandati, sembrano aver perduto il sentimento civico e gli orientamenti politici, ignari del minimo senso della storia; una comunità di popolo divisa in soggetti dispersi, isolati, egoisti, arrivisti, narcisisti, edonisti, astensionisti, menefreghisti, revisionisti, negazionisti, molti anche razzisti e xenofobi; non pochi dichiaratamente fascisti. Sempre alla ricerca di un nemico su cui scaricare le proprie responsabilità: un diverso, quale che sia, di colore di pelle, di religione, di regione, di sesso, magari più debole. In contemporanea con la perdita della fiducia nelle istituzioni e del senso di comunità, sulla spinta di un individualismo derivato dalle politiche neoliberiste e la conseguente ricorrenza al "Fai da te". E quindi il populismo e la fiducia nell'uomo della provvidenza.

## 8. Privatizzazione ed uso privato del SSN

L'evoluzione impressa dalla retromarcia, secondo varie osservazioni scientifiche e diverse prese di posizione autorevoli, nell'ultima fase del XXI secolo, ha fatto sì che venisse rilevata una particolare condizione, un ossimoro clamoroso, derivante soprattutto dalla terza riforma: mentre si riaffermavano i valori originali di essa, nel contempo sono stati ulteriormente rafforzati i criteri di mercantizzazione ed aziendalizzazione del servizio sanitario. Un altro elemento negativo si è aggiunto negli ultimi anni, dopo la seconda e terza riforma: l'uso privato delle strutture del SSN da parte di politici, amministratori e dagli stessi tecnici, con la complicità dei sindacati e l'accettazione degli stessi utenti, che scelgono le scorciatoie anziché rivendicare il rispetto dei diritti. Un governo autocratico della sanità, caratterizzato da spartizione delle cariche di D.G. tra i partiti componenti le Giunte regionali, scelta autocratica di dirigenti da parte dei D.G., compresi quelli dei reparti sanitari. Scelte di parte e non di merito.

Per nostra fortuna i lavoratori della sanità, tutti, dai medici agli OSS hanno seguito indefessamente a compiere il loro dovere e anche oltre, mostrandosi all'altezza della grave situazione, anche a sprezzo del pericolo e della loro stessa vita. Nella nostra regione, un'organizzazione sanitaria abbastanza ben fatta ha potuto ridurre i danni rispetto ad altre zone del paese e la popolazione, forse anche cosciente del pericolo e per paura, ha risposto bene alle misure necessarie a difendersi dalla pandemia, ma le carenze restano e si aggravano.

A questo fenomeno è stato associato un sempre crescente tentativo di spostare le prestazioni sanitarie verso il privato, incentivando i cittadini al ricorso verso queste strutture. Alcune regioni, Lazio e Lombardia in particolare, si sono fatte vanto di queste scelte, con i risultati che sono sotto gli occhi di tutti, messi in tragica evidenza durante la pandemia da CoVi.

Gli ultimi atti, sulla strada intrapresa dal Governo attuale, nel rifiuto del MES (da cui potrebbero arrivare molti finanziamenti per la Sanità), le proposte sull'autonomia differenziata delle Regioni, i progetti di Legge per l'apertura del ricorso alle Assicurazioni per l'Assistenza sanitaria sono da considerare con forte preoccupazione. Essi infatti riportano l'intero Paese nelle condizioni del periodo tra gli anni 60 e 70 del 900. Con il completo dissolvimento dei principi basilari della 833:

- rottura dell'unitarietà del servizio tra regioni ricche e regioni povere,
- rottura completa dell'uguaglianza tra cittadini e della sicurezza sociale.

Anche nelle regioni più ricche, con la reintroduzione di un sistema assicurativo, i cittadini riceveranno prestazioni corrispondenti ai premi pagati: e per i meno abbienti, gli incapienti dovremo tornare agli Elenchi dei Poveri= Sono sotto gli occhi di tutti i risultati di una sperimentazione condotta su una

popolazione di 250 milioni di persone; quanti sono gli abitanti degli USA, il 30 % dei quali non ha nessuna forma di assistenza, salvo quella di organizzazioni benefiche. Torna in vigore la “*inverse care law*”, di Tudor Hart, secondo la quale coloro che hanno maggiore bisogno di assistenza sanitaria riceveranno meno cure.

