



STORIA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



IL DIRITTO ALLA SALUTE

Introduzione

Dott. Mauro Ragonese

La Legge 833/78 istituisce, con forte ispirazione ad un modello universalistico, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN).



Sono occorsi tre decenni perché la norma Costituzionale del 1948 venisse trasformata in legge e resa operativa a tutti gli effetti



Per questo, prima del 1978 e nonostante il dettato costituzionale, il diritto alla salute non poteva essere considerato un vero diritto di cittadinanza.



Prima della Legge 833/78, per il cittadino, la tutela della propria salute era profondamente legata alla propria condizione lavorativa e, di riflesso, economica e sociale.

Erano ancora vive le **Casse Mutue** (enti assicurativi) che garantivano l'accesso alle cure.

Traendo origine nelle classi operaie dell'800, assicuravano una assistenza adeguata (in un clima generale di assenza di tutela sociale) solo a chi poteva permettersi il peso economico.

Agli altri non restava che rivolgersi alla tutela «misericordiosa» delle **Opere Pie** o alla benevola **beneficenza borghese**.

Il salario diventa così lo strumento con cui i lavoratori poterono iniziare ad associarsi e a mettere in comune le risorse per tutelarsi da disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia. Si generò così un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche tale da costituire un vero e proprio welfare dal basso. Nella prima metà del '900 l'emergere delle nuove organizzazioni sindacali e politiche di massa spinse ai margini le Casse Mutue che pure continuarono a sopravvivere.

Fu il fascismo a dare un deciso colpo di grazia al mutualismo operaio, riportando le associazioni sotto il rigido controllo dello stato e del regime, con il duplice fine di irreggimentare le mutue esistenti e di farle confluire all'interno di alcuni **macro-enti**.

L'ultimo tentativo di portare a termine questo compito avvenne nel 1943, proprio poco prima del crollo della dittatura, quando si cercò di accorpate il fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria **nell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori** (Legge 138 - 11 gennaio 1943).



Di fatto nasce un welfare burocratico e corporativo-assicurativo che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizza le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro.



Uno dei paradossi che si veniva a creare era, per esempio, che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari), avevano possibilità ridotte di accedere a cure ed assistenza adeguate.



La sanità così impostata prevedeva dunque, non solo una copertura parziale della popolazione (lavoratori e familiari a carico), ma anche forti sperequazioni tra i beneficiari in quanto le quote contributive versate alle assicurazione variavano in base al tipo di lavoro svolto ed in questo modo si aveva accesso a diversi livelli qualitativi di assistenza.

La L.180 del 13 maggio 1978 (cosiddetta Legge Basaglia) contribuì poi a porre le basi del nuovo sistema sanitario in quanto cambiava complessivamente l'atteggiamento verso il tema della salute mentale e definiva l'importanza assoluta dell'azione a livello preventivo piuttosto che curativo.

Il 23 dicembre 1978 venne approvata la Legge 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale basato sulla visione solidaristica nell'erogazione delle prestazioni in cui la copertura sanitaria veniva estesa a tutti e non più limitata a talune categorie (lavoratori, pensionati, loro familiari e soggetti particolarmente bisognosi privi di tutela assicurativa obbligatoria).

In questa nuova impostazione il finanziamento del sistema era basato sulla fiscalità generale.

La nuova sanità prese dunque forma in anni di dure ed estese lotte sociali e fu accompagnata da diverse riforme in ambiti affini (**legge 194 sull'Aborto** del 22 maggio 1978, la legge Basaglia) che contribuirono a definire le tappe del percorso.

Ma a soli tre mesi dalla sua emanazione, tuttavia, vennero introdotti i **“ticket”** sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie, una vera e propria **“tassa sulla malattia”** che, prevedendo una forma di compartecipazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria, incrinava il principio della gratuità dell'accesso al sistema.

E fu così che nel 1992, durante il governo Amato, venne partorito il **D.L. 502/92** (Francesco De Lorenzo).

Questo provvedimento, poi leggermente modificato dal D.L. 517/93 varato dal governo Ciampi, iniziava a sfaldare l'omogeneità delle prestazioni sul territorio nazionale inserendo un cuneo nell'universalità del servizio: pur identificando dei **“livelli uniformi di assistenza”** su base nazionale, venivano devoluti **grandi poteri alle Regioni** che diventano economicamente e, in parte, politicamente responsabili dei propri sistemi sanitari.

Inoltre le USL diventavano **ASL, vere e proprie aziende pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale** e gestite da potenti “manager della salute” principalmente secondo criteri di efficienza economica e “produttività”.

Parallelamente a questa vera e propria riorganizzazione in senso aziendalistico della sanità pubblica, si spalancavano le porte alle strutture sanitarie private, di fatto equiparate a quelle pubbliche attraverso il **meccanismo dell'accreditamento** che le rendeva a tutti gli effetti un pilastro del SSN e non più semplicemente accessorie e supplementari.

Veniva delineata, esattamente come accadeva con il sistema delle mutue, una tendenziale separazione tra i soggetti committenti e paganti da un lato (le ASL) e le strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie dall'altro (le Aziende Ospedaliere).

In questo modo **le ASL hanno potuto iniziare a rimborsare parimenti prestazioni sanitarie “acquistate” dagli utenti presso Aziende Ospedaliere pubbliche o da soggetti privati accreditati**, alimentando così la concorrenza e la competizione tra i due poli.

In tal modo il sistema allontanò dal controllo dei cittadini la gestione del SSN, spostando poteri verso l'alto, verso il mercato e i super-manager, anziché verso il basso.

In realtà si è dato vita ad una nuova e perversa commistione tra sistema politico ed interessi privati (emblematico il caso dei Direttori Generali delle nuove ASL con poteri e status di manager aziendali, ma nominati dalle Regioni e ad esse rispondenti).

Nel 1999 arrivò la cosiddetta “riforma Bindi” che pur nel tentativo di correggere alcune criticità dei precedenti provvedimenti, definendo in modo più preciso per esempio i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** da garantire a tutti i cittadini, confermava l’impostazione fondamentalmente privatistica dell’ordinamento sanitario.

Dopo circa sei mesi, venne approvata la **Legge 13 maggio 1999 n. 133** che determinava la soppressione nell’arco di tre anni del Fondo sanitario nazionale, lasciando alle Regioni il compito di finanziare direttamente il proprio Servizio Sanitario.

Nel 2001 mutò invece il quadro costituzionale: la **riforma del titolo V della Costituzione** ridefinì i rapporti tra Stato e Regioni in senso federalistico e, attribuendo nuovi poteri e autonomia a queste ultime, approfondì ulteriormente la frammentazione e la disomogeneità dei servizi erogati nei diversi territori.

La sanità è stato il primo e più importante ambito di sperimentazione del federalismo i cui risultati sono tutt’oggi fonte di aspre polemiche politiche ed assistenziali.

Da qui entriamo nei nostri giorni. Gli ultimi sono sconquassati, come il SSN, dall'epidemia CoViD19.

- Quale il futuro del SSN? Abbiamo conoscenza ed esperienza sufficienti per provare a trarre da tale criticità assistenziale stimoli e spunti per una profonda ridefinizione del SSN?
- Per questo conoscere la storia del SSN e come questo abbia accolto il progressivo ridisegnarsi del concetto di salute pubblica è utile nella preparazione culturale e scientifica di un moderno operatore sanitario. E' anche attraverso la coscienza e conoscenza politiche e sanitarie del passato che possiamo trovare soluzioni che ci consentano di vivere un presente rassicurante e di guardare al futuro della salute pubblica con rinnovata fiducia.

Ecco la freccia di processo del percorso formativo

