

Salute e pandemia nel contesto sanitario italiano

GIOVANNI DE SANTIS*

Abstract

Healthcare in Italy finds its full implementation in the Act 833 of 1978 with the birth of the National Health Service and the establishment of Local Health Units. Based on the concepts of universality, equality and globality, the assistance was divided into three stages: Districts-Family Medicine, Widespread Hospitalization and Highly Speciality. The following transformation into a Local Health Authorities and the slow decommissioning of the Local Medicine Districts, combined with the closure of Small Hospitals, have implemented, with the Covid-19 pandemic emergency, the massive and harmful use of the sick in the Emergency Room, causing an increase in contagion on entire population sections and the crisis of the health structure of the Country.

Keyword: Italy, health, Covid-19 pandemic, health service

1. *Premessa*

È essenziale nel quadro della trattazione sull'evoluzione dell'assistenza e cura sanitaria in Italia, specie in presenza di una realtà cui nessuno era assolutamente preparato come l'esplosione a livello globale della pandemia innescata dal ceppo virale SARS-CoV-2, causa della sindrome Covid-19 (da ora Covid-19), ripercorrere il percorso legislativo compiuto al fine di comprendere quale sia oggi la realtà di un Paese che proprio nella tutela

* Dipartimento di Lettere, Lingue, Letterature e Civiltà antiche e moderne dell'Università degli Studi di Perugia, e-mail: giovanni.desantis@unipg.it.

della salute aveva riposto uno dei principi basilari sanciti della nostra Costituzione.

Onde poter meglio conoscerne il *trend* evolutivo che, a parere di molti, nonostante le negatività in cui si può incorrere, come chiaramente emerso proprio durante la pandemia, quello italiano è e resta uno dei sistemi più funzionali al mondo¹, si è ritenuto utile e necessario compiere un rapido *excursus* sulla sanità nazionale. Infatti, dall'Unità d'Italia ai nostri giorni, si sono succeduti molteplici passaggi legislativi fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avvenuta con la Legge 833 del 1978, e la relativa nascita delle Unità Sanitarie Locali (USL), successivamente trasformate in Azienda Sanitarie Locali (ASL) con inevitabili conseguenze sul fronte economico-finanziario oltre che assistenziale.

Nostro obiettivo è pertanto quello di illustrare, nel complesso, come siano evoluti, a seguito dei passaggi avvenuti con le diverse riforme sanitarie, il sistema di gestione, l'efficienza delle strutture sanitarie e l'efficacia dei servizi, al fine di cercare di individuare le varie criticità che, essendo in un contesto di una pandemia quasi sconosciuta, possono essere emerse. Non vanno, inoltre, dimenticati i problemi e le conseguenti difficoltà connessi al rapporto Stato-Regioni sulla salute, divenuta materia concorrente, che hanno raggiunto il proprio acme in questa occasione. A ciò si aggiunge la costante, cattiva gestione della spesa da parte della classe politica, difficilmente conforme ai principi normativi, e i continui tagli che ha subito il comparto sanità ad opera dei vari Governi nell'ultimo trentennio e che nel corso di questa emergenza hanno ancor più evidenziato una drammatica criticità.

Tuttavia, prima di addentrarci nel tema più generale relativo alla gestione della salute e alle sue implicazioni sul tessuto sociale ed economico della popolazione, nonché sulle ripercussioni che si possono generare nel contesto territoriale, si ritiene opportuno delineare il concetto di salute.

1. Per quanto concerne la situazione dei sistemi sanitari in Europa, ma che possono essere presi a modello per l'intero globo, è utile la consultazione di ASSIDAI [1] e dello studio di Fasano, Mignolli ed Altri (2015).

2. *La salute*

Per salute si deve intendere l'assenza di malattie: era questo il concetto dominante fino al 1948 ed era un concetto semplice e facilmente comprensibile, che in definitiva riteneva che è in salute soltanto chi non è ammalato e viceversa.

A seguito degli orrori e delle catastrofi della Seconda Guerra Mondiale si era istillato tra i Paesi e tra i popoli un grande desiderio di pace, di libertà, di sviluppo sereno fino a trovare il suo sbocco naturale nell'istituzione di un organismo sovranazionale il cui fine dichiarato sarebbe stato quello di impedire il ripetersi di tante atrocità. Nasceva così, con sede a New York, l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) con le sue numerose e specifiche agenzie tecniche. Il 26.6.1945 gli Stati vincitori, Cina, Francia, Russia, UK e USA, insieme ad altri 44 Paesi si riunirono a San Francisco dove, il 24.10.1945, emanarono lo Statuto e fissarono per il 10.1.1946, la data della prima assemblea generale a Londra. Ma, insieme al desiderio di pace, cresceva e diveniva sempre più impellente anche il desiderio dei popoli di migliorare le proprie condizioni di vita, rivendicandone il diritto. Tutto ciò trovò una prima risposta nelle enunciazioni di principio della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (New York, 1948), che al suo interno poneva le premesse per realizzare anche un nuovo concetto di salute.

Nel frattempo (22.7.1946) era nata l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO), agenzia tecnica dell'ONU deputata ai problemi riguardanti la salute pubblica che, nel Preambolo della Costituzione recitava:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattie o di infermità. Il godimento del più alto standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e sicurezza e dipende dalla più ampia cooperazione degli individui e degli Stati. L'impegno di ogni Stato nella promozione e protezione della salute è utile a tutti. Lo sviluppo diseguale tra i Paesi nella promozione della salute e controllo delle malattie trasmissibili, rappresenta un pericolo per tutti.

La nuova e innovativa concezione di salute fu poi sintetizzata, art. 1 dello Statuto, nella frase:

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o di infermità.

Definizione questa cui da sempre si ispira, di norma, la linea politica dell'OMS, orientandone tutte le sue attività e a cui ogni deliberazione, atto o programma, proposta o suggerimento dell'OMS agli Stati membri (che oggi sono 194) fa riferimento. Questo nuovo concetto è tuttora pienamente condiviso e confermato dal punto di vista scientifico, tecnico e politico² e non si può nascondere che il suo impatto sia stato enorme nel campo della cultura, delle scienze e delle politiche sanitarie. Affermare l'idea di salute in positivo come benessere fisico, mentale e sociale della persona, e non in senso negativo come faceva intendere tradizionalmente la mera assenza di malattia, ha fatto mutare anche la prospettiva in campo medico. Infatti, pur discutendosi ancora sull'“essere in salute” (ad esempio la Conferenza Internazionale di L'Aia del 2009 “*Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health*”), e fermo restando l'impegno quasi esclusivo nella lotta contro le malattie, è emersa impellente la prospettiva di una maggiore tutela e promozione della salute, come confermato nella Dichiarazione di Alma Ata³ che all'art. 1

2. Molteplici sono, però, i punti di vista da prendere in considerazione per un esame globale del rapporto salute-malattia. Queste brevi note possono essere ulteriormente approfondite anche attraverso la consultazione della relazione di Chiara De Santis (2015, pp. 133-146), dove, in una trattazione puntuale ed esaustiva, le relative problematiche vengono trattate specificatamente in chiave pedagogico-filosofica, come espressamente dichiarato e motivato dall'Autrice

“la discussione su ciò che effettivamente può essere indicato come ‘salute’, appare più che mai aperta e attuale, soprattutto a partire dalla considerazione del profondo cambiamento registrato dal quadro epidemiologico negli ultimi anni, con la sempre maggiore diffusione di patologie croniche e la conseguente necessità di rivedere il concetto di salute, in termini di equilibrio dinamico tra l'individuo e l'ambiente. La riflessione critica su tale dibattito appare estremamente rilevante ai fini di una valutazione della gestione della salute nella sua complessità. In particolare, si evidenzia così anche il contributo delle scienze umane, e della riflessione pedagogica in particolare, a partire dalla considerazione dell'atto educativo come un processo di crescente partecipazione della popolazione e del singolo alla tutela della propria salute”.