Il ricorso al pagamento di una quota da parte del cittadino alla spesa sanitaria attraverso l’iscrizione ad un fondo assicurativo, già attuata in molte parti d’Italia, ha prodotto anche un forte incremento di prestazioni inappropriate. Questa materia, chiamata “secondo pilastro”, è stata già esaurientemente spiegata in un bel volume di Geddes, citato in bibliografia, nel quale è dimostrata del tutto la sua inutilità, supportata da un’abbondante documentazione italiana e internazionale.

In conclusione

In estrema sintesi possiamo sostenere con poche probabilità di smentita che sul piano istituzionale

- a) le politiche governative centrali, subito dopo la legge di riforma del 1978, pur con alti e bassi, non sono state in grado di realizzare gli obiettivi fondamentali della 833 ma anzi, spesso, hanno cercato di negarli, pur conservandoli per puri fini demagogici, scaricando anche i problemi sulle spalle (e sulle finanze) dei governi regionali
- b) le politiche governative regionali hanno operato in modo dissociato fra le diverse aree del Paese, senza una linea comune, spesso in difformità dalle (poche) linee fissate a livello centrale; l’autonomia ad esse conferita, nel nome del decentramento affermato nella Carta costituzionale e sostenuto dalla spinta esasperata verso forme di devolution secessionistiche, a volte ha prodotto anche minori danni per i cittadini, come nel caso di qualche regione
- c) l’affermazione di una maggiore autonomia regionale, senza un forte coordinamento e disegno unitario sugli obiettivi di fondo, non ha prodotto i risultati sperati anzi, in qualche misura ha esautorato il parlamento e sottratto alle leggi il loro potere effettivo, spostando il potere decisionale in un rapporto di vertice nella Conferenza Stato-Regioni; riducendo i temi del confronto ai soli problemi monetari;

sul piano gestionale ed operativo

- d) la scelta di lavorare sul piano ingegneristico e sulla managerialità (spesso inesistente per le forme clientelari/ partitiche di scelta dei dirigenti) non ha prodotto effetti sulla qualità delle cure e sull’efficienza dei servizi
- e) la scelta della politica di marketing nelle aziende sanitarie, come se si trattasse di imprese produttrici di beni, il dominio delle leggi economiche e di mercato, non solo non hanno migliorato i servizi offerti alla popolazione ma non hanno prodotto effetti positivi sulla dinamica della spesa.

È fallito il sogno generato dalle promesse miracolistiche del neoliberismo individualista e del libero mercato, che ha prodotto drammatici squilibri sociali e nuove povertà, nuovi bisogni.

Lascio a quelli che parleranno nelle diverse sessioni del Congresso la presentazione delle proposte e delle soluzioni per correggere le criticità della triste situazione in cui versiamo, per riportare il servizio sanitario alle funzioni per il quale è stato creato. Voglio solo far rilevare che anzitutto sia necessario ricostruire la fiducia dei cittadini, se vogliamo chiedere loro maggiore responsabilità, nella politica e nelle istituzioni, in un governo della cosa pubblica degno di tal nome.

Bibliografia

Segnaliamo, visto che si parla di storia, una serie di testi nei quali gli interessati potranno trovare gli elementi richiamati nella relazione, in ordine cronologico e nei quali figurano i personaggi, nominati e non nel testo, che hanno contribuito al lungo cammino della riforma della sanità italiana.

