

Nei giorni in cui il ministro della Salute Roberto Speranza sta definendo il “piano della nuova sanità italiana”, come l’ha definito il segretario del Pd Nicola Zingaretti, e noi siamo qui, ancora in attesa di capire se il governo attiverà la linea di credito dedicata alle spese sanitarie prevista dal Mes, siamo andati a vedere il corso di un’altra importante riforma. Quarantadue anni fa infatti con la legge 833 è stato istituito il Servizio sanitario nazionale, costituito dal “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”. La legge 833 intende garantire a tutti il diritto alla salute, sostituisce il sistema delle mutue e introduce nei fatti l’idea di prevenzione. La riforma sanitaria è già nel programma del terzo governo di Giulio Andreotti, che ne anticipa gli intenti nel discorso con cui, nell’estate del 1976, chiede la fiducia del Parlamento. Alla Sanità (un ministero che è nato solo nel 1958) c’è un altro de: Luciano Dal Falco. E’ lui che nel marzo del 1977 presenta alla Camera il disegno di legge. E’ però Tina Anselmi, che nell’Andreotti IV nato nelle ore del sequestro Moro passa dal dicastero del Lavoro a quello della Sanità, a seguirne poi l’iter parlamentare e infine l’approvazione, il 23 dicembre 1978, con una larga maggioranza (i voti favorevoli furono 381, i contrari 70, gli astenuti 7). Un frutto del clima di collaborazione tra le forze politiche nell’anno drammatico dell’assassinio di Aldo Moro.

La riforma: addio alle mutue, nasce il Sistema sanitario nazionale

1978, UNA NUOVA SANITA’ NAZIONALE

“Il disegno di legge si propone la tutela “globale” della salute, fondata sulla prevenzione..... e sulla predisposizione di strutture adeguate per interventi sia a livello individuale che collettivo”

No a tendenze corporative e a forme assembleari di stampo populistico, diceva il ministro della Sanità

Roma Camera dei deputati 4 agosto 1976 - Intervento di Giulio Andreotti presidente del Consiglio



Giulio Andreotti, presidente del Consiglio, e Tina Anselmi, ministro della Sanità, in Parlamento nel 1978 (archivio LaPresse)

Il governo ripresenterà in ottobre il disegno di legge sulla istituzione del Servizio sanitario nazionale, sulla cui impostazione generale si era già registrata, nella passata legislatura, una larga convergenza.

Elemento da approfondire resta quello finanziario, in una valutazione per altro globale che non può trascurare di considerare la dispersione e l’insufficiente produttività di risultati - sia sotto il profilo sociale, sia sotto quello economico - degli attuali servizi di assistenza e di prevenzione sanitaria.

Per il successo della riforma appare necessario: approfondire il tema relativo alla parte del reddito nazionale da destinare alla politica

di difesa della salute (se non si vuole ripetere l’errore già compiuto - anche se previsto - con la riforma

ospedaliera): rendere più rapidamente operanti le norme legislative esistenti in materia di ripianamento dei debiti degli enti ospedalieri ed emanare a breve scadenza, sulla base dei deliberati del Cipe, le norme per l'integrazione del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera per gli anni 1975 e 1976; revisionare determinati aspetti finanziari e fiscali per evitare un eccessivo costo della gestione degli ospedali; dettare nuovi criteri per la determinazione dei prezzi dei medicinali, incentivando la ricerca e la sperimentazione e contenendo gli indiscriminati consumi; presentare provvedimenti idonei per la formazione permanente del personale medico e paramedico; provvedere alla regolamentazione unitaria del sistema di convenzionamento del personale medico per un nuovo e positivo rapporto medico-paziente che il sistema mutualistico ha oggettivamente contribuito a deteriorare; definire, non ultimo, le linee generali di raccordo - anche attraverso l'attuazione dei decreti delegati previsti dalla legge n. 382 e la correlativa ristrutturazione del ministero della Sanità - del testo di riforma sanitaria finora approvato con il testo, in elaborazione, di "riforma generale dell'assistenza" anche - e soprattutto - in relazione alla prevenzione e all'intervento nell'ambiente e nel mondo del lavoro. La scadenza del 1° luglio 1977 prevista dalla legge n. 386 per la definitiva liquidazione giuridica, gestionale e strutturale degli enti mutualistici non ammette ritardi: la tesi del rinvio si scontrerebbe, nel caso, contro una realtà già di per sé in progressiva liquidazione.

