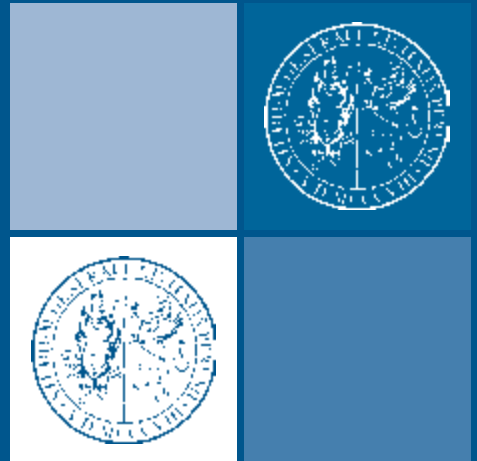


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2019

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia

<http://cespes.unipg.it>

rivistecespes@gmail.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

Estero

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 62, n.4, ottobre-dicembre 2018

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNED), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giavelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edivige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcohol, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

	447	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	449	Che fare? <i>What to do?</i> Lamberto Briziarelli
<i>Monografia</i>		Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni <i>The National Health Service after 40 years</i>
	452	Il Servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità <i>The National Health Service after 40 years, between regionalism and sustainability</i> Marco Geddes da Filicaia
	468	SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà <i>NHS. Only a paradigm change will save him</i> Gavino Maciocco
	476	La Sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN <i>The so-called integrative health care: a threat to the NHS</i> Alberto Donzelli
	495	Il contributo della Scuola perugina di Igiene per la Riforma Sanitaria <i>The University of Perugia Hygiene Institute contribution to the Health Reform</i> Lamberto Briziarelli, Paolo Menichetti
	510	40 anni della Legge 180 <i>40 years of Law 180</i> Francesco Scotti

<i>Altri contributi</i>	523	Europe of Regions, Frame of European Development <i>Europa delle Regioni, Quadro dello sviluppo europeo</i> Arnd Hofmeister
<i>Documenti</i>	532	Organizzazione Mondiale della Sanità: Dichiarazione di Astana, ottobre 2018 / Regione Emilia Romagna - Legge Regionale 5 dicembre 2018, n. 19 “Promozione della Salute, del Benessere della Persona e della Comunità e Prevenzione Primaria”

In questo numero

L'articolo 32 della Costituzione italiana afferma nel 1948 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Questo principio trovò attuazione 30 anni dopo quando, la legge 833 del 23 dicembre 1978, istituì il Servizio sanitario nazionale.

La sanità italiana cambiò radicalmente e la legge rese l'Italia un modello di civiltà e di avanguardia nelle politiche sanitarie e sociali in Europa.

Con questa grande riforma sociale la Repubblica diede dunque corpo e spirito all'articolo 32. Una vera rivoluzione che ha dato un contributo decisivo per far aumentare l'aspettativa di vita degli italiani, fino a raggiungere livelli tra i più alti del mondo.

Principi, diritti, valori da ribadire e riaffermare non esclusivamente come semplice ricorrenza celebrativa e commemorativa di vicende e personaggi della storia ma importante occasione per riflettere sul contesto politico culturale e sociale di quel momento e sui problemi che investono il nostro presente e, soprattutto, il nostro futuro.

Nel corso di quest'anno numerosissimi e importanti gli incontri e i documenti dedicati.

In questo numero anche Sistema Salute propone una serie di articoli riferiti ai 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale.

Marco Geddes da Filicaia, Gavino Maciocco, Alberto Donzelli, Lamberto Briziarelli e Paolo Menichetti, attraverso i loro articoli offrono un quadro articolato del Servizio sanitario nazionale, ripercorrendone genesi, cambiamenti, problematiche attuali e ipotesi per uno sviluppo sostenibile e coerente con i principi fondatori.

Sempre nel 1978, a maggio, è varata la legge 180 meglio nota come legge Basaglia, esito del medesimo clima culturale, politico scientifico: *Francesco Scotti* ricorda l'evento dalla sua prospettiva “perugina” e analizza l'attuale stato dei servizi di tutela della salute mentale.

Un contributo internazionale di *Arnd Hofmeister* propone una riflessione sul quadro delle politiche europee evidenziando l'esigenza di una sanità pubblica di tutti gli Stati per contrastare le disuguaglianze.

Chiudono il numero due documenti assai significativi per la promozione della salute. Il primo, internazionale, la Dichiarazione di Astana dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla *Primary Health Care* riprende a 40 anni la dichiarazione di Alma Ata, ne ribadisce la centralità e chiama all'impegno i governi di tutti i Paesi; il secondo, italiano, la legge della Regione Emilia Romagna "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria", percorso ideale dall'art 32 alla Legge 883, al quadro di riferimento più recente e integrato della promozione della salute. Lo riportiamo per intero e invitiamo al confronto i nostri lettori.

Editoriale

Che fare?

Whath to do?

Lamberto Briziarelli

Il quarantennale della legge di riforma sanitaria si colloca in un momento di vita difficile dell'intero Paese e ci obbliga non ad una celebrazione, quanto ad una profonda riflessione su dove stiamo andando, e non solo nel campo della sanità. Come il 1978 fu un anno particolarmente felice il 2018 sembra piuttosto foriero di ripercussioni negative e di un forte arretramento.

Nei dodici mesi di quaranta anni or sono vennero a soluzione diversi nodi irrisolti per i quali un movimento della popolazione, le lotte operaie e studentesche tra gli anni '60 e '70 per la scuola, la casa, la salute, avevano determinato un momento politico particolare, frutto dell'intesa fra i cattolici progressisti e la sinistra riformatrice. E così alla fine del decennio si giunse alla promulgazione di importanti leggi, specie nel campo della tutela della salute, 833, 180 e 194, che segnarono un punto di svolta e di progresso incredibile, tra i più significativi in tutto il mondo avanzato.

Nell'anno corrente, al termine di un decennio di profonda recessione economica che ha creato ripercussioni negative in molti settori della società, registriamo in particolare la perdita di potere dei corpi intermedi della democrazia e delle forme di rappresentanza della popolazione. Assistiamo ad un progressivo, quasi totale, distacco dei cittadini dalle istituzioni, il disconoscimento di partiti e sindacati, la sfiducia e la messa in discussione dei servizi pubblici, un individualismo esasperato che annulla quasi del tutto il concetto di comunità. L'affermarsi di nuovi movimenti ed una nuova espressione elettorale della popolazione hanno portato a momenti assai difficili in cui rischiano di andare in crisi gli elementi su cui si basa l'assetto democratico dell'intero Paese, con il verificarsi di una situazione inversa a quella che portò alle leggi di riforma di quegli anni.

I tanto esaltati attori del cambiamento, nuovi rivoluzionari, non si occupano minimamente di ciò, promuovono una sorta di controrivoluzione che mette in crisi la democra-

zia, con il rischio di sostituirla con forme oligarchiche se non dittatoriali, senza risolvere nessuno dei problemi più importanti del Paese, limitandosi a seguire le chimere con le quali hanno avuto il successo elettorale.

Siamo in presenza di un paradosso insolubile.

Si approfondano le disuguaglianze nella popolazione e tra le varie aree geografiche del Paese, la distanza tra Sud e Nord non è stata mai tanto forte.

Le protezioni sulla salute, come già scritto, ricordato e reclamato più volte (già molti anni or sono da Tudor Hart con la *Inverse care law*) diminuiscono per i singoli e le loro famiglie quando sono senza lavoro, il lavoro è messo in discussione, le stesse pensioni sono minacciate, specie per le future generazioni.

E così, all'interno della sanità, vengono sminuiti, se non cancellati, gli stessi principi fondamentali su cui si fonda il Servizio sanitario nazionale: uguaglianza, unitarietà, solidarietà.

Prosegue e si approfonda la deriva del SSN determinata dalla II e III riforma della sanità (richiamate nell'articolo di Briziarelli e Menichetti) con l'aziendalizzazione dei servizi (sull'onda della filosofia delle Gran Bretagna del provider e purchaser e l'introduzione della concorrenza all'interno del SSN) e successivamente con le troppo ampie deleghe alle Regioni e Province autonome, senza elementi effettivi di controllo, favorendo la creazione di altrettanti piccoli servizi sanitari autonomi. Con conseguenze gravissime anche nel governo delle strutture sanitarie.

L'articolo di Geddes richiama puntualmente invece le ragioni dell'assoluta sostenibilità del sistema sanitario come delineato nella 833, richiamando partiti e sindacati, forze politiche ed intellettuali ad un nuovo impegno in questa direzione.

Debbono essere chiamati in causa i governi regionali e il governo tecnico (la tanto menzionata *governance*) delle Agenzie e delle Aziende sanitarie; nelle quali a mio parere, si è introdotto un virus (come ancora si usa dire oggi) che ha provocato un grave morbo, una vera e propria sindrome, che in un libro di qualche anno fa Mattozzi e Antonio Merlo hanno chiamato mediocrazia, governo delle mediocrità; nel quale la meritocrazia (peraltro discussa e spesso indegna del nome) basata sulla competenza è stata sostituita dall'appartenenza (stessa desinenza ma quanta differenza!), familistica, di partito o magari di corrente, di fazione, di interessi, di corporazione, se non di cosca. E così, dal combinato disposto della seconda e terza riforma nella gestione del Servizio sanitario ai Comitati di gestione delle USL (macchiati dall'accusa infamante di lottizzazione) è stata sostituita una trimurti di nominati (nobilitati, con l'inglesismo di turno, manager) scelti dalle sole maggioranze dei governi regionali. Un triumvirato che a sua volta ha il potere di nominare i responsabili di servizi (non delle pulizie o di manutenzione, o della lavanderia) ma i primari delle strutture sanitarie, ospedaliere o territoriali che siano. E così dirigenti di Centri di salute sono specialisti in ostetricia; Oculisti dirigono Distretti sanitari, Veteri-

nari dirigono Dipartimenti di Prevenzione, Cardiologi e Ostetrici diventano Direttori sanitari (cito tutti casi realmente avvenuti).

In tempi più recenti, all'interno della sindrome sono comparsi due nuovi e gravi sintomi, il presentismo (ben definito circa un anno fa in un interessante libro di De Rita e Galdo, "Prigionieri del presente" e su cui quindi non mi dilungo) e il rifiuto della scienza.

E così, tanto per citare casi veri, senza far torto a nessuno, una Ministra della pubblica istruzione di un precedente governo (che nel suo curriculum vantava il solo lavoro di sindacalista e titoli di studio discussi) poteva sostenere che le vaccinazioni (cioè il diritto alla salute dei bambini, degli uni verso tutti gli altri) avrebbero minacciato il diritto allo studio; per tutta risposta, la vincente Ministra della sanità per converso (invece di fermarsi alle poche vaccinazioni obbligatorie di cui un improvvido altro ministro aveva sospeso l'obbligatorietà) ne imponeva dodici, sotto la spinta di qualche igienista provvido o magari di qualche altra lobby. E nel governo attuale un Sottosegretario può porre la domanda "ma chi ha detto che la scienza deve prevalere sulla politica?", come se si trattasse di una partita di calcio, di una scommessa da bar, mettendo a confronto la verità dei dati e della storia del progresso con le opinioni, magari espresse in 140 caratteri; o la Ministra della sanità che propone un'obbligatorietà discrezionale, mostrando una scarsa conoscenza anche del vocabolario, rispetto al significato delle parole.

Siamo di fronte ad una pagina bianca con un grosso punto interrogativo di colore rosso, scottante. Come fare ad arginare quella specie di deriva dei continenti intrapresa dalle nostre Regioni? Come ridurre ad unum ventuno piccoli e distinti servizi sanitari, di modo che i cittadini ricevano le stesse prestazioni dalle Alpi al Lilibeo (come si diceva una volta) o fare sì che i servizi siano tutti uguali, da Norcia a Perugia, dal Mugello a Firenze, o che il patto sociale della solidarietà torni a regnare dovunque? Questa è la domanda sulla quale possiamo interrogarci, qui o convocare un'altra sessione, senza entrare nella logica ingegneristico-istituzionale - che ha lasciato sulla strada diversi cadaveri eccellenti - ma trovare il modo, perché è qui che si salvano i principi fondamentali dell'equità, unitarietà e solidarietà su cui poggia l'intera 833 ed il vero SSN pubblico.

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 populisti. 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 inventato 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 cirioscrive - 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

presidi, 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: sopportabile, 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. Rinviando 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)

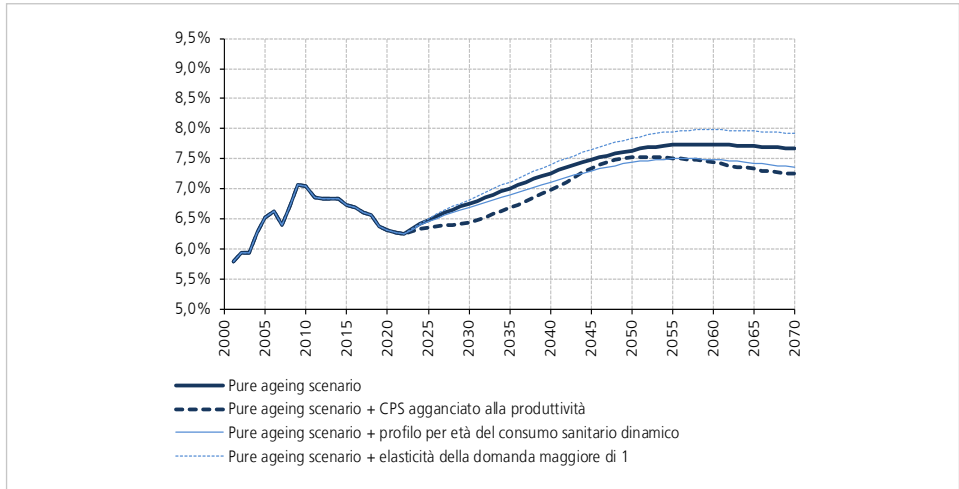
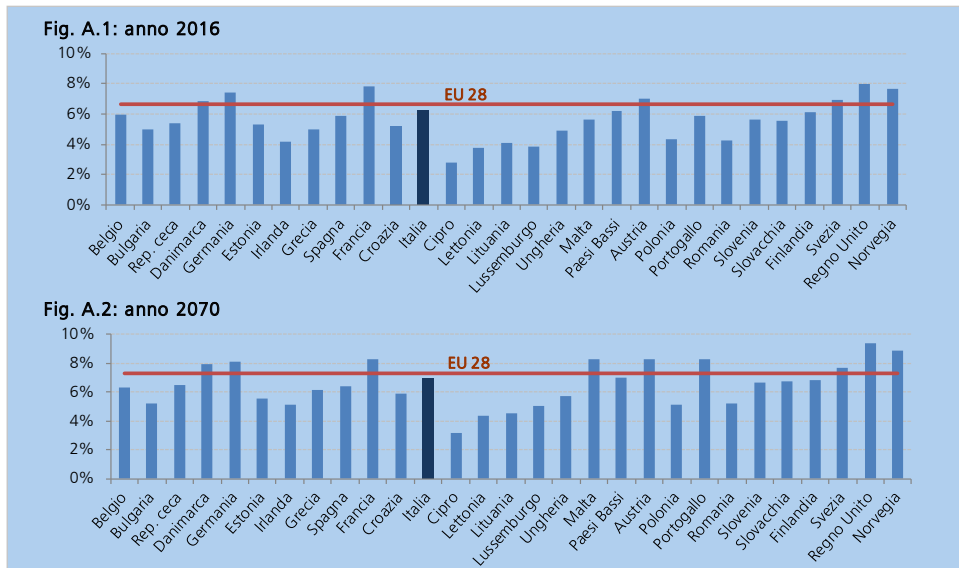


Figura 2 - Spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil nei paesi EU 28 e Norvegia. A: anno 2016; B: previsioni 2070



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). Esemplare 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 evidenzia 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 diseguaglianze 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

SSN. Solo un cambio di paradigma lo salverà *NHS. Only a paradigm change will save him*

Gavino Maciocco

Comitato Scientifico Centro Salute Globale, Regione Toscana

Parole chiave: SSN, malattie croniche, multimorbidità, cambio di paradigma

RIASSUNTO

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il SSN deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbidità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi. È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle disuguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

Key words: NHS, chronic diseases, multimorbidity, paradigm shift

SUMMARY

The NHS can not be reduced to a health provision factory. The NHS must protect and promote people's health and equip itself to adequately address the epidemic of chronic diseases (and the multimorbidity sub-epidemic). "Although we live in a world dominated by chronic diseases, in the places of care we practice medicine almost exclusively for the acute: at the dawn of the 21st century, the models of the nineteenth century persist", write R. Rozzini and M. Trabucchi. A profound "change" is necessary for this. A change of paradigm based on the anticipatory healthcare: prevention and fight against socio-economic inequalities (of chronic illnesses get sick and die more the more disadvantaged sections of the population), support to self-care, taken care of long-term patients by multiprofessional and multidisciplinary teams consisting of family doctors, nurses and specialists, continuity of care and more time dedicated to the relationship between professionals and patients, social-health integration. The paradigm shift requires a strengthening of primary care and community services.

Autore per corrispondenza: gavino.maciocco@gmail.com

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

L'anno 1978, così denso di date significative per la salute a livello nazionale e internazionale, rappresenta una sorta di spartiacque della storia (anche nel capo della sanità), con un «prima» e un «dopo». Il «prima» è il periodo che parte dalla fine della seconda guerra mondiale in cui si registra l'espansione del welfare universalistico - tratto comune dei governi liberaldemocratici e socialdemocratici europei - e si afferma il principio che alcuni servizi fondamentali, come l'istruzione e la sanità, debbano essere sottratti ai meccanismi di mercato e quindi essere garantiti dallo Stato, per offrire pari opportunità a tutti e per ridurre il rischio della dilatazione delle disuguaglianze all'interno della società (provocate per l'appunto dal mercato).

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

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il welfare state - di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società - interferisce con il normale funzionamento del mercato e dev'essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia liberista, infatti, le disuguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche «giuste», perché rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le «distorsioni» del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di Reagan era: «Il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema».

Le politiche neo-liberiste si applicano anche alla sanità, che diventa terreno di conquista del mercato a livello globale, come si legge in un articolo di Lancet del 2001: «Negli ultimi due decenni, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il «modello globale» di

sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito (1).”

Rudolf Klein ha paragonato le trasformazioni dei sistemi sanitari, avvenute dagli anni Ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di epidemia planetaria(2). Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove bio-tecnologie. Nel periodo intercorso tra il 1960 e il 1990 nei 29 paesi più industrializzati (appartenenti all'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) la spesa sanitaria mediana pro-capite era passata da 66 a 1.286\$, mentre la mediana della percentuale della spesa sanitaria sul PIL passava nello stesso periodo dal 3.8 al 7.2%. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica neo-liberista. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione (“più efficienza” e “più mercato”) ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

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

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

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

e responsabilità in campo sanitario.

Il secondo punto fondamentale del riordino è la trasformazione delle Usl in aziende (Art. 3. 1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale). Anche qui, rispetto alla L. 833/78, si assiste a un cambiamento radicale: l'organo collegiale di governo (Comitato di gestione) viene sostituito da una figura monocratica (Direttore generale); è prevista la separazione dalle Asl degli ospedali maggiori, che si costituiscono in aziende autonome che vengono remunerate a prestazione; si stimola l'ingresso del mercato nel settore sanitario, lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato e anche all'interno dello stesso settore pubblico.

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

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

Articolo sconvolgente dicevamo, perché prevede la possibilità dei cittadini di uscire dal Servizio sanitario nazionale ("opting out") e prefigura la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo al servizio sanitario nazionale, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie, e che di fatto sancisce la fine del sistema sanitario unitario e universalistico introdotto con la L. 833/78.

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

Anche per questo, nell'aprile 1993 il governo Amato si dimise e fu sostituito dal governo presieduto da Azelio Ciampi (Ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia). Il nuovo go-

verno decise di mettere subito mano alla L. 502/92, con lo scopo principale di eliminare l'art. 9. Per questo fu varato un nuovo decreto legislativo, N. 517/93, del 7 dicembre 1993, in cui quel nocivo articolo fu rimosso e sostituito con un altro dedicato a Forme integrative di assistenza sanitaria ("Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale").

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

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

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

1. Il definanziamento del servizio sanitario pubblico

In Italia gli effetti della crisi sulla sanità si sono fatti sentire a partire dal 2011. Il nostro paese entrava sotto il controllo della Bce che dettava le dure regole dell'austerità tra cui le "privatizzazioni su larga scala dei servizi pubblici locali" e la "riduzione significativa dei costi del pubblico impiego" (Lettera della Bce al Governo italiano del 5 agosto 2011). Da allora, il sistema sanitario - per ammissione della Ragioneria dello Stato - è stato uno dei settori pubblici maggiormente colpito dalle politiche di austerità, con una riduzione della spesa sanitaria dello 0,1% l'anno dal 2010 al 2016 (come certificato dalla stessa Ragioneria dello Stato (3)).

2. La promozione del “secondo pilastro” assicurativo

Il progressivo indebolimento del pilastro pubblico del Servizio sanitario nazionale porta acqua al mulino del “secondo pilastro”. Prospettato nel 2008 da Maurizio Sacconi, ministro del governo Berlusconi, il pilastro assicurativo privato oggi riscuote entusiastiche adesioni bipartisan. Intorno a questo disegno c'è una straordinaria e inedita convergenza d'interessi (4): dal mondo delle imprese sanitarie private for-profit (particolarmente florido in Lombardia e Lazio) a quello del cosiddetto terzo settore (un tempo no-profit, ma con la nuova legge destinato a cambiare rapidamente pelle), dal mondo della cooperazione a quello assicurativo. Tutti accomunati da un'idea: come poter lucrare sull'inefficienza del servizio sanitario pubblico. Intorno a questo disegno sembra esserci una convergenza d'interessi anche tra Confindustria e Sindacato visto che uno dei più noti esempi di welfare aziendale in campo sanitario è quello sottoscritto dal sindacato dei Metalmeccanici, dal nome evocativo “Fondo mètaSalute (5)”. Si tratta di un'assicurazione sanitaria privata che include gran parte di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale (quindi sostitutive rispetto a ciò che - secondo i Livelli essenziali d'assistenza - il servizio pubblico è tenuto a garantire), a cui si aggiunge l'offerta, senza prescrizione medica, di una serie di accertamenti qualificati come preventivi, tra cui - ad esempio - l'ecodoppler agli arti inferiori ogni 2 anni dai 30 ai 39 anni; Moc ogni 2 anni sopra i 50 anni, la visita cardiologia ogni 2 anni, PSA ogni 2 anni per gli over 50. Ci vuol ben poco a capire che in un'offerta del genere, che non richiede il filtro valutativo del medico, c'è poca prevenzione e molto, troppo, consumismo sanitario (6).

L'assalto all'universalismo

“The assault on universalism”. L'articolo del BMJ (7-8) pubblicato alla fine del 2011, fu scritto da due tra i più noti e esperti analisti di politica internazionale, Martin McKee e David Stuckler. Secondo gli autori la riforma del NHS allora in gestazione, voluta dal governo conservatore, mirava a smontare dalle fondamenta il glorioso National Health Service: si trattava di un vero assalto all'universalismo. La loro tesi era che si utilizzava la crisi economico-finanziaria per distruggere i sistemi di welfare universalistici, come l'NHS e altri servizi sanitari nazionali: “La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi”. La temuta riforma del NHS è entrata in vigore nel 2013 producendo l'intera privatizzazione dei servizi sanitari (9). Analogο destino è toccato alla Spagna: anche qui un governo conservatore non ha perso l'occasione fornita dalla crisi di sbarazzarsi - con un semplice decreto reale (aprile 2012) - del sistema sanitario universalistico, per consegnare tutto nelle mani delle assicurazioni (10).

Anche in Italia è in atto l'assalto all'universalismo. Ma a differenza di quello che è avvenuto in Inghilterra e in Spagna, nel nostro paese l'assalto non ha trovato un percorso politico e legislativo trasparente. In Italia la formula ideata per mettere in crisi il SSN è semplice e a suo modo geniale. Si tratta del mix di interminabili tempi di attesa (conseguenza della scarsità dell'offerta pubblica) e di ticket particolarmente esosi (introdotti dal governo Monti e rafforzati dalle Regioni), spesso più costosi delle prestazioni private. L'obiettivo è quello di far migrare crescenti volumi di utenti dai servizi pubblici al settore privato a pagamento, l'effetto collaterale quello di costringere le fasce più deboli a rinunciare alle prestazioni, o a indebitarsi.

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

1. Infondere l'idea che il SSN altro non è che una macchina per la produzione di singole, episodiche prestazioni; se il SSN non le produce a sufficienza ci penserà qualche altra macchina. L'importante è averle, e presto, quelle prestazioni.
2. La domanda di prestazioni è facilmente manipolabile. È agevolmente misurabile in termini quantitativi e contabili, molto meno in termini di qualità e appropriatezza. "Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo", scrive Iona Heath, medico di famiglia inglese. "È siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute (11) ".
3. Il mercato sanitario privato ha rapidamente intercettato questa tendenza gettandosi sulla produzione di prestazioni, da vendere anche al supermercato, in competizione con il SSN sia sul prezzo, che sui tempi di attesa. Il mercato assicurativo non è stato da meno, promuovendo «secondi pilastri» interamente basati sull'erogazione delle prestazioni di cui sopra, alimentando la sovradiagnosi anche con l'offerta di irrazionali "pacchetti prevenzione".

Conclusioni

Il SSN non può essere ridotto a una fabbrica di prestazioni. Il SSN deve tutelare e promuovere la salute delle persone e attrezzarsi per affrontare adeguatamente l'epidemia delle malattie croniche (e la sub-epidemia della multimorbosità). "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina

quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono i modelli del XIX secolo", scrivono R. Rozzini e M. Trabucchi (12). È necessario per questo un profondo «cambiamento». Un cambio di paradigma basato sulla sanità d'iniziativa: prevenzione e lotta alle disuguaglianze socio-economiche (di malattie croniche si ammalano e ne muoiono molto di più le fasce più disagiate della popolazione), supporto all'auto-cura, presa in carico a lungo termine dei pazienti da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari composti da medici di famiglia, infermieri e specialisti, continuità delle cure e più tempo dedicato alla relazione tra professionisti e pazienti, integrazione socio-sanitaria. Il cambio di paradigma richiede un forte rilancio delle cure primarie e dei servizi territoriali.

BIBLIOGRAFIA E LINKGRAFIA

1. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36.
2. Klein R. Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, *The Milbank Quarterly* 1995; 73(3):299-337.
3. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/la-sanita-nella-legge-di-bilancio-la-strategia-del-nulla/>
4. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/12/tutti-pazzi-per-il-secondo-pilastro/>
5. <http://www.fondometasalute.it/resource/piani-sanitari-2017>
6. Geddes da Filicaia M. *La salute sostenibile*. Roma: Pensiero Scientifico Editore; 2018.
7. McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. *BMJ* 2011; 343:1314-17
8. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>
9. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/il-big-bang-del-nhs/>
10. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/>
11. Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014; 349: 19-21.
12. Rozzini R, Trabucchi M. Sanità e condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche in tempo di crisi, in *Rapporto Sanità 2013*. Bologna: Il Mulino; Bologna 2013, pp. 197-212.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La Sanità cosiddetta integrativa: una minaccia per il SSN ¹

The so-called integrative health care: a threat to the NHS

Alberto Donzelli

Consiglio direttivo della Fondazione Allineare Sanità e Salute

Parole chiave: sanità integrativa, spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata intermediata, spesa sanitaria privata diretta, spesa sanitaria privata totale

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare la Sanità Integrativa (SI) in termini di: Equità; Coerenza con gli obiettivi dichiarati: alleggerire la spesa sanitaria pubblica, ridurre quella privata, dare sostenibilità al SSN, accesso rapido; Ricadute su consumismo sanitario e tenuta del SSN; Rischi della SI e loro contenimento.

Metodi: presentazione di dati per la valutazione degli specifici obiettivi di valutazione della SI.

Risultati: i 14 milioni di beneficiari, socio-economicamente privilegiati, godono di deduzioni dei contributi per la SI sussidiati con le tasse anche dei ~46 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra i quali sono più rappresentati i gruppi sociali svantaggiati. Iniquità nell'accesso significa anche, a forza lavoro costante, allungare le liste d'attesa per chi non accede alla SI.

I dati OECD mostrano che a maggior spesa intermediata si associa maggior spesa pubblica e maggior accelerazione della stessa, per costi di transazione/amministrativi e consumismo, e persino maggior spesa privata complessiva (out of pocket + intermediata). Le ricadute sul consumismo sanitario sono enormi, perché la SI deve indurre prestazioni per mantenersi/attrarre clienti. I beneficiari di SI, sono forti consumatori, spendono di più in tutto e il Sistema perde costo-opportunità. E' necessario chiarire la SI come operazione commerciale.

Conclusioni: la SI è fonte di: iniquità per i benefici fiscali per chi vi accede a scapito degli altri contribuenti; consumismo sanitario indotto, coprendo anche tante prestazioni di efficacia non provata nè probabile che il SSN ha buon motivo per non offrire; comporta paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica e della privata complessiva, oltre che aumento di quella totale; i dati mostrano che rende più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché la crescente offerta di SI prelude a fuoriuscite dal SSN di chi versa più

1. Questo documento riprende e aggiorna anche parte dell'analogo testo della Rete Sostenibilità e Salute, cui aderiscono 25 Associazioni, che l'autore ha contribuito a redigere in modo sostanziale, e gli atti di un suo intervento all'OMCeO di Udine il 12-5-2018.

Autore per corrispondenza: adonzelli@ats-milano.it

contributi e in proporzione costa meno.

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato, Regioni, ASL dovrebbero contrastare iniquità e consumismo; se gestiscono SI, limitarsi a prestazioni solo integrative di cui serie valutazioni di merito confermino l'efficacia almeno probabile, benché non ancora nei LEA; promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed empowerment e supporti/benefit per render facili le scelte salutari.

Keywords: supplementary health care, public health expenditure, voluntary schemes/household out-of-pocket payments, total health expenditure

SUMMARY

Objectives: to evaluate the Integrative Healthcare (IHC) in terms of: Equity; Coherence with the stated objectives: to lighten public health expenditure, reduce private health expenditure, give sustainability to the National Health Service, rapid access; Consequences on health consumerism and on the maintenance of the National Health Service; IHC risks and how to contain them.

Methods: presentation of data for the evaluation of specific IHC objectives.

Results: the 14 million beneficiaries, socio-economically privileged, enjoy deductions of contributions to IHC subsidised with taxes also of ~46 million Italians who do not use it, among whom are more represented disadvantaged social groups. Inequity in access also means, with a constant workforce, lengthening the waiting lists for those who do not access the IHC.

OECD data show that greater intermediate expenditure is associated with greater public expenditure and greater acceleration of the same, for transaction/administrative costs and consumerism. The repercussions on health consumerism are enormous, because the IHC must induce services to maintain/attract customers. The beneficiaries of IHC are heavy consumers, spend more, the System loses opportunity-cost. It is necessary to clarify the IHC as a commercial operation.

