

# I primi 40 anni del Sistema Sanitario Nazionale

**Chiara Finotti**

Il 23 dicembre si è celebrato un compleanno importante: la legge 833 che, nel 1978 ha rivoluzionato la sanità italiana istituendo il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), compie 40 anni. Si tratta di quella che viene definita la più grande conquista sociale dei cittadini italiani nel Secondo dopoguerra.

La legge trae il suo fondamento dall'articolo 32 della Costituzione che parla di salute come fondamentale diritto dell'individuo e di cure gratuite.

Sono infatti universalità, uguaglianza ed equità i principi ispiratori del nuovo SSN. Universalità: la salute non è soltanto un bene individuale ma soprattutto una risorsa della comunità. Uguaglianza: i cittadini devono accedere alle prestazioni senza nessuna distinzione di tipo sociale ed economico. Equità: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto ai reali bisogni di salute.

Prima di questa data la sanità italiana era un universo costituito da singole entità lontane le une dalle altre. Con la legge 833 viene soppresso il sistema mutualistico e istituito il "Servizio Sanitario Nazionale" con decorrenza dal 1 luglio 1980. Prima, infatti, esistevano tante mutue alimentate e tenute in piedi dai contributi versati da la-

voratori, aziende e medici condotti dipendenti dai comuni. Vi erano poi enti autonomi dedicati alla cura di specifiche malattie. Un esempio su tutti i dispensari dedicati alla cura della tubercolosi, una malattia che prima della riforma del '78 costituiva una vera e propria piaga sociale. Si può quindi affermare che la riforma è arrivata a mettere ordine, rigore, al fine di garantire a tutti i cittadini italiani una sanità globalizzata gestita in maniera uniforme.

Uno dei più importanti promotori della legge 833 è stato l'igienista Augusto Giannardi che a partire dal 1945 aveva proposto un progetto di riforma del sistema sanitario italiano. La legge è stata promulgata il 23 dicembre del 1978 frutto di un'intesa fra due forze politiche: la Democrazia Cristiana, nella persona dell'allora ministra della Sanità Tina Anselmi e il Partito Comunista.

La legge 833 ha dato vita alle Unità Sanitarie Locali (USL) fatta eccezione per la Lombardia dove esistono le Unità Socio Sanitarie Assistenziali (USSL) che nel 2016 sono state trasformate nelle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). L'idea alla base di queste strutture era quella di farle confluire in un unico ente competenze che inglobasse assistenza ambulatoriale e specialistica a quella ospedaliera. Il tutto in un'ottica di salute globale.

La legge 833 ha subito nel tempo varie revisioni e modifiche. Con la legge De Lorenzo numero 502 del 1992 poi completata dal decreto Garavaglia del 1993 si parla di Seconda Riforma e poi di Terza Riforma con la legge Bindi del 1999 numero 229.

La Riforma Bis del 1992 arriva nel tentativo di sanare i costi di una sanità, quella italiana, ai massimi livelli qualitativi ma troppo costosa. Costi legati soprattutto al crescente invecchiamento della popolazione e all'avvento di nuove tecnologie. La Riforma Bis introduce, in altre parole, una gestione manageriale della sanità al fine di arginare i costi.

A metà degli anni Novanta, vengono poi introdotti degli strumenti per contenere la spesa sanitaria: i *diagnosis related group*, raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) per le prestazioni ospedaliere e il nomenclatore tariffario per quelle ambulatoriali. Come funzionano? Il sistema dei DRG prevede che per ogni ricovero dovuto a una certa patologia ci sia una tariffa precisa che poi viene rimborsata dal sistema sanitario all'ospedale. Il nomenclatore tariffario stabilisce dei rimborsi per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Nell'ottica di garantire un'omogenea opportunità di accesso ai servizi di assistenza sanitaria, nel 2001 sono stati introdotti i LEA, i livelli essenziali di assistenza. Secondo quanto riportato dal sito del Ministero della Salute: "I LEA sono prestazioni e servizi che il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di un *ticket*". Le Regioni sono chiamate a recepire i LEA nazionali e possono proporre dei LEA locali che saranno però a carico della Regione stessa. I LEA vengono sottoposti a revisione periodica. L'ultimo aggiornamento è stato fatto nel 2017.

I LEA possono quindi essere ritenuti gli strumenti attraverso i quali lo Stato, sulla base di parametri quali l'efficacia, l'appropriatezza e, soprattutto, la necessità, chiede alla Regioni di garantire alcuni servizi sanitari ritenuti essenziali per il cittadino. Ma è davvero così? Pare di no, in Italia.