Roma, Camera dei deputati, 16 marzo 1977 -

Luciano Dal Falco - ministro della Sanità dal 29 luglio 1976 al 11 marzo 1978

Onorevoli deputati! Il progetto di riforma che, con il presente disegno di legge, il governo, in assolvimento del proprio impegno programmatico, propone al Parlamento, testimonia la volontà di corrispondere, nella misura più ampia possibile, alle indicazioni della Carta costituzionale in materia di salvaguardia e di tutela della salute.

In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione ("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"), il disegno di legge propone come obiettivi:

I - la tutela "globale" della salute, fondata sulla prevenzione delle cause di insorgenza delle malattie e sulla predisposizione di strutture adeguate per interventi sia a livello individuale che collettivo;

II - un impiego programmato delle risorse reali dello stato e degli enti locali, tale da assicurare, anche nel settore sanitario, una crescita dei livelli di libertà, di democrazia e di giustizia sociale per gli individui, per i gruppi sociali, in particolare per quelli che dispongono di più limitati mezzi materiali, per la comunità;

III - soluzioni adeguate e moderne, non solo in armonia con le direttive comunitarie ma anche sulla scorta di esperienze internazionali, per i problemi legati alla contaminazione ambientale, specie di origine industriale, e per le insidie che possono derivare alla salute dagli alimenti.

La difficile e grave situazione dell'economia nazionale nonché l'esigenza di fronteggiarla con un impiego programmato delle risorse, tale da eliminare le cause di fondo della crisi, combattendo gli sprechi e i doppiopioni e consentendo, contemporaneamente, l'affermazione di nuove linee di sviluppo economico sociale e civile, suggeriscono di richiamare, brevemente, l'attenzione su alcuni punti significativi del presente disegno di legge.

Essi riguardano la volontà del governo di applicare rigorosi parametri per quantificare l'entità delle risorse finanziarie da impiegare per la realizzazione di un efficiente Servizio sanitario nazionale e per verificare in concreto, anno per anno, la corrispondenza reale di tali risorse alla dimensione globale di

quelle prodotte dal paese.

A questo fine il disegno di legge:

- indica nel 6 per cento del prodotto nazionale lordo il limite delle risorse da utilizzare per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, fino alla fiscalizzazione degli oneri sociali;
- stabilisce che, a fiscalizzazione avvenuta, il finanziamento sia determinato annualmente nella legge di approvazione del bilancio di previsione dello Stato;
- attribuisce al Cipe (su proposta del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale) la competenza a deliberare la ripartizione delle somme tra le regioni, in base a parametri numerici distintamente definiti per spesa corrente e spesa in conto capitale; parametri che abbiano come obiettivo quello di assicurare a tutta la popolazione livelli assistenziali uniformi nonché la graduale attuazione dei programmi di prevenzione.

La fine anticipata della VI legislatura ha interrotto l'intenso lavoro che il Parlamento - e, più precisamente, la commissione Igiene e sanità della Camera dei deputati - aveva avviato sulla base di un testo unificato che, in larga misura, recepiva il disegno di legge presentato dal governo alla Camera dei deputati il 12 agosto 1974. A tale lavoro ha inteso rifarsi anche il governo, presieduto dall'onorevole Andreotti, il quale ha posto a base delle proprie proposte, da una parte, il testo approvato in sede referente dalla commissione Igiene e sanità della Camera dei deputati (e cioè il "Titolo primo", istitutive, del Servizio sanitario nazionale) e, dall'altra, il testo licenziato dal Comitato ristretto della stessa commissione ("Titolo secondo", attuativo).

D'altra parte, l'attuale disegno di legge ha recepito una serie di considerazioni avanzate e maturate in occasione di confronti e di dibattiti che hanno visto, di volta in volta, in qualità di protagonisti, sindacati, regioni, organizzazioni medico-sanitarie, esperti e governo.