Conclusions: IHC is a source of: unfairness for tax benefits for those who access it, to the detriment of other taxpayers; induced health consumerism, also covering many services of neither proven nor probable effectiveness, which the NHS has good reason not to offer; paradoxically, it leads to an increase in public and overall private health expenditure, as well as an increase in the total health expenditure. The data show that it makes the sustainability of an NHS more precarious, also because the growing supply of IHC preludes to leakage from the NHS of those who pay more contributions and in proportion cost less.

The freedom to associate in order to obtain benefits is legitimate, but the State, the Regions and the Local Health Authorities should counteract inequity and consumerism; if they manage IHC, they should limit themselves only to supplementary services, of which a serious assessment confirm an at least probable effectiveness, although not yet included in the LEAs. Moreover they should promote valid and independent health education, empowerment and support/benefit in order to make healthy choices easy.

Premessa. Fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari

La comune rappresentazione dei fattori che minano la sostenibilità dei sistemi sanitari propone spesso i tre seguenti:

- 1°. progressivo invecchiamento delle popolazioni con il connesso aumento di patologie croniche
- 2°. costo crescente delle innovazioni, a partire da quelle farmacologiche
- 3°. crescenti aspettative e costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Ciò non dà però il necessario peso a un altro potentissimo fattore:

4°. conflitto di interessi tra gran parte degli attori che operano in Sanità e la Salute.

Ci si riferisce anche e anzitutto al conflitto tra erogatori di prestazioni e salute, non solo a quello tra i produttori di tecnologie sanitarie e salute, sul quale esiste maggiore consapevolezza.

Il conflitto tra erogatori e salute è anch'esso strutturale, dati i modelli correnti di remunerazione dei professionisti sanitari e di finanziamento delle organizzazioni in cui essi operano, e sta alla base anche dell'insostenibile crescita della spesa sanitaria in tutti i paesi, compresi quelli più ricchi.

Questo conflitto è un determinante che si aggiunge ai tre prima citati, e in parte li sottende, soprattutto il 2° (costo delle innovazioni) e il 3° (aumento della domanda). Esso è all'origine della pressione di produttori di tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, diagnostica) e di erogatori di prestazioni, i cui interessi finanziari oggi non coincidono con le soluzioni maggiormente costo-efficaci per il Servizio Sanitario Nazionale/SSN e per la Società, e non sono allineati alla Salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa.

La loro pressione sta alla base della medicalizzazione di problemi che si potrebbero gestire in modo diverso, del consumismo sanitario, del *disease mongering*, della continua forzatura/offerta di screening non raccomandati e check-up (e connessa sovradiagnosi), di soglie sempre più basse per definire malattie e rischi di malattia, di nuove tecnologie più costose (mentre una funzione di una parte delle nuove tecnologie potrebbe anche essere quella di ridurre i costi), di un diffuso abuso tecnologico.

Questo contributo si focalizzerà sull'analisi critica di uno dei temi all'ordine del giorno del dibattito nazionale: la richiesta, da più parti, di potenziare il cosiddetto 2° pilastro del SSN (Sanità cosiddetta integrativa, d'ora in poi espressa in sintesi con la sigla FS, che include: Fondi sanitari, Casse mutue, Società di mutuo soccorso, previdenze sanitarie garantite dai datori di lavoro) e del 3° pilastro (Assicurazioni Sanitarie commerciali).

Fondi Sanitari no profit (FS) integrativi e sostitutivi e Assicurazioni Sanitarie commerciali

I problemi nell'accesso ad ampi settori di assistenza sanitaria (liste di attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite, a partire da quelle odontoiatriche e da cure domiciliari), sono oggettivi e seri, anche se spesso drammatizzati dai media, per fini diversi da quelli dichiarati. Tali problemi hanno contribuito negli ultimi anni a far emergere anche in Italia accanto al SSN un "sistema sanitario privato". Questo comprende un gran numero di portatori di interesse in funzione di terzi paganti di servizi/prestazioni fruite da cittadini "assicurati", in cambio di risorse finanziarie versate dagli stessi o da datori di lavoro.

La crescita di questo "sistema aggiuntivo" è stata favorita da nuove normative e incentivi fiscali, aggiunti a quelli tradizionali degli oneri deducibili e delle detrazioni fiscali. E la

sanità (impropriamente detta) integrativa è stata presentata a lungo come valida risposta strutturale alla crisi di sostenibilità del SSN. Lo hanno sostenuto portatori d'interesse/ operatori del settore, ma anche fonti governative, forze politiche, media, organizzazioni sindacali, anche mediche, e di datori di lavoro.

La tendenza in atto è stata finora una progressiva e voluta estensione della sanità integrativa ai lavoratori dipendenti privati e pubblici.

Dal punto di vista delle coperture assicurative, si identificano coperture private (1):

- sostitutive o duplicative, di servizi/prestazioni previsti anche dalla copertura pubblica,
- integrative o complementari, per servizi/prestazioni non previsti dalla copertura pubblica/non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza o LEA,
- aggiuntive, per quote residuali di costi (ticket) o di spesa (ad esempio prestazioni di contorno, come camere a pagamento) che resterebbero a carico degli utilizzatori. Anche se la diffusa applicazione di tetti, franchigie e altre compartecipazioni mantiene comunque qualche quota di spesa a carico dell'assistito.

Dal punto di vista della natura si distinguono (1):

- imprese (profit/commerciali) di assicurazione, con le prime 5 che nel 2016 hanno incassato quasi l'80% dei premi, su un totale di ~2,35 miliardi di Euro,
- settore "no profit"/non commerciale, dove prevalgono i FS cosiddetti "integrativi", anche se le prestazioni sono soprattutto sostitutive/duplicative di quelle del SSN.

In questi FS i contributi del datore di lavoro o del lavoratore non concorrono a formare il reddito imponibile fino al limite complessivo di 3.615,20 Euro. Nel 2015 erano 305 i FS iscritti all'Anagrafe del Ministero della Salute, dei quali solo 8 sono cosiddetti fondi "doc", cioè tenuti a erogare solo prestazioni non comprese nei LEA.

Anche per il settore non profit le risorse gestite hanno superato nel 2016 i 2,4 miliardi di Euro.

Si noti che una quota dei ricavi di vari FS ("non profit") è a sua volta destinata a "ri-assicurazioni" con imprese di assicurazione anche internazionali, per garantirsi più ampie coperture.

- welfare aziendale, che include le varie forme in cui i datori di lavoro possono offrire a dipendenti e familiari beni e servizi, che includono anche l'assistenza sanitaria. La Legge ha previsto maggiori benefici fiscali per questo welfare (gli incentivi della Legge di Stabilità 2016, estesi dalla Legge di Bilancio 2017, permettono oggi di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza imposte entro il limite di 3.000 euro/anno, aumentati a 4.000 se c'è coinvolgimento paritetico dei lavoratori, sino a 80.000 euro di reddito lordo). L'insieme delle risorse afferenti al welfare aziendale è meno definibile rispetto ai due settori precedenti.

Nei costi di questo "sistema" privato aggiuntivo al SSN vanno incluse anche altre Società: ad esempio "di gestione", che non offrono contratti o polizze di assistenza, ma contattano

assistiti, erogatori od operano nella promozione, offrendo alle aziende quanto serve per iniziative di welfare, senza che esse si debbano impegnare in ambiti estranei alle proprie competenze.

Si stima che gli assicurati/assistibili di queste variegate offerte di prestazioni/servizi fossero nel 2015 11 milioni: oltre 9 milioni assistiti da FS, quasi 2 milioni con assicurazioni commerciali, per un totale che supera il 15% della popolazione italiana, con una stima che nel 2017 si avvicina a 14 milioni complessivi (1).

Questi sono però concentrati soprattutto al Nord (oltre il 20% della popolazione nel 2015), seguito dal Centro (-16%), meno nelle Isole (-9%) e al Sud (6,5%).

Sono soprattutto soggetti in età lavorativa, 25-64 anni, in particolare occupati, arrivando al 50% tra imprenditori, dirigenti e professionisti, ma solo al 15% tra operai e assimilati. Inoltre le coperture prevalgono negli strati sociali di istruzione più elevata: ~30% tra i laureati, 20% tra diplomati, ma solo 6% tra chi ha licenza elementare o non ha titoli di studio.

Altri indicatori di scarsa equità sono i comportamenti più salutari di chi aderisce a FS/Assicurazioni: sono soggetti che svolgono più frequentemente esercizio/attività sportiva, controllano con regolarità il proprio peso, utilizzano con moderazione sale, consumano quantità minori di alcol, e in maggior percentuale dichiarano uno stato di buona salute². Non si ritiene affatto necessario ricorrere a FS, e ancor meno alle Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN, pur riconoscendo che il fenomeno ha già assunto dimensioni imponenti da cui è difficile prescindere. Si conviene sulla necessità di una forte azione di governo, ma in direzione ben diversa da quella che si è a lungo profilata. Il dissenso rispetto a ulteriori espansioni di FS e Assicurazioni (con sussidi statali) e di quanto, in modo improprio, è stato definito 2° e 3° pilastro del SSN, ricalca alcune osservazioni critiche già formulate al 1° Rapporto GIMBE (2-3). Si sintetizzano alcuni motivi di dissenso, per altro ampiamente superati e ricomposti nei contenuti del 3° Rapporto GIMBE (4).

1) Problemi di equità

Oggi usufruiscono di FS e Assicurazioni sanitarie/AS ~14 milioni di italiani, imprenditori/professionisti/dirigenti/lavoratori stabili e loro familiari, con sostanziosi benefici fiscali sussidiati anche con le tasse dei 46 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/lavoratori precari/ con minor livello di istruzione, di aziende più piccole, più dislocate al Sud). Così i FS generano una “doppia” disegualianza nei diritti, permettendo ad alcuni non solo di

2. In ampia misura le informazioni sopra riportate sono liberamente tratte dal Rapporto “La previdenza sanitaria integrativa”, elaborato dal Prof. Aldo Piperno su richiesta dell'OMCco della Provincia di Roma, che si ringrazia e cui si rimanda per approfondimenti.

accedere a più prestazioni, ma anche di scaricarne parte del costo su chi non può accedervi. Anzi, una “tripla” disuguaglianza, in quanto la deduzione, utilizzata in Italia, avvantaggia in modo più consistente i lavoratori più ricchi, perché il suo valore aumenta all’aumentare dell’aliquota marginale (5). L’iniquità accentua anche le differenze regionali nell’accesso alle cure.

“Con le mutue gli interessi dei più forti sono costruiti a discapito dei più deboli (chi le mutue non può farsele e a cui resta una sanità pubblica residuale), esse sono per definizioni ingiuste” (6).

A tutti coloro che si oppongono a ulteriori tagli al finanziamento SSN, si suggerisce (6-7) di chiedere di tagliare invece gli sgravi fiscali ai FS, destinando il gettito corrispondente al rifinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale. Non è realistico pensare di poter sostenere l’uno e gli altri.

2) Problemi di efficienza

Gli apparati dei 305 FS censiti devono gestire milioni di transazioni duplicate e ulteriori oltre a quelle del SSN con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, con i costi di transazione connessi, improduttivi in salute, che anzi sottraggono una quantità di tempo (costo/opportunità) ai professionisti sanitari. Si pensi solo alla necessità, con ciascun FS, di negoziare, stipulare e rinnovare contratti, documentare le prestazioni eseguite, tener conto di specifici regolamenti e disposizioni, sottoporsi a specifici controlli...

Uno dei motivi per cui la spesa sanitaria pro-capite USA è di gran lunga la più alta del mondo è la frammentazione di quel sistema in una miriade di Erogatori di prestazioni e di Assicurazioni sanitarie, con conseguenti costi esorbitanti delle attività amministrative connesse (8-9).

3) Le prestazioni dei FS non sono solo integrative, ma in maggioranza sostitutive

Le prestazioni offerte dai cosiddetti FS Integrativi non sono solo integrative, ma in prevalenza sostitutive di analoga offerta SSN: ciò che la legge istitutiva - disapplicata - si prefiggeva invece di evitare.

Tra cento esempi concreti, si riporta quello comparso su Quotidiano Sanità (10) sul “Fondo sanitario integrativo metalmeccanici”. La voce “nomenclatore sani-impresa” elenca le prestazioni offerte dal FS, in sintesi:

- ricoveri in istituti di cura per grandi interventi chirurgici
- ricoveri per interventi chirurgici diversi dal grande intervento
- day hospital chirurgico
- parto cesareo
- pancoloscopia ed esofagogastroduodenoscopia

- ospedalizzazione domiciliare
- prestazioni di alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket
- trattamenti fisioterapici riabilitativi
- prestazioni odontoiatriche
- cure oncologiche
- prestazioni diagnostiche particolari
- prestazioni per non autosufficienti
- prestazioni cardiologiche
- genomica: test genetici.

In realtà, nella maggior parte dei casi non si tratta certo di “prestazioni integrative”. Questo è un “pacchetto medio”; le vere prestazioni integrative sono minoritarie (odontoiatria, non autosufficienza) e dunque lo scopo del FS, come si evince, è sostituire la sanità pubblica, tutte le prestazioni chirurgiche, l'intera specialistica, la diagnostica, fino alla genomica” (10).

L'applicazione della normativa e un elementare principio di equità richiederebbero di ridimensionare in modo drastico o meglio di eliminare i privilegi fiscali, anziché pensare di estenderli anche ad altri FS e alle Assicurazioni (come rischiano di comportare proposte di un pilastro unico di sanità, impropriamente chiamato ancora integrativo).

4) I Fondi diventano induttori di prestazioni

Per sopravvivere e assicurarsi il futuro, i FS (e le Assicurazioni) tendono, come gli erogatori pagati a prestazione e come molti produttori di tecnologie mediche, a indurre prestazioni non necessarie, che sono comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro.

Ciò include il business dell'offerta di “prevenzione medica” non supportata da prove, fonte di disease mongering per eccellenza (check-up, batterie di test che inducono accertamenti).

I FS finiscono di fatto per essere una nuova categoria di induttori, oltre a quelle strutturali dei produttori di tecnologie sanitarie, degli erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione, e di Aziende Ospedaliere con vertici sanzionati se non raggiungono un equilibrio di bilancio... grazie alle prestazioni/DRG valorizzati alle ASL pagatrici. Non si discute il principio, in sé corretto, dell'impegno al mantenimento dell'equilibrio economico. Si discute il modo in cui si considera conseguito tale equilibrio con molti degli attuali modelli di finanziamento di tali Strutture, che stressano la produzione di prestazioni con tariffe vantaggiose, a prescindere dalla loro efficacia e dai risultati di salute che comportano.

La Figura 1 riporta un esempio concreto, tratto dall'offerta di un FS (3). Lo stralcio

ripreso (con chiose comparative) è già eloquente: il FS usa il vocabolo “prevenzione”, ma si riferisce solo alla diagnosi precoce, senza esser sfiorato dal dubbio che si tratti di cose diverse. Nell’ambito degli esami gratuiti si rilevano grossolane forzature delle prove di efficacia e dei rapporti rischi-benefici e costo-efficacia. Inoltre si scotomizza un’equilibrata comunicazione dei rischi, non solo dei pretesi benefici di tali frequenze di screening o delle esecuzioni di esami a prescindere da necessità cliniche stabilite dal curante.

Fig. 1 - Esempio di offerta “preventiva” di un Fondo Sanitario (con chiose)

A chi è rivolta	Quando	Quale esame	n. di esami nel corso di una vita secondo la frequenza proposta dal FS	n. di esami nel corso di una vita con rapporto favorevole rischi-efficacia (o secondo giudizio clinico del curante)
donne \geq 40 anni	ogni anno	Mammografia bilaterale	\geq 45	\geq 13
donne \geq 40 anni	ogni anno	Pap test	\geq 45	\geq 14
donne / uomini \geq 50 anni	ogni anno	Ricerca sangue occulto feci (SOF-FOBT) tre dosaggi	\geq 35X3	\geq 13
uomini \geq 45 anni	ogni anno	PSA	\geq 36	0 \geq 1
uomini \geq 45 anni	ogni anno	Ecografia transrettale	\geq 36	0 \geq 1
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Visita cardiologica + ECG	\geq 16	0 - > 1
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	Ecografia dei tronchi sovraortici	\geq 16	0 - > 1
donne / uomini \geq 50 anni	1 volta nel periodo 1/1/16_31/12/17	OCT Tomografia coerenza ottica+ Pachimetria corneale computerizzata (VCP) + consegna referto da parte dell’oculista	\geq 16	0 \geq 1

Una prova indiretta del verosimile ruolo di induzione di prestazioni (e spesa) dei FS si ha esaminando la spesa sanitaria pro-capite dei paesi di Europa occidentale e Nord America (11), espressa in PPP\$ (parità di potere di acquisto delle monete, che rende i dati subito comparabili). L’esame dei dati ufficiali, cui si rimanda, mostra che, come spesa sanitaria totale

- i paesi con SSN (o Modelli assimilabili) hanno spesa in media minore
- quelli con Sistemi cosiddetti “Assicurativi” (mutualistici no profit; o con forte presenza di assicurazioni for profit, come gli USA), in cui il peso di FS e Assicurazioni è maggiore, hanno una spesa in media maggiore.

Lo stesso si può dire per la spesa sanitaria espressa come percentuale del PIL.

In effetti, che i Paesi ricchi di FS abbiano spesa sanitaria maggiore, sia come spesa totale, sia in % del PIL, non dovrebbe stupire, perché i FS nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti, dunque per aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dare in tal

modo “sollievo” alla spesa sanitaria pubblica. In realtà l’obiettivo non esplicitato di produttori ed erogatori pare piuttosto quello di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value [o addirittura no-value], poiché per entrambe le categorie tale riduzione significherebbe perdita dei connessi ricavi.

Può sembrare invece paradossale che i paesi con sistemi “assicurativi” e più FS, in cui oltretutto (salvo che negli USA) prevalgono casse mutue/Fondi non profit, abbiano una spesa sanitaria pubblica in media maggiore dei paesi con SSN e con meno FS.

Ne danno però conferma i confronti, ad esempio, della spesa sanitaria pubblica pro-capite (2).

Dunque, i FS falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai loro sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica.

L’apparente paradosso si può spiegare con l’induzione di prestazioni di low value (e di no-value) cui i FS nel complesso concorrono, che influenza anche l’erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo.

Anche i beneficiari dei FS sono meno portati a selezionare le prestazioni di cui usufruire da privati, non dovendone sopportare il costo di volta in volta (spesso non ne acquistano neppure consapevolezza), poiché il costo è ricompreso nella quota annua che pagano al FS. Anzi, dato che hanno pagato tale quota, possono tendere a sfruttare al massimo l’accesso alle prestazioni cui può dar diritto, anche oltre la necessità percepita delle stesse (un atteggiamento ben diverso da quello che accompagna la spesa out-of-pocket, a diretto carico del cittadino), data la spesso errata ma diffusa convinzione che “più prestazioni sanitarie ricevute = più tutela della salute”.

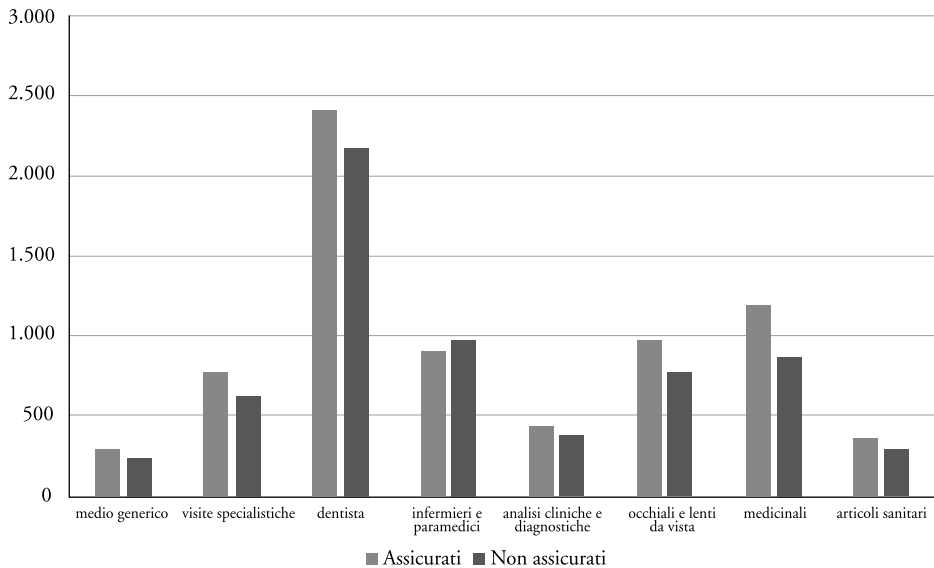
In effetti, anche per l’Italia ci sono prove robuste che la presenza di FS aumenti tutte le componenti della spesa: totale, pubblica, e privata (1).

L’indagine Istat sulle spese delle famiglie (12), in Tab. 1 dimostra (1) che l’effetto assicurazione sul consumo di prestazioni fa aumentare il numero delle famiglie consumatrici per tutte le voci di spesa, peraltro in misura molto più elevata per alcune prestazioni specialistiche (46,6% di visite specialistiche degli assicurati rispetto al 25,9% dei non assicurati). Anche la spesa media per le singole voci di spesa (medico di famiglia, visite specialistiche, dentista, analisi cliniche e diagnostica, occhiali e lenti da vista, medicinali, articoli sanitari) è sempre più alta tra gli assicurati che tra i non assicurati, con un’unica marginale inversione per la voce infermieri/paramedici.

Dunque l’effetto di FS e Assicurazioni è aumentare i consumi e la spesa sanitaria complessiva, il che non dovrebbe stupire, dato che nascono proprio per convogliare più risorse verso la Sanità. Bisogna però rendersi conto del fatto che, se la ricchezza del paese non cresce e di conseguenza non aumenta il totale delle risorse disponibili, lo spostamento di risorse verso la Sanità avviene anche a danno di altri settori di spesa (con meno risorse

per istruzione, politiche per la casa, assistenza sociale, infrastrutture, sicurezza, tutela dell'ambiente, riduzione della povertà, sviluppo comunitario (1).

Tab. 1 - Spesa media degli assicurati e dei non assicurati secondo la voce di spesa, anno 2015 (12)



L'aumento di spesa sanitaria che consegue all'introduzione di FS e Assicurazioni è confermato da una quantità di ricerche (13-19). Di grande interesse è il caso dell'Australia (20), che documenta che ridurre i sussidi (oneri deducibili e detrazioni) di cui beneficiano le forme di assicurazione privata genera risparmi netti di costi, perché il costo delle cure destinate a chi abbandona FS/Assicurazioni private (se vengono meno sussidiate) trasferendosi nell'assistenza pubblica risulta minore del costo dei sussidi stessi.

Quesito cruciale: la spesa privata intermediata (pagata in modo indiretto, tramite intermediari/terzi paganti diversi dal SSN) **è vantaggiosa rispetto alla spesa out-of-pocket** (a diretto carico del cittadino)? E in particolare è vantaggiosa **per chi?**

Non c'è dubbio che la spesa intermediata sia vantaggiosa per gli intermediari, cioè per i gestori (Consigli di Amministrazione e Direttori) e gli apparati di FS e Assicurazioni sanitarie, che in effetti la promuovono con incessanti azioni di marketing.

Invece, per i beneficiari dei FS/Assicurazioni tale spesa potrebbe essere vantaggiosa solo in rare condizioni: quando cioè consentisse l'accesso a prestazioni di alto valore difficili

da ottenere in tempi appropriati dal SSN, offerte dai FS (grazie a economie di scala) a prezzi più abbordabili rispetto all'acquisto privato estemporaneo. Oppure nel caso di prestazioni che fossero al tempo stesso di alto valore ma non incluse nei LEA.

Queste condizioni già oggi non sono affatto frequenti, perché la maggior parte delle prestazioni dei FS è di basso valore (talora di valore negativo, cioè con effetto netto in media sfavorevole). Ciò riguarda anche prestazioni importanti, per le quali però un tempo d'attesa maggiore non ha conseguenze in termini di salute e non ne avrebbe in termini di ansia, se fosse efficace la comunicazione medica sulla specifica irrilevanza del tempo di esecuzione ai fini del risultato in salute^a.

L'attesa potrebbe essere accettata senza grossi problemi dagli assistiti se il medico desse spiegazioni convincenti in tutti i casi in cui l'attesa prevista non comporta differenze in salute, tanto che il curante stesso non ha ritenuto di usare i codici di priorità (U=urgente, che dà diritto alla prestazione entro 72 ore; B=breve, entro 10 gg; D=differibile, entro 30 gg per visite, entro 60 gg per prestazioni strumentali, previsti dal Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa/PNGLA 2010-2012).

Vantaggi per gli iscritti a FS, addirittura, non ci sarebbero mai se si arrivasse a riservare al secondo pilastro solo le prestazioni di basso valore^b in tal caso, accedere a grandi quantità di tali prestazioni costituirebbe un vantaggio irrilevante per la salute perché si tratta di prestazioni che non fanno differenze in salute, e spesso sono connotate da sostanziale inutilità, ma comunque oneroso, non fosse altro che in termini di "tempo di vita consumato" dagli assistiti stessi, per accedere e ricevere prestazioni di valore irrilevante.

Anche i dati sui paesi che ha più senso confrontare all'Italia confermano che la spesa intermediata, oltre ad associarsi con una spesa totale e pubblica sempre maggiore di quella italiana, non si associano neppure a diminuzione della spesa privata complessiva. Anzi, in alcuni paesi questa è ben più alta, in altri è in linea con quella italiana. Ciò è ben diverso da quanto ripete sui media in modo indefesso chi vorrebbe promuovere queste intermediazioni.

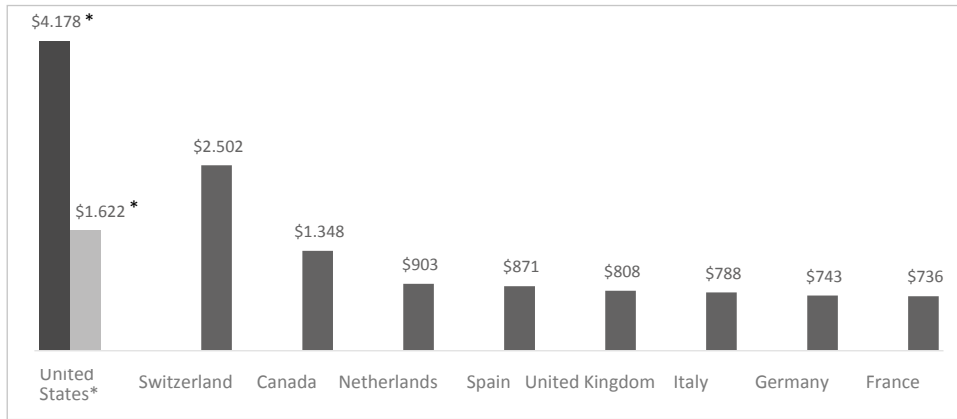
La Tabella 2 (11) correttamente somma le due componenti della spesa privata, e documenta che la spesa privata totale italiana procapite è inferiore o comunque in linea con i maggiori paesi europei e americani.

Si potrebbe persino sostenere che in Italia uno sviluppo relativamente minore della spesa privata intermediata abbia costituito uno dei fattori di contenimento della spesa privata totale.

Di fronte a continue uscite pubbliche di Censis-RBM, non supportate da un'appropriate lettura dei dati (21-23), volte ad accreditare un presunto "Boom della spesa privata italiana", occorre attingere a informazioni basate sui dati ufficiali.

^{a b} vedi note a fondo testo

Tab. 2 - Spesa sanitaria privata pro capite 2017, a prezzi costanti, in \$ PPP



* i dati OECD si riferiscono al 2017, salvo per gli USA, dove le barre riportano i dati 2014 e 2016, rilevati con criteri differenti. Si è riportata anche la Svizzera, per il sistema sanitario più simile a quello USA.

Il messaggio di un forte aumento assoluto della spesa sanitaria privata italiana è infondato, perché non tiene conto del potere d'acquisto delle monete (che varia nel tempo), come invece correttamente fanno le istituzioni nazionali e internazionali che pubblicano dati corretti in PPP\$ (dunque parificati per i diversi poteri d'acquisto) e corretti per l'inflazione, con un anno di riferimento.

I dati ufficiali comparativi della spesa privata complessiva di tutti i paesi OCSE dal 2000 al 2017 mostrano un incremento di spesa privata italiano (+7,4%) di gran lunga inferiore alla media. La situazione è un po' meno favorevole negli ultimi anni, proprio in associazione con l'aumento in Italia della pressione consumistica, che FS e Assicurazioni sono in prima fila ad alimentare.

Si ripete che non è corretto concentrare l'attenzione solo sulla spesa privata out-of-pocket, ma va calcolata la spesa privata pro-capite complessiva, cioè out-of-pocket + spesa privata intermediata, che transita attraverso FS o Assicurazioni commerciali. Ciò è perfettamente razionale: infatti, perché mai i cittadini italiani, se correttamente informati, dovrebbero esser contenti di ridurre la propria spesa out-of-pocket per aumentare (in misura in proporzione maggiore!) la propria spesa privata affidata a intermediari, se alla fine si ritrovano con una spesa privata totale maggiore in assoluto?

Se si esaminano i dati OECD/OCSE, che correttamente standardizza i prezzi, rendendo così subito confrontabile gli anni e i paesi fra loro, si nota che:

- 1) in Italia non c'è stato alcun aumento reale di spesa sanitaria pro-capite privata nel periodo 2000-2008, anzi questa è diminuita;
- 2) l'aumento pro-capite nel successivo periodo dal 2009 al 2017 è stato del 17%, ma in

cifra assoluta la spesa privata complessiva italiana 2017 resta inferiore o in linea con quella dei grandi paesi Europei con cui si usa confrontarla, per non parlare della spesa privata molto più elevata di Canada e USA;

- 3) l'aumento pro-capite della spesa privata italiana complessiva in tutto l'arco temporale 2000-2017 è modesto all'interno dei paesi OCSE;
- 4) solo dal 2014 si registrano modici aumenti annuali.

Dunque, di quale allarme (procurato?), di quale inarrestabile aumento si sta parlando? Certo, la situazione tende un poco a peggiorare, ma non certo perché si starebbe tardando a dare ulteriori (!) benefici fiscali ai FS (che erogano ben poco di integrativo al SSN), al Welfare sanitario aziendale e alle Assicurazioni. È proprio il contrario: la spesa privata complessiva rischia di aumentare davvero anche a causa dei problemi generati dai cosiddetti 2° e 3° Pilastro.

Inoltre, il Rapporto GIMBE (4) ha fatto notare che i dichiarati 40 miliardi di Euro di spesa privata sono sovrastimati, perché includono anche:

- oltre 3 miliardi di detrazioni IRPEF (che alla fine dei conti non sono una spesa),
- 1,3 miliardi di spesa out-of-pocket per farmaci di classe A, cui i cittadini non sarebbero tenuti, in base alle regole SSN, e che sarebbero liberi di non sostenere,
- ~1 miliardo di differenziale pagato da cittadini non informati o mal informati, per avere farmaci di marca anziché scegliere gli equivalenti disponibili.

