

## PRESENTAZIONE

Quando Francesco Taroni mi ha proposto di leggere un suo elaborato sulla sanità in Italia, e, se possibile, anche di accompagnare alla lettura una presentazione e dei commenti, ho accettato ben volentieri perché la nostra collaborazione dura da circa venticinque anni e si è svolta nei più diversi ambiti, che vanno dalla Direzione Scientifica dell'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma, al Ministero della Sanità e all'allora Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, oggi Agenas. In tutte le circostanze ho potuto apprezzarne la cultura, professionale e generale, la visione internazionale dei problemi, la chiarezza dell'ideazione e dell'esposizione degli argomenti trattati, con un taglio innovativo ma sempre attento a principi e valori precisi, quali si esprimono attraverso le istituzioni e le politiche sanitarie. Ne è una riprova il Prologo di questo volume che pone al centro della trattazione le politiche sanitarie seguite in Italia dal secondo dopoguerra all'inizio del nuovo secolo, considerate in particolare nei loro aspetti politici ed istituzionali secondo un'analisi organizzata in otto momenti fondamentali che vanno dall'affermarsi della mutualità fino al tempo attuale. Accanto alle vicende italiane scorrono spesso i riferimenti internazionali, ed in particolare confronti ed analogie con il National Health Service della Gran Bretagna, istituito trent'anni prima del nostro Servizio Sanitario Nazionale di cui costituisce una sorta di riferimento "naturale".

Delimitato il campo, il Prologo lamenta "l'assenza di una storia della sanità in Italia focalizzata sui suoi aspetti politico-istituzionali", diversamente da quanto realizzato attorno al NHS, e ne trae motivo per sottolineare la necessità di "rinnovare l'attenzione dedicata dalla Medicina sociale italiana all'analisi dei sistemi sanitari come fenomeno culturale, politico ed istituzionale". Per l'interesse che porto all'argomento da quasi cinquant'anni, come dimostra ad esempio il volume "L'Ospedale e la Medicina Sociale" pubblicato dall'Istituto di Medicina Sociale nel lontano 1966, non posso che condividere l'appello. In Italia, infatti, l'interesse e la cultura relativamente a queste tematiche non si sono mai sviluppati come sarebbe stato necessario. Questa carenza appare in tutta evidenza, ad esempio, nel momento in cui si affrontano problemi quali i cosiddetti "costi

standard” in sanità con approcci di tipo esclusivamente finanziario, che sono certamente rilevanti, ma che, preoccupati della stima dei “fabbisogni” rischiano di fare deviare l’attenzione dai “bisogni” che sono tanti e diversi come lo sono le Regioni e le Provincie autonome di Trento e Bolzano, tra di loro ed anche nel loro interno.

Dopo aver ricordato le riforme che talora in forma “epidemic” hanno interessato i sistemi sanitari di molti paesi, a cominciare spesso dal NHS inglese, il libro distingue opportunamente quelle riforme che hanno comportato modifiche nei principi e/o negli obiettivi generali del sistema da quelle che si limitano a modificare il contesto organizzativo, o a introdurre nuovi strumenti per perseguire gli obiettivi o attuare i principi preesistenti. Viene poi sottolineato che l’appaiamento fra il problema e la soluzione scelta nel repertorio delle disponibilità viene realizzato nell’arena della politica per l’intervento attivo di imprenditori politici, individuali o collettivi, portatori di specifiche preferenze e/o interessi per talune soluzioni rispetto ad altre.

Qui si apre un tema molto serio, che senza spingersi all’estremismo di Thomas Hobbes, secondo il quale “l’interesse e la paura sono i principi della società” (In: “De cive”, 1642), leggendo quanto Taroni scrive sulla strategia adottata dalla Mutualità, con l’appoggio del CNEL, per l’interesse a sopravvivere il più a lungo possibile, fornisce anche una chiave di lettura su come sia stato possibile negli anni ‘70 arrivare ad un cambio di rotta radicale nelle politiche sanitarie: non perché la Mutualità aveva cessato di avere paura del cambiamento, ma perché le finanze dello Stato non erano più in condizione di permettere la sopravvivenza di istituzioni che avevano esaurito la loro funzione sociale.