La situazione sanitaria del paese richiede, con sempre maggiore evidenza, interventi coordinati e programmati, ispirati a chiare norme di principio e volti alla razionalizzazione e alla riqualificazione delle strutture esistenti.

Ma l'urgenza della revisione del sistema assistenziale sanitario attuale si pone anche in vista della estinzione degli enti mutualistici prevista, secondo l'articolo 12-bis della legge n. 386 del 1974, per la data del 30 giugno 1977.

Tale scadenza indica da sola la necessità di affrontare, concretamente e tempestivamente, i problemi collegati al trasferimento delle competenze degli enti mutualistici, anche al fine di evitare traumatici "vuoti assistenziali", che potrebbero crearsi durante la delicata fase di transizione.

D'altra parte, le difficoltà nelle quali si dibatte il sistema mutualistico attuale, nonché le sue insufficienze, specie di fronte alla richiesta (prestazioni uniformi e una più diffusa e più radicata coscienza del diritto alla tutela della salute, hanno ampliato il consenso per il passaggio un nuovo sistema sanitario più consono con **l'articolo 32 della Costituzione**.

La crisi degli enti mutualistici è anche la crisi di un sistema di assistenza indirizzato quasi esclusivamente alla cura della malattia, che di fatto ha emarginato la prevenzione. La mutualità, alla quale va riconosciuto il merito di aver assicurato a gran parte della popolazione l'assistenza sanitaria, sta esaurendo il suo compito nell'attuale contesto sociale italiano.

E' convinzione largamente diffusa che sia necessario un ribaltamento degli obiettivi, attraverso il rilancio della prevenzione e operando in direzione della salvaguardia e della tutela dello stato di benessere psico-fisico del cittadino.

Da questo mutato ordine di priorità scaturisce il principio fondamentale del disegno di legge, ossia la globalità degli interventi, attraverso uno stretto collegamento e coordinamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione, tanto a livello operativo che strutturale. Ciò vale soprattutto per le strutture periferiche del Servizio sanitario nazionale, cioè per le unità sanitarie locali che dovranno

assicurare tutti i principali interventi.

Per quanto riguarda queste strutture di base, vanno sottolineate le seguenti caratteristiche:

- offrire ai cittadini, per la tutela della salute, interventi operativi organici, adeguati alle condizioni reali di vita e di lavoro dell'area di loro competenza;
- corrispondere, per la natura e per la composizione dei rispettivi organi di amministrazione e consultivi, alla domanda di partecipazione dei cittadini. Tale domanda affonda le sue radici nella tradizione democratica dei grandi movimenti popolari italiani.
- Altro principio fondamentale, al quale si ispira la riforma sanitaria, è l'estensione delle prestazioni sanitarie alla intera popolazione, principio che costituisce il necessario risvolto di una nuova concezione della salute intesa non soltanto come bene individuale ma, anche, come interesse della comunità.

Nel periodo intermedio, e fino alla totale fiscalizzazione degli oneri per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per quella fascia di popolazione che ancora ne è priva, è prevista la facoltà di accedere ai servizi assistenziali prima con l'iscrizione volontaria presso l'Inam, e, dopo la liquidazione dell'ente, presso le regioni.

Altro fondamentale principio è la parificazione dei trattamenti fra tutti gli assistiti. Tale finalità è perseguita con la unificazione dei vari livelli assistenziali. E' noto infatti che l'attuale sistema mutualistico vede determinate categorie di cittadini escluse da alcune prestazioni di assistenza generica, specialistica e farmaceutica.

L'unificazione dei livelli assistenziali, già in atto per l'assistenza ospedaliera, corrisponde, dunque, non solo a una esigenza funzionale del servizio ma attua più concretamente il principio costituzionale dell'uguaglianza fra i cittadini.

I livelli standard dell'assistenza saranno fissati dal Cipe, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili. [...]

Uno degli aspetti più significativi della riforma sanitaria è sicuramente rappresentato dal ruolo assegnato alla prevenzione. Il superamento del sistema mutualistico esige, infatti, che non si operi più "a posteriori", ma che si tenga conto, preventivamente, della reale condizione sanitaria dell'uomo nell'ambiente di vita e di lavoro, intervenendo con la dovuta tempestività contro l'insorgere degli stati patologici e inquinanti.