E poi ancora: i valori ispiratori della legge 833 sono ancora economicamente sostenibili? È ancora possibile garantire a tutti i cittadini, indipendentemente dal lavoro svolto e senza distinzione di censo e di reddito, le cure adeguate rispetto al loro bisogno di salute? La risposta è inequivocabilmente no, a meno che non si cambino le carte in gioco. Gli scenari sono mutati e ora il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di un modello economico sostenibile e di scelte organizzative che portino qualità ed efficienza. Per farlo è necessario che gli investimenti in sanità siano in linea con quelli dei Paesi dell'area Ocse dove le risorse investite nell'ambito sanitario sono oggettivamente maggiori.

Per comprendere quanto uno stato investe in sanità basta considerare il rapporto fra il Fondo sanitario nazionale (Fsn) e il Prodotto interno lordo (Pil) di quel Paese. Da una media del 6,7% del Pil, tra il 2014 e il 2017, si scende al 6,5% nel 2017, al 6,4% del 2018, al 6,3% del 2019 fino ad arrivare al 6% nel 2021.

Sono numeri che fanno riflettere se si pensa che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quando un Paese investe meno del 6,5% del suo prodotto interno in salute rischia una riduzione dell'aspettativa di vita. Secondo il rapporto redatto dalla Fondazione Gimbe negli ultimi 5 anni le manovre per il contenimento della spesa sanitaria hanno determinato un taglio degli investimenti destinati alla sanità pari a 12 miliardi rispetto ai livelli programmati.

Basti pensare che, secondo quanto rilevato dall'Istat, sebbene i tassi di mortalità siano in declino e il nostro Paese sia in vetta alle classifiche per quanto riguarda l'aspettativa di vita con una media di 82,8 anni, questa varia notevolmente a seconda dell'area di residenza.

Si registra infatti un'aspettativa di vita pari a 56,6 anni al Sud e di 60,5 anni al Nord, con un minimo negativo in Calabria pari a 52 anni e un massimo nella provincia autonoma di Bolzano pari a 69 anni.

Stando alla situazione nel nostro Paese è abbastanza evidente che il sistema pubblico non riesce a rispondere al bisogno di salute dei suoi cittadini e in alcune Regioni dove i conti sanitari sono in disordine il livello dei servizi erogati è già stato fortemente ridotto.

Questa disomogeneità ha dato vita, negli anni, al fenomeno della migrazione sanitaria: il cittadino è costretto a spostarsi in luoghi anche molto lontani dalla propria residenza per trovare servizi adeguati al proprio bisogno di salute. Fra le tante sfide del prossimo futuro c'è sicuramente anche questa: migliorare l'uniformità del SSN su tutto il territorio nazionale.

Ma come viene visto il sistema salute dal cittadino? Secondo il recente 52° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese nel 2018 vi sono una serie di variabili che vanno a influenzare il rapporto del cittadino con il sistema sanitario: dalla territorialità dell'offerta alla condizione socio-economica, all'età delle persone.

La percezione di una forte disuguaglianza è evidente: più della metà degli italiani (54,7%) pensa che in Italia le persone non abbiano le stesse opportunità di diagnosi e cure. Lo pensa il 58,3% dei residenti al Nord-Est, il 53,9% al Sud, il 54,1% al Centro e il 53,3% al Nord-Ovest. Addi-

rittura ci sono oltre 39 punti percentuali di differenza nelle quote di soddisfatti tra il Sud e le isole e il Nord-Est, che registra il più alto livello di soddisfazione tra le macro aree territoriali.

La situazione di sofferenza è destinata a peggiorare. Fra dieci anni, secondo i dati della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) dovremo fronteggiare il problema della carenza di medici: mancheranno infatti all'appello circa 47.300 specialisti. La forbice fra domanda e offerta si sta allargando sempre di più. Tra le cause vi è certamente quello che viene definito l'imbuto formativo. Da un lato vi sono le facoltà che sfornano laureati e dall'altro le Scuole di Specializzazione che hanno a disposizione un numero limitato di borse di studio. Numero che, in una fase di contenimento della spesa sanitaria, è destinato a diminuire. Per far fronte al problema della carenza di medici è stato ipotizzato di eliminare il test di ingresso alla facoltà. Così facendo però si dovrebbero anche garantire le condizioni atte a fornire una formazione di qualità ovvero spazi, strumenti e docenti in numero tale da poter soddisfare i bisogni formativi di circa 70 mila studenti stando alle numeriche di chi ha affrontato il test di ingresso in facoltà nel 2018.

Non ci sono dubbi: la professione medica non sta attraversando un periodo roseo. Per attraversarlo a testa alta occorre che le Istituzioni pensino a un disegno strategico organico che tenga conto dei molteplici e reali bisogni della classe medica e soprattutto dei cittadini.