Gli interessi, d’altra parte, non sono sempre necessariamente negativi, ma debbono in ogni caso essere palesi e consentire quindi l’espressione di consenso o dissenso, non solo dei politici, ma anche e soprattutto dei cittadini, in particolare in un’epoca nella quale cresce il movimento mondiale verso la centralità della persona e della famiglia nei sistemi sanitari. Sotto la più usata terminologia di “stakeholders” o portatori di interessi, sono accomunate istituzioni a diversi livelli, ma di questi fanno parte anche i cittadini, singoli ed associati, sempre meno persuasi del cosiddetto modello “paternalistico” del medico che, in scienza e coscienza, pensa e provvede al bene dei propri assistiti, ma desiderosi di essere informati e di partecipare alle decisioni che riguardano la salute, individuale e collettiva. In passato, e Taroni lo descrive bene, le Commissioni D’Aragona e i Piani Giolitti e Pieraccini sono apparsi esercizi favoriti dalle istituzioni con l’intento di “perdere tempo per prendere tempo”, vuoi per le oggettive difficoltà di affrontare profondi rivolgimenti in epoche difficili, o per i rapporti tra i politici, oppure per le congiunture economiche, o per tutte queste ragioni contemporaneamente.

Poiché il tema ricorre spesso nel volume, torna utile risalire ai principi riguardanti la salute che sono stati definiti in campo internazionale al termine della seconda guerra mondiale, che vennero formalmente recepiti anche dalla neonata Repubblica mentre era impegnata nell’elaborazione di una Costituzione

che conteneva numerosi articoli da cui discendono i principi fondamentali del SSN.

Com'è noto, al termine della seconda Guerra Mondiale vennero costituite le Nazioni Unite, che decisero di dotarsi di un'Agenzia tecnica che si occupasse della salute in tutti i paesi del mondo. A tal fine, il 22 luglio 1946, a New York fu adottata la Costituzione della WHO/OMS, gli acronimi in lingua inglese e francese della Organizzazione della Salute nel Mondo. Il testo adottato già allora affermava i principi più volte successivamente riproposti, a cominciare dalla famosa dichiarazione di Alma Ata di oltre trenta anni dopo:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente in una assenza di malattia e di infermità.

Il possesso del migliore stato di salute che una persona è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale.

La salute di tutti i popoli è una condizione fondamentale per la sicurezza e la pace del mondo: essa dipende dalla più stretta collaborazione degli individui e degli Stati. I risultati raggiunti da ciascuno Stato nel miglioramento e nella protezione della salute sono preziosi per tutti. La ineguaglianza dei diversi Paesi in ciò che concerne il miglioramento della salute e la lotta contro le malattie, in particolare quelle trasmissibili, è un pericolo per tutti.

Lo svilupparsi sano del fanciullo è di importanza fondamentale; l'attitudine a vivere in armonia con un ambiente in piena trasformazione è essenziale a questo sviluppo.

L'ammissione di tutti i popoli al beneficio delle conoscenze acquisite dalle scienze mediche, psicologiche ed apparentate è essenziale per raggiungere il più elevato grado di salute.

Una opinione pubblica illuminata ed una cooperazione attiva da parte del pubblico sono di importanza capitale per il miglioramento della salute dei popoli.

I Governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli; essi non possono farvi fronte che prendendo le misure sanitarie e sociali appropriate.

L'Italia fece propri tali principi con il D.L.C.P.S. 4 marzo 1947, n. 1068, recante "Approvazione del protocollo concernente la costituzione della Organizzazione Mondiale della Sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946". La fondazione della WHO/OMS, con sede a Ginevra, è avvenuta il 7 aprile 1948.

La Costituzione della Repubblica Italiana, che è stata approvata dalla Assemblée Costituente il 27 dicembre 1947 ed è entrata in vigore il 1° gennaio 1948, stabilisce, tra l'altro, che "la Repubblica agevola, con misure economiche e altre provvidenze, la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo" (art. 31) e che (art. 32) "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”.