Relativamente al punto 3

- Aloisi M., Berlinguer G. et al. (1968) *La medicina e la società contemporanea*, Roma, Ed, Riuniti
- Angeletti R., Barro G., Carnevali O., Delogu S., Mori M. (1968) Piano ospedaliero per la regione umbra. Marsilio ed., Padova, ,pp. 142
- Associazione Italiana per l'Igiene e la sanità pubblica. Sezione umbro.marchigiano abruzzese, Società Italiana di Igiene. (1965) Atti del convegno *USL e programmazione sanitaria*, Perugia 1964, Ed. Tecnica sanitaria,
- Associazione Italiana per l'Igiene e la Sanità pubblica. Atti del Convegno: *L'adeguamento dei quadri operativi della sanità pubblica alle nuove esigenze dell'assistenza sanitaria ed alle riforme sanitarie*, Novara giugno 1968, Tipografia regionale, Roma
- Barro G., Mori M. (1965) *Regioni, Enti locali e riforma sanitaria*. Annali della Sanità Pubblica, ,25,477
- Barro G., Briziarelli L., Mastrandrea V., Mori M.. (1967) *Le strutture sanitarie dei comuni dell'Umbria: distribuzione dei servizi e loro costo*. L'Igiene moderna, 60,750
- Barro G., Briziarelli L., Carnevali O., Mastrandrea V.. *Modello regionale di distribuzione del personale sanitario non medico nei servizi sanitari*. Atti del Convegno "Il personale sanitario non medico nella programmazione sanitaria", Perugia,1967,16-18-giugno
- Barro G., Carnevali O., Menichetti P., Mori M. (1968) *Il piano ospedaliero dell'Umbria. Premesse e scelte*. Il Comune Democratico, ,23,44
- Barro G., Costabile F., Mastrandrea V., Perari D. (1968) *La riforma dell'assistenza sanitaria di base e la funzione degli Ufficiali sanitari*. Relazione introduttiva al Convegno "La riforma dell'assistenza sanitaria di base",Pg. 13-14 gennaio 1968, Rivista Italiana di Sicurezza Sociale,4,1
- Berlinguer G. (1968) *Sicurezza e insicurezza sociale*, Leonardo ed. scientifiche
- Comune di Faenza. Atti della tavola rotonda *Unità Sanitarie Locali*, gennaio 1970, stampato in proprio
- Berlinguer G. (1964) *Presentazione del progetto di legge per l'attuazione dell'art.32 della Costituzione e istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Rivista italiana di sicurezza sociale, 2,613
- Briziarelli L. et Alii. (1974) *L'évaluation des programmes de santé publique*. Doc.Euro 4004 Bureau Reg. de l'Europe, Copenhague
- Briziarelli L., Modolo M.A., Mori M. (1974) *Problemi della riforma sanitaria. Funzioni e formazione del personale sanitario. Rapporto di viaggi di studio in 5 paesi europei*. Argomenti di Medicina Sociale n. 73. Ed. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- Bruni G.C., Cappelli A. et Al. *Per una moderna politica sanitaria.La programmazione sanitaria nello sviluppo economico dei prossimi quindici anni*. CIRRS, 1964, Roma
- Chiappelli U. (1964) *L'assistenza sociale di malattia* Giuffrè. Mi,
- Fanno M., Giovanardi A. et Al. (1945) *Progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano*. Relazione presentata al Comitato di Liberazione nazionale del Veneto, Atti della Consulta Veneta di Sanità, Zanocco editore, Pd, Anno I, fasc.II, 47
- FNOM. (1959) *Schema di progetto di legge per la riforma della previdenza sociale*, Difesa sociale, 1961, 40, 197 CGIL, *Convegno nazionale sulla sicurezza sociale*, Ed. Lavoro, Roma
- Giannelli G., Di Iulio P. (1967) *Mutualità alla svolta*. Notiziario dell'Amministrazione sanitaria Mori M. (1963) *Basi tecniche per una politica sanitaria*. L'educazione sanitaria, 8,227
- Mori M. (1964) *Unità Sanitarie Locali e programmazione sanitaria*. L'educaz.sanit.,9,217
- Mori M., Menichetti P. (1968) *La medicina preventiva in Cecoslovacchia e Jugoslavia: importanza e sviluppo organizzativo*. Atti del XXIV Congresso nazionale di Igiene, Ed. AUIISP,104
- Mori M., Paulin G., Briziarelli L. (1971) *L'inserimento del farmacista nell'Unità Sanitaria Locale*. Il Farmacista, 1,21
- Mori M., Costabile F. (1972), *Verso la riforma sanitaria. Proposta di regolamento per Consorzi sanitari*. Coop. Univ. Firenze, pp.87

Pirastu S., Briziarelli L., Mori M. (1972) *Linee di un piano per la definizione di Unità Sanitarie Locali in Sardegna*. La programmazione in Sardegna, 7,60

Seppilli A., Mori M., Barro G. (1965) *Prospettive per una programmazione sanitaria della Regione Umbra*. Tecnica Sanitaria, 3,301