Si tratta, dunque, di un profondo cambiamento di prospettiva, destinato a ripercuotersi sul piano funzionale come su quello strutturale, quando dalla enunciazione dei principi si passerà alla fase della concreta attuazione.

Inoltre, tale impostazione sollecita e trascina con sé tutta una serie di interventi di tipo non immediatamente sanitario, riguardanti l'azione prevenzionistica pubblica ai diversi livelli come, ad esempio, il riordinamento della normativa in materia di sicurezza nel lavoro, da effettuare mediante delega legislativa, sulla base di principi chiaramente indicati.

Per quanto riguarda le strutture esistenti, il governo, ha previsto la soppressione dell'Ente nazionale prevenzione infortuni (Enpi) e il trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei servizi riguardanti la prevenzione sanitaria. Per le restanti attività e servizi è prevista la delega all'Esecutivo per l'istituzione di un nuovo organismo alle dipendenze del ministero del Lavoro.

In materia di prevenzione - e in particolare di quella degli infortuni e delle malattie da lavoro e da inquinamento ambientale - il disegno di legge tiene conto di alcuni dati oggettivi che possono essere così sintetizzati:

- 1) la realtà (sempre più complessa e in rapida trasformazione) della società industriale pone io

Stato e le comunità locali di fronte a problemi di prevenzione qualitativamente nuovi rispetto a quelli del passato.

- 2) la necessità di un'azione programmata a livello centrale, sia in fase di studio che in fase di elaborazione e di attuazione degli interventi, anche secondo modelli prestabiliti e periodicamente aggiornati;
- 3) l'esigenza di una stretta collaborazione tra strutture centrali e strutture periferiche operanti nel settore.

In altri termini, appare evidentemente, in questo campo, il successo degli interventi sarà condizionato dalla uniformità degli indirizzi da realizzare e che tale uniformità richiede necessariamente una fase prioritaria da attribuire alle strutture centrali. Altrimenti si potrebbero creare disparità e differenze, espressioni di specifiche, particolari realtà, senza un supporto e una programmazione unitaria, a carattere nazionale. [...]

La situazione dell'economia nazionale, la necessità di un più razionale impiego delle risorse impongono un'attenta disamina degli aspetti economico-finanziari della riforma sanitaria.

I paesi della Comunità economica europea hanno destinato mediamente, nel 1973, il 5,6 per cento del loro pnl (prodotto nazionale lordo) alla spesa sanitaria complessiva: i valori, per i singoli paesi, variano da un minimo del 3,17 per cento del Lussemburgo, a un massimo del 7,49 per cento della Danimarca.

L'Italia si colloca di poco al di sotto della media della Comunità, con una spesa sanitaria superiore al 5 per cento del prodotto nazionale lordo (1974: 5,8 per cento). Pur facendo parte del gruppo dei paesi europei i cui abitanti dispongono di un reddito pro capite basso, come l'Irlanda e il Regno Unito, il nostro paese a differenza di questi ultimi, destina alla spesa sanitaria una quota di prodotto nazionale lordo analoga a quella dei paesi europei con reddito pro capite più alto.

Tale squilibrio risulta ancor più evidente se si considera che, ad esempio, il Regno Unito prevede per la spesa sanitaria una quota di prodotto nazionale lordo nettamente inferiore (4,25 per cento) rispetto a quella italiana, mentre la qualità delle prestazioni viene comunemente ritenuta superiore ai livelli italiani.

Nell'ultimo decennio (1964-1974) si è registrata [in Italia] un'espansione incontrollata della spesa sanitaria, aumentata del 409 per cento.

Nell'ultimo quinquennio tale spesa, compresa quella per indennità economiche, passa da 2.137 miliardi (anno 1970) a 7,427 miliardi (anno 1975). Ciò pone al legislatore, soprattutto in preparazione della riforma sanitaria, un duplice ordine di problemi.