Richiamare alla memoria questi principi enunciati oltre cinquanta anni fa è utile per collocare idee e concetti che appaiono ancora oggi quanto mai “moderni” nel contesto in cui hanno avuto origine, che spiega anche la forza intrinseca che ne ha assicurato la persistenza nel tempo. La questione dei principi porta, ad esempio, a considerare quanto Taroni afferma nel capitolo “Tempi moderni”, ricordando che il concetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ha origini antiche a partire dalla legge 833/78, ed ha subito una evoluzione soprattutto nei rapporti con le risorse necessarie a garantirne l’effettiva esigibilità. In questa interpretazione il concetto di livelli uniformi delle prestazioni formulato dalla legge istitutiva del SSN “rispondeva all’obiettivo di rendere universale ed omogenea a livello territoriale l’assistenza differenziata offerta dai disciolti enti mutualistici attraverso livelli delle prestazioni sanitarie, che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini, indipendentemente dai vincoli di bilancio, come sottolineava l’avverbio ‘comunque’”.

Queste affermazioni sono solo parzialmente vere, limitatamente alla loro parte iniziale. Questa spiega perché sia stato usato il termine “livello”, nato per indicare l’esigenza di allineare le prestazioni erogate in modo totalmente difforme, come tipologia, quantità garantita nel tempo e modalità erogative dalle disciolte Mutue e Casse. Semmai c’è da chiedersi se sia ancora corretto oggi denominare “livelli” quelle che in realtà sono “tipologie” di prestazioni assistenziali.

Si fa invece torto al legislatore del 1978 se si attribuisce all’avverbio “comunque” l’affermazione dell’indipendenza dei servizi garantiti dai vincoli di bilancio, che contravverrebbe al principio di sostenibilità del sistema. Infatti l’art. 3 stabiliva che compete alla legge dello Stato, in sede di approvazione del Piano sanitario nazionale di cui all’art. 53, fissare i livelli delle prestazioni garantite a tutti i cittadini. Ed era appunto l’art. 53 che attribuiva al piano sanitario nazionale il compito di definire la relazione fra livelli/prestazioni e risorse finanziarie disponendo che “le linee generali di indirizzo delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono stabilite con il Piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l’esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali”. In particolare (art. 54) il Piano sanitario nazionale, predisposto dal Governo e sottoposto al Parlamento contestualmente sia alle disposizioni precettive ai fini della applicazione del PSN sia alle norme per il finanziamento pluriennale del SSN, rapportate alla durata del Piano stesso per il triennio 1980-1982 avrebbe dovuto essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979. Inoltre l’art. 57 stabiliva che, con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministero della Sanità di concerto con il Ministero del Tesoro, fossero gradualmente unificate, nei tempi e nei

modi stabiliti dal PSN, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

I problemi attribuiti da taluni all'irresponsabilità finanziaria della legge 833/78 vanno quindi ricercati, oltre che nella questione della gestione delle USL affidate ai Comuni ed ai Comitati di gestione, che Taroni descrive e commenta con chiarezza e realismo, nel fatto che il primo Piano sanitario nazionale è entrato in vigore per il triennio 1994-1996 ed è stato approvato dal Governo Ciampi con DPR del 1 marzo 1994, dopo quindi i DPR 502/92 e 517/93 delle cui origini, finalità e criticità Taroni chiarisce nel testo molte circostanze e fatti certamente non reperibili in altri testi.

Su un tema centrale, qual è il rapporto tra i Ministeri responsabili della Economia e quelli della Salute, interessante è la descrizione del Beveridge Report del 1942 e della grande risonanza che ha avuto, e non solo in Inghilterra, mentre in Italia vi è stato in genere un atteggiamento critico sia in ambito politico-istituzionale che da parte di economisti di altissima qualificazione. Non vi è dubbio che dal rapporto Beveridge discende "The National Health Service Act" del 6 novembre 1946, che ha permesso di portare a regime il nuovo modello di tutela della salute, aperto a tutti e basato sulla fiscalità generale, il 5 luglio 1948. Vanno però anche ricordati alcuni aspetti della riforma che avevano presupposti erronei, il primo dei quali era la affermazione, già contenuta nel Rapporto, che le condizioni di salute della nazione erano allora scadenti, ma si presumeva che il costo dei nuovi servizi sanitari sarebbe diminuito man mano che l'"arretrato" di malattie accumulato fosse stato smaltito. Inoltre, in tal modo, un gran numero di persone sarebbe diventato produttivo ed avrebbe così contribuito al miglioramento dell'economia del paese. In realtà le cose sono andate ben diversamente, in quanto la domanda di servizi ed i loro costi sono continuamente aumentati e si è aperto un contrasto di lunga durata tra il finanziamento assegnato e il fabbisogno effettivo, che ha trovato una qualche soluzione solo con i governi laburisti in carica dal 1997.