3. Questa Dichiarazione, sottoscritta ad Alma Ata nell'ex URSS (*Alma Ata Declaration on*

“...ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale e riafferma che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario”.

3. *La salute in geografia*

In campo più specificamente geografico, come dice Palagiano (1996, p. 41) “la geografia interessa piuttosto la salute di interi gruppi umani, cioè le forme morbose che, colpendo allo stesso modo più individui, sono in grado di generare fenomeni geograficamente significativi, tali comunque da modificare le relazioni geografiche in un determinato territorio”. Pertanto, diviene fondamentale lo studio delle relazioni che nascono e si determinano nei rapporti tra l’uomo, visto nel suo insieme (società), l’ambiente, sia esso naturale o costruito. In un tale contesto non può mancare l’analisi sull’efficienza delle strutture sanitarie, evidenziandone la loro presenza, più o meno diffusa, e la distribuzione sul territorio, la loro accessibilità (cioè la possibilità per l’utente di usufruire tempestivamente del servizio di cui ha bisogno ad un costo sostenibile), la dotazione di infrastrutture, atte a rendere più o meno adeguato il servizio offerto e la sua tipologia. Essenziale è però la qualità del servizio offerto nel complesso che sfocia, inevitabilmente, nel concetto di equità, indissolubilmente legato a quello della già evidenziata accessibilità alle strutture e alle cure, più o meno facilitata dalle regole imposte dal sistema stesso. Quest’aspetto risulta centrale, specie in un periodo di pandemia come quello che stiamo

primary health care) nella Conferenza Internazionale sull’Assistenza Sanitaria Primaria (1978), sottolinea la necessità impellente che gli operatori sanitari, i governi e l’intera comunità internazionale mettano in essere strategie sanitarie volte ad ottenere un miglior livello di salute della popolazione in tutte le aree del mondo e non solo in quelle dei Paesi ricchi, tanto da coniare il motto, che in effetti ha sortito pochissimi risultati, “Salute per tutti entro il 2000”. Questa netta dicotomia Paesi ricchi/Paesi poveri è esplosa chiaramente nell’odierna pandemia Covid-19 non solo nella sua gestione sanitaria, ma soprattutto in quella vaccinale, a causa della scarsissima disponibilità di dosi somministrate come risulta ben evidente nella fig. 1.

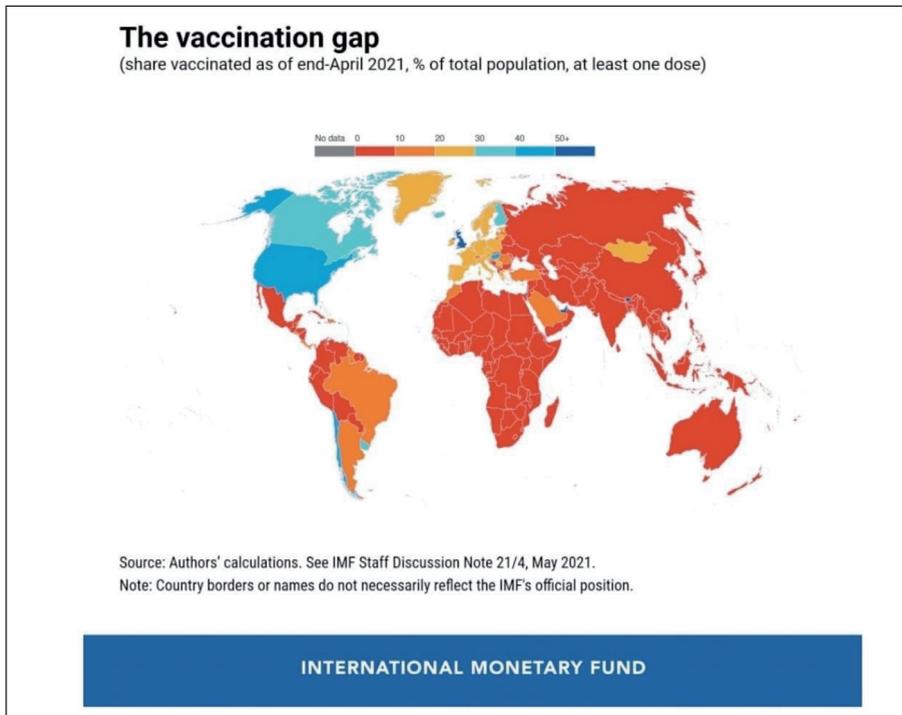
vivendo oggi a causa del Covid-19, con strutture sanitarie al collasso non solo nei paesi in via di sviluppo ma anche in quelli più industrializzati, avendo coinvolto intere popolazioni tanto che al 14 maggio 2021 risultavano 160.686.749 casi confermati nel mondo dall'inizio della pandemia con 3.335.948 morti. Ciò ha evidenziato ancor più la necessità di poter usufruire di servizi essenziali come quelli che dovrebbero essere garantiti dalla sanità che nell'esistenza dei presupposti concetti di equità e di efficienza ha i propri capisaldi fondamentali.

La grande disuguaglianza, ancor più evidenziata dalla pandemia di questo nuovo coronavirus (Covid-19), esistente tra i Paesi industrializzati e i Paesi in via di sviluppo, pur se presente anche in passato, è attualmente fortemente penalizzante e trova il suo punto focale proprio nella diversa presenza e fruizione di tali servizi e nel diverso approccio che ne scaturisce nei riguardi della malattia. Infatti, l'incidenza di ogni singola malattia è strettamente collegata alle condizioni economiche, sociali e ambientali e, di conseguenza, sanitarie che caratterizzano gli spazi in cui dimorano le popolazioni.

Nei Paesi industrializzati, infatti, sono stati realizzati notevoli progressi nella lotta alle malattie, specialmente per quelle infettive e parassitarie la cui mortalità era scesa, prima del Covid-19, intorno all'1-2% del totale, con conseguente forte aumento della speranza di vita. Diversa la situazione nei Paesi in via di sviluppo, dove la mortalità infantile tende a raggiungere punte allarmanti soprattutto per l'insufficienza delle risorse che questi Paesi possono destinare, non solo alla cura, ma anche alla prevenzione e alla vaccinazione, che, in presenza di una qualsiasi pandemia, diventano basilari per garantire la salute dell'intero "sistema terra", come si può vedere, oggi, dall'andamento delle somministrazioni del vaccino (fig. 1). È questo uno degli aspetti più inquietanti⁴ perché potrebbe coin-

4. In questo contesto, purtroppo, si sono inserite, in modo sempre crescente, le spinte verso la privatizzazione del servizio sanitario pubblico, demandando la cura a soggetti privatistici o anche attraverso la stipula di assicurazioni. Se da una parte il privato, e non è detto, potrebbe fornire un migliore servizio, dall'altra non va dimenticato che l'assistenza sarà sempre migliore per le classi più agiate, perché potranno permettersi coperture assi-

Fig. 1 - Le vaccinazioni nel mondo a fine aprile 2021



volgere e infettare, come nel caso dell'attuale pandemia, l'intera popolazione mondiale. Infatti, mentre nelle società ricche si va sempre più radicando il concetto di "bene salute" proprio della persona, con conseguenti interventi terapeutici che possano far protrarre nel tempo lo stato di "benessere"⁵, in quelle povere questo concetto non ha diritto di cittadinanza, pur se si riconosce ormai generalmente che la loro salute è garanzia della salute globale.

stenziali per ogni malattia, quindi più costose, mentre le classi meno abbienti non avranno neanche il diritto alla cura, avendo minori disponibilità economiche. L'importanza del servizio pubblico sta proprio nella possibilità di assistenza, esplicita in modo più o meno positivo a seconda delle strutture sanitarie esistenti nel proprio territorio, che garantisca a tutti almeno il diritto di poter salvaguardare la propria salute.