- **Il primo concerne il deficit del sistema mutualistico attuale** che, a prescindere dall'attuazione del Servizio sanitario nazionale, deve trovare una urgente e adeguata soluzione.
- **Il secondo riguarda i costi aggiuntivi collegati alla riforma sanitaria**, cioè l'estensione all'intera popolazione delle prestazioni sanitarie secondo uno standard unificato, nonché l'inclusione, nelle strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, dei presidi destinati alla assistenza psichiatrica e l'introduzione di nuovi servizi nei settori della prevenzione, della riabilitazione e dei servizi sociali aventi stretta attinenza con l'assistenza sanitaria.

E' convinzione del Governo che il presente disegno di legge possa adeguatamente e realisticamente corrispondere, nelle attuali condizioni della società italiana, ai principi voluti dalla Costituzione per quanto riguarda la tutela della salute dei cittadini. Da tale convinzione il Governo trae motivo per auspicare che, con le integrazioni e i miglioramenti che certamente interverranno nel corso del dibattito parlamentare possano maturare ampie convergenze e solidarietà tali da potere registrare un'area di vasto, operante e responsabile consenso.

Anche a questo scopo, il governo ha ritenuto opportuno di richiedere il parere del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro. Tale parere, che sarà trasmesso direttamente al Parlamento, assume particolare rilevanza in ordine ai problemi economico-finanziario e del personale, la cui soluzione è destinata a condizionare, è superfluo sottolinearlo, la concreta efficacia della riforma sanitaria.

Nel consegnare al Parlamento il disegno di legge per l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il governo sente il dovere di mettere in guardia contro due possibili tentazioni che potrebbero compromettere la stessa riforma: cedere, da una parte, a chiuse tendenze corporative e dare spazio, dall'altra, a forme assembleari di stampo populistico, in nome di una malintesa e deformante partecipazione.

Assemblearismo e corporativismo contrastano infatti, con una partecipazione attiva e responsabile, quale si intende perseguire e realizzare come impegno per il miglioramento delle prestazioni per la riorganizzazione e la riqualificazione delle strutture e dei servizi sanitari, per la lotta a tutti gli sprechi e a tutti gli inutili doppioni, per la formazione di una chiara e consapevole educazione sanitaria, garanzia di efficacia e di successo del Servizio sanitario nazionale.

Camera dei deputati, 23 dicembre 1978

Giovanni Berlinguer deputato PCI

Il nostro partito esprime una valutazione complessivamente positiva di questa legge. Essa è il risultato di un lungo e profondo sviluppo di lotte sociali per la salute, delle quali sono state protagoniste soprattutto le classi lavoratrici. Essa è il frutto dell'iniziativa del movimento operaio, rappresentato sia dalle organizzazioni sindacali che dai partiti della sinistra - Partito comunista e Partito socialista - che già 20 anni or sono, e poi con insistenza sempre maggiore, presentarono proposte riformatrici, che sono ora largamente accolte in questa legge. Bisogna anzi dire che all'epoca del centrismo e del centro-sinistra sono stati perduti anni preziosi: allora vi erano maggiori risorse finanziarie, e noi dobbiamo ora applicare questa riforma in condizioni più sfavorevoli, a causa della crisi economica, rispetto al passato. Questa legge è stata resa possibile dal quadro politico, mutato dopo le elezioni del 1976, ed è il risultato dei successivi processi di unità politica, è uno dei frutti più positivi dell'attuale maggioranza; alla stesura di essa hanno contribuito tutti i partiti che la compongono, raccogliendo anche idee e contributi di altri partiti, delle organizzazioni dei lavoratori, delle professioni sanitarie, delle regioni e dei comuni. [...]

Signor presidente, questa legge rappresenta una grande prova per il paese. Possiamo essere fieri che il Parlamento abbia saputo fare il suo dovere, sia pure con molti ritardi e con qualche incertezza; è giusto sottolinearlo in questi giorni difficili e tormentati. Adesso il governo, i partiti, le organizzazioni sindacali, le professioni e le arti sanitarie, gli imprenditori, le amministrazioni regionali e locali, i cittadini, sono chiamati a nuovi compiti. Il Partito comunista vota a favore di questa legge perché ha fiducia nella capacità degli italiani di far fronte a questa prova molto impegnativa, che può portare beneficio alla salute dei cittadini e può contribuire a rinnovare la società.

IL Foglio 26-27 settembre 2018