In tal modo la spesa privata out-of-pocket scende nella sostanza.

Senza contare:

- la spesa per integratori ecc. cioè per prodotti di efficacia non dimostrata, che ciascuno, purché informato in modo completo, resterebbe certo libero di assumere, ma che è giusto paghi di tasca propria
- l'induzione pubblicitaria incontrastata di consumi di farmaci non soggetti a prescrizione. Si potrebbero fare decine di esempi (24): dai prodotti "contro il raffreddore", all'abuso di quelli antitosse o antifebbre (anche quando la febbre è sopportabile e utile come difesa dai germi patogeni), agli inibitori della pompa protonica, anche per disturbi lievi/motivi futili, senza informare dei rischi di dipendenza e di effetti avversi anche gravi che questo uso disinvolto può indurre in consumatori ignari, e tantissimo altro (24).

In effetti, se ci si fermasse a riflettere, senza accettare supinamente quanto molti media continuano a ripetere, non dovrebbe stupire che l'intermediazione di FS e Assicurazioni aumenti anche la spesa privata. Infatti nel ramo malattia le spese che non si traducono in prestazioni sono parte importante di quanto versato dagli assicurati, più dei corrispondenti costi SSN (25). A questi costi va aggiunta l'azione di induzione di consumi non necessari esercitata dagli stessi terzi paganti privati, che può costituire un importante fattore di lievitazione della spesa sanitaria nel medio periodo. Ciò non è immediatamente intuitivo, e meriterebbe una trattazione più ampia, ma intanto va onestamente constatato.

Conclusioni generali

I motivi di insoddisfazione dei cittadini nei confronti del SSN per prestazioni ritenute necessarie ma con lunghe liste d'attesa, ticket elevati, prestazioni non garantite (assistenza odontoiatrica, cure domiciliari) sono seri, anche se spesso i media contribuiscono a drammatizzarli ed è presente un'insufficiente e talora una impropria informazione agli assistiti da parte dei sanitari.

Tuttavia, per come sono oggi in genere concepiti, i FS sono fonte di:

- 1) iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti. E tali agevolazioni, con il connesso minor gettito, contribuiscono di fatto a defanziare il SSN;
- 2) induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte;
- 3) e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma anche prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire, ma non osa scoraggiare in modo aperto;
- 4) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento della spesa sanitaria totale; e ancor più paradossale aumento della stessa spesa sanitaria privata complessiva (out-of-pocket + intermediata);
- 5) lungi dal dar sollievo, in base ai dati disponibili, i FS rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché, con la crescente offerta di prestazioni sostitutive, preludono a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi, in proporzione costa meno, e ha anche più strumenti per far valere giusti diritti e stimolare a correggere eventuali disfunzioni (con più costi/meno risorse e protezione per chi resta).

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato, Regioni e ASL:

- non dovrebbero accettare, né tanto meno incentivare iniquità o consumismo,
- se entrano nella gestione di FS (soluzione che potrebbe essere migliore, rispetto ad alternative), dovrebbero limitarsi solo a prestazioni davvero e solo integrative, di cui una valutazione di merito seria e indipendente confermi l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/non ancora inserite nei LEA, evitando di offrire servizi e prestazioni futili o di efficacia improbabile,
- dovrebbero reindirizzare le ingenti risorse fiscali consumate già oggi (e ancor più nel prossimo futuro, con i rinnovi contrattuali) per incentivare i FS e le componenti sanitarie del Welfare Aziendale verso un rifinanziamento del SSN, con attenzione particolare ai problemi percepiti come più gravi dai cittadini: garantire più assistenza odontoiatrica e domiciliare, l'attività fisica adattata, eliminare il superticket, incentivare la riduzione delle liste d'attesa per prestazioni efficaci e appropriate. E insieme disincentivare con energia prestazioni di efficacia implausibile, di basso valore o potenzialmente iatrogene, che "gonfiano" in modo improprio molte liste d'attesa,

- per gli interessi di alcuni erogatori e produttori,
- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente nonché empowerment,
 - supporti/benefit per render facili comportamenti e scelte salutari, favorendo l'attività fisica, la disassuefazione dal fumo sul luogo di lavoro, la disponibilità di cibi salutari nei distributori automatici e nei bar/ristorazioni aziendali, anziché concepire il Welfare aziendale come accesso facilitato a screening e diagnostica/prestazioni sanitarie di basso value.

Serve comunque ricordare ai lavoratori un aspetto di cui c'è poca consapevolezza: quanto versato ai FS non è solo una minor entrata per le casse pubbliche, ma non conta ai fini della pensione e del TFR di ciascun lavoratore (25).

Conclusioni “specifiche” per i medici

Come fermare questo assalto (mortale) al SSN?

Certo, portando a conoscenza di questi fatti i cittadini, che saranno (e già sono!) le prime vittime di questa operazione. Le leve da utilizzare per i ceti medi, più che appelli all'equità (percepiti come sottrazione di benefici a chi ne ha), dovrebbero far comprendere cosa hanno essi stessi da perdere con i FS, i quali:

- finiscono per aumentare i costi sanitari (e di tempo di vita) anche per loro, oltre a comportare ricadute sul monte dei versamenti contributivi, con riduzioni a carico di pensioni e TFR
- aumentando prestazioni senza rilievo per la salute, ma comunque non prive di rischi come la maggior parte degli atti sanitari, comportano rischi iatrogeni aggiuntivi per la sicurezza.

Evitando al tempo stesso di aver contro i medici, che oggi sembrano piuttosto a favore dei FS, visti come possibilità di recuperare l'erosione del proprio reddito.

Urge un confronto con i medici per evidenziare cosa anche essi hanno in concreto da perdere, con la proliferazione di FS, facendo leva su etica, qualità di vita e lavoro, e retribuzioni nel medio-lungo periodo.

Infatti verrà loro meno:

- integrità professionale, venendo meno alla propria missione, di fare l'interesse di salute degli assistiti che si sono affidati a loro, e quello generale del SSN che dicono di voler difendere e della comunità, in cambio di benefici effimeri,
- qualità di vita e di lavoro, stressati da adempimenti senza valore aggiunto e sommersi da contratti, fatture, rendicontazioni, burocrazia, anche *paperless*,
- alla fine dei giochi perderanno anche entrate e guadagno, perché anche le risorse aggiuntive che l'abbaglio dei FS riuscirà a sottrarre alla Società avranno un limite, e i soli a trarre profitto saranno i «nuovi commensali» dell'intermediazione amministrativa, a spese di risorse che avrebbero potuto arrivare ai sanitari, usate per cure efficaci!

a

Che dire infine dell'allarme "12,2 milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a curarsi", tratto dall'indagine 2017 Censis-RBM salute rilanciata dai media (22)?

Qualificati epidemiologi italiani (26), con riferimento a fonti di dati affidabili, hanno dimostrato che quelle stime non sono corrette. Si riporta una sintesi delle loro osservazioni.

"Gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono circa 5 milioni, il 7,8% della popolazione (dato stabile da anni), in linea con la media europea.

Inoltre la frequenza di rinunce è proporzionale al numero di prestazioni ricevute: chi rinuncia a una prestazione ne ha per lo più avute altre, quindi non si dovrebbe parlare di "rinuncia alle cure", ma di "rinuncia a singole prestazioni".

Per altro è vero che la rinuncia è diminuita negli ultimi anni nelle regioni del Centro Nord ed è aumentata in quelle del Sud, interessando dal 2013 in misura maggiore i più poveri.

I conti del Censis comunque non tornano. Infatti l'indagine afferma che "Più di un italiano su quattro non sa come far fronte alle spese necessarie per curarsi e subisce danni economici per pagare di tasca propria le spese sanitarie". Dunque per il Censis più del 25% degli italiani sarebbe in difficoltà. L'indagine ripresentata nel 2018, sempre con sponsor RBM, arriva persino a sostenere che nell'ultimo anno 7 milioni di italiani "si sarebbero indebitati" per pagare spese per la salute e 2,8 milioni "avrebbero dovuto usare" il ricavato della vendita di una casa o svincolare risparmi.

Nell'indagine ISTAT (12), invece, alla domanda: "Negli ultimi 12 mesi, ci sono stati momenti o periodi in cui non aveva i soldi per pagare le spese per malattie?", solo il 10,5% ha risposto "Sì". Negli ultimi quindici anni la percentuale più elevata si è avuta nel 2013 con l'11,6%, quella più bassa nel 2006 con il 9%.

Siamo comunque ben lontani dal 25% del Censis.

Le indagini ISTAT riguardano un gran numero di intervistati, sono condotte con metodologia rigorosa e trasparente, armonizzate a livello europeo. Inoltre i dati citati sono accessibili da chiunque ne faccia richiesta ed è chiaro chi ha commissionato le indagini e per quale scopo.

Rispetto al 2014 i dati ISTAT (12) mostrano un numero minore di rinunce totali, ma più rinunce per motivi economici. La vera differenza si osserva nei disoccupati, con percentuali di rinunce più che doppie rispetto alla popolazione generale, e una situazione che si aggrava negli anni.

Dunque il SSN ha mostrato sufficiente resilienza alla crisi economica, ma non ha risolto purtroppo la disomogeneità territoriale, né la garanzia di pari accesso alle diverse fasce di popolazione. Due priorità per aumentare l'equità di accesso possono essere: rivedere il sistema contributivo con maggior considerazione per lo stato economico degli assistiti e ridurre le necessità di accedere a servizi a pagamento per risolvere attese eccessive.

Riassumendo

1. Il SSN, nonostante i problemi, è stato strumento essenziale di resilienza alla crisi. In media non vi è stato aumento di rinuncia alle prestazioni.
2. Ci sono differenze tra paesi, ma l'Italia non è distante dalla media europea.
3. Rinuncia alle prestazioni non significa rinuncia alle cure; in pratica in Italia nessuno rinuncia

integralmente alle cure.

4. La situazione della sanità del Sud è critica, e riguarda soprattutto poveri e disoccupati che forse non usufruiscono ancora di esenzioni ticket.
5. Favorire lo sviluppo del secondo pilastro avvantaggia i ricchi. Chi sostiene i fondi privati di fatto sostitutivi favorisce il futuro diffondersi di gravi ineguaglianze sociali e di situazioni sanitarie preoccupanti, non solo per i più deprivati.

b

In questa proposta c'è ancora una contraddizione:

- da un lato l'invito condivisibile a disinvestire da interventi sanitari sovrautilizzati di low value (definiti inefficaci, rischiosi, inappropriati) o di value incerto (con benefici non noti), per riallocare risorse in investimenti efficaci, sicuri, appropriati che siano sottoutilizzati
- dall'altro di riservare interventi di low value "futili" (ancorché non "negativi") alla spesa privata, campo d'azione della sanità integrativa.

Purtroppo i FS cosiddetti integrativi, così come non si sono accontentati di offrire solo le poche prestazioni davvero integrative e potenzialmente efficaci (tipo assistenza odontoiatrica e domiciliare), allo stesso modo non accetterebbero certo passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che etichettate in tal modo non troverebbero molti acquirenti.

Invece FS e Assicurazioni sanitarie sono e saranno infaticabili nel proclamare il "value" del più ampio portafoglio della propria offerta, dato che ne va della loro possibilità di sopravvivere e prosperare. Dunque contrasteranno in ogni modo chi vorrebbe sminuire il value delle prestazioni che offrono, dando a intendere che lo faccia "solo per questione di costi".

Così le prestazioni senza valore continueranno a essere praticate, promosse, e a consumare risorse di privati misinformati e della collettività, tramite sgravi fiscali e compartecipazioni, ma anche con l'aumento della stessa spesa sanitaria pubblica, per i meccanismi prima descritti in sintesi e come mostrano i dati dei confronti internazionali e di spese e consumi sanitari italiani delle famiglie. Senza contare la possibile iatrogenesi di interventi futili ma non sempre innocui a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

1. Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Rapporto commissionato da OMCeO Roma, Agg. a giugno 2017.
2. Donzelli A, Sutti M, Caimi V et al. Sostenibilità del SSN e fondi sanitari integrativi. Salute Internazionale 20, Ottobre 2016.
3. Donzelli A, Caimi V, Mola E et al. Ssn verso mutue e assicurazioni? Non è detto e in ogni caso ecco cosa fare per impedirlo. Quotidiano Sanità 30 Marzo 2017.
4. GIMBE. 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Roma, 5 giugno 2018.
5. Granaglia E. Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti. Italian J Social Policy/La Rivista delle Politiche Sociali, 2017;1.
6. Cavicchi I. Le “nuove” mutue e quella “triste” nostalgia del Parastato. Quotidiano Sanità 2 Maggio 2017.
7. Cavicchi I. Rischio mutue. Io e Fassari siamo amici da 40 anni. Questo non vuol dire che siamo sempre d'accordo. Quotidiano Sanità 10 Aprile 2017.
8. Himmelstein DU, Jun M, Busse R et al. A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: U.S. Costs Exceed All Others by Far. Health Affairs 2014; 33:1586-94.
9. Woolhandler S, Himmelstein DU. Single-Payer Reform: The Only Way to Fulfill the President's Pledge of More Coverage, Better Benefits, and Lower Costs. Ann Intern Med. 2017; 166:587-88.
10. Cavicchi I. Ancora sul welfare aziendale. Quotidiano Sanità 20 aprile 2017.
11. OECD. Health expenditure and financing. Voluntary schemes/household out-of-pocket payments. OECD Health Statistics 2018: Parigi.
12. <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=5000170&refresh=true&language=IT>, 2017.
13. Smith R. Why the NHS shouldn't be given more funds. BMJ Blogs, April 18, 2018.
14. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. Health Econ 2004; 13: 669-87.
15. Srivastava P, Zhao X. Impact of private health insurance on the choice of public versus private hospital services. 2008, University of York, HEDG, working paper 08/17.
16. Savage E, Lu M. Do financial incentives for supplementary private health insurance reduce pressure on the public system? Evidence from Australia. IHEA World Congress 2007: Explorations in health economics paper.
17. Vargas M, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? 2008 working paper.
18. Astrid K. Does employment based health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. Int J Health Care Finance Econ 2012; 12:1-38.
19. Cheng TC. Measuring the effects of reducing subsidies for private insurance on public expenditure for health care. Health Econ 2014; 33:159-79.
20. Cheng T et al. Hospital utilization in mixed public-private system: evidence from Australian hospital data. Applied Econ 2014; 46:859-70.
21. RBM Assicurazione Salute-Censis VIII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata La Salute è un Diritto. Di Tutti. Roma: RBM Salute S 2018
22. RBM Assicurazione Salute-Censis VII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo , nuovi bisogni di cura e sostenibilità Roma: RBM Salute 2017
23. RBM Assicurazione Salute-Censis VI Rapporto RBM - Rapporto annuale RBM Assicurazione Salute-Censis. Servizio sanitario nazionale, sanità privata e forme sanitarie integrative Roma: RBM

- Salute 2016.
24. Donzelli A et al. Pillole di buona pratica clinica (per medici) e Pillole di educazione sanitaria (per assistiti, veicolabili dal curante). Fondazione Allineare Sanità e Salute, 2003-2018. www.fondazioneallinearesanitaesalute.org
 25. Dirindin N. È tutta salute. In difesa della sanità pubblica. Torino: Gruppo Abele, 2018.
 26. Costa G, Cislighi C, Rosano A. Quali italiani rinunciano davvero alle cure? *Scienza in Rete*, pubbl. 6-9-2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Il contributo della scuola perugina di Igiene per la Riforma Sanitaria ¹

The University of Perugia Hygiene Institute contribution to the Health Reform

*Lamberto Briziarelli, **Paolo Menichetti

**Già Professore di Igiene della Facoltà di Medicina e Direttore del CeSPES dell'Università di Perugia, Redattore capo della rivista*

***Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, già Direttore Generale ASL Firenze e AO Ancona*

Parole chiave: movimenti e processi riformatori, democrazia, integrazione, sostenibilità

RIASSUNTO

L'obiettivo è quello di illustrare in dettaglio il contributo della Scuola Perugina di Igiene dell'Università, inserita profondamente nel contesto socio-politico della Regione Umbria e lo stato di integrazione fra il mondo accademico, le istituzioni, gli operatori della ricerca e dei servizi, i corpi intermedi della democrazia, i movimenti spontanei della popolazione nelle città, nel mondo del lavoro, nel sistema scolastico.

Lo sviluppo della trattazione si articola in quattro punti: Perugia e l'Umbria crogiuolo della riforma, L'Istituto di Igiene dell'Università di Perugia motore dell'intero processo, I tradimenti della 833 e gli allarmi inascoltati, lotta continua per una riforma sostenibile.

L'articolo è corredato di una ricca bibliografia che illustra i contributi portati alla tematica del processo riformatore e della riforma, prima e dopo l'anno di approvazione della legge 833.

Keywords: movements and reforming processes, democracy, integration, sustainability

SUMMARY

To demonstrate the University of Perugia Hygiene Institute contribution to the NHS creation is the main goal of this article.

Four main points are developed:

- in the early "50ies Perugia and Umbria Region socio-political context has been interested by a strong population movements in school, university, worksites, institution and unions as well

1. I contenuti dell'articolo hanno fatto oggetto di una relazione a due voci, presentata ad un Convegno (Pg 13.XII.18) celebrativo del 40° anniversario dell'approvazione della L.833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Autore per corrispondenza: lamberto.brizia@gmail.com

- the University Institute of Hygiene assumed a leading role of the reforming process for the enforcement a new law
- the new law has not been applied correctly and many warnings have been claimed by the above mentioned Institute and related persons
- a new struggle and fight for a sustainable N.H.S. are requested.

References of written materials before and after the enforcement of the mentioned law are presented.

0. Umbria e Perugia, culla della riforma sanitaria

I prodromi

Siamo sostanzialmente convinti di poter rivendicare per la nostra regione una sorta di primazia per l'avvio della riforma sanitaria; per tutto un ventennio ed oltre l'Umbria fu percorsa da una diffusa agitazione, una vera fibrillazione per usare un termine medico molto ben comprensibile che interessava ogni parte del territorio regionale. Un'ansia riformatrice, volontà di ricostruire il paese con forme nuove e progressiste.

Si era venuto creando un particolare clima socio-politico sostenuto da tutti i comparti del vivere civile che coinvolgeva l'intero corpo sociale. Un periodo felice di forte crescita, culturale e politica, foriero di positivi sviluppi sul terreno della democrazia e della coscienza civile, per lo sviluppo dei corpi intermedi di collegamento fra la popolazione e le istituzioni.

Nelle scuole e nelle Università, nelle fabbriche e nelle campagne, nei quartieri si muovevano movimenti per sostenere migliori condizioni abitative e di lavoro, una migliore assistenza sanitaria, il diritto allo studio: scuola, sanità, casa, sicurezza erano le parole d'ordine ricorrenti. Temi sui quali alcune rivendicazioni erano iniziate già verso la metà degli anni cinquanta; vale la pena di ricordare le cinque giornate di fermata del lavoro nelle acciaierie di Terni, a seguito delle quali fu siglato un accordo aziendale per migliori condizioni di lavoro (con personaggi diventati famosi come Alfio Paccara e Ettore Proietti Divi; le agitazioni contadine nelle zone del Trasimeno e dell'alto Tevere, guidate da Caponi e Antonini.

Le istituzioni locali, Comuni e Province mettevano mano a un processo di riordino dei servizi ed alla creazione di nuovi. Fiorelli e Mauri a Terni, Rasimelli e Gambuli a Perugia misero in piedi riforme significative delle strutture dedicate alla salute mentale, con la riforma degli ospedali psichiatrici e per la tutela della salute dei lavoratori. Il Comune di Perugia, sindaco Seppilli, riordinò profondamente i servizi comunali di Igiene ed organizzò scambi culturali e viaggi di studio a Bratislava, in Cecoslovacchia per studiare l'organizzazione dei servizi sanitari territoriali; la provincia di Terni con i sindacati confederali FIOM e FULC inviò una delegazione di operai e tecnici (guidata da Dominici e Mauri) a Postdam, nella RDT per conoscere i servizi sanitari comuni alle fabbriche ed al territorio nella regione del Brandeburgo.

I sindacati, a partire dal famoso congresso della CGIL a Genova (1960) nel quale fu iniziato un vero discorso rivendicativo sulla sanità e la sicurezza nel lavoro e da quello di Rimini poi, sotto la guida intelligente di Conti (poi indimenticato presidente della Giunta Regionale), e poi Trepiedi, Pomini, Spinelli, i segretari regionali che realizzarono una vera unità sindacale ante litteram di CGIL, CISL e UIL. Iniziò un'intensa attività nella fabbriche delle aree più importanti della regione, con i Consigli di Fabbrica della Terni, del Polo chimico, dalla Ellesse e della Perugia, della Nardi, delle Officine Grandi Riparazioni e della Conceria a Foligno, del Cotonificio di Spoleto, del Colorificio a Cannara, della Sirci a Gubbio, per ricordare solo quelli più importanti. I consigli di fabbrica interagivano spesso con i consigli di quartiere laddove le lavorazioni erano fonte di inquinamento ambientale. I tre Patronati Inca, Inas, Ital misero in piedi un gruppo di lavoro comune nel quale operavano medici dei servizi e dell'Università per intervenire nelle fabbriche a sostegno dell'azione delle rappresentanze sindacali e nelle vertenze di lavoro, organizzando anche attività formative dei lavoratori coinvolti nei consigli di fabbrica. Vanno ricordati fra i più attivi Abbritti, Briziarelli, Dominici, Mori, Siracusa, Taramelli, con i quali collaborano anche alcuni studenti di medicina.

Nell'Università l'Istituto di Igiene, guidato da Alessandro Seppilli, sviluppò un'intensa attività di collaborazione con le istituzioni ed i vari movimenti sui temi della riforma della sanità e della scuola, nella quale furono coinvolti numerosi docenti di altri istituti universitari, delle Facoltà di Lettere, Scienze politiche ed Economia. L'aula magna di Via del Giochetto per numerosi anni fu teatro delle riunioni di docenti e personale non docente impegnati nel dibattito sulla riforma universitaria; la stanza dei seminari era la sede principale delle riunioni dei comitati studenteschi. I docenti e gli assistenti dell'Istituto presidiavano tutte queste attività con il consenso del Direttore ed un dissenso, a volte anche apertamente dichiarato, delle superiori autorità accademiche. Un convegno molto importante fu celebrato nella sala dei Notari, con il coinvolgimento di Partiti, Sindacati, Scuole e Università di cui resta memoria in una pubblicazione di Cronache Umbre.

Da tutte queste attività furono poste fondamenta strutturali ed organizzative a vari livelli della struttura culturale ed operativa dell'intera regione.

I Comuni più importanti organizzarono Uffici comunali di Igiene e Servizi di medicina scolastica, sull'esempio di quelli di Perugia e Terni, in stretta collaborazione con le condotte mediche, veterinarie ed ostetriche. In collegamento con questi, nel comune di Perugia, furono create le Assistenti sanitarie di zona, modello antesignano dei futuri consorzi socio-sanitari fra Comuni e dei distretti di base delle future USL. Da segnalare il Consorzio di medicina scolastica istituito dal Comune di Foligno.

Province e Comuni principali costituirono l'IRES (Istituto di Ricerche Economiche e Sociali) per compiere studi e ricerche per il futuro Piano di sviluppo della Regione e successivamente il Centro Regionale per il Piano di Sviluppo Economico. Uno di noi,

studente del V anno di medicina, fu assunto in qualità di intervistatore per le indagini condotte dall'IRES.

Le Province, sulla scorta della legge sui Centri per le malattie sociali, misero mano ad un considerevole riordino e sviluppo dei Laboratori Provinciali di Igiene e dei Consorzi antitubercolari, e dettero vita ai primi consultori familiari (meritoria l'opera della dr.ssa Francesca Adami e delle ostetriche comunali). Nel comune di Perugia fu avviata così dall'Ufficiale sanitario Perari anche una concreta attività di prevenzione del cancro della cervice uterina, cui collaborò attivamente l'équipe del Centro Sperimentale di educazione sanitaria, guidata dalla prof. Modolo, con A. Ferrari, R. Grilli, L. Briziarelli, M. Mori, O. Monicchi.

I CPA di Terni e Perugia avviarono la profilassi della TBC mediante l'esecuzione di schermografie mobili nelle scuole e fra la popolazione generale, preceduta da un'intensa campagna informativa ed educativa della popolazione sempre in collaborazione con il CSES.

Sul territorio della regione geografica, i Comuni dettero vita alla costituzione di Consorzi, sedi di attivazione e discussione progettuale con le comunità locali, Si era creato il presupposto per la suddivisione territoriale delle USL.

1. La via della Riforma

Si era venuto formando così un ambiente in cui l'esigenza di una riforma della sanità si faceva sempre più forte e l'Istituto di Igiene risultò essere il fulcro del sistema.

La leva era senza dubbio Seppilli, educatore, politico, ricercatore. Maestro di concrete utopie, come fu definito da uno di noi nel ricordarlo in un volume voluto dall'Accademia della Facoltà di Medicina. Giunto a Perugia nel 1948, reintegrato nel ruolo di professore universitario dopo il forzato esilio imposto dalle leggi razziali del 1938, aveva iniziato la sua attività di docente in modo del tutto originale, mescolando all'interno dell'Istituto da Lui diretto, in modo del tutto originale e collaborativo, la tradizione e il nuovo, integrando significativamente ricerca e insegnamento e mettendole entrambe in relazione con il contesto sociale e la popolazione.

1.1. La tradizione e il nuovo

Alla Microbiologia e Igiene del suolo e abitato, Chimica e fisica applicate (tradizionale campo dell'Igiene classica che continua regolarmente con Candeli, Pitzurra, Scassellati Sforzolini) aggiunge presto una forte attenzione al sociale, tanto che l'Istituto era identificato come quello delle "quattro F" (Fluoro, Fumo, Freddo, Famiglia) e in più Educazione sanitaria, Programmazione e organizzazione sanitaria, Statistica sanitaria, embrione dell'epidemiologia, che diventeranno altri punti di forza delle sue attività future.

In questi due ambiti innovativi si avevano precisi riferimenti storico-politici negli anni: la prima legge sanitaria (Crispi-Pagliani del 1888, regolamento applicativo del 1901); l'operato degli Igienisti Celli e Crudeli; il T.U.LL.SS. del 1934 e le sue istituzioni fondamentali, l'Ufficio comunale di Igiene e la Condotta medica. Assieme alle disposizioni dell'OMS, all'UIES, appena fondata a Ginevra nel 1951, al Servizio sanitario inglese di Atlee e Beveridge, erano questi i temi su cui fummo istruiti e fatti lavorare all'interno dell'Istituto. Va ricordato che il Comitato di liberazione del nord Ovest (presieduto da Augusto Giovanardi) aveva tracciato un primissimo modello di SSN ed il convegno di San Pellegrino aveva indicato la strada su cui operare.

1.2. La Scuola di specializzazione

Molto importante l'attività della Scuola di specializzazione, che divenne la fucina della sanità pubblica, da cui uscirono i futuri Ufficiali sanitari dei comuni e Direttori USL, Aziende ed ospedali, della nostra e di altre regioni. Tutte le principali città umbra ebbero uffici comunali di Igiene diretti da validissimi ufficiali sanitari, Barro, Costabile, Migni, Salciarini, Chirico e ospedali con Direttori sanitari come Carnevali, Salcerini, Menichetti, Pasqualucci. Dalla Scuola sortirono anche medici provinciali, come Ragni.

1.3. Gruppi di lavoro, studi e ricerche

Nell'ambito dell'Istituto di igiene, oltre ai settori tradizionali affidati agli aiuti anziani, per la programmazione ed organizzazione sanitaria si crearono due specifici gruppi di lavoro, guidati da assistenti volontari, M. Antonia Modolo e M. Mori, affiancato da G. Barro; questi ultimi furono i primi collaboratori di Seppilli a parlare di riforma sanitaria. Attorno a costoro ci sono giovani allievi, L. Briziarelli, V. Mastrandrea, P. Menichetti cui si aggiungono alcuni medici frequentatori dell'Istituto, (tra i più assidui, O. Carnevali, F. Costabile, P. Morlunghi) che già occupano ed occuperanno posti di dirigenti sanitari negli Uffici comunali di Igiene e negli Ospedali, nelle future Usl e Aziende sanitarie. Tutti impegnati in ricerche e studi preparatori sui diversi temi del futuro servizio sanitario, che troveranno esplicitazione in numerose attività convegnistiche e pubblicazioni a stampa. Per acquisire documentazione diretta delle realtà di altri Paesi con servizi sanitari significativi, furono compiuti diversi viaggi di studio in Gran Bretagna, URSS, Jugoslavia, Cecoslovacchia da parte dello stesso Seppilli e di tutti i principali collaboratori (Modolo, Mori, Barro, Briziarelli, Mastrandrea, Menichetti). Sulla base dei rapporti delle esperienze rilevate furono impostate le scelte per l'assetto organizzativo della USL e delle sue articolazioni interne.

La documentazione di queste attività all'estero è presente in diverse pubblicazioni, una delle quali anche in collaborazione con il Censis.

1.4. Attività promozionali

L'Istituto tutto, Seppilli in testa, si impegnò intensamente in attività promozionali per la attuazione della riforma sanitaria, creando una fitta rete di rapporti in molte regioni e partecipando a incontri in sedi diverse, accademiche, professionali, ordinistiche, politiche, sindacali. A livello centrale sono stabiliti solidi rapporti con Giovanni Berlinguer, Severino Delogu, Giancarlo Bruni, Luigi Mariotti, rappresentanti per lo specifico settore della sanità del PCI, della DC e del PSI. Importanti contatti con numerosi professionisti impegnati, come Angeletti, Cennamo, Cappelli, Gambassini, Nicoletti, Principe, Rosaia, con i quali si costituì un insieme di attivisti che giravano l'Italia propagandando le idee per la riforma. Subendo anche duri attacchi in diverse parti del Paese. Un rapporto particolare, mediato soprattutto da Seppilli, fu stabilito con l'associazione dei medici condotti, a livello nazionale e locale, che appoggiarono le idee della scuola perugina; al contrario, l'organizzazione dei medici generici, la FIMMG, fu una forte oppositrice della riforma, attraverso lo slogan di una presunta impieगतizzazione del medico. A Perugia l'Ordine dei Medici, diretto all'epoca da Pacifico e Figorilli, sottopose due dei più impegnati (Mori e Briziarelli) ad una sorta di processo inquisitorio, chiamandoli a presentare e discutere di fronte al Consiglio il primo elaborato sulla futura Unità Sanitaria Locale.

L'attività promozionale si estrinsecò anche in numerose manifestazioni ufficiali, Congressi. Convegni, Seminari, incontri di lavoro che si svolsero non solo a Perugia, Terni, Piediluco (Villalago), ma anche in altre regioni, a Bologna e Bolzano per ricordare quelli più significativi. In essi si registrò un fenomeno rilevante, una mescolanza di ricercatori e operatori sanitari, politici, esperti, amministratori, sindacalisti, non solo nei dibattiti, ma nella comune preparazione delle relazioni principali. In questo ambito si realizzò un rapporto importante con l'Istituto di Igiene dell' università di Milano, diretto da Giovanardi che - con Fara, suo collaboratore universitario e suo successore alla cattedra e Comelli, ufficiale sanitario a Cantù - aveva compiuto un processo di studi e ricerche simile a quello di Perugia.