5. Si consulti lo studio di Palagianò (1996) che affronta, nel loro complesso, i caratteri prevalenti del "sistema salute" visti soprattutto in chiave relazionale, tenendo conto del rapporto uomo-ambiente-malattia.

Attualmente ognuno ha la possibilità di venire contestualmente a conoscenza (*mass media*), a livello globale, dei pericoli che colpiscono la società, intesi genericamente come venir meno dello “stato di salute”, antica aspirazione sempre più diffusa e motivata. A livello individuale, invece, ogni singola persona arriva a concepire il “rischio salute” soltanto quando si sente colpita, nel proprio io, da eventi traumatici che determinano la sensazione di “sentirsi male”. In breve, si ha la percezione dell’importanza del “bene salute” e del “ben-essere” solo quando o si sono già persi o si è prossimi a perderli per l’insorgenza di patologie più o meno gravi, e questo è ancor più acuito in presenza di pandemie. Tale constatazione determina, quindi, il passaggio da uno stadio di percezione generale e generica, spesso vissuta con superficialità, a uno di percezione individuale vissuta, questa volta, a livello psichico e fisico, in tutta la possibile traumaticità. Questa partecipazione tende ad allargarsi, nella sua drammaticità, a tutta la sfera familiare, coinvolgendola ed alterandone i ritmi e le ritualità giornaliere. Infatti, non si può mai, o per lo meno di rado, parlare di *percezione individuale oggettiva*, in quanto ogni soggetto ha una sua personalità e una sua specifica risposta all’evento.

La percezione della malattia si proietta, quindi, su tre direttrici principali:

1. *sanitaria*: senza dubbio la più importante in quanto capace di condizionare anche le altre due, dal momento che innesca l’iter rituale della ricerca del medico e della visita con conseguente anamnesi, individuazione e attivazione del “progetto” di cura per “guarire”;

2. *economico-relazionale*: si configurano le eventualità di minor capacità di guadagno per l’impossibilità o per la riduzione dei carichi di lavoro attuabili con ripercussioni, a volte traumatiche, anche per la sfera;

3. *sociale*: a cui è connessa la conseguenza di una più o meno sostanziale modifica dei ritmi di vita, della stessa qualità della vita, del sostegno e/o peso per la famiglia, e per la società in genere, ed in particolare per gli enti preposti alla salvaguardia e alla tutela della salute con varie ripercussioni, a livello generale, sull’intera società.

In ultima analisi, quindi, si comprende facilmente come siano fondamentali la conoscenza della malattia e la presenza e distribuzione delle strutture sanitarie, nonché la loro accessibilità, al fine di permettere una valida azione sanitaria.

4. *La situazione sanitaria italiana precedente alla legge 833 del 1978*

Diversi studiosi si sono cimentati sul tema della salute e della sua gestione con studi e pubblicazioni dedicati a ricostruire la storia della sanità, e cioè l'insieme di tutte quelle norme legislative adottate in un determinato quadro politico e socio-economico. Ciò ha permesso di ridefinire aspetti che rivestivano un carattere squisitamente individuale per poi essere trasferiti in una grande e complicata organizzazione volta alla tutela e alla salvaguardia della salute di tutti i cittadini⁶. Naturalmente le varie scelte sono state condizionate dai cambiamenti storico-politici e sociali che nel corso dei decenni hanno interessato il tessuto sociale della popolazione italiana, come appare dal pur breve esame della storia sanitaria del nostro Paese.

In seguito all'Unità d'Italia, cresce, impellente, l'esigenza, a livello normativo, di regolamentare e creare delle strutture amministrative omogenee per l'intero territorio nazionale, assolutamente deficitarie in materia di assistenza sanitaria. Tale compito viene recepito e attuato attraverso la legge 20.3.1865, n. 2248 rubricata come "*legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia*" che, per la prima volta tratta di sanità come viene oggi intesa perché fino ad allora anche in Italia, come del resto dell'Europa⁷, la tradizione assistenziale rispondeva a seguenti criteri:

6. In riferimento a quanto sarà illustrato nel presente capitolo si rimanda a: Istituto Superiore della Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004); [02]; [03] e [05]. Circa l'evoluzione storica, per quel che riguarda gli avvenimenti tra la seconda metà dell'Ottocento e gli anni antecedenti la riforma del 1978, si rimanda a Cosmacini (1994), mentre per il periodo successivo si rimanda ai testi di Levaggi, Capri (2008) e di Catelani (2010).

7. Si deve così ricordare che il sistema assistenziale inizia a strutturarsi, nella stessa Europa, soltanto nei primi anni del 1600 sotto la spinta e l'egemonia della Chiesa attraverso la costituzione di Congregazioni, dedite alla raccolta di fondi per i poveri, e la creazione di istituzioni di ricovero per poveri in condizioni particolari come orfani, ammalati, ecc. Nel corso del 1800, inoltre, all'obiettivo assistenziale si affianca anche quello educativo che fa

1. l'assistenza era concepita come beneficenza di tipo privatistico e con motivazioni etico-religiose volte ad alleviare i bisogni dei poveri;
2. la Chiesa era l'unica depositaria e custode dell'attività di beneficenza, della sua organizzazione e dell'amministrazione;
3. le Opere pie erano assolutamente indipendenti dal potere civile, che ne era del tutto estraneo.

Con l'unificazione dell'Italia si rompe questo secolare equilibrio, l'industrializzazione e l'urbanizzazione disgregano la grande famiglia patriarcale che rappresentava l'unico sistema di sicurezza sociale. La disoccupazione o la malattia del capofamiglia, unico produttore di reddito, porta la famiglia alla fame, costringe le donne a lavorare fuori casa con ciò che ne consegue per quanto riguarda la crescita e la cura dell'infanzia. Il movimento operaio comincia ad organizzarsi, nascono le prime società di mutuo soccorso e casse come forma di autorganizzazione in caso di perdita del lavoro per malattia o disoccupazione. Lo Stato italiano si trova così a dover affrontare direttamente il tema dell'assistenza e il suo rapporto con essa.