Seppilli A., Mori M., Barro G. e Briziarelli L., Carnevali O., Mastrandrea V. (1965) *Prospettive per una programmazione sanitaria della Regione Umbra*. Centro Regionale per il Piano di Sviluppo Economico dell'Umbria, Ufficio stampa e Centro di documentazione. maggio, pp.134

Seppilli A. (1967) *Prospettive della programmazione regionale sanitaria in Italia*. Atti del l'Incontro internazionale di studio sul ruolo della Regione nell'organizzazione dei servizi sanitari, Bolzano

Seppilli A. (1969) *Linee generali della riforma dei servizi sanitari*. Notiz.Amm. San.,21,1

Seppilli A., Mori M., Menichetti P. (1971) *Studio e proposte organizzative ed operative per una Unità Sanitaria Locale nel comprensorio della Vallagarina (prov. di Trento)*. Tecnica Sanitaria, 9,613

Seppilli A., Mori M., Modolo M.A. (1972) *Significato di una riforma (Motivazione e finalità del progetto di Riforma sanitaria)*. Il Pensiero Scientifico Ed., Roma,pp.210

Società Italiana di Igiene (1963) *Atti del Convegno Le Basi tecniche dell'organizzazione sanitaria*, San Pellegrino, Rassegna Amministrativa della Sanità, Roma

Seppilli A. (1973) *Presupposti per l'attuazione della riforma sanitaria*. Il polso,15 marzo

Relativamente al punto 4

Barro G., Briziarelli L., Modolo M.A., Mori M. (2006) *Alle radici del servizio sanitario nazionale: la figura ed il ruolo di Alessandro Seppilli*, in Fondazione Angelo Celli Alessandro Seppilli,scienziato, politico,educatore, Convegno nazionale nel decennale della scomparsa, Pg 18- 19 febbraio 2005, pagg.134

Briziarelli L., Menichetti P. *Il contributo della scuola perugina di Igiene alla Riforma Sanitaria*, Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e Promozione della salute, 2018, n.4, 495

Carreri V. *LA GRANDE RIFORMA (1978-2018), vista da un testimone*. Ed. Sometti, 2018, Mantova

Relativamente all'evoluzione del servizio sanitario, come descritta in grandissima sintesi ai punti 5 e 6

Bowling, C. J., and M. R. Ferguson. (2001). *Divided Government, Interest Representation, and Policy Differences: Competing Explanations of Gridlock in the Fifty States*. Journal of Politics 63: 182–206

Camera dei Deputati. 1988. XII Commissione Permanente (Affari Sociali) Bollettino Commissioni, Luglio,140.

Briziarelli L. *L'evoluzione del sistema sanitario italiano, Educazione Sanitaria e promozione della salute*, 2012, 56, 48

De Blasio, G and G. Nuzzo (2006), *The Legacy of History for Economic Development: the Case of Putnam's Social Capital*, Temi di Discussione del Servizio Studi no. 591, Banca d'Italia, Roma

Dirindin N., Caruso E. (2019) *Salute ed economia. Questioni di economica e politica sanitaria*. Il Mulino, ,

Ferrera, M. (1989). *The Politics of Health Reform: Origins and Performance of the Italian Health Service in Comparative Perspective*. In Controlling Medical Professionals: The Comparative Performance of Health Governance, ed. G. Freddi and J. W. Björkman, 116–129. London: Sage.

Ferrera M. (1995) *La Partitocrazia della Salute*. Il Mulino 361: 855–868.

Ferrera M. (1995) *The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy, 1978–1994*. Journal of Health Policy, Politics and Law 20: 275–302.

France G. (1999). *Concorrenza in Sanità: L'Opinione dei Direttori Generali*. In Politiche Sanitarie in un Sistema di Governo Decentrato: Il Caso della Concorrenza nel SSN, ed. G. France, 213–244. Milan: Giuffrè.

France G, Taroni F. (2005) *The Evolution of Health-Policy Making in Italy* Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos. 1–2, February–April..