Il rischio è che dopo 40 anni gli italiani possano perdere quelle condizioni di eguaglianza garantite da un modello di servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

## Il commento di Carlo Grassi

**Professore Emerito Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università di Pavia**

I sostanziali progressi della medicina nella seconda metà del secolo scorso hanno portato a un netto miglioramento delle possibilità diagnostiche e terapeutiche a disposizione del clinico, in senso lato.

Parallelamente, nei paesi industrializzati, sono nati o migliorati gli interventi di sanità pubblica, ai vari livelli e con sostanziali differenze fra i diversi stati che hanno adottato misure differenziate a seconda delle varie normative locali. Il tutto indipendentemente

dalle risorse dei Paesi stessi: l'Italia, pur appartenendo al gruppo dei *preminent* e pur uscendo sconfitta da una guerra che aveva dovunque provocato danni sensibili e una situazione economica molto compromessa, è arrivata, grazie a quanto era già stato fatto in precedenza e grazie a scelte politiche oculate, a occupare una posizione di rilievo in merito all'assistenza pubblica, sul territorio e negli ambienti di ricovero. Pur essendo tra le primissime nel mondo, la situazione italiana non è ancora perfetta e dovrà essere rivalutata nei decenni a venire.

Su quali obiettivi deve mirare l'Italia?

Lo Stato, con l'istituzione del Ministero della Salute (sino al 1958 semplice Direzione Generale degli Interni, denominata ACIS - Alto Commissariato Igiene e Sanità) e delle Regioni, ha portato al decentramento di strutture un tempo centralizzate o a livello provinciale, con teorici vantaggi pratici ovunque, ma con altrettante disparità. Dico di solito che oggi esistono una ventina di Italie molto diverse fra loro, per quanto riguarda la valutazione generale dell'assistenza pubblica: diversità di gestione del malato e, soprattutto, differenze di bilanci impensabili, soprattutto, in considerazione del fatto che, laddove figurano spese eccessive più o meno reali, non corrisponde un trattamento adeguato del paziente.

In secondo luogo va considerato, accanto al notevole progresso tecnologico, un aumento dell'aspettativa di vita, raddoppiata in un secolo, che ha prodotto una popolazione con molti anziani, spesso affetti da più malattie, con difficile gestione di politerapie e interventi strumentali.

Infine, *last but not least*, il censimento dei medici, a livello generale o specialistico, in continua carenza sia sul territorio sia a livello di ricovero. Le limitazioni alle iscrizioni a Medicina, per la laurea e, successivamente per le specialità, porteranno certamente a un ulteriore peggioramento della situazione, con la probabile immigrazione di medici stranieri comunitari.



Alla luce di questa valutazione incompleta di ciò che manca alla situazione italiana, dovrebbero essere prese in considerazione importanti modifiche legislative, da attuare obbligatoriamente con i politici, ma preferibilmente con l'intervento di tecnici competenti.

Per quanto riguarda le diversità regionali, lo Stato deve riprendere la sua posizione decisionale centrale, per misure di interesse comune, dalla fornitura di qualsiasi medicinale, alla gestione dei medici di famiglia e degli ospedali: questo può essere fatto con il pieno rispetto di esigenze locali, ma non in uno spirito di anarchia che vuole impropriamente richiamarsi alla democrazia. Chi merita o realizza una migliore funzionalità del sistema può essere premiato, anche con vantaggi economici non per il singolo ma per la comunità.

Per ciò che concerne invecchiamento della popolazione e progresso tecnologico diagnostico-terapeutico è opportuno potenziare i centri specialistici già esistenti o crearne di nuovi, in modo da realizzare una gestione razionale, per malattie rare e farmaci orfani, così come per interventi sostitutivi o terapie strumentali *quo ad vitam*, o ancora per misure riabilitative, in modo da ottenere migliori risultati "costo-beneficio". Per l'ultimo aspetto della regolamentazione degli studi e della soluzione dei candidati alle Scuole di Medicina, personalmente mi sono già espresso più volte nel sottolineare, innanzitutto, l'importanza degli aspiranti alla laurea.

È inutile programmare test di ammissione, con domande cervellotiche di interesse enigmatico. Gli aspiranti al corso dovrebbero essere preparati, in un biennio propedeutico, anche con lezioni telematiche, alle classiche materie di base della Laurea in Medicina, valutati con test appropriati su tali materie ed essere ammessi alla fine a Medicina o a Corsi di Laurea analoghi (Farmacia, Veterinaria, Biologia, etc) in base a una graduatoria. Sempre in conformità con disposizioni legislative comunitarie, il numero degli specializzandi dovrebbe far parte di una serie di programmazioni locali o regionali. Queste sono banali considerazioni per tentare di migliorare la nostra situazione nazionale o, quantomeno, di contenere i limiti del peggioramento. Il progresso ha costi precisi: sino a oggi il nostro Paese, pur non essendo fra i più ricchi e pur avendo grosse disparità settoriali, ha raggiunto una buona posizione. Cerchiamo di non lasciarcela sfuggire...