Di essi rimane il segno tangibile in numerose pubblicazioni:

- Unità Sanitarie Locali e programmazione sanitaria, Perugia 28-29 giugno 1964, *Tecnica sanitaria*, Milano, 1965, pp.183
- Il personale sanitario non medico nella programmazione sanitaria, Perugia, 16-18 giugno 1967, *Tip. Porziunca*, Assisi, 1968 pp. 295
- Incontro internazionale di studio sul ruolo della Regione nella organizzazione dei servizi sanitari. Bolzano, 7-8 dicembre 1967, Regione Trentino-Alto Adige, 1968, quaderno n.11, pp.192
- XXIV Congresso nazionale di Igiene, Bologna 1966, Ed. AIISP, 1968
- XXVIII Congresso nazionale dell'Associazione italiana per l'Igiene la sanità Pubblica, Perugia- Terni, 1-4 giugno 1976, *Tecnica sanitaria*. 1976.

- Seminario di studio su “La politica dell’informazione nel sistema socio sanitario”, Villalago (Piediluco, Terni) 3-4-5 novembre 1977, Le Monnier, per IRPET, Firenze 1979, pp.217

1.5. La Commissione Nazionale e la L.833

Nel 1967, fu istituita dal Consiglio Superiore di Sanità la Commissione nazionale per lo studio della riforma sanitaria, nella quale erano riuniti i maggiori esperti della materia e coloro che avevano avuto un ruolo attivo in quegli anni, assieme a politici dei partiti dell’arco costituzionale. In essa Alessandro Seppilli ebbe un ruolo preminente, quello di presidente, tanto che il consesso fu spesso indicato con il suo nome. Essa terminò i lavori nei primi anni settanta, rimettendo un ponderoso rapporto definitivo, da cui scaturirono in Parlamento diversi progetti di legge. Cinque di essi furono sintetizzati in un unico testo che avrebbe dovuto essere approvato nel 1977 ma che invece trovò sanzione definitiva solo il 21 dicembre dell’anno successivo, pubblicato in Gazzetta con la data del 23 e n. 833. Esso fu approvato con una larghissima maggioranza e solo circa settanta contrari. Era Ministro della sanità l’on. Tina Anselmi, una grande donna reduce della resistenza. Ma il Governo entrò improvvisamente in crisi e, ironia della sorte, divenne Ministro della sanità un parlamentare del partito che aveva votato contro la legge di riforma del SSN.

2. La presenza a livello nazionale

Dopo il ‘78, Seppilli e diversi suoi collaboratori rivestirono ruoli importanti a livello nazionale, eletti al parlamento, membri di Comitati nazionali, come il Consiglio Superiore di Sanità, il Comitato Scientifico dell’ISPESL, la Commissione per la Relazione sanitaria del Paese presso il Ministero della Sanità, Comitati presso il Ministero della Pubblica istruzione.

Forte fu la presenza nelle Regioni e Amministrazioni locali: per la consulenza e la redazione di Piani regionali di Umbria, Piemonte, Trentino-Alto Adige, Marche, Basilicata, Sardegna, Calabria, Lazio, Marche, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Toscana. I professionisti usciti dalla Scuola di Specializzazione occuparono numerosi incarichi di Direzione di USL e ASL, di Distretti e Centri di salute in Alto Adige, Campania, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto.

3. Indicazioni, allarmi e richiami, poco ascoltati

Dopo la conclusione dei lavori della Commissione per la Riforma, nelle more per la preparazione del DDL attuativo, Seppilli e coll. iniziarono a monitorare l’andamento ed a fornire indicazioni relative agli allontanamenti dai contenuti nel documento finale. Un primo lungo testo fu pubblicato già nel 1972, nel quale si ribadivano tutti i lineamenti del documento della Commissione e poi nel 1976 una seconda edizione dello stesso

testo, rinnovato alla luce dei lavori parlamentari, metteva chiaramente in evidenza tutti gli elementi negativi contenuti nel DDL, in ordine in particolare agli aspetti gestionali delle USL, al loro funzionamento, ai rapporti con la popolazione, alla garanzia della sua partecipazione. Ulteriori chiarimenti furono poi presentati nel 1978, rispetto al testo definitivo che fu poi approvato nel dicembre di quell'anno. E Seppilli intervenne direttamente ancora nel 1979, 1981, 1983, parlando senza mezzi termini di "Patologia del SSN".

Nel 1983, in accordo con l'Assessore regionale umbro Lorenzini, venne convocata a Todi un'assise che si ripeté per tre anni, "I padri della riforma si interrogano", nella quale membri della Commissione per la riforma e numerosi esperti nazionali e locali dibatterono sull'andamento del servizio sanitario in gestazione e in parte nato, fornendo indicazioni e suggerimenti per il suo ulteriore sviluppo. Suggerimenti quasi del tutto inascoltati tanto che nel 1990, la Fondazione Celli e l'Assessore regionale Guidi convocarono un ulteriore incontro a Todi ("Quale riforma stiamo preparando") di fronte alla predisposizione di atti normativi del Governo (che vedranno la luce poi nel 1992), in cui molti degli stessi presenti a Todi nei tre anni sopra detti denunciavano in un lungo documento i rischi di provocare una seconda Riforma sanitaria, decisamente peggiorativa di quella approvata con la 833.

Numerosi altri richiami si susseguirono, fra i quali segnaliamo a Perugia quelli del 2005, in occasione del decennale della scomparsa di Seppilli e del 2011, in un convegno per celebrare il 150° dell'Unità d'Italia.

Alla luce degli eventi successivi all'approvazione della L. 833 possiamo affermare, ripetendo ancora oggi ciò che fu detto più volte, che in realtà la vera riforma dettata dalla 833 non era mai pienamente avvenuta. A cominciare dagli anni immediatamente successivi, quando divenne ministro delle Sanità un membro di un partito che in Parlamento aveva votato contro la legge. Ma soprattutto si manifestava nell'intero Paese un'inerzia incredibile nel portare avanti le realizzazioni previste, come la costruzione delle USL, con la permanenza, in larga parte del mezzogiorno delle strutture provvisorie che avevano sostituito le mutue (SAUB), la mancata fiscalizzazione degli oneri ed il mantenimento del sistema assicurativo di finanziamento del servizio sanitario.

4. Lotta continua per una riforma sostenibile

Un clima politico positivo, l'impegno delle istituzioni locali e delle organizzazioni sindacali, il lavoro di studiosi aperti e lungimiranti furono le condizioni di contesto che favorirono la nascita del Servizio Sanitario Nazionale. Ma, nel momento in cui appare necessario ed urgente salvaguardare e rilanciare i valori, i principi fondanti della L. 833/1978, tale contesto appare assai diverso e-a prima vista- sconsolante.

Vediamo perché.

Il clima politico è - come facilmente tutti possono constatare - tutt'altro che positivo. Litigiosità e divisione tra le forze politiche (maggioranza e opposizione, ma anche nella stessa maggioranza); privilegio per i proclami propagandistici, piuttosto che per le riflessioni ponderate sui problemi; audience a posizioni superficiali e antiscientifiche, anche su temi che sembrerebbero semplici da trattare, nella loro indiscutibilità (clamoroso il caso delle vaccinazioni!): sono tutti fattori che non depongono a favore di una seria discussione sul nostro sistema di welfare e sulla nostra organizzazione sanitaria.

Rispetto a quest'ultima, le posizioni recentemente espresse in sede ministeriale - e governativa in generale - sono altalenanti tra una generica accettazione del concetto dell'universalismo e della natura pubblica del sistema ed uno spazio sempre maggiore alle "sirene" della insostenibilità della spesa sanitaria per le finanze pubbliche ed anche della necessità di accentuare il ruolo del "secondo pilastro", quello assicurativo. Ci si rallegra, certo per la ribadita buona performance dell'Italia nelle classifiche internazionali sui sistemi sanitari ma - al contempo - si assiste alla doccia scozzese delle dichiarazioni di esponenti governativi: il Ministro della Salute dice "più risorse!"; un Vice-Presidente del Consiglio tuona che "nemmeno un euro della sanità verrà toccato"; ma l'altro Vice-Presidente del Consiglio parla di tagli al sistema sanitario; e la "flat-tax", che non va certo nella direzione dell'universalismo, è solo accantonata; il Ministro dell'Economia (e non solo lui...) paventa tagli alle spese, in caso di problemi con l'Europa.

Del resto, assai limitato appare l'impegno delle istituzioni regionali e locali, dei sindacati. Anzi, va sottolineata con preoccupazione l'ampia tendenza delle Regioni a chiedere maggiore autonomia in campo sanitario, richiesta che pare trovare accoglimento in una parte del Governo: con il concretizzarsi di tale orientamento, si determinerebbe la frattura definitiva in due del Paese, con Regioni (nel Nord e nel Centro) con un funzionamento ed un finanziamento più efficienti ed efficaci, ed altre (il Sud!) con difficoltà anche superiori a quelle attuali. C'è da chiedersi se vale la pena, soltanto per inseguire l'andazzo del federalismo populista, frantumare l'unitarietà del sistema sanitario pubblico, trasformandolo in tanti sistemini regionali diversi e - magari - incomunicabili! Ma è il caso di porsi anche un'altra domanda: risponde al vero l'affermazione che la nostra spesa sanitaria non sia sostenibile per le finanze pubbliche e che sia necessario allargare l'ambito della presenza delle assicurazioni?

Il nostro Paese spende per la salute meno di quasi tutti gli altri Paesi OCSE, in termini di percentuale sul PIL; anche l'incremento della spesa sanitaria nel tempo è molto più modesto di quello di altri Paesi. Un bel libro di Marco Geddes da Filicaia ("La salute sostenibile") dimostra scientificamente tali situazioni, con dati e confronti inoppugnabili. E' chiaro, dunque, che la nostra spesa sanitaria, e l'incremento di essa, sono in sostanziale equilibrio. Così come è chiaro che le inefficienze del sistema non sono le cause uniche, né quelle prevalenti delle nuove necessità di spesa sanitaria. Sono le esigenze, i bisogni, che

crescono: è il benessere che cresce, con i suoi nuovi equilibri. Bisogna convincersi che è impossibile comprimere i costi dei servizi alla persona.

Geddes, nel suo libro, dimostra ampiamente la inconsistenza delle posizioni che caldeggiavano l'allargamento della presenza assicurativa quale panacea per le finanze sanitarie italiane: infatti, è noto che le assicurazioni si guardano bene dal proteggere il segmento più debole della nostra società, quello degli anziani e dei grandi anziani, che è proprio quello per il quale oggi ed in prospettiva sono più necessarie risorse ulteriori per far fronte ai bisogni di salute.

Dunque, almeno sul versante scientifico, degli studiosi e degli operatori più aperti, qualcosa si muove!

Allora, possiamo proporci che proprio qui, anche da noi, in Umbria, si lavori per una ripartenza, per una nuova stagione di studi, di ricerche di impegno tendenti a rilanciare i principi della Legge 833/1978.

L'universalismo, innanzi tutto: il diritto di tutti alla difesa ed alla promozione della salute; il dovere di tutti a partecipare al finanziamento dei servizi, con una fiscalità generale progressiva ed equa.

La riaffermazione delle "3P" come principi ispiratori del nostro sistema sanitario:

- la partecipazione dei cittadini, anche attraverso i loro rappresentanti nelle istituzioni locali;
- la programmazione dei servizi, quale metodologia che impedisca sprechi e duplicazioni e favorisca l'appropriatezza. Su di essa, anche Geddes, nel libro citato, si sofferma, calcolando nel 22% i minori costi possibili per il sistema derivanti da una "manutenzione con il cacciavite", fatta di tantissimi piccoli momenti di maggiore attenzione da parte degli operatori, puntando sulla medicina di base, ed anche dei cittadini.
- ma, soprattutto, la prevenzione!

E' indiscutibile che si debba puntare a fronteggiare bisogni di salute crescenti non limitandosi a ridurre l'incidenza delle malattie più diffuse e - dunque "costose" -, ma lavorando per eliminarle alla radice, impedendone al massimo l'insorgenza. E ciò si può realizzare solo parzialmente utilizzando i servizi sanitari, che comunque vanno fatti funzionare al meglio, nonché rintuzzando le crescenti lusinghe della medicina preventiva che possiamo definire "mercantile" (pacchetti assicurativi, addirittura offerte su Groupon).

Quello che serve davvero è una società capace di scegliere e praticare la sostenibilità culturale e politica complessiva, che ponga l'attenzione sui determinanti di salute ed intervenga strutturalmente su di essi, per ottenere la riduzione dei bisogni di salute.

E' un discorso più volte affrontato da parte della scienza più attenta, ma che non trova ancora adeguato ascolto nella politica, nei suoi livelli decisionali, molto più propensi a fare

scelte di impatto mediatico ed elettorale a breve termine che ad investire in programmi a lungo termine, anche se ambiziosi.

Prevenzione. Una parola-chiave, che potrebbe essere utilizzata anche per dare un po' di sostanza ad un annuncio che appare meramente propagandistico, come il reddito di cittadinanza. Si pensi alla possibilità di individuare le numerosissime occasioni di lavoro, nuove ed aggiuntive, per realizzare un programma di prevenzione delle malattie.

E programmi di prevenzione dovrebbero riguardare i dissesti idro-geologici; il rischio sismico; e nuove necessità di lavoro potrebbero individuarsi in programmi di realizzazione di infrastrutture e trasporti moderni e rispettosi dell'ambiente, nonché nell'incentivazione di stili di vita adeguati.

Ecco che, allora, un provvedimento assistenziale potrebbe assumere significato diverso, divenendo "lavoro di cittadinanza" e traguardando alla piena e buona occupazione.

Ma si potrebbe (meglio forse dovrebbe) andare anche oltre riprendendo in considerazione il discorso - che sembra dimenticato - dei beni comuni, coniugando la salute con i suoi determinanti ambientali e sociali, materiali ma anche immateriali, come la cultura il sapere, la previdenza, la previsione. Riproponendo il discorso sull'integrazione, sulla globalità, sulla separatezza.

L'iniziativa della SItI Umbria, che siamo onorati di aver presieduto nel passato, è dunque occasione provvida per ricordare un genetliaco, quello della Legge 833/1978; ma anche per trasmettere un messaggio di speranza e di impegno, a noi operatori, innanzi tutto ed alle nostre istituzioni regionale e locali, alle forze sociali.

Occorre un nuovo patto per la salute, fondato sull'appropriatezza, per garantire eguaglianza, solidarietà, equità al sistema sanitario: proponiamolo dall'Umbria, come cinquant'anni fa fu possibile a Seppilli.

Noi, più anziani, lasciamo il testimone a coloro che potranno, avendo tempo di fronte a loro, lavorare concretamente in questa direzione.

Documentazione delle attività della Scuola prima della Legge di riforma (in ordine cronologico)

1. M.Mori. Basi tecniche per una politica sanitaria. L'educazione sanitaria 1963, 8,227
2. M.Mori. Unità Sanitarie Locali e programmazione sanitaria.L'educaz. sanit.,1964,9,217
3. A.Seppilli, M.Mori, G.Barro. Prospettive per una programmazione sanitaria della Regione Umbra. Tecnica Sanitaria,1965, 3,301
4. A.Seppilli,M.Mori.G.Barro e L Briziarelli, O.Carnevali, V.Mastrandrea. 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 1965, pp.134
5. G.Barro,M.Mori. Regioni, Enti locali e riforma sanitaria. Annali della Sanità Pubblica, 1965,25,477
 6. G.Barro,L.Briziarelli, V.Mastrandrea, M.Mori. Le strutture sanitarie dei comuni dell'Umbria: distribuzione dei servizi e loro costo. L'Igiene moderna, 1967,60,750
 7. G.Barro, L.Briziarelli, O.Carnevali, V.Mastrandrea. 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
 8. A.Seppilli. Prospettive della programmazione regionale sanitaria in Italia. Atti dell'Incontro internazionale di studio sul ruolo della Regione nell'organizzazione dei servizi sanitari, Bolzano, 1967,7-8 dicembre
 9. G.Barro, O.Carnevali, P.Menichetti, M.Mori. Il piano ospedaliero dell'Umbria. Premesse e scelte. Il Comune Democratico, 1968,23,44
 10. M.Mori, P.Menichetti. La medicina preventiva in Cecoslovacchia e Jugoslavi: importanza e sviluppo organizzativo. Atti del XXIV Congresso nazionale di Igiene 1966, Ed.AIISP,1968,104
 11. G.Barro, F.Costabile, V.Mastrandrea, D.Perari. 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, 1968,4,1
 12. R.Angeletti, G.Barro, O.Carnevali, S.Delogu, M.Mori. Piano ospedaliero per la regione umbra. Marsilio ed., Padova, 1968,pp. 142
 13. A.Seppilli. Linee generali della riforma dei servizi sanitari. Notiz.Amm. San. 1969,21,1
 14. M.Mori, G.Paulin, L. Briziarelli. L'inserimento del farmacista nell'Unità Sanitaria Locale. Il Farmacista, 1971,1,21
 15. A.Seppilli, M.Mori, P.Menichetti. Studio e proposte organizzative ed operative per una Unità Sanitaria Locale nel comprensorio della Vallagarina (Trento) . Tecnica Sanitaria, 1971,613
 16. A.Seppilli, M.Mori, M.A.Modolo. Significato di una riforma(Motivazione e finalità del progetto di Riforma sanitaria). Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1972,pp.210
 17. S.Pirastu, L.Briziarelli, M.Mori. Linee di un piano per la definizione di Unità Sanitarie Locali in Sardegna. La programmazione in Sardegna,1972,7,60
 18. M.Mori, F.Costabile. Verso la riforma sanitaria. Proposta di regolamento per Consorzi sanitari. Coop. Univ. Firenze, 1972, pp.87
 19. A.Seppilli. Presupposti per l'attuazione della riforma sanitaria. Il polso, 1973,15 marzo

20. A.Seppilli. Educazione sanitaria e partecipazione nel quadro della riforma sanitaria. *Difesa Sociale* 1973,52,195
21. L. Briziarelli et Al. L'évaluation des programmes de santé publique. Doc.Euro 4004 Bureau Reg. de l' Europe, Copenhague 1974
22. L.Briziarelli, M.A. Modolo, M. Mori. 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 1974.
23. R.Angeletti, B.Angelillo, C.Beguinot, G.Bruni., D.Furbetta, M.La Placa, M.Mori, Piano sanitario della Regione Marche. Ed. Regione Marche, Ancona, 1974
24. L.Briziarelli, A. Sturlese, P. Santacroce. Un contributo operativo per la conquista della riforma sanitaria nazionale. Sintesi descrittiva del servizio MESOP In: I poteri locali per la salute in fabbrica . Ed. Lega per le autonomie e i poteri locali, Roma 1975.
25. A.Seppilli, Discorso introduttivo al XXVIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene e la Sanità Pubblica, *Tecnica sanitaria*, 1976,14,151
26. A.Seppilli, M.A.Modolo, M.Mori. Significato di una Riforma. Motivazioni e finalità della riforma sanitaria. Seconda edizione, Il Pensiero Scientifico Ed. Roma, 1976,pp.239
27. I.Nicoletti, M.Mori,et Al. Contributi al piano socio-sanitario di Prato. Le Monnier, Firenze, 1976,pp.242.
28. M. Mori Il personale dei servizi sanitari e sociali. Proposta di piano socio sanitario. Regione Calabria, Ed Le Monnier, Firenze 1977.

Dopo la Legge di Riforma

29. A.Seppilli. La Riforma sanitaria. Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1978,1,3
30. A.Seppilli. La Riforma sanitaria ha decollato. Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1979,2,1
31. L. Briziarelli, G.Barro et Al. La politica dell'informazione nel sistema socio-sanitario Ed. Le Monnier, Firenze 1979, pagg. 217.
32. A.Seppilli. L'Unità Sanitaria Locale. Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1979,2,61
33. L.Briziarelli et Al. Proposta di piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1980-82 . *Bollett. Uf. Regione Piemonte*, Torino 1980, suppl. al n. 14.
34. L.Biziarelli, V.Bentivegna. La valutazione nella programmazione sanitaria .*Quale salute* 1980, n. 5. 25.
35. A.Seppilli. La riforma sanitaria: vogliamo parlarne seriamente? *Educazione sanitaria*

- e medicina preventiva, 1981,4,6
36. A.Seppilli. Patologia del S.S.N. Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1983,6,61
 37. A.Seppilli. All'erta..... Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1984,7,77
 38. L.Briziarelli. Proposta di piano socio-sanitario della Regione Piemonte per il triennio 1980-82. Bolltt.i. Uf. Regione Piemonte, Torino 1980, suppl. al n. 14.
 39. L.Briziarelli, V. Bentivegna. La valutazione nella programmazione sanitaria. Quale salute, 1980, n. 5, 25.
 40. A.Seppilli. S.O.S. La nave è in pericolo. Educazione sanitaria e medicina preventiva, 1984,7,209
 41. L.Briziarelli in coll. con al. I laboratori di sanità pubblica, nuova struttura multizonale delle USL. Tecnica sanitaria, 1984, 4, 319.
 42. L.Briziarelli. Il regolamento locale di igiene. Strumento di tutela del territorio e dell'ambiente. DAEST, Istituto Universitario di Architettura, Venezia 1984.
 43. AA.VV. Quale Servizio Sanitario stiamo preparando. Incontro di Todi, 13.14 gennaio 1990, Fondazione Angelo Celli, Perugia 1990
 44. L.Briziarelli, G. Bo e A. d'Atri. Equità ed efficienza nel Servizio Sanitario Nazionale. La salvaguardia dei diritti del cittadino nel contenimento della spesa sanitaria. L'Igiene Moderna, 1996, 105, 767-815.
 45. L.Briziarelli, G. Pilati. Modelli organizzativi per l'educazione sanitaria. Dalla L. 833 al D.L. 502: il punto di arrivo prima dei decreti per il cosiddetto riordino. L'Igiene Moderna, 1996, 105, 1551-1565.
 46. L.Briziarelli, L. Bertinato, C. Magliocchetti, G. Pocetta, M.C. Mazze).Analisi dei modelli organizzativi ed operativi delle Istituzioni (Regioni, Aziende Ospedaliere, ASL e loro articolazioni) preposte in Italia alla promozione della salute, educazione sanitaria ed informazione dei cittadini. Aggiornamento al luglio 1996 In: Atti della 3° Conferenza Europea sull'efficacia "La qualità nella promozione della salute e in educazione sanitaria". Torino 12-14 Settembre 1996, pag. 76-81.
 47. L.Briziarelli. Federalismo e Sanità. In M. Geddes, G. Berlinguer (a cura). La Salute in Italia, rapporto 1997, pag. 43, EDIESSE, Roma, 1997.
 48. L.Briziarelli, G. Pocetta. Validazione di un modello organizzativo di tipo funzionale dei Servizi di educazione sanitaria per i livelli Regionale e Aziendale del S.S.N. Annali della Sanità Pubblica, 1998, III, 145.
 49. L.Briziarelli. La sanità pubblica nel contesto neo-liberista. Salute e Territorio, 2001, 22, 274-276.
 50. L.Briziarelli, G. Masanoti, G. Pocetta, et Al.,Basing the National Health Report on the evaluation of the "Health for All 2000". in Health: an investment for a just Society, Book of abstract, IUHPE, Paris, 2001, 104

51. L.Briziarelli. Public health in a neo-liberal environment. In: Proceedings of International CIANS Conference “Neuro-psycho-physiology and Behavioural Intervention in Psychosomatics, Stress Disorders and Health Promotion”. Palermo 3-6 Ottobre, 2001, Ed. CIANS, Milano 2002, pag. 88-92.
52. L.Briziarelli. L’Assistenza sanitaria di base e la Promozione della salute: da Alma Ata a Health 21.Implicazioni per la medicina di base, verso un nuovo rapporto con il sociale. Educazione sanitaria e promozione della salute, 2004,27,99-107
53. M.A.Modolo, G.Barro, L.Briziarelli, M.Mori. Alle radici del Servizio Sanitario Nazionale. La figura ed il ruolo di Alessandro Seppilli. Sistema Salute. Educazione sanitaria e promozione della salute, 2006.29,46
54. L.Briziarelli, M.C.Marazzi, P.Scarcella, L.Palombi, M.Magnano San Lio. Le politiche di sanità pubblica di fronte alle sfide demografiche. Educazione sanitaria e promozione della salute,2007,30,146-157
55. G.Barro,L.Briziarelli, M.A.Modolo, Interventi in A 30 Anni dalla Riforma Sanitaria. SPI CGIL. Perugia 2009
56. L.Briziarelli, Z.Ismail, R. Federici, M. Biribanti, G.Pocetta. Risultati principali dell’indagine condotta dal PEHRG e dall’INMP sulle politiche sanitarie e sociali adottate dalle Regioni e dalle Province autonome italiane relativamente alla tutela delle popolazioni fragili e immigrate. In Disuguaglianze in salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane (a cura di Giannoni, Casucci, Ismail), Franco Angeli, 2012, pag 78-113
57. M.A.Modolo. Rilancio di un’azione. Sistema Salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute, 2012.56,35
58. L.Briziarelli. L’evoluzione del sistema sanitario italiano. Sistema Salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute, 2012.56,48
59. G.Barro. Ragionamento sulla sanità, oggi e ieri. Fuori della crisi con più welfare Sistema Salute. La rivista di educazione sanitaria e promozione della salute, 2012.56,114
60. L.Briziarelli. Ora e sempre (resistenza) promozione, prevenzione, educazione. Editoriale, Sistema salute, La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute. 2014,58,263

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

40 anni della Legge 180 *Forty years of Law 180*

Francesco Scotti

Psichiatra, Docente della Scuola COIRAG di Roma, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della USL di Perugia

Parole chiave: Legge 180/78; Legge 833/78; ospedale psichiatrico; salute mentale; integrazione dipartimentale dei servizi.

RIASSUNTO

La Legge 180/78 è stata l'anticipazione, per la psichiatria, della riforma sanitaria introdotta con la legge 833/78. Vi è un lungo tempo, anteriore ad essa, e precisamente a partire dai primi anni '60, che è punteggiato da esperienze di nuova psichiatria, caratterizzato inizialmente da un movimento antimanicomiale e successivamente polarizzato sulla costruzione di una psichiatria di comunità, con la messa in opera di reti di servizi di salute mentale. In questo articolo vengono descritte le condizioni politiche e culturali che hanno permesso l'avvio e lo sviluppo a Perugia di una delle esperienze italiane più importanti che hanno portato al superamento della legge sui manicomi e sugli alienati del 1904 con la Legge che oggi è conosciuta, in Italia e nel mondo, come Legge Basaglia. L'illustrazione di un'esperienza concreta è necessaria per capire il valore della rivoluzione culturale che la legge che oggi celebriamo ha avuto per la psichiatria italiana con un potenziale innovativo non sempre rispettato e non ancora esaurito. Il valore dirimpante di questa legge sullo stato della psichiatria italiana dell'epoca è provato anche dal numero, veramente eccezionale, delle minacce di abrogazione e di riforma che sono state portate avanti in questi anni e che, grazie ad una mobilitazione generale, e non solo degli psichiatri "illuminati", sono cadute nel vuoto.

Questo testo, scritto da uno psichiatra, è dedicato, nella sua parte iniziale, alla rievocazione di due figure il cui contributo viene da campi extrapsichiatrici, uno dalla politica e dall'amministrazione, l'altro dall'antropologia culturale.

Nella seconda parte vengono discussi, accanto ai meriti fondamentali della Legge, che sono la chiusura dei manicomi e la organizzazione dipartimentale dei servizi di tutela della salute mentale, i suoi limiti, che hanno concorso alla sua fragilità e, indirettamente, all'attuale stato di crisi.

Keywords: Law 180/78; Law 833/78; psychiatric hospital; mental health; departmental integration of services

SUMMARY

Law 180/78 was the anticipation, for psychiatry, of the health reform introduced by Law 833/78. There is a long time, prior to it, and precisely from the early '60s, which is punctuated by experiences of new

Autore per corrispondenza: francescotti@navigio.net

psychiatry, initially characterized by an anti-manicomial movement and later polarized on the construction of a community psychiatry, with the implementation of networks of mental health services. This article describes the political and cultural conditions that have allowed the start and development in Perugia of one of the most important Italian experiences that led to the overcoming of the law on asylums and alienated people of 1904 with the law that is now known, in Italy and worldwide, as the Basaglia Law. The illustration of a concrete experience is necessary to understand the value of the cultural revolution that the law we are celebrating today has had for Italian psychiatry with an innovative potential not always respected and not yet exhausted. The disruptive value of this law on the state of Italian psychiatry of the time is also proven by the truly exceptional number of threats of repeal and reform that have been carried out in recent years and that, thanks to a general mobilization, and not only of "enlightened" psychiatrists, have fallen into a vacuum.

This text, written by a psychiatrist, is dedicated, in its initial part, to the re-enactment of two figures whose contribution comes from extra-psychiatric fields, one from politics and administration, the other from cultural anthropology.

In the second part, in addition to the fundamental merits of the Law, are discussed the closure of asylums and the departmental organization of services for the protection of mental health, its limitations, which have contributed to its fragility and, indirectly, to the current state of crisis.

1. La 180 prima della 180 a Perugia

Quando si dice 180 non c'è bisogno neppure di specificare che è una legge e che è stata promulgata nel 1978. E' la legge che ha abolito i manicomi e, confluendo poi nella legge di riforma sanitaria (833/78), ha incardinato definitivamente la psichiatria nel sistema di salvaguardia della salute ponendo fine a un regime di apartheid per i malati mentali. Ha abolito definitivamente la legge del 1904, quella che diceva ai malati, fin dal loro ingresso in manicomio, "perdete ogni speranza o voi che entrate." Ha ridato i diritti civili a quanti li avevano persi a causa del ricovero in ospedale psichiatrico, grazie all'abrogazione di alcuni articoli dei codici, penale e civile (1).

Che vuol dire "La 180 prima della 180"? Vuol dire che a Perugia l'Amministrazione Provinciale, che gestiva il manicomio, ha incominciato a trasformarlo fin dal 1965; l'ha aperto all'esterno, non solo abbattendo le mura e le reti che lo isolavano dalla città, ma rendendo la vita che si svolgeva al suo interno accessibile a chiunque avesse voluto metterci il naso, in qualunque momento della giornata e, soprattutto, partecipando alle assemblee che erano diventate il momento più importante della vita ospedaliera; ha incominciato a svuotarlo, dimettendo i ricoverati; ha costruito una rete di servizi di territorio per offrire a chiunque ne avesse bisogno un'assistenza più moderna: più umana, più efficace, più facilmente fruibile (2).