Tale situazione sarà risolta attraverso una molteplicità di interventi volti alla sempre maggiore tutela dei cittadini che si susseguono fino a quella che sancisce la salute come diritto fondamentale della persona, senza alcun vincolo. Si tratta della legge 833 del 1978, cui si giunge con un deplorabile ritardo non ottemperando a quanto sostenuto dall'ONU e dall'OMS che ritenevano la salute un concetto cardine della persona, nonostante che la Costituzione della Repubblica inserisse la tutela e gestione della salute tra i principi fondamentali, come si evince dall'art. 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale

aumentare i lasciti e le iniziative a favore delle Opere pie che erogavano servizi e contributi a titolo caritativo. L'assistenza per i bisognosi era ancora concepita come fatto individuale di carattere religioso e paternalistico ed era svolto dalle strutture della Chiesa e/o da borghesi e aristocratici per lo più spinti dalla volontà di redimere e rieducare gli immorali e gli emarginati o quantomeno per controllarli e segregarli in strutture dove non disturbassero l'ordine pubblico costituito.

e ribaditi nel successivo art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Proprio specificatamente alla salute fanno, invece, riferimento altri tre articoli della Carta, che costituiscono i capisaldi del diritto etico-sociale del cittadino alla tutela della salute, il 32 che recita:

La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Il quadro delle garanzie sociali viene ulteriormente rafforzato dall'art. 38, che sancisce il diritto alla tutela della salute e all'assistenza sociale quando ritiene che

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità o vecchiaia, disoccupazione volontaria. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera⁸.

Di enorme importanza, per le notevoli implicazioni che avrebbe poi avuto nella gestione della sanità pubblica (materia concorrente Stato-Regione), era l'art. 117 che individuava nell'Ente Regione, ancora da istituire, l'attore principale dal momento che recita

La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempre che le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre Regioni: (omissis) beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera...

8. Per dare piena attuazione organica a questi diritti bisognerà attendere l'8.11.2000 con l'approvazione della 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

In ambito sanitario, purtroppo, la promulgazione della Carta costituzionale non impresso una svolta decisiva nella realizzazione di riforme, anzi, i cambiamenti furono molto lenti e ci vollero diversi anni prima che l'intero comparto sanitario registrasse un'evoluzione adeguata. Negli stessi anni, infatti, siamo nel 1947, mentre il governo del Regno Unito sistemava organicamente il diritto alla salute e alla sua tutela, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*), in Italia si insisteva ancora su una politica di protezione assicurativo-previdenziale contro le malattie e gli infortuni. Per mere ragioni di interesse furono, in effetti, rigettate anche le proposte di fusione in un unico ente di tutte le gestioni assicurative e di estensione della previdenza contro le malattie a tutti i lavoratori, permettendo il perpetrarsi di tante disuguaglianze tra cittadini.

Nel frattempo, mentre si stava dando attuazione ad un altro dettato della Costituzione che interessava la salute e cioè l'istituzione dell'Ente Regione⁹, gestore primario in materia sanitaria, viene, con la legge 296 del 13.3.1958, istituito il Ministero della Sanità che accorpa le funzioni dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, coadiuvato dal Consiglio Superiore di Sanità (consultivo) e dall'Istituto Superiore di Sanità (tecnico-scientifico).

5. Dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale alla pandemia Covid-19

Finalmente, dopo vari altri passaggi, l'Italia cambia decisamente marcia con la promulgazione della legge 833 del 23.12.1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), basato sui principi di universalità e unitarietà dei servizi offerti, che all'art. 1, supera il sistema degli enti mutualistici¹⁰:

9. L'attuale testo dell'art. 117 della Costituzione, modificato dall'art. 3 della legge costituzionale n. 3 del 18.10.2001 (Modifiche al titolo V della Parte seconda della Costituzione) recita che "La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali" ed assegna alle Regioni *la tutela della salute* come materia di legislazione concorrente con lo Stato, riservando, però, ad esse la potestà legislativa.

10. In riferimento a quanto sarà illustrato nel presente capitolo si rimanda a Istituto Su-

Il Servizio sanitario nazionale è 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 senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Attuando quanto indicato dal già citato art. 32 della Costituzione, i principi fondamentali su cui si basa la riforma sanitaria, possono essere esplicitati nella

– *Universalità*, le prestazioni sanitarie devono essere pienamente garantite a tutti i cittadini, senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;

– *Uguaglianza*, tutti i cittadini, secondo le loro necessità ed i loro bisogni, devono godere delle stesse prestazioni;

– *Globalità*, tale principio impone di considerare la persona nella sua interezza e non in rapporto alla tipologia della malattia, con l'importante conseguenza che determina l'attivazione dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

La legge, che stabiliva che la salute non è solo “cura” ma anche “prevenzione” e “riabilitazione”, tende a razionalizzare la spesa sanitaria mediante lo strumento della programmazione nazionale e regionale e della pianificazione locale al fine di garantire maggiore uniformità delle prestazioni nelle diverse aree del Paese e maggiore equità tra i cittadini, indipendentemente dalle differenze di censo, cultura, area territoriale. Infatti, il SSN si basava fondamentalmente su:

– affidamento della gestione della Sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni e agli Enti locali, quindi diventa una materia concorrente¹¹;

periore della Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004) e agli studi di Coppola, Capasso ed Altri (2008) e di Signorelli (2009).

11. Di grande interesse quanto Demarco (2020, pp. 373-74) scrive in merito alle tante diatribe Stato-Regioni sorte durante la pandemia da Covid-19.

“Se si considerano poi le misure adottate a livello regionale, pur a fronte della diversa in-

- istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) con il compito di gestire gli ospedali e tutti gli altri servizi su base territoriale;
- suddivisione del territorio di ogni USL in Distretti Sanitari di Base allo scopo di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello;
- possibilità per le strutture private di erogare servizi sanitari gratuiti, purché convenzionate.

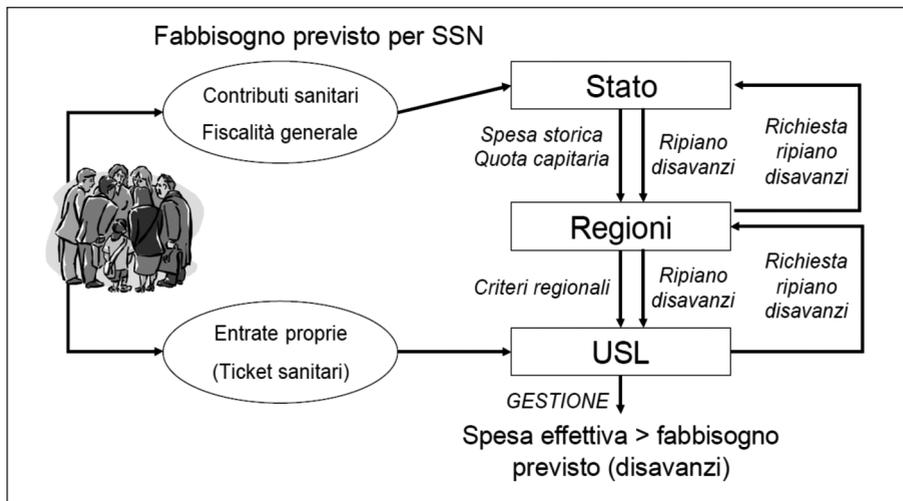
Da quanto enunciato, emerge chiaramente che la spesa doveva essere proporzionata alla disponibilità di risorse, fatta salva l'entità dei bisogni e la garanzia delle prestazioni (Istituto Superiore della Sanità, 04/18 e Signorelli, 2009), messe a disposizione del SSN attraverso il Fondo Sanitario Nazionale¹², ripartito tra le Regioni che, a loro volta, lo trasferivano alle USL. Segue il Piano Sanitario Nazionale che dà le linee di indirizzo e le modalità di svolgimento, oltre agli obiettivi da realizzare nel triennio (fig. 2).

cidenza della pandemia che ha raggiunto il culmine in Lombardia, non si possono non rilevare le diversità ed a volte anche le contraddizioni tra talune prese di posizione degli organi di governo di varie Regioni – basti considerare il diverso approccio registratosi tra la Lombardia ed il Veneto, anch'esso colpito in notevole misura dalla pandemia anche se non allo stesso livello della Lombardia – ed anche tra alcune Regioni e lo stesso Governo nazionale. Per non dire dei diversi atteggiamenti, in termini di misure di contenimento, registratisi nei Comuni ed anche tra taluni dei principali Comuni e le stesse Regioni, atteggiamenti non sempre giustificati dal grado di incidenza del “covid-19”; e comunque, anche dal punto di vista del numero oltre che dei contenuti, non può non sorprendere la congerie di ordinanze regionali, di provvedimenti delle amministrazioni comunali sui più diversi oggetti e dai più diversi contenuti”.