## Il commento di Franco Falcone

**Past President dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)**

Il Sistema Sanitario Italiano è attualmente in uno stato di sofferenza. Una situazione in cui a dominare sono lo squilibrio fra le Regioni e un'inequità diffusa. Il diritto di accesso alle cure e alla salute non è equamente distribuito sul territorio italiano. Esistono zone di eccellenza, non tutte per fortuna concentrate al nord, e zone dove mancano alcuni servizi essenziali di assistenza.

La Riforma Bis del 1992 fu un tentativo di controllare i costi di una sanità organizzata con l'obiettivo di elevati livelli qualitativi, peraltro non equamente distribuiti, e di costi elevati. Il progressivo aumento della sopravvivenza legato al progresso scientifico e sociale acquisito nel nostro paese aveva infatti generato un verosimilmente inatteso prolungamento della vita media delle persone con evidenti costi sociali e sanitari crescenti legati all'invecchiamento della popolazione, alla sua sopravvivenza in condizioni di cronicità con l'avvento di nuove tecnologie che consentivano il prolungamento della vita e la cronicizzazione di malattie prima mortali. La Riforma Bis cercò di risolvere il problema economico introducendo criteri di gestione manageriale nella sanità come in una qualunque azienda produttiva.

Il sistema dei DRG, pensato e nato negli USA tra gli anni '60 e '70 come una vera e propria notola di spese, peraltro non comprensiva dei costi medici, classifica ogni episodio di ricovero, ordinario o *day hospital*, in base ai codici del sistema internazionale di codifica delle malattie, come relazione tra clinica e costi, che vengono collegati all'evento prevedendone un costo medio, una durata media e associando le prestazioni, in particolare quelle chirurgiche. Ne nasce così una tariffa prevedibile in base alle statistiche e *budgettable* in base alle attese epidemiologiche. La tariffa può essere utilizzata come rimborso o previsione di costo per singolo evento di ricovero clinicamente classificato. A questo si associa un nomenclatore tariffario che stabilisce i costi-rimborsi per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La possibilità di prevedere i costi con l'analisi epidemiologica del passato registrato nei dati di statistica sanitaria ovviamente non ne previene l'aumento ma ne può analizzare le motivazioni condivisibili o meno. Definiti e previsti i costi di intervento divenne necessario



anche, attraverso i LEA (livelli essenziali di assistenza), definire cosa il SSN si impegna a garantire ai cittadini in cambio del prelievo fiscale in un sistema che sia socialmente equo.

Malgrado questi tentativi di misura e previsione attualmente il Sistema Sanitario Nazionale non è più in grado di garantire i principi di equità e universalità ai quali era ispirato. Questo per molti motivi che non è semplice

elenicare ma in primo luogo per l'enorme supposta evasione fiscale che consente a molti cittadini di evadere il contributo personale al sistema in base al reddito, in secondo luogo per la capacità di spendere male o sprecare il denaro a disposizione in risultati non corretti o in percorsi di attribuzione di reddito non meritato, e in terzo luogo per la variabilità del contesto sociale nel quale opera la variabilità dei comportamenti assistenziali.

Tra gli effetti degli altri maldestri tentativi di risparmio oggi vediamo anche quelli del blocco del *turnover* del personale medico per risolvere il quale è stato ipotizzato di eliminare il test di ingresso alla Facoltà di Medicina. Premesso che qualunque test di accesso ad attività nell'assistenza sanitaria dovrebbe esplorare inclinazioni comportamentali come l'empatia più che il possesso di conoscenze successivamente acquisibili, la carenza di personale medico e non medico è fondamentale se si vuole sviluppare l'ultimo tentativo di rianimare il sistema sanitario, ovvero il trasferimento al territorio del sistema di protezione dal cronicismo. Questa nuova modalità di intervento, ben descritta nel piano della cronicità dovrebbe deviare nel territorio gran parte dell'assistenza e potrà generare una nuova programmazione e un nuovo aziendalismo che siano più vicini. Malgrado queste grandi difficoltà di percorso il SSN ha garantito finora, unitamente ad altre componenti dello sviluppo sociale, un costante aumento della sopravvivenza che è il vero e non disconoscibile risultato del sistema sanitario pubblico. Il bisogno di snellire funzionalmente il SSN non può farci dimenticare questo risultato che magari è diventato "uno dei problemi della spesa" ma che è benvenuto e segno di una civiltà sociale e sanitaria da non disperdere.