Incominciare tutto questo nel 1965, cioè 13 anni prima della legge 180, significava farlo contro la predetta legge sui manicomi e gli alienati in vigore appunto dal 1904. Violare quotidianamente quella legge per offrire un'assistenza che fosse l'opposto di quella manicomiale, fu possibile perché l'Amministrazione Provinciale si fece promotrice di una

solidarietà su un nuovo progetto psichiatrico al quale parteciparono tutte le componenti della società: non solo gli psichiatri e gli infermieri, ma anche i sindacati, i magistrati, l'opinione pubblica e tutti i partiti (3).

L'impresa più importante fu di trasformare un servizio, fino ad allora separato e di scarso prestigio, in un momento di animazione sociale, con profonde ripercussioni sulla cultura della società umbra per quanto riguardava l'atteggiamento nei confronti dei malati mentali, il pregiudizio sul diverso, l'accoglienza nella vita quotidiana di chi era in difficoltà. Tutto questo fu il frutto di un lavoro lungo e paziente realizzato in incontri pubblici ma soprattutto con la presenza degli operatori della salute mentale nel territorio, in un lavoro che si potrebbe definire porta a porta (4).

La 180, nel 1978, venne a legittimare quanto era accaduto a Perugia già da anni e non ci fu -proprio per questo - nessuna rottura drammatica come è avvenuto altrove dove le novità sono scoppiate in modo improvviso, attivando violente opposizioni (5).

In questa cornice vorrei evocare due figure che sono tra i protagonisti del processo di autoriforma dell'assistenza psichiatrica; due figure che sono ormai scomparse e quindi non si possono ribellare a questa rievocazione che, molto probabilmente, non avrebbero gradito, essendo per loro carattere schive agli elogi e più attente al fare che al dire.

Sto parlando di Ilvano Rasimelli, presidente della giunta provinciale nel 1965, e di Tullio Seppilli, professore di antropologia culturale di fama mondiale, ma anche - e forse in questo è meno noto - consigliere provinciale all'epoca dell'avvio della riforma psichiatrica (6).

Essi impersonano gli elementi fondamentali e caratteristici del processo di trasformazione: quindi li presento perché ne sono figure emblematiche e in essi si riassumono capacità, valori, impegno che sono stati anche di altri, perché quella che sto ricordando è stata un'opera corale, cui molti hanno portato il loro contributo. Dicevo, figure emblematiche ma per motivi diversi.

Ilvano Rasimelli ha mostrato quello che poteva l'impegno politico e l'abilità amministrativa dedicate ad un compito scelto in applicazione di valori etici fondamentali. In lui si manifestava una alleanza tra almeno tre componenti. Aveva contemporaneamente:

- Buone idee da proporre per risolvere un problema che si presentava come assolutamente prioritario perché lo scandalo del manicomio non poteva più essere negato da un'amministrazione di sinistra.
- La convinzione che le buone idee devono essere sostenute da un consenso il più ampio possibile, mai fatte contro qualcuno. Le buone idee sono sempre utili ma sono poco efficaci se non riescono ad ottenere consenso; e non solo perché così la gente è disposta ad accettare i sacrifici spesso necessari per realizzarle; ma soprattutto perché il consenso garantisce la continuità del lavoro. Di questi tempi bisognerebbe aggiungere che un consenso senza buone idee è pericoloso.

- La capacità di trovare le risorse in un tempo di penuria, suscitare quelle nascoste e informali e grazie a questo cambiare radicalmente le cose senza spendere una lira in più di quanto costava la vecchia struttura.

La interazione di questi tre elementi ha caratterizzato tra il 1965 e il 1970 l'azione Rasimelli per il rinnovamento dell'assistenza psichiatrica.

Riporto qui alcuni passaggi di suoi discorsi:

Rasimelli al Consiglio Provinciale nella seduta 20 settembre 1965 (2).

“ Per affrontare il problema dell'Ospedale Psichiatrico, bisogna avere il coraggio di dire la verità fino in fondo, anche se dolorosa. Solo così è possibile comprendere le situazioni e capire che cosa bisogna fare per andare avanti. Nel giudicare la situazione attuale del nostro ospedale va detta una cosa come inizio di ogni discorso: il nostro ospedale non è all'altezza delle moderne esigenze terapeutiche”.

Questa argomentazione tagliava tutte le giustificazioni che erano state date dalle amministrazioni precedenti, anch'esse dello stesso colore politico, per addormentare lo scandalo dell'O.P. e cioè che si era fatto tutto il possibile, che mancavano le risorse, che si era in attesa di un progetto perfetto e quindi l'attuale stato era un compromesso che la speranza del nuovo aiutava a sopportare, che il potere dell'Amministrazione non era in grado di contrastare quello del Direttore, sostenitore dello status quo.

Rasimelli: 17 novembre 1969 – Riunione del personale dell'O.P. con la Giunta Provinciale.

“Noi oggi ci troviamo di fronte ad un vuoto. Noi sappiamo che abbiamo fatto dei passi avanti per garantire agli ospiti dell'O.P. di Perugia una maggiore libertà. Non siamo più ai livelli dei cameroni, delle celle di sicurezza generalizzate, delle fosse dei serpenti; siamo in un ospedale in cui viviamo in uno spirito abbastanza comunitario, con amici e con legami di solidarietà ed ampi margini di libertà. Dobbiamo aumentare la libertà degli ospiti dell'O.P., dobbiamo ancora rompere catene che impediscono tutto questo”.

“Ricordiamoci chiaramente che se non riusciamo a rompere l'isolamento prima o poi arriverà un burocrate, un giudice dagli occhi chiusi, un commissario di pubblica sicurezza con gli occhi chiusi, che ci darà la batosta; e noi non potremo più andare avanti, non potremo più garantire la libertà che vogliamo garantire, il processo di sviluppo che vogliamo garantire.

Per fare questo dobbiamo rompere il nostro isolamento, bisogna che i nostri infermieri, i nostri medici, stabiliscano legami più profondi e più seri con il mondo esterno, perché questa è una delle condizioni per avere la forza per andare avanti” (7).

La seconda figura emblematica è quella di Tullio Seppilli. Anche per lui ho scelto tre elementi per caratterizzare la sua azione:

- La ricerca antropologica come strumento per una conoscenza del mondo ma anche

come scopo del suo progetto di vita: capire per agire, insegnare per creare nuove energie disponibili.

- La militanza politica come impegno morale.
- La funzione di intellettuale che coniuga scienza e servizio al movimento operaio (8).

Tullio Seppilli (nel film “Fortezze vuote”, di Gianni Serra, 1974)

“Il problema della lotta contro l’istituzione manicomiale non si risolve se non si realizza una rete di servizi sul territorio, se non si realizza un rapporto con le popolazioni, con i sindacati, con i consigli di quartiere e consigli di fabbrica. Se cioè il discorso rimane un discorso settoriale. Noi supereremo le cause principali di malattia quando cambieremo la qualità della vita. Cambiare la qualità della vita non è un fatto di propaganda. E’ un fatto di organizzazione del modo di vivere, di una rete di servizi, di una coscienza più elevata. Allora potremo porci il problema perché in certi luoghi diminuisce lo sviluppo della malattia mentale e perché in altri non diminuisce; cosa vuol dire la disgregazione, cosa vuol dire la urbanizzazione, cosa vuol dire la condizione di emigrato: tutta una serie di cose che vanno affrontate.

Non illudiamoci. Quando noi andiamo a rompere le basi stesse della malattia, quando noi andiamo ad intervenire sulla fabbrica per cambiare il modo di lavorare nella fabbrica, quando andiamo ad intervenire nella scuola per cambiare il modo di funzionamento nella scuola, quando noi tocchiamo l’istituto familiare, non troveremo i consensi che noi troviamo nel parlare bene dei malati mentali, nell’avviare una politica settoriale psichiatrica. Allora gli scontri si riproporranno, perché cambiare la qualità della vita nella fabbrica implica grosse questioni, implica questioni sindacali, implica la lotta di classe.

A questo punto si riaprirà il dibattito che sembra sopito.

Noi potremo portare avanti questa unità, questa alleanza, se riusciremo a costruirla su una serie di lotte e di azioni estremamente concrete per evitare che il dibattito diventi puramente ideologico e per costringere quelli che sono a favore e quelli che non sono a favore, a misurarsi sulle situazioni concrete in cui la lotta va avanti”.

Ho scelto queste due figure non solo per il contributo importante che hanno portato alla costruzione di una nuova assistenza psichiatrica ma anche per la forza della loro testimonianza. Non ho però la pretesa di esaurire in poche frasi una presenza intensa, lunga e articolata; tanto meno di fare un ritratto che esaurisca la ricchezza di personalità che si sono espresse in molteplici modi e in diversi campi.

Nella storia politica e culturale dei due ho scelto certi elementi piuttosto che altri guardando anche al presente e alle carenze di oggi. Sulla base di questa analisi porrò una domanda che è stata alquanto trascurata negli ultimi tempi.

La psichiatria ha a che fare con la politica? E’ stato vero. E’ ancora vero?

E' cosa ovvia che abbia a che fare con la politica ogni risposta ai nostri bisogni e una parte notevole delle soluzioni dei problemi che incontriamo nella nostra convivenza. Ma se facciamo astrazione dalla psichiatria non è difficile accorgersi che in gran parte della medicina ci si può a lungo nascondere dietro una presunta neutralità, asetticità, che sarebbe garantita dall'applicazione di una conoscenza oggettiva, a fondamento di una qualche forma di indipendenza; ma, alla fine, non viene garantito niente a nessuno, in nome di una scientificità che non ha gambe per produrre progresso.

In psichiatria la relazione con la politica si vede, e non solo perché è incorporata nella storia della sua evoluzione, ma perché invade tutti gli ambiti della convivenza sociale e non occupa soltanto il campo della sofferenza individuale. È anche vero che la psichiatria occupa, nell'organizzazione sanitaria, un campo praticamente marginale, dal quale possono venire continui stimoli e sollecitazioni, ma che provoca continui fastidi. Essa svela il limite della medicina, la sua quasi impotenza di fronte alle necessità della cura di lunga durata; il suo esercizio è anche una spina nel fianco dell'organizzazione sociale che vorrebbe eliminare, radicalmente e rapidamente, tutto ciò che è irrazionale e inquietante. Queste particolarità fanno sì che i destini della psichiatria cambino secondo i tempi e i luoghi. È accaduto che in momenti di trasformazione della società e dei suoi valori gli psichiatri siano stati all'avanguardia, simbolo della forza di cambiamento; e in altri momenti siano stati e saranno rimossi, per diventare marginali come le persone di cui si occupano (10).

2. Le radici della “180” e la sua origine

Esperienze come quella di Perugia hanno costretto la cultura politica italiana a confrontarsi con un modo nuovo di intendere la malattia mentale e la sua cura.

Se ho parlato di Perugia è perché si tratta dell'esperienza che posso dire di conoscere fin dall'inizio. Ma non è certo l'unica. Non è a caso che la legge 180 sia nota come legge Basaglia, perché l'esperienza di Gorizia (11), e poi di Trieste, sono state esemplari per la costruzione di una nuova assistenza psichiatrica. Resta tuttavia un paradosso che l'espressione “legge Basaglia” sia sinonimo di “legge 180/78” perché inizialmente Franco Basaglia si dichiarò molto critico nei confronti di quella legge e solo tardivamente, applicando anch'egli il principio che il meglio è il nemico del bene, l'accettò come un onorevole compromesso tra posizioni avanzate e resistenze reazionarie. La legge 180/78 era nata per impedire il Referendum che il partito Radicale aveva sostenuto al fine di abolire la legge 1904 sugli alienati e i manicomio. L'abolizione di quella legge avrebbe prodotto un vuoto legislativo ¹. Fu così che la Democrazia Cristiana fece approvare la legge il cui primo firmatario era il Senatore Orsini, psichiatra dell'AMOPI (Associazione

1. Vedi verbale della seduta del 28 aprile 1978, della Camera dei deputati, Commissione XIV igiene e sanità pubblica, pag. 13-85 (12).

dei medici degli ospedali psichiatrici italiani) (13-14).

Quali novità introduceva la legge abolendo la normativa in atto? Vietava la costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici, ordinava la chiusura di quelli esistenti, pubblici e privati, riportava la gestione dei malati mentali alle norme che valevano per tutti gli altri malati. Paradossalmente anche la costrizione alla cura, che in casi particolari veniva introdotta, era disegnata sul modello dell'obbligo alla cura e all'isolamento già previsto per le malattie infettive.

In sintesi cosa ha significato la legge 180? È stata una legge che ha avviato un cambiamento radicale, per restituire diritti ai malati e dignità a chi si occupava di loro. Per semplificare in formule: la malattia mentale veniva sdoganata rispetto ad altre malattie e una legge sanitaria veniva introdotta al posto di una legge di pubblica sicurezza, legge speciale che perseguitava chi era "pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo"; dal punto di vista medico è la negazione del principio "una volta folle sempre folle", sostituito dall'affermazione "nessuno è sempre o totalmente matto". Ma non possiamo dimenticare un suo limite, che è innanzi tutto quello che, non imponendo vincoli certi, ci sarebbero voluti quasi 20 anni (1996) per giungere ad una reale chiusura dei manicomi; e poi ci sono voluti altri 20 anni per chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari che accoglievano i malati autori di reato che venissero giudicati socialmente pericolosi (15).

3. Dov'è la scientificità della "180"?

Se facciamo riferimento alle violente discussioni che hanno seguito la promulgazione della legge 180/78 non possiamo dimenticare la critica della sua presunta non scientificità: veniva presentata come il frutto di malsane teorie sulla patologia psichiatrica che avrebbero danneggiato innanzi tutto i malati. La storia ha dimostrato che era una critica infondata e che anzi la presenza del manicomio impediva che si sviluppasse una psichiatria scientifica. Sarà opportuno precisare che la sua novità non è l'abolizione del manicomio che, almeno in alcune regioni italiane, si era già dimostrata possibile, ma la prescrizione della organizzazione dipartimentale della psichiatria, che non era stata ancora tentata. Il Dipartimento nasce per rendere possibile che i servizi, di cui i pazienti hanno bisogno, costituiscano una rete. Il Coordinamento dei servizi, per realizzare il quale essi si riuniscono in Dipartimento, facilita l'uso del SPDC, dell'ambulatorio, della comunità protetta, dell'Ospedale di giorno, del Centro Diurno di riabilitazione, del foyer, e di tutte quelle forme di cura e luoghi di assistenza, che si sono via via moltiplicate (16). L'immagine di rete, che è stata particolarmente enfatizzata, dovrebbe suggerirci che non basta accostare questi servizi perché si costituisca una vera rete: l'accostamento di per sé può dare luogo a un circuito, non necessariamente a una rete. Se abbiamo facilitato il passaggio dall'ambulatorio all'ospedale di giorno, da questo al SPDC, dal SPDC alla comunità terapeutica, e così via, non abbiamo fatto molto: abbiamo creato

un meccanismo che facilita la delega del potere sul paziente da un'equipe all'altra, non un meccanismo di corresponsabilità delle diverse équipe, non un meccanismo che garantisca la continuità terapeutica.

Con la riforma sanitaria si è reso possibile il coordinamento, si è facilitato l'accesso ai servizi, si sono create le premesse per rendere disponibile a tutta la popolazione i servizi di salute mentale. Si sono creati i possibili luoghi del coordinamento: l'Azienda, il Dipartimento di salute mentale, il Distretto Socio-Sanitario (uso questa dizione perché penso che la scissione tra sociale e sanitario abbia ridotto enormemente le risorse disponibili per i pazienti psichiatrici e abbia introdotto ulteriori difficoltà nell'integrazione delle prestazioni di cui il paziente ha bisogno).

Ma i luoghi del coordinamento non sono automaticamente i luoghi dell'integrazione. L'integrazione tra gli interventi presuppone che ci sia una reale solidarietà tra gli operatori che concorrono a realizzare un unico progetto su obiettivi condivisi, che collaborano per rimuovere le scissioni che la necessità di far ricorso a più servizi e a più operatori inevitabilmente introducono; presuppone che ci sia continuità tra l'intervento d'urgenza e la presa in carico ordinaria, il che vuol dire innanzitutto che ognuno pensi a quello che sarà necessario in futuro, e non solo a quello che è possibile fare nel presente, e non faccia nulla che impedisca un futuro positivo (17-18).

Se questa responsabilità non viene assunta dagli operatori il compito di un buon uso di tutti i servizi sarà affidato inevitabilmente al paziente che deve avere la forza, la capacità, la contrattualità, per districarsi all'interno della rete di proposte disomogenee che gli vengono offerte, in una concorrenza che, lungi dall'aumentare la sua soddisfazione, ne accresce la confusione. È al paziente che viene lasciato il compito di costruirsi il pacchetto di cui ha bisogno: se rivolgersi a un servizio di psichiatria, o a uno di psicologia, a uno di psicoterapia o a uno di riabilitazione, e così via. Paradossalmente, uno dei tanti paradossi della modernità, la contrattualità del paziente diminuisce man mano che la sua libertà di scelta aumenta, perché nel frattempo aumenta la complessità del sistema, che passa dalla dimensione artigianale del servizio di prossimità a quella industriale dell'Azienda. Il paziente deve confrontarsi con una organizzazione che non è in grado di regolarsi sui suoi bisogni ma si deve adattare ai bisogni dell'organizzazione: le liste di attesa, una auto diagnosi per accedere al servizio specialistico o, in alternativa, il passaggio da un servizio all'altro per raggiungere quello giusto (19).

4. Salute mentale e Azienda sanitaria

È l'Azienda che fa la politica sanitaria, che rende disponibili le risorse, che decide l'uso delle competenze e delle professionalità, che sceglie gli obiettivi prioritari di salute; è l'Azienda che rende possibile l'integrazione delle prestazioni, dei programmi, che dà spazio, o lo nega, al progetto di cura.

Domanda: la logica aziendale gioca a favore o contro l'integrazione? Di solito gioca contro. Non basta la razionalizzazione nell'uso delle risorse e un'attenzione a un buon rapporto prezzo/qualità dei servizi resi per garantire l'integrazione degli interventi: la qualità delle singole prestazioni non garantisce la qualità dell'insieme. Gli operatori, che prima si sono sentiti valorizzati dall'enfasi posta sullo specifico della loro professionalità (psicoterapeuti, riabilitatori, logopedisti, musico-terapeuti, pet-terapist, ecc.), successivamente si sentono frustrati dalla aleatorietà dei loro risultati e alla fine si sentono umiliati, spinti verso prestazioni sempre più frammentate, sempre meno responsabilizzati sui veri obiettivi da raggiungere.

Bisognerebbe allora, come qualcuno sostiene, tornare al regime organizzativo precedente, o sostenere che almeno per la psichiatria non vale l'impostazione aziendalistica della sanità? Sarebbe una tesi fuori della storia e utile solo a idealizzare un passato che, oltre che delle luci della nuova psichiatria post-manicomiale è pieno di ombre, e quindi la sua lettura non può essere univoca (20).

Che cosa è successo? L'Azienda è venuta ad occupare, spesso manu militari, e senza transizioni, uno spazio decisionale in cui i risultati positivi erano correlati non al rispetto di regole certe, ma allo spontaneismo, alla buona volontà degli operatori, al loro impegno etico e politico, prima che professionale. Avendo occupato questo spazio decisionale l'Azienda può determinare l'impostazione di una politica psichiatrica secondo una coerenza molto più forte di quella che prima era garantita solo dall'iniziativa individuale o dalla coesione di un gruppo frutto di un miracolo associativo, spesso secondo il principio della cooptazione.

Ci sono molti elementi della logica aziendalistica che potrebbero favorire un'integrazione all'interno dei programmi di salute mentale: accorpamento di prestazioni in programmi, di operatori in équipe, di servizi in progetti che siano contemporaneamente di terapia, riabilitazione, sostegno sociale, prevenzione. Si è parlato molto della mission dell'azienda sanitaria. È un elemento in grado di dare unità e continuità a ciò che potrebbe diventare scisso e frammentato. Ma per avere una mission bisogna avere una vision sufficientemente chiara del campo in cui ci si muove. Senza una idea dell'intero campo della salute mentale non si potrà tradurre in azioni coerenti la mission che l'azienda si è data. Per sostenere una logica dell'integrazione non basta la distinzione tra programmazione, organizzazione e gestione, occorre anche che siano previsti i correttivi che impediscano a ciascuno di questi tre ambiti di decisionalità di andare per conto proprio, in risposta a necessità di adattamento a contingenze del tutto casuali. Se non viene fatta quest'opera di raccordo l'efficacia degli interventi psichiatrici rischia di andare perduta.

È inutile parlare di qualità senza ricordare che proprio all'interno delle organizzazioni è nata la nozione di qualità totale, che implica una attenzione alla totalità. Qualità totale non significa tutta la qualità ma la qualità del tutto. Le sue regole sono precise. Due mi

sembrano più rilevanti nel nostro caso, ed hanno una particolare risonanza in coloro che, in questi ultimi decenni, hanno lavorato, con volontà innovativa, nei servizi di salute mentale di territorio:

- la ridefinizione continua del compito, con il coinvolgimento degli utenti nella lettura dei loro bisogni al fine di conservare l'aderenza del servizio alla realtà;
- il coinvolgimento di tutti gli operatori in compiti di proposta, elaborazione e valutazione, oltre che esecutivi (21).

Per rendere praticabili queste regole bisogna pensare a servizi, gruppi di lavoro, équipes dalla mission molto forte, ma dai confini molto labili, organizzazioni reciprocamente permeabili, con sistemi direzionali elastici e leadership mobile, ma con obiettivi precisi e sui quali esista un forte consenso. Organizzazioni di questo tipo sono possibili se esse sono inserite in un'Azienda sanitaria che ha queste stesse caratteristiche generali, se cioè si tratta di un'Azienda post-moderna.

Senza un riposizionamento delle Aziende rispetto alla politica di salute mentale mi sembra difficile, direi statisticamente impossibile, recuperare i valori che rendono efficace un intervento (per quel poco che sappiamo dell'efficacia della cura dei disturbi mentali). Si tratta di valori affermati ripetutamente e legittimati da tutti i documenti più autorevoli, dall'OMS in giù.

Ora si conoscono alcuni meccanismi che hanno un potente effetto distorsivo sull'uso razionale delle risorse, due in particolare meritano di essere ricordati. Il primo è il falso riferimento alla professionalità e alla specializzazione quando sono usati per assicurare un'autonomia degli operatori più che per garantire le loro competenze. Stressando le professionalità molto spesso si ha di mira il raggiungimento del privilegio di organizzarsi autonomamente senza subire il dominio di altri operatori e con la speranza di poter conquistare una qualche influenza sui centri decisionali. Il secondo meccanismo è l'illusione che una moltiplicazione dei servizi per far fronte a bisogni sempre più differenziati e individuati sia veramente la soluzione per soddisfarli tutti e non crei troppo spesso una sorta di competizione all'inverso, tesa cioè a garantire la possibilità di liberarsi dei casi seri attribuendoli ad altri.

5. La salute mentale ha bisogno di un ospedale?

La legge 180/78 definisce il programma di ricovero ospedaliero come frutto della impraticabilità di altri programmi e precisamente di quelli extra ospedalieri. Ma la legge, con questa visione della pratica psichiatrica che è territoriale, non ospedaliera, si limita a fare un discorso sui contenitori, non sui contenuti. Per fare un passo avanti era necessario uscire dalla logica in cui ci si limitava a parlare male dei contenitori ospedalieri e bene di quelli territoriali, senza badare alla concretezza delle pratiche. Questo, a parer mio, il peccato originale della "180".

Non sono invece colpa della legge se essa non è stata adeguatamente finanziata, non è stata mai integrata da un regolamento di applicazione e, infine, la sua attuazione non è stata sufficientemente monitorata. Si deve però aggiungere che bisogna riconoscerle una forza intrinseca notevole se nessuno è riuscito a abolirla, nonostante gli attacchi violenti che le sono stati portati. E' certamente responsabilità della politica se non ha esplicitato rapidamente ed efficacemente tutte le sue possibilità. Ma qual è la responsabilità degli operatori della salute mentale? Travolti dall'ossessione dell'efficienza non hanno fatto sufficiente attenzione alla questione dell'efficacia. Essa è rimasta affidata all'intuizione e alla creatività dei singoli. Quando poi l'efficacia è diventata oggetto di ricerca ciò è avvenuto nell'ottica della valutazione, cioè introducendo un criterio velatamente punitivo. In sintesi, ribadendo cose già dette, è mancata una crescita collettiva di una cultura dell'efficacia, sterilizzata, alla nascita, dal prevalere di una organizzazione tayloristica della cura, cioè fondata sulla frammentazione dell'intervento, a scapito di una visione olistica: è stata privilegiata la realizzazione di una sequenza di azioni, magari nel rispetto di linee guida eccellenti, a scapito della sequenza di significati che venivano trasmessi e venivano compresi dai pazienti; spesso c'è stata una intercambiabilità degli operatori a spese della personalizzazione della presa in carico.

6. La “180” come normalizzazione della psichiatria umbra

Forse è un paradosso che in Umbria l'entrata in vigore, nel 1978, della Legge 180 abbia costituito un elemento di stabilizzazione più che di stimolo, abbia imposto una razionalizzazione lì dove era prevalsa una evoluzione effervescente e variegata, abbia aperto un'epoca di controllo amministrativo che ha raffreddato quei processi di trasformazione che si erano sviluppati per una interazione creativa ed originale di collaborazione tra amministratori ed operatori.

Si possono fare molti esempi di questo. Con la creazione dei Servizi di Diagnosi e Cura viene posto un vincolo alla sperimentazione di forme di assistenza a tempo pieno che avevano combattuto il ricovero manicomiale. Per i pochi ricoveri ancora necessari nonostante l'estensione di una psichiatria di territorio erano stati utilizzati via via posti letto nei Servizi di salute mentale a 24 ore, e posti letto distribuiti nei diversi Reparti dell'ospedale generale, senza che avessero una specificità psichiatrica e senza che ci fosse un'équipe medica ed infermieristica dedicata unicamente a garantire il ricovero di pazienti psichiatrici. D'altra parte la Regione, nel recepire la 180, delimitava l'oggetto proprio dei servizi e degli operatori sanitari. L'Assessore alla sanità dell'epoca scriveva: “Anche se fino ad ora per varie ragioni, spiegabili sul piano storico, i servizi psichiatrici si sono dovuti far carico di elementi politici, organizzativi e amministrativi, la legge 180 rappresenta l'occasione perché dalla lotta antiistituzionale si passi alla costruzione di una conoscenza e di una pratica scientifica rigorosa”.

Da ciò l'impressione che la 180 non garantisse un ulteriore progresso in Umbria, fosse percepita come portatrice del messaggio "siamo arrivati dove volevamo arrivare, basta così". Dico questo per ricordare che le relazioni tra operatori, amministratori, utenti non sono mai state lineari o pacifiche, e per smentire il mito che in Umbria ci sia stata una perfetta e costante intesa tra tutti. C'è sempre stato un confronto serrato e a volte uno scontro. Molte novità importanti si sono realizzate nonostante le difficoltà e gli ostacoli. Ci sono state fasi di crisi, che si sono risolte anche grazie ad una mobilitazione generale, ci sono stati momenti di sviluppo frutto non solo di indagini conoscitive ma di un confronto ed un dialogo, difficile ed appassionato, di tutti i protagonisti di quel processo di trasformazione che ha portato da un'assistenza psichiatrica ad una politica di salute mentale.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrari E. Commento degli articoli 33, 34, 35, della legge 833/78. In: Roversi Monaco FA. a cura di Il servizio sanitario nazionale. Milano: Giuffrè editore; 1979, pag. 338-358.
2. Foot J. La repubblica dei matti. Milano: Feltrinelli; 2014, pag. 179-194.
3. Guaitini G. a cura di Le assemblee popolari sulla politica psichiatrica dell'Amministrazione provinciale di Perugia. Annali di neurologia e psichiatria 1974; LXVIII (1-2).
4. Chianese D, Cerletti A, Scotti F. Un'esperienza di psichiatria a Perugia, Psiche 1995; (2): 261.
5. Ammaniti M. Dinamiche sociali e malattie mentali: riflessioni sulle ragioni alla legge 180 di riforma psichiatrica, Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, Roma: Il pensiero scientifico editore 1983; pag. 7-19.
6. Rasimelli I. Un rompiscatole tra le novità di un'epoca. Perugia: Benucci editore; 2008.
7. Giacanelli F. Nascita del movimento antimanicomiale umbro, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2014.
8. Seppilli T. Quadro introduttivo. In: Giacanelli F. Nascita del movimento antimanicomiale umbro, Perugia: Fondazione Angelo Celli, 2014, pag. 15-25.
9. Berlinguer G. Psichiatria e potere. Roma: Editori riuniti; 1969, pag. 79
10. Ferrannini L. Perché parlare ancora di assistenza psichiatrica nella comunità. Psichiatria di comunità 2010; IX (2): 57-65.
11. Basaglia F. L'istituzione negata. Torino: Einaudi; 1968.
12. AA VV. Centottanta, vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998.
13. Orsini B. Vent'anni dopo. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 57-68.
14. Orsini B. A venticinque anni dalla 180. Psichiatria di Comunità 2003; II (2): 61-66.
15. Novello M. Trasformazioni legislative, culturali e pratiche connesse con la legge 180/78. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 73-84.
16. Ferrannini L, Ferro AM. Dal manicomio ai servizi : crisi dei paradigmi e critica delle istituzioni, pag. In: AA. VV. Centottanta vent'anni dopo. Varazza(SV): La Redancia edizioni; 1998, pag. 121-136.
17. Di Mauro G. Ancora su psichiatria e DSM, ingegneria dei contenitori e sostanza delle pratiche. Psichiatria di Comunità 2006, V, (2): 21-24.
18. Ferrannini L. Il dipartimento di salute mentale è un servizio di psichiatria di comunità? Psichiatria

- di comunità 2002; I, (3): 77-86.
19. Erlicher A, Maranesi T, Re E, M. Stuflesser M. La legge 180 e lo stato dell'arte psichiatrica trent'anni dopo. *Psichiatria di Comunità* 2008; VII (4): 177-180.
 20. Balduzzi E. Dopo la deistituzionalizzazione stiamo imboccando un cammino contrario? *Psichiatria di Comunità* 2005; IV (3): 167-168.
 21. Peloso PF. La psichiatria di comunità tra razionalità e passione. *Psichiatria di Comunità* 2007; VI (2): 85-93.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Altri contributi

Europe of Regions, Frame of European Development *Europa delle Regioni, Quadro dello sviluppo europeo*

Arnd Hofmeister

Replacement Professor for Public Health and Childhood, Faculty of Applied Humanities, University of Applied Sciences Magdeburg-Stendal (Germany)

Keyword: Europe of Regions, New Public Health Perspective, European solidarity

SUMMARY

This paper argues for a strengthening of the approach “Europe of Regions” based on European Solidarity against all odds of current nationalist political developments. From a “New Public Health Perspective” regions are the most appropriate Unit for public health policy and planning, because they are close to the needs of people and to the places where they live, work, learn and play. However in a context of the political “constitution” of the “European Union” such a bottom-up perspective of a “Europe of Regions” requires some detailed differentiations. After shortly reconstructing the history of the political framework “Europe of Regions” constitutional differences will be described to then discuss political challenges. This paper argues that the framing of EU policies follows mostly a top-down approach focusing of the negative integration of the markets which is finally responsible for the decreasing support of the EU as a political union in the population. Regions are mostly implementing EU policies and are positioned as competitors for EU funding. Instead, a bottom-up approach is suggested which starts from the needs of the people and articulates them in a joint vision of European solidarity. For sustainable development in the EU, Public Health Advocacy needs to step outside the established frame of EU policy-making to ask for policies of the many, not the few and show discontent where the EU falls short of its own norms and values.