Il secondo elemento critico, rilevato molto più tardi dalla "Wanless Social Care Review" del 2006, è stato quello di avere sottovalutato sin dall'inizio l'importanza della integrazione socio-sanitaria dichiarando nel 1948 che "NHS care is free at point of use", mentre le "social care public resources get to those who need the most help and who cannot afford to pay".

Più in generale, i confronti tra il NHS inglese e il nostro SSN mancano spesso di evidenziare adeguatamente due elementi importanti di differenza. Il primo riguarda il primo rapporto Griffiths del 1983, che istituì la funzione di general management ed il ruolo di general manager da cui discende il direttore generale della nostra "aziendalizzazione" del SSN dal 1992 in avanti. Inoltre dal secondo rapporto Griffiths del 1989 deriva "the NHS and Community Care Act 1990", che non ha soltanto istituito i *Trusts* (le nostre aziende sanitarie) e i *clinical directorates*, cioè la organizzazione dipartimentale con responsabilità sia cliniche che manageriali ma ha anche attribuito a 150 Unità locali la responsabilità

di organizzare e gestire i servizi sociali, la cui integrazione con il NHS è però ancora oggi tutta da realizzare.

Questi problemi sono ancora oggi al centro di un dibattito di grande importanza per il futuro del nostro SSN, e quindi se ne farà qui cenno, rimandando il lettore ad una attenta valutazione delle tante tematiche affrontate da Taroni, tutte trattate secondo un filo conduttore che non si limita a citare i fatti e i malfatti, dagli antibiotici ai vaccini, passando per la tragedia del talidomide e la diossina, ma li collega al contesto istituzionale e ad altri elementi sociali ed economici, così da presentare non un'arida esposizione di dati e fatti ma una attenta valutazione delle motivazioni che ne sono all'origine.

Per tornare al problema prima ricordato della integrazione socio-sanitaria, bisogna partire dal nuovo Patto per la salute sancito il 3 dicembre 2009 per gli anni 2010-2012 tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, che prevede, tra l'altro, che i posti letto ospedalieri non dovranno superare il nuovo standard fissato a 4 ogni mille abitanti, comprensivi dello 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Lo stesso patto, al fine di facilitare i processi di deospedalizzazione, stabilisce l'obbligo per le Regioni di attuare la programmazione integrata dei posti di residenzialità e semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri pazienti non autosufficienti.

Considerando che, con le nuove regole e rispetto alla popolazione residente, il totale dei posti letto ospedalieri si attesterà tra 240 e 250 mila, e che la condizione dell'assistenza domiciliare e residenziale socio-sanitaria è attualmente fortemente deficitaria, rispetto alle esigenze e nel confronto internazionale, occorre applicare effettivamente le indicazioni già formulate in occasione dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali basato sui DRG. Nel presentare il volume del Pensiero Scientifico Editore che ne esaminava criteri e strumenti operativi, già allora avevo sottolineato come, in attuazione della legge 724 del 1994 nonché delle ulteriori misure previste dalla legge 549/1995, il pagamento a tariffe predeterminate per caso di ricovero classificato secondo la metodologia dei DRG/ROD costituiva per gli ospedali il passaggio da un sistema di remunerazione "a corpo" ad un sistema "a misura" che tiene cioè conto del volume e della complessità dell'assistenza prestata, introducendo un forte incentivo alla responsabilizzazione gestionale e alla razionalizzazione organizzativa. Inoltre, il passaggio da un sistema che privilegiava l'occupazione dei posti letto disponibili ad uno fondato sul numero dei pazienti che ruotano sul medesimo posto letto nel corso dell'anno promuove la piena utilizzazione delle risorse disponibili e aumenta l'efficienza operativa.