Basti pensare ai quasi 400 provvedimenti delle Regioni e delle Province autonome – nella stragrande maggioranza ordinanze – fino al 3 maggio 2020; ed alle numerose altre ordinanze sempre delle Regioni e delle Province autonome emesse nelle successive due settimane con l'avvio della c.d. “fase 2” fino al 3 maggio 2020 ai sensi del DPCM del 26 aprile 2020, ma solo con aperture molto ridotte nelle successive due settimane e non senza qualche margine di ambiguità e interrogativo senza risposta

12. Al fine di determinare l'importo complessivo da stanziare, si usavano criteri demografici fondati sul numero e l'età della popolazione nazionale, in base ai quali si calcolava la cd. “quota capitaria”, per ricavarne il fabbisogno di spesa di ciascuna Regione. Il finanziamento, pertanto, era retto dai principi della cd. finanza derivata e dai trasferimenti, che, però comportavano, al fine di garantire uniformità ed efficienza nella tutela del diritto alla salute, la forte centralizzazione statale delle scelte di spesa. Tuttavia, tale sistema, sebbene retto da principi condivisibili, comportava uno scarso senso di responsabilità da parte delle amministrazioni regionali e locali, dal momento che nelle finanziarie era sempre assicurata la “copertura” dei deficit. L'assegnazione alle Regioni, infatti, avveniva sulla base della cd. “spesa storica”, cioè l'attribuzione di finanziamenti riferibili non tanto ai reali bisogni della comunità e alla domanda di salute, quanto alle esigenze di bilancio

Fig. 2 - Sistema di finanziamento accentrato



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, *Rapporti ISTISAN* (2004)

Dal punto di vista istituzionale, il SSN era stato articolato su tre livelli:

1. *livello nazionale:*

a) organi di indirizzo: Parlamento, Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità, Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE);

b) organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di proposta, di studio, di consultazione e di amministrazione attiva: Consiglio Sanitario Nazionale (CSN), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL);

2. *livello regionale:* per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria (soprattutto sul piano organizzativo) rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e per l'espletamento di funzioni amministrative proprie o delegate dallo Stato;

3. *livello locale:* USL, Comuni, Distretti Sanitari di Base.

delle amministrazioni, il che, certo, non spingeva le Regioni a corrette valutazioni sulle modalità d'impiego delle risorse.

5.1. *Il punto di rottura dell'equilibrio*

A seguito dei tagli economici che riducevano le già scarse risorse destinate alle Regioni, spesso neanche gestite efficacemente – ne sono testimoni i *mass media* –, e il conseguente indebitamento delle USL e degli ospedali, anche questi interventi fortemente innovativi hanno richiesto successive modifiche e aggiustamenti che obbligavano lo Stato, per ripianare questi debiti, a fare maggiore ricorso all'aumento della pressione fiscale generale e a rivolgersi sempre più al mercato e all'apporto dei privati. A seguito di ciò si rese necessario, il 30.12.1992, approvare il D.Lvo 502, modificato dal D.L.vo 517/93 che, riordinando l'intera materia sanitaria, dava inizio a quel processo di aziendalizzazione, proprio dei modelli di gestione delle aziende private. Viene, così, trasformata completamente, e non certo in meglio a causa della sempre crescente privatizzazione, la gestione dei servizi, grazie al passaggio da Unità Sanitaria Locale (USL) ad Azienda Sanitaria Locale (ASL) e ad Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO). Ciò permette l'inevitabile inserimento di fattori di mercato nel rapporto domanda/offerta, anche perché ad ASL e ASO è, oltretutto, attribuita autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale: si accetta, così, il principio che ad ogni servizio prestato debba necessariamente corrispondere un prezzo (la tariffa). Inoltre, al fine di ottenere il pareggio di bilancio, si instaura lentamente il sempre maggiore coinvolgimento del privato nella gestione, soprattutto in quei servizi economicamente più remunerativi, dimenticando che ciò, naturalmente, avrebbe costretto a sempre maggiori esborsi i cosiddetti "clienti" sanitari. Tale situazione viene ancor più acuita dall'approvazione del D.L.vo 229 del 19.6.1999, meglio conosciuto come "Decreto Bindi" che, rafforzando la natura aziendale delle ASL e delle ASO¹³, introduceva il concetto di autonomia imprenditoriale, potendosi,

13. Le Aziende Sanitarie Ospedaliere sono state istituite soprattutto per garantire servizi e prestazioni di alta specialità, ma in moltissimi casi svolgono ormai la mera funzione di semplice ospedale di primo intervento, sostituendosi così alle strutture gestite dalle ASL cui sottraggono i propri pazienti affetti da normali patologie. Da ciò deriva un grave danno economico alle stesse ASL, obbligate a pagare le prestazioni (il cosiddetto PRUO)

queste, costituire anche in aziende con personalità giuridica pubblica con l'intento di cercare la razionalizzazione della spesa sanitaria generale, avendo questa ormai raggiunto livelli tali da non garantire più la piena attuazione di quanto pensato e stabilito con la nascita del SSN. Valga per tutti l'esempio del numero delle Unità istituite che, per la necessità di riduzione dei costi (enorme l'esborso retributivo di direttori generale, sanitario e amministrativo), viene drasticamente ridotto di numero che dalle oltre 650 della 833/1978 passa alle 197 del 2000 fino alle 99 di oggi con relativo aumento del carico demografico, infatti, se nel 2005 ogni singola ASL in media gestiva 321.600 abitanti, oggi lo stesso ufficio deve controllare lo stato di salute di un numero quasi doppio di cittadini.

Inoltre, con il passare degli anni e sotto la spinta della sempre crescente privatizzazione, purtroppo, viene indebolita, di fatto, la suddivisione prevista dal SSN nei tre livelli distinti, a scapito soprattutto di quelli meno remunerativi, ma più presenti sul territorio. La sanità, ma anche la scuola, diventano per molti governi i bancomat per risolvere i tanti problemi economici che investono il Paese e così, mentre da una parte aumentano i tagli alle strutture e agli addetti con forte detrimento della cura e assistenza dei pazienti, dall'altra cresce sempre più la necessità di richiedere contributi economici e compartecipazione alla spesa delle varie prestazioni da parte di chi usufruisce dei servizi (i cosiddetti *ticket*).