Parole chiave: Europa delle Regioni, nuova prospettiva di Sanità Pubblica, solidarietà europea

RIASSUNTO

L'articolo sostiene il rafforzamento dell'approccio "Europa delle Regioni" basato sulla solidarietà europea contro ogni previsione degli attuali sviluppi politici nazionalisti. Da una "nuova prospettiva di sanità pubblica" le Regioni sono l'unità più appropriata per la politica e la pianificazione della sanità pubblica, perché sono vicine ai bisogni delle persone e ai luoghi in cui vivono, lavorano, imparano e giocano. Tuttavia, in un contesto di "costituzione" politica dell'"Unione europea", una prospettiva dal basso verso l'alto di una "Europa delle Regioni" richiede alcune differenziazioni dettagliate. Dopo aver brevemente ricostruito la storia del quadro politico "Europa delle Regioni" vengono descritte le differenze costituzionali per poi discutere le sfide politiche. Questo documento sostiene che la definizione delle politiche dell'UE segue per lo più un approccio dall'alto verso il basso incentrato sull'integrazione negativa dei mercati,

Autore per corrispondenza: arnd-hofmeister@gmx.de

che è infine responsabile del sostegno decrescente dell'UE come unione politica nella popolazione. Le Regioni attuano principalmente politiche dell'UE e si posizionano come concorrenti per i finanziamenti dell'UE. Viene proposto un approccio dal basso che parte dai bisogni delle persone e li articola in una visione congiunta di solidarietà europea. Per lo sviluppo sostenibile nell'UE, l'advocacy della sanità pubblica deve uscire dall'ambito stabilito del processo decisionale dell'UE per chiedere politiche dei molti, non di pochi ed evidenziare quando l'UE non è all'altezza delle proprie norme e valori.

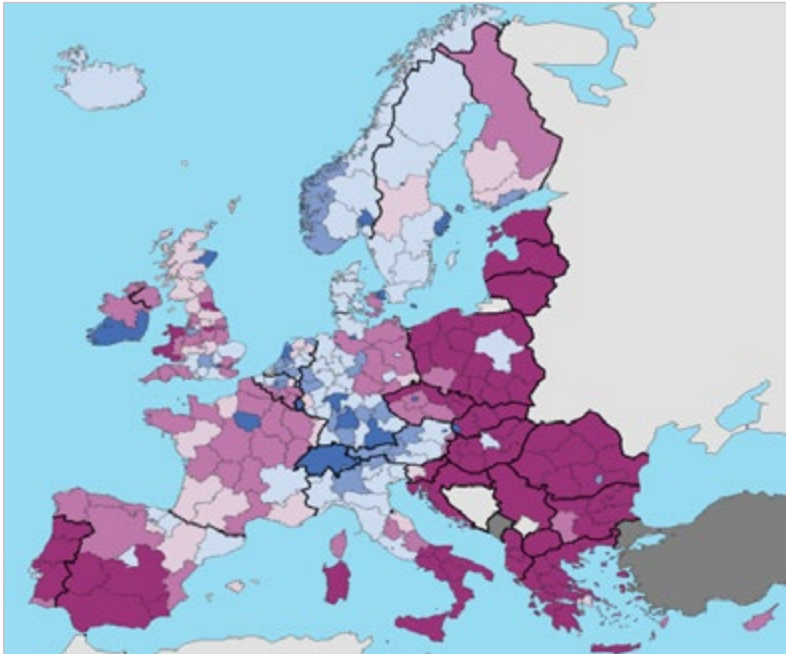
Current challenges in the EU

The evidence is clear and far from new, the distribution of wealth between different European regions is unequal. There are a rich North and Centre of the EU and a poor South and East. This is true for the EU overall but also for member states separately. There is a small belt of wealth from Tuscany in the South via Austria and the Western part of Germany and the Netherlands to Denmark and Sweden. While here the purchasing power is above the EU average, in most other regions it is far below, except capital regions in other member states. The (mis-)distribution of wealth is a reflection of the economic prosperity within and between the member states and it is not without consequences. Growing parts of the populations are disconnected from the overall economic development. While in times of economic growth (some of the) wealth trickled down to poorer parts of the population, although disproportionately, most wealth was accumulated in the top segments of society. In times of crisis and “post-growth capitalism” (Nachtwey 2016) there is no “trickle-down effect” anymore.

Besides these economic challenges, there are multiple political ones. The number of governments of EU member states is growing which have a clear nationalist agenda. Following the analysis of N.Fraser (2017) on political developments in the US, these governments could be labeled as “hyper-reactionary populism.” They “appeared to combine a hyper-reactionary politics of recognition with a populist politics of distribution” (Fraser 2017, 8). These populist governments (e.g. Poland or Italy) organized majorities by fusing nationalist and xenophobic policies of recognition with populist ideas of distribution. Policies of recognition stand for the formulation of the moral marks of membership and belonging in those societies, while distributive policies decide how society should distribute and allocate wealth (e.g. goods and income). Hyper-reactionary populism is according to Fraser one reaction to the “hegemonic bloc” (A. Gramsci) of “progressive neoliberalism” which was the dominant “hegemonic bloc” in the industrialized countries of the North. It combined a neoliberal policy of distribution with a progressive agenda of recognition. The neoliberal economic policies of the last 30 years with their strategies of liberalization, marketization, and deregulation led to an accumulation of wealth of a few while putting the many in precarious living conditions and a constant pressure of social descent. These policies were made acceptable especially among some progressive social

Fig. 1 - GDP per inhabitant in PPS

Gross domestic product (GDP) per inhabitant in purchasing power standards (PPS) in relation to the EU-28 (% of the EU-28 average, EU-28=100)



■ < 75 ■ 75 - < 90 ■ 90 - < 100 ■ 100 - < 125 ■ 125 - < 150 ■ ≥ 150 ■ Data not available

<http://ec.europa.eu/eurostat/statistical-atlas/gis/viewer/?mids=BKGCNT,C06M01,CNTOVL,C-CNCNT&co=1,1,0.7,1&ch=C06,C10,CCN¢er=46.76434,40.07976,3&lcis=C06M01&>

movements by an aura of emancipation provided by policies which focused on diversity and horizontal equality for all social groups (e.g. women, ethnic minorities, LGBTQI groups etc.) while not questioning vertical injustices caused by economic redistribution. While Fraser focuses in her analysis on the developments in the US, a similar story can be told about the EU. Since the formation of the single market in 1992, the EU stands (mostly) for a “progressive neoliberalism.” Policies of distribution focus on economic liberalization and privatization. Even when the negative impact of such policies are well established (Stuckler/Basu 2013), the central recipe to solve the consequences of the financial crisis in Greece was still privatization of public services and further deregulation (ibid). Besides this policy of neoliberal distribution, the EU provides a similar “aura of legitimacy and social justice” by policies of recognition. The EU strongly promotes

horizontal equality of populations in their diversity. The anti-discrimination directive and policies of social inclusion are just some examples.

However, the situation in the EU is far more complicated than in the US. While in the US it is in principle easier to implement new policies of (re-)distribution, the EU lacks until now substantial power to implement any social and redistributive policies. To make it even more complicated, many EU policies with a strong social and health impact are implemented and executed on a regional level. However, the decisions are taken long before their consequences are experienced on a regional and local level. This article does not argue for a further centralization but tries to structure this complexity of multi-level governance between European, member state, and regional level in a way which might open new solidary perspectives to think social policies from below beyond regional or national separatism.

Europe of Regions - The history

The specific role of regions in the development of EC policies was already politically taken into consideration in 1968 with the formation of the “Directorate General for Regional Policy” and structurally substantiated by the introduction of the first regional development fund 1975. With an increasing emphasis on European integration structural funds were introduced in 1988 to foster cohesion in the EU and to strengthen the development of the least developed regions. Different criteria allowed for structural EU funding for regions which were significantly poorer as other EU regions (below 75% of the average per capita GDP) or faced specific challenges (e.g. central urban hubs). Currently, the budget for regional development 2014-20 is 351 Billion euro.

The Treaty of Maastricht and the introduction of the Single Market further strengthened the role of regional and local governments in the EU by introducing the “Committee of the Regions (CoR).” It is an advisory body to the central EU institutions when it comes to decisions and policies which have a high impact on municipalities and regions. The subsidiarity principle is the guiding idea of EU policies. Political decisions should always be taken at the lowest level possible which again puts an emphasis on the regional level. However, it has also been argued, that such a multi-level framework has its limitations since any policy is somehow already relevant on all other levels (Altvater/Mahnkopf 2007). But the CoR also promotes the idea of developing policies close to the citizen and developing strategies of multi-level governance and cooperation between the different constitutional and administrative levels (www.cor.eu).

Such political principles correspond to a high degree with core ideas of New Public Health. When the Ottawa Charter states that “Health is created where people live, love, work, play...” (WHO 1986) regions are also fulfilling those criteria especially when it comes to public health and health care planning. Also from a social determinant of health

perspective (Dahlgren/Whitehead 2006) regions are of central importance since they are responsible for most of the key determinants: transport, housing, water and sanitation, socio-economic development, often education etc. So altogether the regional level is crucial when it comes to policies relevant to public health and health care.

Europe of Regions - The organizational challenge

However as easy as this claim is, to focus on the regional level, it is equally difficult to decide what a region actually is when there is a discussion about regions in an EU context. This became evident while working in an EU project on “Addressing Inequality Intervention in Regions” (<http://www.air.healthinequalities.eu/>). Each partner had a clear idea, what a region is, but the understandings differed substantially. Basically, there was statistical, administrative, and constitutional differentiation.

Especially for regional funding but also for statistical purposes - such as reporting - the EU introduced the NUTS classification (Nomenclature of territorial units for statistics). It is a hierarchical system for dividing up the economic territory of the EU. First to collect, develop and harmonize European regional statistics and second to allow for socio-economic analyses of the regions: NUTS 1 includes major socio-economic regions (such as German Federal states); NUTS 2 covers basic regions for the application of regional policies (such as Italian / Spanish Regions such as Umbria and Catalan), and NUTS 3 focuses on small regions for specific diagnoses (coastal areas, highly populated urban areas, suburban areas etc.). The common guiding principle is the population threshold while also taking administrative divisions into consideration and also by making regular and extraordinary amendments.

However, besides such statistical and administrative differentiations, the EU as a union of different member states knows constitutional differences between the regions of different member states. While some have constitutional power others have rather administrative functions.

When focusing on health care and public health policies, the differences, and the complexity increase. In health care financing EU member states generally either follow centrally or decentrally tax-financed Beveridge Systems or Bismarck systems with a corporate financing. Health Care in bigger member states is usually planned on a regional level.

To just compare the situation in three different member states:

In Germany, there is a strong federalism. Decisions on EU health policies require the consent of the majority of health ministries on the federal state level. Federal states have their own taxation law and in health care, they control corporate partners of the statutory social insurances (e.g. health, nursery care,) and do hospital planning. However, health-care itself is financed in a corporate Bismarck system with redistribution in the corporate

system (social health insurance model) on a national level. There are no major differences in health care provision between different regions. The Public Health function of German Federal States is weak.

Compared to that, the Italian “regiones” are rather informally involved in the negotiation of EU legislation (except Bolzano and Trento which are directly involved). Regions have own additional taxation laws. Health care is mostly tax-financed, although there is some redistribution from the central state there are still strong interregional differences. Primary, secondary and tertiary care is planned on a regional level with a strong focus also on public health.

In contrast Spanish “Comunidades Autonomas” have no direct influence on national and EU legislation. Only some regions such as Basque and Navarra region have own taxation policies. Health care is tax-financed and redistribution is mostly organized on a national level. The organization of Public Health and Health Care is on the regional level but dependant on national funding.

These are only three out of 27/28 member states which each differ slightly or fundamentally in their constitution and organization of health care and welfare. However, all have in common that usually regions plan and supervise Public Health (Care) but have limited influence on the overall budget. Usually, member States organize the welfare state and the redistribution of wealth within the state.

Still, the EU looks differently on regions as political partners depending on their constitutional status. While regions with a constitutional status exert political pressure in EU institutions (e.g. Bavaria as a German Federal State) other regions are barely heard (e.g. Catalunya as a Spanish region). While this might be constitutionally understandable, since the EU is only allowed to do what is agreed upon in the treaties, it is far from the expectations of the populations. This increases the on-going disappointment of huge parts of the population about the EU.

EU Policies and their integration effects

European policies and strategies can be classified and evaluated differently for different purposes. In their book "Competition for the Empire; The future of the European Union in a Globalized World" the political scientists E. Altwater and B. Mahnkopf (2007) categorize different EU policies and their integration effects.

Until now EU policies are dominated by the negative integration of single market policies with their specific consequences. There is an on-going competition between countries and between regions. The recent report from the DG Taxation on “Taxation Trends in the European Union” shows clearly an on-going race to the bottom of corporate taxation (DG TAXUD 2017 p. 34). In the last 14 years, corporate taxes have been reduced in all member states, in some up to 20%. At the same time, the European Trade Union Institut

Tab. 1 Negative and positive integration policies in Europe (see Altwater/Mahnkopf 2007, p 62)

	Negative Integration	Positive Integration	Europeanisation of everyday life
Territorial Extension of Integration	Extension of markets by opening, deregulation, and liberalization	Regional development fund, European institutions	Intense communication of citizens by using 4 freedoms
Deepening of Integration	Regulation of deregulation e.g. Country of origin principle	European elections, social model, Industrial Erasmus	Rules, European Policies, Common cultural programmes, European Media, cross-border and collective projects, Euroregion

reports that the real wage development in the EU between 2000-2008 and 2009-2012 was in half of the EU countries negative and in the other countries not above 1% (<https://www.etui.org/Topics/Crisis-austerity-alternatives/Wage-development-infographic>). Minimum wages are declining especially in those countries which are affected by the financial crisis. In times of a dominance of finance capitalism and the free movement of capital within the EU the pressure on member states and regions increases. All these developments have negative consequences on any policy redistributive policy which decreases the inequality within member states. Furthermore, national welfare systems suffering either by reducing the overall tax revenue or the contributions to the social insurances. But the main answer of the EU remains within the neoliberal approach of negative integration through the single market.

Europe of Regions - Top-down practices

Although the EU tries to decrease the discrepancies in wealth between different regions by supporting regional development (ERDF) and regional social policies (ESF) the cooperation with and the role of the regions is still rather weak. The EU treaties privilege member states and their constitutions. Even when directly addressed by the population e.g. the citizens and governments of the Catalan Region, the EU avoided any direct contact. The focus is still on the negative integration of the markets and not on a positive integration of regions within a European context. Following neoliberal ideology, the EU fosters competition in and between member states to “strengthen the vitality of the European economic area.” Such policies of liberalization and deregulation are usually taken on the EU level. When they are implemented on regional levels, changes are not possible anymore.

The rigidity of this TINA-principle (There-Is-No-Alternative) of major EU policies

further increases the political challenges outlined before. It seems that once a state joins the EU and the single market, there is a relentless execution of its principles of stability, liberalization, and privatization but little concern for social problems. The EU claims, that health and social policies remain in the responsibility of the member states (Treaty of Lisbon Art 168) but still heavily influences public spending by controlling national budgets and reinforcing the stability criteria especially within the Euro-Group. Such cuts in public spending have then directly severe consequences for health care and public health (Stuckler/Basu 2013).

There are very few politicians on the EU or national level who take responsibility for the national and regional impacts of EU policies. They barely see it as a problem of all member states and citizens in the EU, if there is e.g. no proper health care for Greek citizens after the budget cuts imposed by the IMF and EU. Solidarity for health care and welfare seems to end latest at the “national” border.

The policies of progressive neoliberalism and the hegemonic bloc of EU policy is “delegitimized” with every national election in the last years, but it seems as if they still believe that “there is no alternative” to “progressive neoliberalism” until it is too late.

Europe of Regions - Bottom-up perspectives as a frame for European Developments

The approach “Europe of Regions” should be revitalized beyond any “contractually” regulated procedures of the EU-treaties and the subsidiarity principle of a multi-level-system. Policy development should start from the needs of the people locally and regionally, where they live, work, love, and play. Especially health care and public health advocacy should address the social determinants of health primarily within the regional context. However when developing policies and strategies it should not stop at the regional or national border but rather conceptualize policies in the broader EU context. Such policies need to be substantiated by a clear redistribution from the top to the bottom not only within each member state but within the whole EU. Instead of fostering competition between regions, the EU should aim for equal living conditions and proper provision of essential services in all member states and regions equally. For a counter-hegemony against the growing nationalism and racism a new redistributive policy is needed, but it needs to be complemented by a new policy of recognition, where regions and inter-regional collaboration should play a major role. The motto of the EU “Unity in diversity” becomes more than rhetoric if equality in the EU covers both horizontal and vertical dimensions of social justice.

The German Social Philosopher J.Habermas recently claimed in the context of a discussion on the future visions for Europe, that currently politicians normatively underestimate the electorates. He argued that, if there is a clear perspective for global and

European solidarity, people would take such options seriously in their decision. For him “majorities who are open for action in solidarity are a ‘fleet in being’ “ (Habermas 2018). A prerequisite for such action is a strengthening of social rights of people living in Europe and to develop joint visions of solidarity beyond what is written: “in the treaties.” This requires sometimes showing some discontent or even “disobedience” when the EU falls short of its own norms, values, and ideas. For public health, it means that advocacy for “health for all” is still on the agenda.

REFERENCES

1. Altvater E, Mahnkopf B. Konkurrenz für das Empire, Die Zukunft der Europäischen Union in der globalisierten Welt. Münster: Westfälisches Dampfboot; 2007.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 1+2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health, No. 3. Geneva: WHO; 2006.
3. DG TAXUD Taxation Trends in the European Union Data for the EU Member States, Iceland, and Norway. Luxemburg: European Union; 2017 https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/taxation_trends_report_2017.pdf
4. Fraser N. From Progressive Neoliberalism to Trump. American Affairs Winter 2017; Vol 1 No 4. abgerufen: <https://americanaffairsjournal.org/2017/11/progressive-neoliberalism-trum-beyond/>
5. Habermas J. Rede anlässlich der Verleihung des Deutsch-Französischen Medienpreises. Hauptthemen: Europäische Integration und Zukunft Europas; 2018 https://vdfg.de/wp-content/uploads/2018/07/dfjp2018-07-04_preistraeger.pdf
6. Nachtwey O. Die Abstiegs-gesellschaft, Über das Aufbegehren in der regressiven Moderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 2016.
7. Stuckler D, Bas, S. The Body Economic. Why Austerity Kills. New York: Basic Books; 2013.
8. WHO (World Health Organization) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986 <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

Declaration of conflicting interests: none declared

Documenti

Dichiarazione di Astana, ottobre 2018

Organizzazione Mondiale della Sanità

L'assistenza sanitaria di base è il primo punto di contatto che le persone hanno con il proprio sistema di assistenza sanitaria e, idealmente, dovrebbe fornire un'assistenza completa, accessibile e basata sulla comunità per tutta la vita.

Nell'ottobre 2018, l'Oms ha organizzato una importante conferenza mondiale ad Astana, in Kazakistan, in cui tutti i paesi hanno rinnovato l'impegno per l'assistenza sanitaria di base come nella dichiarazione di Alma-Ata del 1978.

Nel 2019, l'Oms lavorerà con i partner per rivitalizzare e rafforzare l'assistenza sanitaria di base nei paesi e dare seguito agli impegni specifici assunti nella Dichiarazione di Astana.

Noi, capi di stato e di governo, ministri e rappresentanti di stati e governi, partecipanti alla Conferenza globale sull'assistenza Sanitaria Primaria "Da Alma Ata alla copertura sanitaria universale e agli obiettivi di sviluppo sostenibile", riuniti ad Astana il 25 e 26 ottobre 2018, riaffermando gli impegni espressi nell'ambiziosa e utopica Dichiarazione di Alma Ata del 1978 e nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, nel perseguimento della salute per tutti, condividiamo la seguente Dichiarazione.

Auspichiamo

Governi e società che danno priorità, promuovono e proteggono la salute e il benessere delle persone, sia a livello di popolazione che a livello individuale, attraverso sistemi sanitari forti, servizi sanitari di base e servizi sanitari di alta qualità, sicuri, completi, integrati, accessibili, disponibili e alla portata di tutti e ovunque, dotati di compassione/partecipazione, rispetto e dignità garantiti da operatori sanitari ben preparati, qualificati, motivati e impegnati;

Contesti abilitanti e sani in cui individui e comunità sono capaci e impegnati a mantenere e migliorare la loro salute e benessere;

I partner e le parti interessate sono concordi per fornire un supporto efficace alle politiche, alle strategie e ai piani sanitari nazionali.

I

Affermiamo con forza il nostro impegno per il diritto fondamentale di ogni essere umano al godimento del più alto livello di salute raggiungibile senza distinzione di alcun tipo. Insieme nel quarantesimo anniversario della Dichiarazione di Alma-Ata, riaffermiamo il nostro impegno in tutti i suoi valori e principi, in particolare giustizia e solidarietà e sottolineiamo l'importanza della salute per la pace, la sicurezza e lo sviluppo socio-economico e la loro interdipendenza.

II

Siamo convinti che il rafforzamento dell'Assistenza Sanitaria di Base (PHC) sia l'approccio più inclusivo, efficace ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale delle persone, nonché il benessere sociale e che

la PHC sia la pietra miliare di un sistema sanitario sostenibile a copertura sanitaria universale (UHC) e per gli obiettivi di sviluppo sostenibile legati alla salute. Accogliamo con favore la convocazione nel 2019 della Conferenza ad alto livello dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite su UHC, a cui questa Dichiarazione darà il suo contributo. Ognuno di noi seguirà i propri percorsi verso il raggiungimento di UHC in modo che tutte le persone abbiano un accesso equo ad una assistenza sanitaria di qualità, assicurando che l'uso di questi servizi non esponga a difficoltà finanziarie.

III

Riconosciamo che nonostante i notevoli progressi compiuti negli ultimi 40 anni, le persone in tutte le parti del mondo hanno ancora bisogni di salute privi di risposta.

Rimanere sani è una sfida per molte persone, in particolare per i poveri e le persone vulnerabili. Riteniamo eticamente, politicamente, socialmente ed economicamente inaccettabile che persistano disuguaglianze in salute e disparità nei risultati di salute.

Continueremo ad affrontare il crescente peso delle malattie non trasmissibili, che portano a cattive condizioni di salute e morti premature, legate all'uso del tabacco, all'uso dannoso dell'alcool, a stili di vita e comportamenti non salutari, ad attività fisica insufficiente e diete non sane.

Se non agiamo subito, continueremo a perdere vite prematuramente a causa di guerre, violenze, epidemie, disastri naturali, impatti sulla salute dei cambiamenti climatici, eventi meteorologici estremi e altri fattori ambientali. Non dobbiamo perdere le opportunità di fermare epidemie e minacce per la salute globale come la resistenza antimicrobica che si estende oltre i confini dei paesi.

I servizi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e le cure palliative devono essere accessibili a tutti. Dobbiamo salvare milioni di persone dalla povertà, in particolare dalla povertà estrema, spese causata dall'assenza di garanzia di copertura di sanitaria.

Non possiamo più sottovalutare l'importanza cruciale della promozione della salute e della prevenzione delle malattie, né tollerare cure frammentate, non sicure o di scarsa qualità. Dobbiamo affrontare la carenza e la distribuzione disomogenea degli operatori sanitari. Dobbiamo agire sui costi crescenti dell'assistenza sanitaria, di farmaci e vaccini. Non possiamo permetterci sprechi conseguenti a una inefficiente spesa sanitaria.

Ci impegniamo a:

IV

Fare scelte politiche coraggiose per la salute in tutti i settori

Riaffermiamo il ruolo e la responsabilità primaria dei governi a tutti i livelli nel promuovere e proteggere il diritto di tutti al godimento del più alto standard di salute raggiungibile. Promuoveremo azioni multisettoriali e UHC, coinvolgendo le parti interessate e responsabilizzando le comunità locali per rafforzare la PHC. Affronteremo i determinanti di salute economici, sociali e ambientali e mireremo a ridurre i fattori di rischio integrando l'approccio "salute in tutte le politiche".

Coinvolgeremo più parti interessate nel raggiungimento della salute per tutti, senza lasciare indietro nessuno, affrontando e gestendo i conflitti di interesse, promuovendo la trasparenza e implementando la governance partecipativa.

Cercheremo di evitare e mitigare i conflitti che minano i sistemi sanitari e riducono i guadagni di salute. Dobbiamo utilizzare approcci coerenti e inclusivi per estendere la PHC come pilastro di UHC nelle situazioni di emergenza, garantendo la continuità delle cure e l'erogazione di servizi sanitari essenziali in linea con i principi umanitari. Forniremo e assegneremo in modo appropriato risorse umane e di altro tipo per rafforzare la PHC. Plaudiamo alla leadership e all'esempio dei governi che hanno dimostrato un forte sostegno per la PHC.

V

Costruire un'assistenza sanitaria primaria sostenibile

La PHC sarà attuata in conformità con legislazioni, contesti e priorità nazionali. Rafforzeremo i sistemi sanitari investendo in PHC. Potenzieremo capacità e infrastrutture per le cure primarie - il primo contatto con i servizi sanitari - dando priorità alle funzioni essenziali di sanità pubblica.

Daremo priorità alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e mireremo a soddisfare i bisogni di salute di tutte le persone lungo tutto il corso della vita attraverso servizi completi di prevenzione, promozione, cura, riabilitazione e cure palliative. La PHC fornirà una gamma completa di servizi e assistenza, inclusi ma non limitati alla vaccinazione; screening; prevenzione, controllo e gestione di malattie non trasmissibili e trasmissibili; assistenza e servizi che promuovono, mantengono e migliorano la salute di madri, neonati, bambini e adolescenti, servizi per la salute mentale, la salute sessuale e riproduttiva.

La PHC sarà inoltre accessibile, equa, sicura, di alta qualità, completa, efficiente, accettabile, disponibile ed economica, e fornirà servizi integrati e continui centrati sulle persone e attenti al genere. Ci adopereremo per evitare la frammentazione e garantire un sistema di raccordo funzionale tra il livello primario e gli altri livelli di assistenza. Trarremo beneficio da una PHC sostenibile che migliori la capacità di resistenza dei sistemi sanitari per prevenire, rilevare e rispondere a malattie infettive e focolai epidemici.

VI

Dare potere alle persone e alle comunità

Sosteniamo il coinvolgimento di individui, famiglie, comunità e società civile attraverso la partecipazione allo sviluppo e all'attuazione di politiche e piani che hanno impatto sulla salute. Promuoveremo l'alfabetizzazione sanitaria e lavoreremo per soddisfare le aspettative di individui e comunità per informazioni affidabili sulla salute. Sosterremo le persone nell'acquisizione di conoscenze, abilità e risorse necessarie per mantenere la salute o la salute di coloro dei quali si prendono cura.

Proteggiamo e promuoviamo solidarietà, etica e diritti umani.

Aumenteremo il diritto di proprietà della comunità e contribuiremo alla responsabilità del settore pubblico e privato affinché più persone possano vivere una vita più sana in ambienti favorevoli alla salute.

VII

Allineeremo il supporto delle parti interessate alle politiche, strategie e piani nazionali

Invitiamo tutte le parti interessate - professionisti della salute, università, pazienti, società civile, partner locali e internazionali, agenzie e fondi, settore privato, organizzazioni religiose e altre organizzazioni - ad allinearsi con politiche, strategie e piani nazionali in tutti i settori, attraverso approcci centrati sulle persone e sensibili al genere e a intraprendere azioni congiunte per costruire una PHC più forte e sostenibile verso il raggiungimento di UHC. Il sostegno delle parti interessate può aiutare i paesi a destinare risorse umane, tecnologiche, finanziarie e di informazione necessarie alla PHC. Nell'attuare questa Dichiarazione, i paesi e le parti interessate lavoreranno insieme in uno spirito di partenariato e con un'efficace cooperazione allo sviluppo, condividendo le conoscenze e le buone pratiche nel pieno rispetto della sovranità nazionale e dei diritti umani.

Agiremo secondo questa Dichiarazione in solidarietà e coordinamento tra Governi, OMS, ONU, UNICEF e tutti le altre parti interessate.

- Tutte le persone, paesi e organizzazioni sono incoraggiati a sostenere questo movimento.
- I paesi esamineranno periodicamente l'implementazione di questa Dichiarazione, in collaborazione con le parti interessate.
- Insieme possiamo ottenere salute e benessere per tutti, non lasciando nessuno indietro.

Il successo dell'assistenza sanitaria primaria sarà guidato dalla conoscenza e sviluppo di competenze. Applicheremo la conoscenza, quella scientifica e quella tradizionale, per rafforzare la PHC, migliorare i risultati di salute e garantire l'accesso per tutte le persone e il diritto alla cura al momento giusto e al livello più appropriato, nel rispetto dei loro diritti, bisogni, dignità e autonomia. Continueremo a rifare ricerca e condividere conoscenza ed esperienza, costruire capacità e migliorare l'erogazione di servizi sanitari.

Risorse umane per la salute

Creeremo un lavoro dignitoso e un compenso adeguato per gli operatori sanitari e tutto il personale sanitario che lavora nell'assistenza sanitaria di base per rispondere in modo efficace alle esigenze di salute delle persone in un contesto multidisciplinare. Continueremo a investire in istruzione, formazione, reclutamento, sviluppo, motivazione e conservazione della forza lavoro della PHC, attraverso l'integrazione di adeguate competenze. Ci impegneremo per la conservazione e disponibilità della forza lavoro nella PHC nelle zone rurali, nelle aree remote e meno sviluppate. Noi asseriamo che la migrazione internazionale di il personale sanitario non dovrebbe costituire una minaccia per i paesi, in particolare in via di sviluppo

Tecnologia

Sosteniamo l'ampliamento e l'estensione dell'accesso a una serie di servizi sanitari attraverso l'uso di farmaci di alta qualità, sicuri, efficaci e convenienti, compresi i medicinali se appropriate, medicine tradizionali, vaccini, diagnostica e altre tecnologie. Promuoveremo la loro accessibilità e il loro uso razionale e sicuro e la protezione dei dati personali.

Attraverso i progressi nei sistemi di informazione, saremo in grado di raccogliere dati disaggregati e di alta qualità opportunamente e migliorare la continuità delle informazioni, la sorveglianza delle malattie, trasparenza, responsabilità e monitoraggio delle performances dei sistemi sanitari. Useremo una varietà di tecnologie per migliorare l'accesso alle cure sanitarie, il miglioramento della qualità del servizio e la sicurezza del paziente, e aumentare l'efficienza e il coordinamento delle cure. Attraverso il digitale e altre tecnologie, consentiremo a individui e comunità di identificare i loro bisogni di salute, partecipare alla pianificazione ed erogazione dei servizi e svolgere un ruolo attivo nel mantenimento della propria proprio salute e benessere.