Quest'ultima, però, è un mezzo, non il fine dei servizi sanitari, il cui obiettivo preminente è di produrre prestazioni efficaci ad un costo adeguato. Anche a questo scopo, come ricorda anche Taroni, la metà degli anni '90 è stata caratterizzata da una inusuale produzione per l'ordinamento italiano di una serie di linee guida del Ministero della Sanità, quale espressione di uno Stato "facilitatore" del ruolo delle regioni di un sistema sanitario che esaltava la aziendalizzazione,

l'innovazione e il decentramento delle responsabilità. Tra queste linee guida vi sono le Linee di guida n. 1/1995 (in G.U. il 29.6.1995) sulla "Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle 'tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera', con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri". Alla elaborazione del testo, predisposto e firmato dallo scrivente in qualità di Ministro della Sanità pro tempore, in linea con la adozione dei DRG dei quali, assieme a Taroni, mi ero attivamente interessato da anni, desideravo porre alcuni punti fermi, tra i quali:

- contenere la tendenza all'espansione della quota di spesa ospedaliera, distribuendo in modo equilibrato le risorse attribuite alle Regioni a tutte le prestazioni previste dai sei livelli uniformi di assistenza definiti dal PSN 1994-1996 (i cosiddetti "macrolivelli");
- riservare una quota congrua del finanziamento destinato all'assistenza ospedaliera ad attività specifiche non tariffabili, quali l'attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi, di assistenza ai grandi ustionati, di attività didattica e di ricerca, di tutela della salute mentale, l'assistenza agli anziani, l'assistenza materno-infantile e l'assistenza ai soggetti affetti da HIV/AIDS, cioè quel complesso di attività che successivamente ha assunto la denominazione di "funzioni assistenziali";
- organizzare un sistema di controlli, da parte delle regioni e delle Aziende USL acquirenti, finalizzato a valutare per ciascuno degli istituti di cura la frequenza e le dimensioni di eventuali effetti "distorsivi" associati alla applicazione delle tariffe;
- attuare il modello organizzativo dipartimentale anche ai fini dei controlli interni, dato che il nuovo sistema tariffario avrebbe potuto indurre variazioni significative nella condotta clinico-assistenziale, tali da influire sulla qualità delle prestazioni erogate. A tal fine era chiesto ai dipartimenti di avviare sistematiche iniziative di audit medico (il cui primo manuale italiano è stato opportunamente diffuso dal Ministero della Salute nel giugno di quest'anno) con particolare riferimento a: a) tipologia e numerosità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche effettuate; b) impiego di risorse umane, strumentali e finanziarie; c) risultati clinici ottenuti, monitorando anche i 30 giorni post-dimissione; d) risultati conseguiti in merito alla qualità della vita dei pazienti.

Nelle considerazioni finali, le linee di guida sottolineavano che l'adozione del nuovo sistema tariffario, provocando una profonda revisione dell'organizzazione e del funzionamento degli ospedali, richiedeva un nuovo rapporto collaborativo ed integrativo fra i servizi ospedalieri ed i presidi e servizi extraospedalieri, compresa la funzione dei medici e dei pediatri di base.

Oggi la grande maggioranza dei Paesi avanzati ha adottato la metodologia dei DRG, sia pure con diverse denominazioni e con adattamenti allo specifico contesto. Il sistema si è stabilmente consolidato anche in Italia, pur con notevoli variabilità da Regione a Regione. L'attenzione ai problemi di finanziamento e di

gestione degli ospedali non ha tuttavia oscurato, come si sarebbe potuto temere, il tema dei medici di medicina generale e dell'assistenza primaria extraospedaliera che ha anzi contribuito a far emergere con maggior evidenza. Lo sviluppo della *primary health care* è oggi nei programmi di numerosi paesi, inclusa l'Italia che anche nel PSN 2011-2013 ne sottolinea la centralità.

L'augurabile ripresa dei temi classici della programmazione sanitaria è un'altra delle ragioni per affermare che questo volume giunge nel momento opportuno. Esso può essere d'aiuto a comprendere il significato e le ragioni di molti aspetti delle politiche sanitarie seguite dall'Italia nell'ultimo cinquantennio ed ha ricordato a chi scrive quanto ampia e significativa sia stata la collaborazione con Francesco Taroni, al quale con stima ed affetto auguro che il presente testo abbia la diffusione e l'apprezzamento che merita.

**Prof. Elio Guzzanti**