Di conseguenza vengono a perdere importanza, quando non vengono chiusi, i servizi di primo livello come i Distretti territoriali, spesso ritenuti non essenziali, con il benservito ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), cui si accoda ben presto la chiusura di quella che potremmo chiamare "Ospedalizzazione diffusa sul territorio", grazie alla presenza di vari nosocomi atti a fornire cura ed assistenza alle popolazioni limitrofe, permettendo, così, di garantire una reale e più facile accessibilità alle strutture e alla cura specie nelle aree più disagiate, stante la geomorfologia italiana. Si assiste così alla chiusura di tanti Ospedali accorpandone i servizi, con con-

erogate dalle ASO per "clienti" che avrebbero dovuto ricevere quanto necessario presso le strutture di pertinenza delle ASL (De Santis A.M., 1998).

seguinte drastica riduzione di organici e posti letto passati, per meri risparmi economici, da 6 ad appena 2,5 posti per mille abitanti. Tutto ciò ha determinato, nel caso specifico della pandemia di Covid-19, la totale carenza dei Servizi Territoriali di Base e il conseguente ricorso agli Ospedali Maggiori e ai relativi Pronto Soccorso. L'inevitabile conseguenza è stata quella di far accrescere a dismisura la possibilità del contagio e l'esplosione di ricoveri e di decessi e tale situazione non ha interessato soltanto specifiche aree, ma si è riscontrata in gran parte del territorio italiano.

A tale proposito, ritengo necessario, per una migliore comprensione del problema, esaminare alcuni esempi di ristrutturazioni che si sono protratti nel tempo, come in Umbria, dove vivo ormai da oltre 50 anni. Da quando vi arrivai nel lontano 1968 – si era in piena contestazione studentesca – ho potuto seguire l'evoluzione, spesso in negativo, della situazione sanitaria regionale che ha visto passare la suddivisione territoriale da 12 Unità Sanitarie Locali (USL) a 2 Aziende Sanitarie Locali (ASL) e a 2 Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO). Tale ristrutturazione, che potrebbe essere nel complesso positiva, specie se non si pensa alla drastica chiusura dei piccoli ospedali, presenta, tuttavia, forti criticità soprattutto perché le due ASO, di Perugia e Terni, curano in realtà i pazienti "clienti" rispettivamente dell'ASL 1 e dell'ASL 2, rendendo così quasi inutile la loro stessa esistenza, dal momento che svolgono, molto spesso, la semplice funzione di ospedali territoriali, quando di regola, dovrebbero gestire l'alta specialità. Inoltre, le popolazioni locali hanno subito gravi danni con il notevole declassamento dei 94 Distretti territoriali previsti dalla legge istitutiva del SSN, che, distribuiti capillarmente, svolgevano attività di prevenzione, di diagnosi e cura con caratteri socio-assistenziali. A questi si aggiungevano 77 consultori familiari pubblici, garantendo un servizio di primo livello tale da soddisfare quei bisogni che non richiedevano ricoveri ospedalieri (De Santis e Patella Scola, 1995, pp. 293-94). Inoltre, la riorganizzazione della rete ospedaliera, per effetto degli interventi cosiddetti di razionalizzazione, ha comportato la riconversione o l'accorpamento di molte strutture. Infatti, mentre nel 1991 l'Umbria (con una popolazione di 810.623

unità) poteva giovare di ben 24 strutture con una dotazione complessiva di 5.112 posti letto di cui 4.886 nelle strutture pubbliche e 226 nelle 5 case di cura private convenzionate, con una disponibilità, in totale, di 6,28 posti letto per 1.000 abitanti, si è ridotta oggi drasticamente a 17 strutture (di cui tre riabilitative). La loro dotazione complessiva, grazie alla chiusura di ben 7 strutture pubbliche e alla perdita complessiva di 1.819 posti letto, assommava, al 31.12.2019 (con una popolazione di 882.015 abitanti), a 2.812 posti letto, pari a 3,18 posti letto per 1000 abitanti, di cui 2.557 posti letto nelle strutture pubbliche e 255 nelle 5 private. Tutto ciò si è ripercosso sulla dotazione degli addetti, drasticamente ridottasi che, nel complesso dei dipendenti sanitari, oggi assomma a 10.769 unità, di cui 8.227 nel ruolo sanitario (Regione Umbria, 2020). Tutto ciò fa facilmente comprendere come, all'esplosione della pandemia, le stesse strutture siano risultate altamente insufficienti alle richieste di cura dei malati e le amministrazioni siano state costrette a far ricorso all'attivazione di ospedali da campo, con notevoli esborsi finanziari e deficitaria assistenza sanitaria anche per l'assoluta mancanza di personale medico e ospedaliero, cui si è cercato di porre rimedio con l'assunzione a tempo determinato di studenti e specializzandi in medicina.

Un altro esempio emblematico di scarsa lungimiranza politico-sanitaria è stato quello che ha portato alla chiusura del complesso romano del Forlanini, storico nosocomio di Roma. Inaugurato nel 1934, era stato concepito come il sanatorio di Roma per i malati di tubercolosi, anche grazie ad una struttura ospedaliera di 170.000 mq inserita in un contesto ambientale ottimale. Ospedale delle malattie polmonari, aveva sei reparti di Pneumatologia, dal 2015 parzialmente accorpati al San Camillo, ed una chirurgia toracica trasferita allo Spallanzani. Nel complesso, vantava circa 800 posti letto e vari laboratori e poliambulatori cui si aggiungeva, dal 2011, un'unità di crisi per cure residenziali intensive per post comatosi. La non accorta gestione dei servizi sanitari, purtroppo per il Lazio, genera forti disavanzi economici ed il Commissario *ad acta* (Nicola Zingaretti) deve fare importanti tagli, e a farne le spese è anche l'ospedale Forlanini

che, nonostante manifestazioni popolari, *sit-in*, conferenze stampa ed iniziative legali, perde la sua funzione originaria. La destinazione di quegli spazi è però rimasta sempre incerta. Oggi una struttura d'eccellenza come questa sarebbe stata di enorme aiuto per combattere la pandemia, tanto che al suo posto si è reso necessario realizzare strutture temporanee ed occasionali.

Un ultimo aspetto non marginale e che ha creato forti attriti che non hanno giovato alla gestione della pandemia, va ascritto ad una legislazione concorrente. Infatti, alle decisioni dello Stato centrale, cui spetta il compito di fornire il quadro di riferimento tale da rendere uguale la gestione della salute sull'intero territorio nazionale, si è spesso sovrapposta la complessa e, a volte, farraginoso e divergente legislazione delle varie Regioni, che seguendo criteri meramente politici e non rivolti al bene comune, si sono spesso posti addirittura in netta contrapposizione con le norme sancite dallo stato centrale. Tali negative realtà contrapposte Stato-Regioni hanno, in molti casi, caratterizzato l'evoluzione della pandemia di Covid-19, con conseguenze a volte disastrose nella gestione della cura, in quanto diverse regioni si sono mosse in ordine sparso, adottando, a volte, decisioni non sempre coerenti con la grave situazione generale del Paese, costretto a convivere con una fortissima mortalità e terapie intensive al collasso.

6. Conclusioni

La politica del ridimensionamento del numero degli ospedali con conseguente riduzione dei posti letto doveva essere supportata da una parallela e capillare crescita dei servizi territoriali; ciò non si è però assolutamente verificato in molte Regioni, anzi quasi la metà di queste è ancora invischiata nei Piani di rientro dal disavanzo che hanno, a loro volta, determinato una conseguente ulteriore riduzione dell'offerta sanitaria. Di fatto, il risultato di questa drastica operazione di ristrutturazione sanitaria di riduzione dei posti letto unita alla mancata implementazione dei servizi territoriali ha provocato l'intasamento dei Pronto Soccorso ospedalieri con

il moltiplicarsi di situazioni limite, tanto che al momento la rete ospedaliera appare vicina al collasso in molte zone del Paese e soprattutto in alcune grandi città come Roma, Napoli, Genova, Torino e Milano.