Finanziamento

Chiediamo a tutti i paesi di continuare a investire in PHC per migliorare i risultati di salute. Affronteremo le inefficienze e ingiustizie che espongono le persone a difficoltà economiche nell'utilizzo dei servizi sanitari, garantendo migliore allocazione delle risorse per la salute, finanziamento adeguato dell'assistenza sanitaria di base e adeguati sistemi di rimborso per migliorare l'accesso e ottenere migliori risultati di salute.

Lavoreremo per la sostenibilità finanziaria, l'efficienza e la resilienza dei sistemi sanitari nazionali, allocando opportunamente risorse alla PHC in base al contesto nazionale. Non lasceremo nessuno indietro, compresi quelli in situazioni fragili e in aree di conflitti, fornendo accesso a servizi di PHC di qualità attraverso la continuità delle cure.

Documenti

Regione Emilia Romagna: Legge regionale 5 dicembre 2018, n.19 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria "

Nel quarantennale dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale tramite la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, il 5 dicembre 2018 l'assemblea legislativa dell'Emilia Romagna ha approvato, con il consenso ed il contributo di tutte le forze politiche, la Legge regionale n. 19 del 5 dicembre 2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria" che di seguito viene riportata integralmente. Una legge che esprime e fa propri tutti i grandi valori che hanno ispirato la legge 833/1978, valori che restano ancora saldamente intrecciati e coerenti con la carta costituzionale della nostra nazione e con le indicazioni dell'OMS a partire dalla dichiarazione di Alma Ata anch'essa redatta nel 1978 (anno memorabile che sanciva l'eradicazione del vaiolo) e proseguite con le conferenze internazionali per la promozione della salute a partire dalla prima riassunta nella Carta di Ottawa del 1986, fino alla nona edizione svoltasi a Shangai nel novembre 2016.

Ma se si parla di valori ci si attende non solo una produzione di natura legislativa ma anche un altro tipo di filiazione, quella forse più importante, quella che non solo fornisce risposte a bisogni espressi ma anche la capacità di penetrare in modo incisivo nella cultura di una comunità tanto da condizionarne il pensiero, i comportamenti, le abitudini. Questo ritengo sia lo spirito di fondo della recente legge regionale dell'Emilia Romagna: orientare tutte le risorse locali verso un alto obiettivo culturale quello di potenziare le competenze del singolo cittadino e delle singole distinte comunità nella salvaguardia e nel sostegno alla salute come bene comune imprescindibile. E ciò si desume bene da quella che è l'impalcatura e lo spirito della legge che fa propri concetti quali: partecipazione, condivisione, empowerment, collaborazione, rete, sinergia, equità, medicina di iniziativa, one health, parità di genere, osservazione e valutazione, sostenibilità, multisettorialità, capitale sociale. Concetti che in parte ritroviamo, ad onor del vero, anche nel Piano Regionale della Prevenzione dell'Emilia Romagna 2014-2019.

Per promuovere salute e prevenire malattie la legge regionale identifica in modo chiaro l'importanza di valorizzare soggetti e contesti come: il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, le professioni sanitarie tutte, l'ospedale, il sistema formativo scolastico, l'università, i luoghi di lavoro. In questo senso sostiene e promuove accordi operativi per la salute di comunità che diventano strumento di base per utilizzare al meglio il capitale sociale presente nei singoli territori. Ne è un esempio quanto è stato fatto, anche anticipando di qualche settimana l'approvazione della legge, nella città metropolitana di Bologna con la sottoscrizione di un accordo operativo tra Comune di Bologna, Azienda USL, Azienda Ospedaliera, Ufficio Scolastico Provinciale ed Università, già attivo e che ha già costituito tavoli multisettoriali su alcune delle grandi tematiche di salute che ritroviamo nella legge quali ad esempio: attività motoria e pratica sportiva, alimentazione sana e sicura, diabete dell'adulto, dipendenze da alcol e sostanze, sicurezza del bambino, malattie cardiovascolari, promozione dei determinanti del benessere psicofisico e sociale.

Un'utopia? Forse sì, se si analizza l'attuale panorama politico e sociale nel nostro paese e nell'intero mondo occidentale

nell'era della globalizzazione, ma su queste utopie sono nate le grandi conquiste della nostra civiltà. Rendere questa utopia una realtà è il sogno di questo atto legislativo che proprio per affrontarla al meglio stanziava un fondo annuale di 3.500.000 di euro all'anno per gli anni 2019-2021. La parola ora alla competenza, alla passione, all'impegno e alla perseveranza della comunità emiliano-romagnola.

Dr Paolo Pandolfi

Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna

L'Assemblea legislativa regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale promulga la seguente legge:

Titolo I
Disposizioni Generali

Art. 1
Finalità

1. Con la presente legge la Regione Emilia-Romagna istituisce, regola e sostiene un sistema regionale universalistico, accessibile ed equo di promozione della salute della persona e della comunità, in conformità alle proprie competenze in materia di tutela della salute di cui all'articolo 117, comma terzo della Costituzione, nel rispetto dei principi fondamentali determinati dalla legislazione dello Stato, dei Livelli essenziali di assistenza di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e in attuazione dell'articolo 6, comma 1, lettera a) dello Statuto della Regione Emilia-Romagna (legge regionale 31 maggio 2005, n. 13).

2. Con la presente legge la Regione persegue altresì gli obiettivi fissati dalla Organizzazione mondiale della sanità allo scopo di eliminare le malattie prevenibili, attuare politiche efficaci per l'invecchiamento sano, prolungare negli anni la qualità della vita, ridurre i bisogni di cura e realizzare il diritto di ciascun individuo al raggiungimento del più alto standard di salute fisica e psichica possibile.

Art. 2
Definizioni

1. Ai fini della presente legge valgono le seguenti definizioni:

- a) "Promozione della salute della persona e della comunità": processo sociale e politico che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e migliorarla. Comprende azioni volte sia a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui che a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, attraverso la politica pubblica per la salute, la creazione di ambienti favorevoli alla salute, il rafforzamento dell'azione della comunità, lo sviluppo delle abilità personali e il riorientamento dei servizi sanitari.
- b) "Prevenzione primaria": l'insieme delle politiche e delle misure rivolte alla popolazione sana e asintomatica, finalizzate a prevenire l'insorgenza iniziale di malattie attraverso corretti stili di vita, l'educazione alla salute, l'eliminazione di comportamenti a rischio, la riduzione dei fattori di rischio o dell'esposizione agli stessi, al fine di mantenere attive le capacità personali per un tempo più lungo possibile e aumentare la consapevolezza di ogni individuo del proprio stato di salute.

c) "Prevenzione secondaria, terziaria, quaternaria": l'insieme delle politiche e delle misure rivolte a persone già malate, sintomatiche o asintomatiche, finalizzate rispettivamente a:

1) arrestare o ritardare le malattie già esistenti e i loro effetti, attraverso gli screening, una diagnosi precoce e una terapia appropriata;

2) arrestare o ritardare le recidive, le complicanze, gli aggravamenti o il passaggio ad uno stato di cronicità;

3) prevenire pratiche di iper-medicalizzazione o pratiche mediche non necessarie.

d) "Determinanti di salute": l'insieme dei fattori personali, sociali, culturali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute degli individui o della popolazione, tra cui comportamenti personali, istruzione, reddito, accesso ai servizi e altre condizioni individuali, sociali o di contesto. Si definiscono determinanti di salute "positivi" i fattori che agiscono in senso favorevole al miglioramento dello stato di salute degli individui o della popolazione.

e) "Empowerment per la salute": processi attraverso i quali le persone e i gruppi acquisiscono maggiore controllo, maggiore consapevolezza e iniziativa rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la loro salute.

f) "Investimenti per la salute": risorse esplicitamente dedicate alla promozione della salute, sia da parte di enti pubblici e privati, sia da parte delle persone, come singoli individui e come gruppi.

g) "Responsabilità sociale per la salute": l'atteggiamento insito nelle azioni dei decisori pubblici e privati, effettivamente volto a realizzare politiche e pratiche in grado di promuovere e tutelare la salute.

h) "Infrastruttura per la promozione della salute": insieme di risorse umane, organizzative, materiali e immateriali, pubbliche e private, anche di ambito non sanitario, in grado di contribuire ad un'azione organizzata di promozione della salute della persona e della comunità.

i) "Accordi operativi per la salute di comunità": accordi stipulati tra soggetti istituzionali o tra gli stessi e soggetti privati, finalizzati a ottenere un impegno reciproco in ordine agli obiettivi di salute della comunità, attraverso la condivisione di competenze, professionalità, capacità o risorse.

j) "Ambienti organizzativi per la salute": i luoghi o i contesti sociali nei quali le persone si impegnano nelle attività quotidiane e nei quali i fattori ambientali, organizzativi e personali agiscono sulla salute e sul benessere; tra essi rientrano, a titolo esemplificativo, le scuole, i luoghi di lavoro, gli ospedali, le associazioni e le società sportive, le organizzazioni sociali o le comunità.

k) "Sanità pubblica ecologica": insieme di politiche e azioni per la promozione della salute della comunità attraverso il raggiungimento di uno sviluppo sostenibile, in risposta alla interrelazione tra problemi di salute e problemi ambientali emergenti, anche di carattere globale, quali i cambiamenti climatici.

l) "Promozione della salute e prevenzione in tutte le politiche": approccio alle politiche pubbliche trasversale a tutti i settori, che si fa carico sistematicamente delle implicazioni sanitarie di tutte le decisioni, favorendo le sinergie e implementando la responsabilità degli attori a tutti i livelli del processo decisionale in merito agli impatti sulla salute dei loro provvedimenti.

m) "Medicina di iniziativa": modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, basato sulla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, una serie di misure e interventi finalizzati a coinvolgere attivamente e stabilmente il paziente nel proprio percorso di salute, nonché una gestione attiva della cronicità.

n) "Attività motoria adattata": attività svolta in riferimento a protocolli di esercizio fisico individuali o standardizzati per gruppi omogenei, che si attua tenendo conto delle esigenze derivanti dalla presenza di una specifica patologia, al termine di percorsi riabilitativi con finalità di mantenimento, o per persone affette da patologie croniche con finalità di miglioramento della capacità funzionale e della qualità della vita.

o) "Equità": principio secondo il quale sono i bisogni delle persone ad orientare la distribuzione delle opportunità per il conseguimento del benessere. Alla luce delle disparità nello stato di salute esistenti tra le persone

e le popolazioni, come conseguenza delle differenti condizioni socioeconomiche, culturali o delle scelte individuali rispetto al proprio stile di vita, il principio di equità opera per ridurre ed eliminare le disuguaglianze nelle opportunità di accesso ai servizi sanitari, all'informazione e conoscenza, a condizioni di vita adeguate, nonché ad una sana alimentazione;

p) "Educazione alla salute": opportunità di apprendimento costruite consapevolmente e che comprendono diverse forme di comunicazione, finalizzate ad alfabetizzare ed aumentare le conoscenze in materia di salute, nonché a motivare verso i comportamenti che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità.

Art. 3

Ambito di intervento

1. L'ambito di intervento della presente legge è la promozione della salute della persona e della comunità, unitamente alle politiche e misure di prevenzione primaria.
2. La presente legge dispone inoltre in ordine alla programmazione unitaria ed al coordinamento di tutte le politiche aventi influenza sulla promozione della salute e sulla prevenzione, di tipo primario e non primario, allo scopo di assicurare, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 4, un approccio multisettoriale, integrato, universale e che abbia a riferimento il corso dell'intera esistenza.

Art. 4

Principi delle politiche regionali di promozione della salute e prevenzione

1. La Regione persegue la promozione della salute e la prevenzione in tutte le politiche. A tale scopo opera per favorire l'integrazione delle diverse politiche settoriali utili alla promozione della salute e alla prevenzione e per programmarle unitariamente sul territorio regionale.
2. La Regione promuove la salute della persona e della comunità come bene sociale, diritto e dovere individuale e collettivo, parte integrante dello sviluppo politico e sociale regionale, sostenendo i determinanti positivi della salute, la responsabilità sociale per la salute, gli investimenti per la salute e l'approccio di sanità pubblica ecologica.
3. Le politiche regionali si ispirano al principio della partecipazione delle persone e del protagonismo attivo di altri soggetti pubblici e privati operanti nel territorio regionale, anche tramite la Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione e gli "Accordi operativi per la salute di comunità", di cui all'articolo 7.
4. Le politiche regionali assumono a riferimento la dimensione distrettuale e attribuiscono un ruolo centrale agli enti locali, in quanto soggetti istituzionalmente più prossimi alla comunità locale e in grado di attuare direttamente o favorire interventi specifici di promozione della salute della persona e della comunità.
5. La Regione favorisce la più completa integrazione nelle proprie politiche di promozione della salute dell'intero sistema di cura e sostiene l'orientamento costante alla prevenzione di tutto il personale sanitario.
6. La Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di cui all'articolo 9, si ispira ai seguenti principi:
 - a) approccio centrato sulla persona nella sua interezza, fisica e psichica;
 - b) approccio basato sull'intero corso dell'esistenza, dalla salute materna e infantile, fino alla vita adulta e all'invecchiamento attivo;
 - c) universalità, intesa come orientamento delle politiche all'insieme della popolazione, anche in modo trasversale ai diversi gruppi che la compongono;
 - d) approccio basato sull'equità, in particolare a favore della popolazione a bassa scolarità, a basso reddito e con maggiori difficoltà di accesso alle cure, della popolazione a rischio di esclusione sociale, di quella infantile e giovanile, anziana e fragile, nonché della popolazione di origine straniera;
 - e) approccio basato sul genere, inteso come riconoscimento e valorizzazione, ai fini della promozione della

salute e della prevenzione, delle differenze tra i generi riguardo all'insorgenza delle malattie e al loro decorso, attuando programmi mirati e differenziati su misura per uomini e donne;

f) approccio basato sulla medicina di iniziativa;

g) azione multisettoriale, intesa come integrazione dei diversi ambiti settoriali della prevenzione, di cui all'articolo 5, comma 2;

h) empowerment degli individui e delle comunità, attraverso azioni di informazione, istruzione, coinvolgimento, per mettere in grado le persone di aumentare il controllo e la consapevolezza sulla propria salute e di migliorarla;

i) ricorso a strategie basate sulle evidenze scientifiche, sulle buone pratiche e sulle azioni valutabili.

TITOLO II

Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione

CAPO I

Coordinamento degli ambiti settoriali delle politiche di prevenzione

Art. 5

Programmazione integrata delle politiche di prevenzione

1. La Regione realizza la programmazione integrata degli ambiti settoriali, indicati al comma 2, attraverso la Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di cui all'articolo 9.

2. La Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione persegue l'integrazione ed il coordinamento degli obiettivi e delle azioni proposte dalle singole programmazioni regionali relative ai seguenti ambiti settoriali, aventi attinenza con le finalità della presente legge: sanità, welfare, alimentazione, agricoltura e sicurezza dei prodotti e delle filiere alimentari, ambiente, protezione civile, territorio, mobilità, lavoro, istruzione, formazione, cultura, parità di genere, sicurezza e legalità, sviluppo economico, sport e politiche giovanili.

3. Gli strumenti di programmazione regionale relativi ai singoli ambiti settoriali devono in ogni caso prevedere l'attuazione delle strategie integrate finalizzate alla promozione della salute della persona e della comunità e alla prevenzione primaria, in attuazione del principio della promozione della salute e della prevenzione in tutte le politiche, di cui all'articolo 4, comma 1.

Art. 6

Tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione

1. La Giunta regionale istituisce un Tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, di seguito denominato Tavolo multisettoriale, presieduto dal Presidente della Regione o suo delegato, definendone la composizione, le funzioni e le modalità di funzionamento, ai sensi del presente articolo. L'istituzione del Tavolo multisettoriale avviene entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Contestualmente la Giunta regionale definisce altresì le modalità per l'esercizio delle funzioni di Osservatorio di cui all'articolo 25, comma 7.

2. Il Tavolo multisettoriale opera per assicurare l'integrazione ed il coordinamento delle politiche previste dai singoli strumenti di programmazione settoriale di cui all'articolo 5, nonché per migliorare la cooperazione tra Direzioni generali, Agenzie e istituti regionali. In particolare, il Tavolo multisettoriale interviene per assicurare il coordinamento nella fase preparatoria della Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di cui all'articolo 9, e per monitorarne e valutarne le fasi attuative. Il Tavolo multisettoriale può altresì essere coinvolto nella fase preparatoria del Piano regionale della prevenzione, di cui all'articolo 10.

3. Il Tavolo multisettoriale è composto dai rappresentanti di tutte le direzioni generali regionali, dell'Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia e delle altre agenzie e istituti regionali che svolgono attività connesse alla promozione della salute della popolazione. Alle riunioni del Tavolo multisettoriale possono partecipare gli Assessori competenti o loro delegati. La partecipazione alle sedute del Tavolo non comporta l'erogazione di alcun compenso o rimborso.

Capo II

Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione

Art. 7

Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione e "Accordi operativi per la salute di comunità"

1. La Giunta regionale, con proprio atto, istituisce e definisce le modalità di funzionamento della Rete regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di seguito denominata Rete regionale, che insieme agli enti locali e alle aziende sanitarie rappresenta il Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione, l'infrastruttura per la promozione della salute di cui la Regione si avvale per la realizzazione delle politiche disciplinate dalla presente legge.

2. Alla Rete regionale possono partecipare gli enti locali, in forma singola o associata, gli istituti scolastici autonomi, le università e ogni altro soggetto pubblico o a promozione pubblica che svolga la propria attività sui temi della promozione della salute o negli ambiti settoriali di cui all'articolo 5.

3. Alla Rete regionale possono inoltre partecipare soggetti pubblici e privati, con sede nel territorio, che per le proprie finalità sociali e competenze possono contribuire efficacemente alla pianificazione, realizzazione e implementazione di azioni per la promozione della salute e la prevenzione primaria, nonché allo scambio e diffusione delle migliori pratiche sul territorio.

4. Alla Rete regionale si aderisce attraverso la registrazione su una piattaforma regionale aperta, che consente la definizione dei soggetti che vi partecipano, a livello regionale e locale, secondo le modalità definite dall'atto della Giunta regionale di cui al comma 1.

5. Con i soggetti aderenti alla Rete regionale di cui ai commi precedenti, gli enti locali, le aziende sanitarie o le conferenze territoriali sociali e sanitarie possono promuovere e stipulare "Accordi operativi per la salute di comunità", di livello locale, allo scopo di definire obiettivi e iniziative comuni tra i soggetti partecipanti, nonché le modalità per la condivisione di competenze e professionalità, in attuazione dei principi di cui all'articolo 4, comma 6. La Giunta regionale può promuovere, per le stesse finalità, "Accordi operativi per la salute di comunità", di livello regionale, anche di tipo settoriale.

6. I contenuti degli "Accordi operativi per la salute di comunità" di livello locale, di cui al comma 5, sono definiti, sentite le parti sociali comparativamente più rappresentative, dai comitati di distretto con il supporto tecnico degli uffici di piano e dei dipartimenti di sanità pubblica, in coerenza con i Piani attuativi locali, di cui all'articolo 10, comma 3, e avvalendosi delle indicazioni derivanti da profili di salute di comunità elaborati territorialmente e congiuntamente dagli enti locali e dalle aziende sanitarie territoriali. Gli "Accordi operativi locali per la salute di comunità" contribuiscono alla appropriata attuazione locale della Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di cui all'articolo 9, e del Piano regionale della prevenzione, di cui all'articolo 10. A tale scopo favoriscono l'integrazione delle programmazioni e delle azioni settoriali in capo alle aziende sanitarie e ai diversi servizi delle amministrazioni locali, e valorizzano il contributo dei soggetti del territorio di cui ai commi 2 e 3.

7. Nell'ambito degli "Accordi operativi per la salute di comunità", di cui ai precedenti commi 5 e 6, gli enti locali e le aziende sanitarie territoriali possono istituire Tavoli multisettoriali locali di coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, per l'integrazione e la cooperazione tra settori,

aree, dipartimenti interni agli enti locali e alle aziende sanitarie, e tra questi e i diversi soggetti aderenti agli Accordi operativi e alla Rete regionale. Con tali soggetti gli enti locali e le aziende sanitarie possono siglare convenzioni operative per lo sviluppo di iniziative volte alla promozione della salute delle comunità locali.

8. Per la realizzazione delle attività di cui ai commi 5 e 6, in attuazione della Strategia regionale di cui all'articolo 9 e del Piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 10, la Regione promuove e organizza adeguate attività formative e di aggiornamento per il personale e gli operatori dei diversi soggetti pubblici coinvolti negli "Accordi operativi per la salute di comunità" e agisce a favore del rafforzamento operativo dei soggetti stessi.

Art. 8

Partecipazione a reti e progetti sovra regionali

1. Per le finalità di cui alla presente legge, la Regione promuove la partecipazione a programmi, reti, progetti e iniziative che coinvolgono altre regioni, ministeri, istituzioni europee ed altri soggetti, secondo le modalità previste dallo Statuto regionale e dalle leggi vigenti. Può aderire altresì a protocolli, linee guida o direttive internazionali e nazionali finalizzate alla promozione della salute e alla prevenzione primaria.

2. Per le finalità di cui alla presente legge, la Regione partecipa altresì alle attività dell'associazione "Rete Italiana Città Sane-Oms", di cui alla legge regionale 30 settembre 2016, n. 16 (Partecipazione della Regione Emilia-Romagna all'associazione "Rete Italiana Città Sane-OMS"), ed in particolare:

- a) favorisce l'adesione degli enti locali alla "Rete Italiana Città Sane" e la loro partecipazione ai programmi della Rete stessa;
- b) promuove e facilita lo scambio e la diffusione di buone prassi tra la Rete regionale, di cui all'articolo 7, e la "Rete Italiana delle Città Sane";
- c) favorisce la partecipazione dei soggetti costituenti la Rete regionale di cui all'articolo 7 alle azioni e iniziative promosse dalla "Rete Italiana Città Sane".

Titolo III

Strategia e politiche regionali per la prevenzione

Capo I

Criteri, modalità e strumenti per la programmazione delle politiche

Art. 9

Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione

1. La Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione, di seguito denominata "Strategia regionale", è un atto che coordina e integra le politiche di promozione della salute e prevenzione previste dai diversi programmi regionali relativi agli ambiti settoriali di cui all'articolo 5, comma 2, in attuazione dei principi di cui all'articolo 4, comma 6. La Strategia regionale definisce le priorità delle politiche regionali di cui ai capi II e III del presente titolo, nonché ogni altra azione ritenuta prioritaria in relazione a qualsiasi patologia, ambiente o destinatario. Essa favorisce altresì il coordinamento e l'integrazione tra le politiche di prevenzione primaria e le strategie inerenti le misure di prevenzione secondaria, terziaria e quaternaria adottate dal sistema sanitario regionale. La Strategia regionale è elaborata in coerenza con i programmi e con gli accordi in materia di promozione della salute, prevenzione e lotta alla cronicità, cui la Regione aderisce a livello internazionale, europeo e nazionale.

2. La Giunta regionale, di norma ogni tre anni, sentito il Tavolo multisettoriale di cui all'articolo 6, e attraverso il coinvolgimento dei soggetti partecipanti alla Rete regionale di cui all'articolo 7, e delle conferenze

territoriali sociali e sanitarie, adotta la proposta di Strategia regionale e la sottopone all'Assemblea legislativa per l'approvazione.

Art. 10

Piano regionale della prevenzione

1. Il Piano regionale della prevenzione è approvato dalla Giunta regionale, previo parere della competente commissione assembleare, dopo aver informato tutte le commissioni assembleari interessate, nonché a seguito di consultazioni che coinvolgano in particolare gli enti locali, le conferenze territoriali sociali e sanitarie e i soggetti componenti della Rete regionale, di cui all'articolo 7. Per la predisposizione del Piano regionale della prevenzione la Giunta può avvalersi del contributo del Tavolo multisettoriale di cui all'articolo 6.

2. In attuazione degli obiettivi e delle azioni previsti dal Piano nazionale della prevenzione (PNP) e nel rispetto degli accordi o intese tra Stato e regioni in materia, il Piano regionale della prevenzione:

a) tiene conto della Strategia regionale e ne attua le priorità;

b) individua le priorità di intervento, le azioni necessarie alla promozione della salute e alla prevenzione, le responsabilità operative per l'attuazione delle azioni previste, i gruppi o i territori target, gli approcci trasversali agli ambiti settoriali, le azioni richieste per assicurare la partecipazione dei cittadini, i risultati attesi ed i relativi indicatori per la valutazione del miglioramento degli standard di salute nella popolazione e le eventuali attività di riprogrammazione delle azioni.

3. Gli obiettivi e le azioni previste dal Piano regionale della prevenzione sono assunti e integrati nei Piani attuativi locali, nei Piani di zona e negli obiettivi di mandato delle direzioni generali delle aziende sanitarie, allo scopo di coordinare efficacemente gli interventi e valorizzare le diverse risorse del territorio, secondo i principi di approccio multisettoriale e trasversale di cui all'articolo 4.

4. Per l'attuazione delle finalità della presente legge e delle azioni individuate nell'ambito della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, la Regione può concedere contributi ai soggetti aderenti alla Rete regionale o nell'ambito degli "Accordi operativi per la salute di comunità" di cui all'articolo 7. Con proprio atto la Giunta regionale definisce criteri e modalità per la concessione.

Capo II

Politiche regionali per la promozione della salute, il benessere della persona e della comunità e la prevenzione primaria. Ambienti, ruoli e funzioni da valorizzare.

Art. 11

Valorizzazione del ruolo della medicina generale e d'iniziativa ai fini della prevenzione

1. La Regione valorizza il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta e più complessivamente dei nuclei di cure primarie e delle case della salute per lo sviluppo della medicina d'iniziativa finalizzata alla promozione della salute e alla prevenzione primaria, allo scopo di informare, coinvolgere, accompagnare e responsabilizzare i cittadini nella adozione di stili di vita orientati al benessere e alla prevenzione delle malattie. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono inoltre collaborare per l'identificazione dei bisogni di salute della comunità, per l'implementazione di interventi rivolti alla popolazione o a gruppi specifici e per il monitoraggio dell'impatto di tali interventi.

Art. 12

Valorizzazione del ruolo degli ospedali, delle professioni e dei servizi sanitari ai fini della promozione della salute e della prevenzione

1. La Regione individua nel sistema ospedaliero e dei servizi sanitari un ambiente organizzativo fonamen-

tale per promuovere nei cittadini la cultura della prevenzione. A questo scopo, favorisce l'adozione di opportune scelte organizzative da parte delle aziende ospedaliere e territoriali, anche attraverso le case della salute, al fine di garantirne la collaborazione efficace alle azioni previste dal Piano regionale della prevenzione, facilitarne la cooperazione con gli enti locali e coi i soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7, valorizzare le competenze di tutte le professioni sanitarie per assicurare l'informazione dei cittadini e la promozione della salute. La Regione promuove inoltre le azioni che possono essere sostenute all'interno della rete ospedaliera e sociosanitaria allo scopo di migliorare le attività di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Art. 13

Valorizzazione del ruolo del sistema formativo, scolastico e universitario ai fini della promozione della salute e della prevenzione

1. La Regione, in considerazione dello stretto rapporto esistente tra livello di istruzione e salute, individua nei soggetti del sistema formativo, scolastico e universitario gli interlocutori indispensabili per promuovere tra i cittadini, e in particolare tra i giovani, la cultura della prevenzione.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, programma, promuove e sostiene iniziative rivolte ai diversi soggetti del sistema educativo, da definirsi e realizzarsi anche tramite protocolli d'intesa o "Accordi operativi per la salute di comunità" e da sottoscrivere con l'Ufficio scolastico regionale del Ministero della Istruzione, Università e Ricerca, con gli istituti scolastici autonomi, con le università del territorio regionale o con gli organismi di formazione professionale accreditati ai sensi della legge regionale 30 giugno 2003, n.12 (Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro) e della legge regionale 30 giugno 2011, n. 5 (Disciplina del sistema regionale dell'istruzione e formazione professionale).
3. I protocolli d'intesa o gli accordi operativi di cui al comma 2, coinvolgono gli enti locali disponibili, prevedendo la collaborazione dei soggetti della rete regionale di cui all'articolo 7 e dei centri di riferimento regionale che svolgono interventi di tipo educativo in materia di prevenzione. I protocolli o gli accordi sono finalizzati, tra l'altro, ad assicurare il coordinamento delle iniziative di cui alla presente legge con le attività di educazione alla salute promosse dalla Regione e dai soggetti di cui al comma 2, ivi comprese le attività in materia di informazione ed educazione alla sostenibilità previste dalla legge regionale 29 dicembre 2009, n. 27 (Promozione, organizzazione e sviluppo delle attività di informazione e di educazione alla sostenibilità), e svolte in ambito scolastico o formativo, anche attraverso la collaborazione dei centri di educazione alla sostenibilità istituiti dagli enti locali.
4. Le iniziative sviluppate in collaborazione con i soggetti del sistema formativo, scolastico e universitario, ivi comprese quelle previste dal Piano regionale della prevenzione, individuano come prioritarie le tematiche inerenti:
 - a) l'educazione agli stili di vita sani, alla scelta degli alimenti salutari e alla corretta alimentazione, fin dai primi anni di vita, anche ai fini del contrasto alla obesità infantile, nonché della prevenzione dei disordini e dei disturbi alimentari in età adolescenziale e nella vita adulta;
 - b) il contrasto alla sedentarietà, la promozione dell'attività motoria e della pratica sportiva, anche ai fini educativi, a partire dal contesto scolastico, in particolare con il coinvolgimento degli enti di promozione dell'attività sportiva, nonché del Comitato olimpico nazionale italiano, del Comitato italiano paralimpico, delle federazioni riconosciute, delle discipline sportive associate, aderenti alla Rete regionale di cui all'articolo 7;
 - c) il contrasto al tabagismo;
 - d) l'informazione sui rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche e all'uso di sostanze psicoattive;
 - e) il contrasto alle dipendenze, ai disturbi da gioco d'azzardo e alle cyberdipendenze;

f) la prevenzione delle conseguenze sulla salute dei giovani del cyberbullismo e degli atti di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 29 maggio 2017, n. 71 (Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo);

g) la promozione tra i giovani e le giovani di programmi di prevenzione mirati, anche in base alla differenza di genere e alle eventuali condizioni di disabilità, con riferimento ai comportamenti a rischio, alle patologie che possono insorgere sin dalla età giovanile, nonché alla educazione alla affettività e sessualità per la prevenzione delle patologie sessualmente trasmissibili e la preservazione delle possibilità riproduttive nella vita adulta;

h) la diffusione tra i giovani delle tecniche di primo soccorso per operatori laici, come previste dall'articolo 1, comma 10, della legge 13 luglio 2015, n. 107 (Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti).