Francesco M, Romanelli M. (2008) *Health Care in Italy. The National Health System, Expenditure Determinants and Regional Differentials* Banca d'Italia, Roma, rapporto preliminare

Franco, D. (1993), *L'espansione della Spesa Pubblica in Italia*, Il Mulino, Bologna

Gerdtham, U.G., B. Jonsson, M. MacFarlan and H. Oxley (1998), *The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis*, in Zweifel, P., *Developments in Health Economics and Public Policy*, vol. 6, 113-34, Kluwer Academic, Dordrecht and London

Gerdtham, U.G., and Jönsson B. (2000), *International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis*, in Handbook of Health Economics, Elsevier

Istituto di Studi sulle Regioni (1990). "Al Servizio dei Pazienti." *Il Libro Bianco sulla Riforma del Servizio Sanitario Britannico* Quaderni per la Ricerca—Serie Documentazione 8. Roma Istituto di Studi sulle Regioni.

Mapelli, V. (2000), *Tre Riforme Sanitarie e Ventuno Modelli Regionali*, in L. Bernardi (eds.) "La finanza pubblica italiana. Rapporto 2000", Il Mulino, Bologna, pp. 299-

Ministero del Tesoro e Ministero della Sanità (1994). *Relazione sulla Spesa Sanitaria negli Anni 1989–1992* Roma: Centro Stampa—Sistema Informativo Sanitario.

Nuzzo, G. (2006), *Un Secolo di Statistiche Sociali: Persistenza o Convergenza tra le Regioni Italiane*, Quaderni dell'Ufficio Ricerche Storiche, Banca d'Italia, Roma

Poli P. (2009) *Come si è giunti alla terza riforma (Riforma Bindi)*, in normativa OSS, [www.Pianeta OSS](http://www.Pianeta OSS)

Relativamente al punto 6

Briziarelli L. (2001) *Basing the National Health Report on the evaluation of the "Health for All 2000"* (in coll. Masanotti G., Pocetta G., et Al.) in *Health: an investment for a just Society*, Book of abstract, IUHPE, Paris, , 104

.France, G.(1990.) *Il Libro Bianco "Al Servizio dei Pazienti": La Riforma del Servizio Sanitario Britannico. Una Valutazione Italiana* Quaderni per la Ricerca—Serie Studi No. 20. Roma Istituto di Studi sulle Regioni.

Fondazione A.Celli, Regione dell'Umbria (1990) "Quale Servizio Sanitario stiamo preparando? Atti dell'incontro di Todi, 13-14 gennaio Perugia 1990

Relativamente al punto 7

Briziarelli L. (2001) Documentation without information (in coll.G.Masanotti). in *Developing and supporting public health care in A neo liberal environment*. Book of 12th European Conference of IAHP, Londra , University College, , pag 30-35

Briziarelli L. (2002) *Public health in a neo-liberal environment*. In: Proceedings of International CIANS Conference "Neuropsychophysiology and Behavioural Intervention in Psychosomatics, Stress Disorders and Health Promotion". Palermo 3-6 October, 2001, Ed. CIANS, Milano, pag. 88-92

Briziarelli L. *Promozione ed educazione alla salute oggi, fra individualismo e globalizzazione*. Ed. San. e Promoz. della Salute, 2006,29,336-348

Hal I, P. (1993) *Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain*. Comparative Politics 25: 275–296.

Putnam, R. (1993), *Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton

Sulle soluzioni ed i cambiamenti

Bonaldi A., Celotto S., Lauriola P., Mereu A. (a cura di). *Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care*, Cultura e salute ed. Perugia, 2021, pag. 160, €15.

Briziarelli L. (2009) *Dai profili di salute ai Patti per la salute* (in coll. A.Coletti,M.Marcarelli). Educazione San. e Prom. della Salute, 32,110-122

Briziarelli L. (2015) *Promozione e prevenzione. Ripensare la sanità pubblica, nuovi paradigmi e modelli*. Sistema salute, n.4, 470

Briziarelli L. (2021) *La sanità e le sue mancanze, come combattere un'anemia perniciosa* Editoriale Sistema Salute, 65, 3, 279

Briziarelli L. *Intervenire subito: Assistenza sanitaria di base e Case della salute*, Editoriale Sistema salute

Geddes da Filicaia M. (2018) *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un servizio sanitario equo ed efficiente*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Giontella C., *La Sanità in Umbria: analisi della governance e valutazione della performance in prospettiva comparata*. [https://www.tesiluisss.it/17981/1/6255872\\_GIONTELLA\\_CARLO.pdf](https://www.tesiluisss.it/17981/1/6255872_GIONTELLA_CARLO.pdf) (ultima consultazione 15.8.2021),