Proprio con l'approvazione della riforma del 1978 che istituiva, in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale, si veniva a colmare quella grave carenza che permetteva di essere in buona salute o di accedere alle cure soltanto a chi poteva disporre di adeguati mezzi finanziari, lasciando molti abitanti nella necessità, che, purtroppo, si va registrando anche oggi per la grave crisi economico-finanziaria, di dover scegliere tra curarsi o mangiare.

È stata quella del 1978 l'epocale riforma, spesso snaturata da successivi interventi politici, della Sanità in quanto da un sistema mutualistico riservato a specifiche e ben individuate categorie, si è passato ad un sistema universalistico gratuito, che ha portato l'Italia tra gli Stati con maggiore – forse oggi è il caso di dire che avevano portato – attenzione e sensibilità verso il *welfare state* e riconosciuta la necessità di fornire strutture sempre più adeguate per una consapevole ed efficace tutela e cura della salute. Purtroppo oggi si deve assistere alla caduta quasi verticale dell'assistenza territoriale costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base, sia di tipo medico sia diagnostico e ad altri servizi come l'assistenza fornita in strutture residenziali o semiresidenziali con un'offerta capillarmente distribuita sul territorio rispetto a quella di tipo ospedaliero. Questa forma di assistenza ruota attorno alla figura del medico di famiglia, che rappresenta il principale riferimento per le cure di base del cittadino. Tale servizio, che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria da parte di persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, deve essere fortemente rappresentato dalla presenza di strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Si rende, quindi, oltremodo necessario ritornare allo spirito della legge 833 del 1978 per porre fine, si spera a medio termine, a tutte le disfunzioni che si sono registrate durante la pandemia del 2020-21, ancor più acute dal non aggiornamento del Piano Pandemico Influenzale. Diventa ormai ineluttabile, sulla base del-

l'esperienza dei mesi scorsi aprire un confronto a tutto campo sulla necessità urgente di una riforma della nostra sanità che debba puntare soprattutto sull'implementazione del servizio pubblico, integrato dall'apporto del privato. Il punto centrale, tuttavia, è quello di rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria, assistenza domiciliare...). È questa la strada per rendere realmente esigibili i "Livelli Essenziali di Assistenza" e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata, ripristinando la gratuità del servizio offerto, dal momento che la salute è un diritto e non devono esistere assicurazioni sanitarie, come invece accade nel Sistema presente in USA. Inoltre è divenuto essenziale applicare, finalmente, l'omogeneizzazione e standardizzazione (costi standard) dei livelli di spesa tra le diverse aree geografiche del Paese, così da permettere una drastica e razionale riduzione della spesa sanitaria, ormai fuori controllo, e mantenere, in piena efficienza, tutti quei servizi necessari per una corretta e opportuna gestione della salute dell'intera popolazione, già chiamata, purtroppo, a contribuire con *ticket*, spesso elevati, per avere le prestazioni di cui ha bisogno.

Bibliografia

- AA.VV., "La Geografia della salute", *Sistema Terra*, 1(1994), pp. 6-43.
- AKTHAR R., "Changing map of malaria in India", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato*, "Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994", Perugia, Rux, 1995, pp. 445-454.
- ARENA G., "La qualità della vita in Italia", PALAGIANO C. (a cura di), *Geografia della salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1989, pp. 282-304.
- ARMOCIDA G., "La Geografia medica di ieri e di oggi", *Studi e ricerche della CCIAA di Varese*, relazione presentata al 43° Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana degli Insegnanti di Geografia, Varese 28-31.8.2000, Varese, CCIAA, 2000, pp. 23-31.
- ARTONI R., *Elementi di Scienze delle Finanza*, Roma, il Mulino, 2007, pp. 221-254.
- BAGGIO A.M., *Etica ed Economia. Verso un nuovo paradigma di fraternità*, Roma, Città Nuova, 2005.
- BALDACCI O., *Geografia generale*, Torino, Utet, 1974.
- CAPUA I., *Il dopo. Il virus che ci ha costretto a cambiare mappa mentale*, Milano, Mondadori, 2022.
- CATELANI A., *Trattato di diritto amministrativo. La sanità pubblica*, vol. 40, Padova, Cedam, 2010, pp. XIV-280.
- CREMONESE A., "Il Sistema Sanitario Italiano: una Configurazione Regionale del Modello Pubblico", Roma, Libreria Universitaria degli Studi Sociali (LUISS), *Quaderno di ricerca*, 152(2008), pp. 11-15.
- DE SANTIS C., "Gestione della salute: una prospettiva pedagogica", DE SANTIS G. (a cura di), *Gestione della salute. Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica, Perugia 18-20.12.2014*, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 55-74.
- DE SANTIS G., "Qualità della vita e malattie croniche in Italia", BRANDIS P. - SCANU G. (a cura di), *La qualità della vita e la Geografia della salute, La Sardegna nel mondo mediterraneo*, "Atti IV Convegno Internazionale Pianificazione territoriale e ambiente, Sassari-Alghero 15-17.4.1993", Bologna, Pàtron, 1995, 11, pp. 225-241.
- DE SANTIS G. - PATELA SCOLA L.V., "Le strutture sanitarie in Umbria", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato*, "Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994", Perugia, Rux, 1995, pp. 285-306.
- DE SANTIS G., "Il concetto di salute nel rapporto uomo-ambiente-malattia. Dalla percezione della salute alla geografia medica", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute*, "Atti Sesto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 4-6.10.1997", Perugia, Ed. Rux, 1998, pp. 375-384.
- DE SANTIS G., "La malaria in Italia tra il XIX e il XX secolo", ROMAGNOLI L. (a cura di), "Per una storia e una geografia della epidemiologia in Italia, Atti del Convegno - Roma 26.3.1999", *Geografia*, 22(1999), n. 1-2, pp. 108-119.
- DE SANTIS G., "Dalla cura della malattia alla riconquista della salute. Percorsi di Geografia medica", PALAGIANO C. (a cura di), *Linee tematiche di ricerca geografica*, Bologna, Pàtron, 2002, pp. 143-163.
- DE SANTIS G., "Gestione della salute", De Santis G. (a cura di), *Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica, Perugia 18-20.12.2014*, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 133-146.
- DE SANTIS M.A., "Un nuovo metodo di valutazione della qualità dell'assistenza: il protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale (PRUO)", PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute, Atti Sesto Seminario Internazio-*