5. Le iniziative educative e informative, di cui al comma 4, si avvalgono preferibilmente delle metodologie che valorizzano la coeducazione, l'empowerment per la salute, gli approcci per sostenere scelte consapevoli. Gli interventi possono prevedere la formazione degli insegnanti, degli operatori scolastici e di figure professionali in grado di collaborare con i servizi specializzati rispetto alle principali patologie e problematiche inerenti all'infanzia e all'adolescenza.

6. La Regione, per i minori coinvolti nelle iniziative di cui al comma 4, promuove e sostiene, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, la partecipazione attiva della famiglia, in quanto contesto fondativo per l'educazione agli stili di vita sani, fin dai primi anni di vita, anche attraverso un adeguato supporto alla genitorialità. A tale scopo, la Regione promuove il coinvolgimento della Rete regionale dei centri per le famiglie, di cui all'articolo 15 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 14 (Norme in materia di politiche per le giovani generazioni), dei consultori familiari e dell'associazionismo familiare e giovanile negli accordi di cui al presente articolo, e nella Rete regionale di cui all'articolo 7.

7. È istituito presso la struttura regionale competente in materia di istruzione e formazione professionale il Tavolo regionale permanente per l'educazione alla salute e alla prevenzione nel sistema educativo e formativo. Il Tavolo, presieduto dall'Assessore regionale competente, ha funzioni consultive e coinvolge i rappresentanti dei diversi soggetti di cui ai commi 2, 3 e 5, allo scopo di favorirne la collaborazione nella programmazione e attuazione delle iniziative di cui al presente articolo. La partecipazione alle sedute del Tavolo non comporta l'erogazione di alcun compenso o rimborso.

Art. 14

Valorizzazione del ruolo dei luoghi di lavoro ai fini della promozione della salute e della prevenzione

1. La Regione individua nei luoghi di lavoro pubblici e privati ambienti organizzativi per la salute, ossia contesti prioritari per attuare progetti di informazione, educazione e coinvolgimento dei lavoratori e dei cittadini adulti per la promozione della salute e la prevenzione primaria.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione programma, promuove e sostiene, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, iniziative rivolte ai diversi soggetti del sistema produttivo e del lavoro, da definirsi e realizzarsi anche tramite "Accordi operativi per la salute di comunità" che coinvolgano gli enti locali, le organizzazioni sindacali e dei datori di lavoro comparativamente più rappresentative a livello regionale, e con il contributo del Comitato regionale di coordinamento, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro). La Regione promuove e sostiene in particolare azioni e progetti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro, per la prevenzione negli ambiti lavorativi a maggior rischio ed esposizione ambientale, per l'invecchiamento attivo al lavoro, per la prevenzione del mobbing, del disagio lavorativo e dello stress lavoro-correlato, valorizzando il ruolo degli ambienti lavorativi nella promozione del benessere fisico e mentale, anche incoraggiando i lavoratori alla adozione di stili di vita

sani, alla partecipazione ad attività salutari, alla crescita della consapevolezza personale in materia di salute.

3. Ai fini dello sviluppo della cultura e dei programmi di promozione della salute e sicurezza sul lavoro, nonché per la prevenzione del disagio lavorativo, la Regione valorizza i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro dei dipartimenti di sanità pubblica delle aziende usl e opera per rafforzarne la collaborazione con l'Istituto nazionale assicurazioni infortuni sul lavoro, allo scopo di attuare in modo coordinato gli obiettivi del Piano regionale della prevenzione coinvolgenti i luoghi di lavoro. In particolare, la Regione interviene per rafforzare i servizi e i progetti specifici di prevenzione del disagio lavorativo, per favorire la valorizzazione dei dati dei registri delle malattie professionali a scopi preventivi e per lo scambio e la diffusione di buone pratiche. La Regione valorizza altresì il ruolo del medico competente, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), del d. lgs. n. 81/2008 .

Capo III

Politiche regionali per la promozione della salute, il benessere della persona e della comunità e la prevenzione primaria. Azioni specifiche, prioritarie o innovative.

Art. 15

Prevenzione delle malattie del sistema cardiovascolare e della morte cardiaca improvvisa. Sistema di cardioprotezione regionale

1. La Regione assume come proprio obiettivo di rendere l'intero territorio regionale cardioprotetto.
2. Per le finalità di cui al comma 1, il Piano regionale della prevenzione prevede azioni di identificazione preventiva dei soggetti a rischio cardiovascolare in base a metodologie scientificamente validate, anche attraverso il sistema delle Case della Salute e il coinvolgimento degli enti locali e dei soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7.
3. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione, attraverso la propria programmazione per la prevenzione, di cui al titolo III, capo I, e attraverso uno specifico Programma regionale per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni, approvato dalla Giunta ai sensi della disciplina statale vigente in materia, sentite le Commissioni assembleari competenti, promuove e sostiene:
 - a) la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE) in tutti i luoghi e mezzi collettivi prioritariamente previsti dalla disciplina statale vigente in materia di defibrillatori automatici esterni, oltre a quelli previsti dalle norme nazionali in materia di attività sportiva, per prevenire gli esiti dell'arresto cardiocircolatorio e la morte cardiaca improvvisa; inoltre ne promuove la diffusione all'interno dei condomini, agendo con le associazioni di categoria degli amministratori condominiali e immobiliari presenti sul territorio regionale;
 - b) la registrazione e mappatura permanente della rete dei dispositivi di defibrillazione presenti sul territorio regionale, allo scopo di monitorarne e ampliarne lo sviluppo, assicurare la manutenzione costante dei dispositivi e l'aggiornamento permanente del personale laico e sanitario responsabile del loro utilizzo;
 - c) la consultabilità in tempo reale della mappatura di cui alla lettera b), attraverso applicazioni telematiche specifiche, ai fini della rapida reperibilità e attivazione dei dispositivi DAE in caso di emergenza da parte del sistema di emergenza sanitaria e di qualsiasi cittadino o cittadina;
 - d) la formazione permanente degli operatori laici abilitati all'utilizzo dei dispositivi DAE e alle pratiche di rianimazione cardiopolmonare precoce (BLS-D) secondo gli standard definiti dall'European Resuscitation Council. La Regione in particolare dispone con propri atti le modalità per l'accreditamento dei centri di formazione, anche promossi dai soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7, in coerenza con quanto previsto dalla disciplina statale vigente in materia di defibrillatori automatici esterni e in materia di attività sportiva;
 - e) la formazione diffusa degli operatori laici sull'utilizzo di tecniche di rianimazione precoce e altre azioni di informazione, formazione, sensibilizzazione, particolarmente attraverso iniziative nelle scuole e nel sistema

sportivo, utili allo scopo di ridurre l'incidenza, la mortalità o la frequenza degli esiti invalidanti degli arresti cardiaci.

Art. 16

Prevenzione attraverso l'attività motoria e la pratica sportiva

1. La Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene l'attività motoria e la pratica sportiva, come strumenti essenziali per la salute della persona e della comunità.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione favorisce le iniziative volte a sensibilizzare e sostenere i cittadini, gli enti locali e i diversi attori sociali che operano per lo sviluppo della pratica dell'attività motoria e sportiva, nei diversi contesti sociali, tra cui in particolare gli enti di promozione dell'attività sportiva, nonché, il Comitato olimpico nazionale italiano e il Comitato italiano paralimpico, le federazioni riconosciute, le discipline sportive associate, le istituzioni scolastiche e i soggetti aderenti alla Rete regionale di cui all'articolo 7 o che gestiscono le palestre che promuovono salute e attività motoria adattata. La Regione con propri atti ne definisce criteri, requisiti e modalità per il riconoscimento.
3. Le aziende sanitarie della Regione, valorizzando i propri servizi di medicina dello sport e promozione dell'attività fisica, promuovono l'accesso dei cittadini alla pratica dell'attività motoria, in particolare favorendo la prescrizione dell'esercizio fisico come strumento efficace nella prevenzione primaria e secondaria di diverse patologie, tra cui quelle di ambito cardiovascolare, respiratorio, oncologico, muscolo-scheletrico, diabetologico e metabolico, nonché dei soggetti trapiantati. La Regione promuove inoltre la prescrizione dell'attività motoria adattata, attraverso protocolli di esercizio fisico individuali o standardizzati per gruppi omogenei, definiti in riferimento alla presenza di una specifica patologia sensibile all'esercizio fisico, anche con attenzione ai criteri della medicina di genere.

Art. 17

Prevenzione attraverso l'alimentazione sana e sicura

1. La Regione valorizza la centralità dell'alimentazione sana, sicura ed equilibrata ai fini della promozione della salute e della prevenzione primaria.
2. Per le finalità di cui al comma 1, e per sostenere iniziative adeguate ai territori e alle loro specificità, la Regione valorizza il ruolo dei servizi veterinari pubblici e dei servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione, promuove l'adesione alla Rete regionale e agli "Accordi operativi per la salute di comunità" di cui all'articolo 7, dei soggetti pubblici e privati che operano per la sicurezza degli alimenti e la sana alimentazione, nonché per la prevenzione delle malattie trasmissibili tramite gli alimenti di origine animale e vegetale, tra cui in particolare i soggetti appartenenti al sistema delle produzioni agricole e zootecniche, della trasformazione e distribuzione alimentare, della tutela dei consumatori, dell'educazione alla alimentazione, in una logica integrata lungo l'intera filiera.
3. La Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, sostiene inoltre gli interventi di sensibilizzazione, informazione, educazione all'alimentazione che si realizzano nell'ambito degli "Accordi operativi per la salute di comunità" di cui agli articoli 7 e 13, anche in coerenza con quanto previsto dall'articolo 4 della legge regionale 24 giugno 2003, n. 11 (Nuove misure per la prevenzione delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti. Abolizione del libretto di idoneità sanitaria) e dalla legge regionale 4 novembre 2002, n. 29 (Norme per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare e per la qualificazione dei servizi di ristorazione collettiva). La Regione valorizza altresì la collaborazione dei centri di riferimento regionale di cui all'articolo 13, comma 3, che svolgono interventi di tipo educativo in materia.
4. Gli interventi di cui al comma 3 favoriscono l'adozione di corretti comportamenti alimentari e nutrizionali

da parte dei cittadini, specialmente di quelli maggiormente esposti a diseguaglianze economiche e sociali, anche attraverso la promozione della conoscenza e del consumo di prodotti alimentari ed agroalimentari ottenuti nel rispetto delle corrette pratiche agricole e zootecniche, di trasformazione, di conservazione e di sostenibilità ambientale.

Art. 18

Prevenzione del diabete dell'adulto

1. La Regione, nell'ambito degli obiettivi della Strategia regionale, promuove gli stili di vita utili a prevenire i fattori noti per essere correlati allo sviluppo del diabete mellito di tipo 2 o diabete dell'adulto, tra cui in particolare l'obesità e il sovrappeso, la carenza di attività motoria, la non corretta alimentazione.
2. La Regione promuove la medicina di iniziativa, per la prevenzione primaria del diabete dell'adulto e la prevenzione secondaria delle complicanze acute e croniche.
3. Per gli obiettivi di cui al presente articolo, la Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene le iniziative di informazione e educazione rivolte alla popolazione generale e di educazione terapeutica rivolta alle persone con diabete. A tale scopo valorizza il contributo e la partecipazione ai servizi regionali delle associazioni dei pazienti, anche attraverso la loro adesione alla Rete regionale di cui all'articolo 7.

Art. 19

Azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti e psicotrope

1. La Regione, nell'ambito degli obiettivi della Strategia regionale, promuove le iniziative volte a prevenire e contrastare la diffusione delle dipendenze da alcool, droghe e sostanze stupefacenti e psicotrope, in particolare tra i giovani.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene osservatori e studi sul fenomeno, anche attraverso i centri di ascolto e i servizi attivi sul territorio, in raccordo con gli enti locali e con l'Osservatorio regionale per la sicurezza stradale. La Regione promuove inoltre per tali finalità la collaborazione inter-istituzionale con i diversi soggetti pubblici preposti ai controlli e alla pubblica sicurezza, allo scopo di assicurare il coordinamento delle rispettive strategie e delle attività di informazione, prevenzione, controllo e sanzione, con particolare riferimento al contrasto dello spaccio e consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope ed al consumo di alcool.
3. Allo scopo di ridurre il numero dei consumatori e diminuire la morbilità e la mortalità correlata, la Regione, unitamente agli enti locali, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene interventi di prevenzione primaria, tra i quali azioni informative e formative per la disincentivazione all'uso dell'alcool e delle sostanze stupefacenti e psicotrope, particolarmente rivolte ai giovani. Tali interventi sono realizzati con la collaborazione dei soggetti del sistema scolastico e formativo, del lavoro, del tempo libero e divertimento, nonché dei servizi che operano con unità di strada per la prevenzione dei comportamenti a rischio e dei centri di riferimento regionale che svolgono interventi di tipo educativo in materia di prevenzione, di cui all'articolo 13, comma 3. Per tali azioni di prevenzione la Regione valorizza in particolare il ruolo del sistema formativo, scolastico e universitario, ai sensi dell'articolo 13, e dei luoghi di lavoro, ai sensi dell'articolo 14.
4. La Regione promuove inoltre forme di collaborazione con le associazioni rappresentative dei gestori dei pubblici esercizi e dei locali di divertimento, coinvolgendo gli enti locali e i soggetti aderenti alla Rete regionale di cui all'articolo 7, per lo sviluppo di progetti innovativi a supporto della fruizione consapevole e responsabile dei luoghi e delle occasioni di divertimento e per la prevenzione di comportamenti impropri e delle loro possibili conseguenze sulla salute dei giovani.

Art. 20

Azioni di prevenzione e contrasto delle dipendenze legate alle nuove tecnologie

1. La Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene, anche attraverso gli enti locali e i soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7, azioni di prevenzione specifiche volte a contrastare le conseguenze sanitarie del cyberbullismo, delle cyberdipendenze e delle dipendenze e devianze comportamentali derivanti da utilizzo improprio di nuove tecnologie, in particolare tra bambini, adolescenti e giovani.
2. Le azioni di cui al comma 1 si integrano con quelle finalizzate alla prevenzione dei disturbi da gioco d'azzardo, previste dall'articolo 2 della legge regionale 4 luglio 2013, n. 5 (Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate) e sono realizzate valorizzando il ruolo del sistema formativo, scolastico e universitario di cui all'articolo 13, dei soggetti che promuovono attività motoria e pratica sportiva, nonché delle associazioni delle famiglie, in particolare per quanto attiene alla prevenzione delle dipendenze tecnologiche e della conseguente sedentarietà nei bambini e nei giovani, anche con attenzione specifica ai criteri della medicina di genere.

Art. 21

Azioni di prevenzione per la sicurezza del bambino e della bambina

1. La Regione, nell'ambito degli obiettivi della Strategia regionale, promuove la diffusione delle informazioni e la conoscenza delle tecniche rivolte a prevenire i rischi e gli incidenti connessi all'età pediatrica nel contesto domestico, di comunità e in ambiente esterno.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, anche in collaborazione con gli enti locali e i soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7, promuove e sostiene iniziative rivolte innanzitutto ai genitori, agli operatori delle comunità infantili, agli operatori dei centri per le famiglie e dei consultori familiari, in particolare quelli impegnati nella formazione pre-parto dei genitori; tali iniziative sono finalizzate alla informazione e formazione, anche pratica, per la adozione di corretti comportamenti, per la valutazione dei rischi e la prevenzione degli incidenti in età pediatrica, con particolare riferimento alla diffusione:
 - a) delle manovre di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo con rianimazione cardiopolmonare ed elementi di primo soccorso;
 - b) dei presidi e delle tecniche per la prevenzione dei traumi stradali connessi al trasporto automobilistico e ciclistico dei minori;
 - c) delle misure di prevenzione degli incidenti domestici e negli ambienti di vita di comunità, quali cadute, ustioni, avvelenamento, annegamento e simili.
3. Nell'ambito dei protocolli d'intesa o degli accordi di cui all'articolo 13, comma 2, possono essere previste attività di formazione sulle manovre di disostruzione delle vie aeree in ambito pediatrico, rianimazione cardiopolmonare con elementi di primo soccorso e sulla sicurezza del bambino e della bambina; tali attività sono rivolte al personale e ai docenti dei diversi ordini e gradi del sistema di istruzione, nonché agli allievi dell'istruzione secondaria superiore e del sistema di formazione regionale, anche in attuazione dell'articolo 1, comma 10, della Legge n. 107 del 2015. La Regione promuove l'inserimento, tra i requisiti di partecipazione o tra i criteri di valutazione delle offerte nell'affidamento di servizi all'infanzia o di refezione scolastica, dei requisiti di adeguata formazione degli operatori alle tecniche di disostruzione in età pediatrica e sicurezza nelle comunità infantili. Tali requisiti sono introdotti gradualmente con specifici atti di Giunta anche nel sistema regionale di accreditamento dei servizi educativi per l'infanzia, previsto dalla legge regionale 25 novembre 2016, n. 19 (Servizi educativi per la prima infanzia. Abrogazione della l.r. n. 1 del 10 gennaio 2000).

4. Per le finalità di cui al presente articolo, la Giunta regionale predispone linee guida relative ai programmi, ai requisiti e alle modalità per la formazione alle tecniche di primo soccorso in età pediatrica del personale sanitario e non sanitario.

Art. 22

Azioni di prevenzione per la promozione dei determinanti del benessere psicofisico e della salute mentale

1. La Regione, nell'ambito degli obiettivi della Strategia regionale, promuove azioni finalizzate al benessere psicofisico e alla salute mentale della persona, agendo sui determinanti che possono rafforzare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio, l'incidenza, la durata e la gravità dei disturbi mentali, con interventi sia di tipo universalistico che selettivo, ossia rivolto ai soggetti con fattori di rischio specifici rispetto alla media della popolazione generale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, programma, promuove e sostiene azioni volte a identificare tempestivamente i soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con problemi emozionali, comportamentali o sociali, a rischio di disagio mentale, allo scopo di favorirne la presa in carico precoce, operando anche in stretto raccordo con le istituzioni scolastiche e formative, ai sensi dell'articolo 13, e con le famiglie. Tra le popolazioni giovanili, la programmazione regionale, di cui al capo I del presente titolo, attribuisce particolare priorità alle azioni preventive rivolte al benessere mentale dei figli e dei familiari delle persone affette da disturbi psichiatrici.

3. Le strutture regionali competenti, sulla base delle evidenze scientifiche, promuovono interventi mirati alle diverse fasce di popolazione volti a migliorare il benessere psicologico, la resilienza e la competenza della persona e della comunità nell'affrontare i fattori di stress e di rischio per la salute mentale, anche attraverso la promozione di processi di empowerment personali e sociali, la valorizzazione della medicina di genere, la creazione di positive condizioni di vita e di un ambiente supportivo nei principali luoghi dell'esistenza, tra cui, in particolare, i luoghi di lavoro, ai sensi dell'articolo 14.

Art. 23

Azioni di prevenzione in ambito oncologico

1. La Regione, in attuazione della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, promuove e sostiene azioni finalizzate alla prevenzione del rischio comportamentale, ambientale e genetico connesso allo sviluppo di patologie oncologiche, tenuto conto anche delle informazioni provenienti dal Registro tumori, di cui all'articolo 6, comma 1, lettera a), della legge regionale 1 giugno 2017, n.9 (Fusione dell'Azienda unità sanitaria locale di Reggio Emilia e dell'Azienda ospedaliera 'Arcispedale Santa Maria Nuova'. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria).

2. A tale scopo, la Regione programma, promuove e sostiene, anche in collaborazione con i soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7, azioni rivolte:

- a) al contrasto del fumo;
- b) alla informazione sui rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche;
- c) alla promozione di comportamenti di protezione individuale dai rischi oncologici di origine ambientale, ivi compresa la corretta esposizione alla radiazione ultravioletta nella prevenzione del melanoma e delle neoplasie cutanee;
- d) alla promozione delle politiche vaccinali per le patologie connesse al rischio di sviluppo di neoplasie;
- e) alla sperimentazione di esperienze innovative di prevenzione in campo oncologico;
- f) allo sviluppo degli studi, degli screening e degli osservatori sociali, ambientali ed epidemiologici riferiti alle patologie oncologiche e all'oncogenetica sul territorio regionale, anche con specifica attenzione alle differenze di genere.

Art. 24

Azioni rivolte alla comunicazione sociale e alla formazione diffusa della popolazione

1. In attuazione degli obiettivi della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, la Regione promuove e sostiene, su tutto il territorio regionale e verso le diverse fasce di popolazione, in particolare verso quelle a maggior rischio di esclusione, le iniziative di comunicazione sociale e formazione diffusa idonee all'educazione alla salute e al conseguimento delle finalità della presente legge. Tali iniziative si realizzano anche attraverso il coinvolgimento dei soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7.
2. Nell'ambito degli obiettivi di cui al comma 1, la Regione promuove e sostiene la creazione, lo sviluppo e la diffusione di pacchetti e format di sensibilizzazione, informazione, educazione e formazione sulle principali tematiche inerenti alla promozione della salute e la prevenzione. I pacchetti e i percorsi sono progettati al fine di favorirne l'integrazione e l'utilizzo nell'ambito dell'offerta scolastica, formativa ed educativa, formale e informale, presente sul territorio regionale, e privilegiano le metodologie di coeducazione tra pari, l'empowerment per la salute e gli approcci comportamentali e motivazionali sugli stili di vita.

Titolo IV

Monitoraggio del sistema e valutazione

Art. 25

Monitoraggio e valutazione delle politiche per la prevenzione

1. La Regione assicura il monitoraggio e la valutazione dei risultati del Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione di cui al titolo II, capo II, della Strategia regionale e del Piano regionale della prevenzione, con riferimento alle seguenti dimensioni:
 - a) conseguimento degli obiettivi rispetto agli indicatori previsti;
 - b) copertura e coinvolgimento delle popolazioni target;
 - c) risultati raggiunti e impatti sulla popolazione e sui determinanti della salute, nel territorio regionale.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Strategia regionale e il Piano regionale della prevenzione definiscono un adeguato sistema regionale di monitoraggio e valutazione delle politiche per la promozione della salute e la prevenzione e, in particolare, per i rispettivi ambiti, definiscono:
 - a) gli indicatori da osservare, in termini di efficacia e di efficienza, nel rispetto degli standard di sicurezza, dell'accessibilità, dell'equità e centralità dei cittadini e delle cittadine;
 - b) le informazioni qualitative e quantitative e i dati da raccogliere, anche articolati in riferimento a singoli territori, interventi, gruppi target;
 - c) la tipologia di dati e informazioni da raccogliere e le modalità di rilevazione e raccolta, individuando i soggetti coinvolti, le collaborazioni richieste, i database da generare o da condividere e le modalità per la loro integrazione;
 - d) gli elementi informativi da restituire, attraverso la creazione di report specifici e di open data accessibili in rete, contenenti le informazioni attese rispetto agli indicatori e ai risultati definiti in fase di programmazione.
3. Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione, definito al comma 2, persegue i seguenti obiettivi:
 - a) dare conto degli investimenti effettuati e dei risultati raggiunti;
 - b) indirizzare il miglioramento della programmazione regionale, favorendo scelte basate sulle evidenze dei risultati, sull'analisi dei dati e sull'analisi costi-benefici;
 - c) adeguare le scelte operative e organizzative delle successive programmazioni regionali, anche con riferimento alle attività della Rete regionale di cui all'articolo 7 e dei diversi soggetti pubblici e privati coinvolti.
4. Per le finalità di cui ai commi 1, 2 e 3, la Regione promuove la condivisione delle banche dati esistenti o

svilupparli, in particolare nell'ambito della pubblica amministrazione, valorizzando tecnologie e metodologie di analisi di dati massivi (big data), anche di tipo eterogeneo o non strutturato, utili alla comprensione dei fenomeni sociali attinenti alla promozione della salute della persona e delle comunità. Nei termini consentiti dalle norme vigenti e nei limiti stabiliti dalle norme sul trattamento dei dati personali, la Regione promuove e agevola l'accessibilità dei dati relativi alle politiche di promozione della salute realizzate nei diversi ambiti settoriali, a vantaggio di tutti i soggetti interessati, favorendo e sostenendo l'accessibilità ai dati statistici detenuti dai diversi soggetti pubblici e privati (open data).

5. Gli enti locali e i soggetti che aderiscono alla Rete regionale di cui all'articolo 7 sono tenuti alla collaborazione alle attività di raccolta dati, gestione dei flussi informativi, monitoraggio e valutazione, anche in forma partecipata. La Regione, le aziende sanitarie regionali, l'agenzia per la prevenzione, l'ambiente e l'energia dell'Emilia-Romagna, nonché le Agenzie e gli istituti regionali che svolgono attività connesse alla promozione della salute della popolazione, collaborano attivamente per facilitare l'integrazione e l'interoperabilità su scala regionale dei database generati dalle diverse politiche e dai programmi operativi internazionali, nazionali, regionali e locali attivi sul territorio regionale in materia di promozione della salute e nei diversi ambiti settoriali di cui all'articolo 5, comma 2.

6. La Regione promuove lo sviluppo qualitativo e quantitativo costante del sistema di monitoraggio e valutazione delle politiche per la promozione della salute e la prevenzione di cui al comma 2, nonché lo sviluppo e la manutenzione del sistema informativo ad esso necessario, secondo una visione progettuale unitaria, definita nella Strategia regionale.

7. Per le finalità di cui al presente articolo, la Regione svolge la funzione di Osservatorio permanente per l'analisi economica e progettuale delle politiche di prevenzione, con la collaborazione dei diversi servizi e agenzie partecipanti al Tavolo multisettoriale di coordinamento di cui all'articolo 6. Tale funzione è finalizzata a sviluppare, a partire dalle esperienze disponibili, indicatori e strumenti per l'analisi costo-beneficio delle politiche di promozione della salute e prevenzione, in particolare per contribuire alla definizione e valutazione della Strategia regionale. La funzione di Osservatorio può contribuire al monitoraggio dei bisogni di salute della comunità regionale e alla definizione dei profili di salute e dei piani attuativi locali. Per tali scopi, l'Osservatorio può collaborare con le conferenze territoriali sociali e sanitarie, con gli enti locali e con i dipartimenti di sanità pubblica delle aziende unità sanitarie locali, nonché coi soggetti della Rete regionale di cui all'articolo 7. Nei casi in cui la Regione partecipi alle procedure di valutazione di impatto ambientale ai sensi della normativa vigente, e qualora si renda opportuno stimare anche l'impatto degli impianti, opere o interventi sulla salute della popolazione, l'Osservatorio può fornire alla Regione il necessario supporto tecnico, utilizzando a tale scopo anche i dati forniti dai registri di cui all'articolo 6, comma 1, lettera a), della legge regionale n. 9 del 2017.

8. La Regione promuove l'adozione di strumenti di bilancio di responsabilità sociale e di sostenibilità da parte dei soggetti attuatori delle azioni previste dalla presente legge e in particolare tra i soggetti aderenti alla Rete regionale di cui all'articolo 7, ai fini di una adeguata e diffusa rendicontazione sociale degli interventi.

Art. 26

Clausola valutativa

1. L'Assemblea legislativa esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e ne valuta i risultati ottenuti, prendendo in esame periodicamente le evidenze inerenti le realizzazioni e gli impatti prodotti, in particolare sui determinanti di salute e sulla popolazione regionale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, con cadenza triennale, la Giunta presenta alle commissioni assembleari competenti una relazione sul Sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione, fornendo informazioni sulle attività svolte, i soggetti sociali coinvolti, la popolazione interessata, i risultati e gli impatti

conseguiti, tenuto conto anche delle risultanze dell'Osservatorio permanente di cui all'articolo 25, comma 7. La relazione deve evidenziare la congruità delle politiche realizzate rispetto alle finalità della presente legge e i benefici conseguiti per la comunità regionale.

3. In sede di prima applicazione, la Giunta presenta alle commissioni assembleari competenti una relazione di sintesi sull'attuazione della legge, intermedia rispetto alla cadenza triennale prevista dal comma 2.

4. Le competenti strutture dell'Assemblea e della Giunta si raccordano operativamente per la migliore valutazione della presente legge, avvalendosi anche del supporto del Tavolo multisettoriale di coordinamento, di cui all'articolo 6, e dell'Osservatorio permanente di cui all'articolo 25, comma 7.

5. La Regione promuove forme di valutazione partecipata della presente legge, coinvolgendo nella elaborazione della relazione di cui al comma 2 i cittadini e i diversi soggetti, tra cui in particolare quelli aderenti alla Rete regionale di cui all'articolo 7, che prendono parte a vario titolo agli interventi previsti dalla Strategia regionale.

Titolo V

Norme finanziarie e finali

Art. 27

Disposizioni finanziarie

1. Per gli esercizi finanziari 2019, 2020 e 2021, agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in Euro 3.500.000,00 per ciascun esercizio, si fa fronte con le risorse autorizzate nell'ambito della Missione 13 - Tutela della Salute, Programma 1 - Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, nel Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2019-2021. La Giunta regionale, in sede di programmazione economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 2, comma 2 della legge regionale 16 luglio 2018, n. 9 (Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione sanitaria accentrata. Abrogazione della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50, e del regolamento regionale 27 dicembre 1995, n. 61. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale) integra per tale importo la quota di finanziamento del Livello di assistenza "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". La Giunta regionale è autorizzata a provvedere, con proprio atto, alle variazioni di bilancio che si rendessero necessarie per la modifica dei capitoli esistenti o l'istituzione e la dotazione di appositi capitoli.

2. Per gli esercizi successivi al 2021, agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte nell'ambito delle autorizzazioni di spesa annualmente disposte dalla legge di approvazione del bilancio ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

3. Concorrono altresì al finanziamento degli interventi previsti dalla presente legge le eventuali risorse del fabbisogno del fondo sanitario nazionale assegnate alla Regione, vincolate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con riferimento a progetti finalizzati alla prevenzione, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della Legge 23 dicembre 1996, n.662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica).

Art. 28

Abrogazioni

1. La legge regionale 27 luglio 2007, n. 18 (Provvedimenti per promuovere l'utilizzo dei defibrillatori semiau-

tomatici in ambito regionale) è abrogata. Le disposizioni contenute all'articolo 2, comma 2 e all'articolo 3 della medesima legge continuano ad applicarsi con riferimento ai progetti e ai programmi in corso e non conclusi alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 29

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno 1° gennaio 2019.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Emilia-Romagna. rare che nessuno venga lasciato indietro. Come chiesto dalla risoluzione 62.14 dell'Assemblea WHO e dalla dichiarazione politica di Rio sui determinanti sociali di salute, molti stanno lavorando per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nelle condizioni di salute, ad esempio tramite riforme che vanno nella direzione di una copertura sanitaria universale, di una migliore azione intersettoriale, di una maggiore partecipazione sociale - riconoscendo le disuguaglianze e altre carenze nell'affermazione dei diritti umani e della parità di genere - per produrre cambiamenti radicali nei programmi che affrontano le suddette sfide.



La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione “su cosa genera salute” e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell’elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l’empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l’operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l’empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute. Il volume è arricchito da un’Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.

Per informazioni: rivistespes@gmail.com

Finito di stampare nel mese di dicembre 2018

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