- nale di Geografia medica*, Roma 4-6.10.1997”, Perugia, Ed. Rux, 1998, pp. 411-419.
- DINUCCI M., *Il sistema globale 2000*, Bologna, Zanichelli, 2000.
- DONATI P. - MASPERO G., *Dopo la pandemia: Rigenerare la società con le relazioni*, Roma, Città Nuova, 2021, pp. 160.
- EYLES J. - WOODS J.K., *The social Geography of Medicine and Health*, London, Croom Helm, 1983.
- FASANO A. ed Altri, “I sistemi sanitari nell’UE28: una nuova tipologia multidimensionale”, DE SANTIS G. (a cura di), *Gestione della salute. Atti Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia medica, Perugia 18-20.12.2014*, Perugia, Guerra Edizioni, 2015, pp. 147-151.
- GILI BORGHET A.M., *Geografia, Ambiente, Salute*, Torino, Ed. Libreria Cortina, 1991.
- IOSSA FASANO A. - RIZZI R., *Ospitare e curare*, Milano, FrancoAngeli, 2002.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2004), *Servizi socio Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla devolution*, a cura di AGAZIO E. - SALERNO P. ed Altri, 2004, III, pp. 28 (Rapporti ISTISAN 04/18).
- JONES K. - MOON G., *Health, Disease and Society: A Critical Medical Geography*, New York, Routledge & Kegan Paul Ltd., 1987.
- LEVAGGI R. - CAPRI S., *Economia sanitaria*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
- NAVA F., *Il focolaio: da Bergamo al contagio nazionale*, Roma-Bari, Laterza, 2020.
- PALAGIANO C., *Geografia e Medicina*, Roma, Il Bagatto, 1981.
- PALAGIANO C., *L’ambiente climatico e l’uomo*, Roma, Il Bagatto, 1982.
- PALAGIANO C., “La geografia medica”, CORNA PELLEGRINI G. (a cura di), *Aspetti e problemi della geografia*, Settimo Milanese, Marzorati ed., 1987, vol. I, pp. 465-507.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Geografia della salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli, 1989.
- PALAGIANO C., “La salute artificiale”, MECO G. - CARUNCHIO V. (a cura di), *Ambiente e salute, Atti I Congresso Nazionale CIPSMS, Maratea 1988*, Roma, Università di Roma “La Sapienza”, 1990, pp. 21-28.
- PALAGIANO C. (a cura di), “*La Geografia medica oggi. Problemi teorico-metodologici e applicazioni*, *Atti del Convegno*, Memorie della Società Geografica Italiana, vol. 45, Roma, SGI, 1990.
- PALAGIANO C., *Geografia medica*, Roma, NIS, 1996, pp. 253.
- PALAGIANO C., “Salute e malattia nella prospettiva geoambientale”, *Scheda 2001 - Ecologia antropica*, 3(1991), pp. 95-115.
- PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Le strutture sanitarie tra pubblico e privato, Atti Quinto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 1-3.12.1994*, Perugia, Rux, 1995, pp. 285-306.
- PALAGIANO C. ed Altri (a cura di), *Metodi di raccolta dati e percezione della salute*, “Atti Sesto Seminario Internazionale di Geografia medica, Roma 4-6.10.1997”, Perugia, Ed. Rux, 1998.
- PALAGIANO C. (a cura di), *Linee tematiche di ricerca geografica*, Bologna, Pàtron, 2002.
- PALAGIANO C. - PESARESI C., *La salute nel mondo: Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci, 2011.
- PHILLIPS D.R. - VERHASSLT Y. (eds.), *Health and Development*, Routhledge, London, New York, 1994.
- PIANIGIANI O., *Vocabolario etimologico della lingua italiana*, Napoli, Fratelli Letizia, 1988, II ed., s.v. solido, p. 1305.
- QUAMMEN D., *Perché non eravamo pronti*, traduzione di Ciccimarra M.Z., Milano, Adelphi, 2021.
- REGIONE UMBRIA - DIREZIONE SALUTE E WELFARE, *Libro bianco al 31.12.2019*, Perugia, Giunta Regionale, 2020.

- REZZA G., *Epidemie. I perché di una minaccia globale*, Roma, Carocci, 2020.
- RIMATORI V. ed Altri, *Scienze ambientali. Igiene, Geografia, Microbiologia*, Roma, NIS, 1994.
- ROGNINI P., *Comunicare l'ambiente*, Milano, FrancoAngeli, 2020.
- ROMAGNOLI L. (a cura di), "Per una storia e una geografia della epidemiologia in Italia, Atti del Convegno - Roma 26.3.1999", *Geografia*, 22(1999), n. 1-2, p. 144.
- TEDESCHI M., *Il grande flagello. Covid-19 a Bergamo e Brescia*, Brescia, Scholé, 2020, pp. 237.
- VENTURI P. - MONTINARI N. (a cura di), *Modelli e forme organizzative del decentramento: ruolo e sviluppo del Terzo Settore*, Bologna, AICCON, 2005.
- WHO, *Basic documents*, 16th ed., 1, Ginevra, Who, 1965.

Sitografia

- [01] ASSIDAI, *Sanità nel mondo, sistemi a confronto*, <https://www.assidai.it> (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [02] BOTTURA R., *Appunti per una storia della sanità italiana*, da <http://www.societasalutediritti.com> (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [03] SIGNORELLI C., *Note didattiche di organizzazione e legislazione sanitaria*, 2009, da <http://raffrag.files.wordpress.com/2009/10/note-didattiche-di-organizzazione-e-legislazione-sanitaria.pdf>. (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [04] ISTAT, *Istituzioni non-profit in Italia. I risultati della prima rilevazione censuaria*, Anno 1999, Roma, 2001, in http://www.istat.it/dati/catalogo/20011212_00/ (Accesso del 30 aprile 2021).
- [05] BOTTURA R. (<http://www.societasalutediritti.com>) (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [06] DE MARCO E., "Situazioni di emergenza sanitaria e sospensioni di diritti costituzionali. Considerazioni in tema di legittimità al tempo della pandemia da Coronavirus", *Consulta online* (<https://www.giurcost.org>), 2020, fasc. II, pp. 369-377 (Accesso del 30 Aprile 2021).
- [07] LEVAGGI R., *Sanità in Prima Linea*, www.lavoce.info, 2004 (<http://www.tuttotrading.it/sanita/040318sanita>) (Accesso del 30 Aprile 2021).

Résumé

Les soins de santé en Italie trouvent leur pleine application dans la loi 833 de 1978 avec la naissance du Service National de Santé et la création d'Unités de Santé Locales. Fondée sur les concepts d'universalité, d'égalité, de globalité, l'assistance a été divisée en trois moments de Médecine de Proximité, d'Hospitalisation Généralisée et de Haute Spécialité. La transformation subséquente en Autorités Locales de Santé et le lent déclassement de la Médecine du Territoire, ainsi que la fermeture de Petits Hôpitaux, ont mis en œuvre, à l'occasion de la Pandémie, l'utilisation massive et nocive des malades aux Urgences, provoquant une l'augmentation de la contagion sur des pans entiers de la population et la crise de la structure sanitaire du Pays.

Mot-clé: Italie, Santé, Pandémie de Covid-19, Service de santé.

Resumen

En Italia, la asistencia sanitaria se fundamenta en la Ley 833 de 1978 con la que nació del Servicio Nacional de Salud y se establecieron de Unidades Locales de Salud. Partiendo

de los conceptos de universalidad, igualdad y globalidad, la asistencia se articuló en tres niveles: Medicina Local, Hospitalización Generalizada y Alta Especialización. La posterior transformación en Empresas Local de Salud y el lento desmantelamiento de la Medicina Territorial, combinado con el cierre de Pequeños Hospitales, han implementado, con motivo de la Pandemia de Covid-19, el recurso masivo y nocivo de los enfermos al Servicio de Urgencias y ha extendido el contagio a estratos enteros de la población y la crisis de la estructura sanitaria del país.

Palabra clave: Italia, Salud, Pandemia de Covid-19, Servicio de salud.