

EDITORIALE

Giuseppe Giordano
Consigliere nazionale SIMEDET**EVOLUZIONE DEI SISTEMI DI WELFARE E DELLA SANITÀ: UN PO' DI CRONISTORIA****Keywords:**

Welfare, Servizio Sanitario Nazionale

Corresponding author:Dr. Giuseppe Giordano
Email: gius.giord@gmail.com**Contributions:**

the author(s) made a substantial intellectual contribution, read and approved the final version of the manuscript, and agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest:

the author(s) declare no potential conflict of interest.

Ethics approval and consent to participate:

not applicable.

Patient consent for publication:

not applicable.

Funding:

none.

Availability of data and materials:

data and materials are available from the corresponding author upon request.

Received: 25 February 2025

Accepted: 20 March 2025

ABSTRACT

Over the past forty years, Italy has witnessed significant social, political, legislative, and institutional transformations that have shaped an increasingly widespread and integrated welfare system.

A pivotal milestone in this evolution was the establishment of the National Health Service in 1978.

This paper aims to provide reflections and assessments on past developments, offering insights that may guide present and future actions.

Without claiming to be exhaustive, the intent is to move beyond mere remembrance, embracing a perspective that fosters constructive dialogue and progress.

RIASSUNTO

In questo ultimo quarantennio in Italia l'evoluzione delle condizioni sociali, politiche, legislative ed istituzionali hanno caratterizzato e condizionato l'evoluzione di un sistema di Welfare sempre più diffuso ed integrato.

Uno dei momenti più importanti di questo sistema è senza dubbio rappresentato dall'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo scopo di questo contributo è quello di offrire alcune riflessioni e valutazioni sul passato con la speranza che possano offrirci indicazioni per il presente e per il futuro, senza alcuna pretesa di essere esaustivi.

La speranza è che si collochi in una dimensione che non sia solo di "il ricordare è di vecchiaia il segno" di Ungarettiana memoria.

INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale è lo strumento attraverso cui lo Stato garantisce la tutela della salute nel rispetto pieno “della persona umana”, attuando, dopo più di un quarantennio, il dettato dell’art. 32 della Costituzionale: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. (1)

Una legge che riconosce, per la prima volta anche in Italia, il diritto alla salute come diritto di cittadinanza (Universalità, Globalità ed Uguaglianza) superando il sistema delle mutue, che legava la tutela della salute al periodo lavorativo e ne differenziava, qualità e quantità delle prestazioni, in relazione all’ente di appartenenza e quindi al tipo di lavoro esercitato.

Si conclude, in larga parte, nel 1978 in Italia un percorso verso un Welfare più universalistico caratterizzato dal passaggio da un sistema previdenziale (modello Bismarck) ad un sistema assistenziale (modello Beveridge).

Un percorso con tre tappe fondamentali: nel 1962 la Legge 1859 (“Istituzione e ordinamento della scuola media statale”) riforma profondamente il sistema scolastico e istituisce la scuola dell’obbligo fino alla media; nel 1969 la Legge 153 (“Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale”) istituisce le pensioni sociali; e nel 1978 la Legge 833 (“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”) riforma profondamente l’organizzazione sanitaria italiana estendendo a tutti il diritto alle cure ma soprattutto rivoluzionando il concetto di salute da intendere non più e non solo come assenza di malattia ma come condizione di benessere fisico e psichico, facendo della prevenzione e della responsabilizzazione uno dei suoi pilastri fondamentali. La legge 833 è infatti nota anche come legge delle tre P: Prevenzione, Partecipazione, Programmazione.

Purtroppo gli eventi successivi, normativi ed economici, ne hanno in parte vanificato gli obiettivi fondamentali ed oggi assistiamo ad una condizione di grave crisi di sistema, anche di sostenibilità economica. Nell’ultimo decennio il SSN ha subito infatti un forte definanziamento che Gimbe calcola per il periodo 2010-2019 di ben 37 miliardi di euro.

Un Trend che si è in parte invertito dal 2020 a causa della pandemia da Covid 19, senza però un recupero completo. (2)

Circa un 1/3 degli italiani, peraltro, ritiene – come rileva il CENSIS nel suo 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese del 2024 - che anche prestazioni essenziali possano non trovare copertura nel welfare pubblico, con “il rischio di dover vivere senza welfare” (3).

Ed il CREA nel suo 20° Rapporto Sanità 2024 si chiede se il SSN abbia bisogno di “manutenzione o trasformazione” sottolineando come l’intervento pubblico in sanità sia “ad un bivio” (4).

Per il sistema previdenziale sembra ormai definitivamente e pacificamente acquisito un cambio profondo del modello con un trasferimento verso un Welfare che garantisce prestazioni esclusivamente proporzionate alla quota dei contributi individuali. Un cambiamento di paradigma attuato inizialmente continuando a garantire una parte del pregresso con la legge n. 335 dell’8 agosto 1995 (Legge Dini: “Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare”) e successivamente estendo a tutti, senza più deroghe, il sistema contributivo con la Legge n. 214 del 22 dicembre 2011 (Legge Fornero, art. 24: “Disposizioni in materia di trattamenti pensionistici”).

Nel 1978 oltre alla legge che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale sono state approvate altre due importanti leggi:

1. la legge n. 180 del 13 maggio 1978 su “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” (nota come legge Basaglia) che innova profondamente il trattamento della malattia mentale superando le istituzioni manicomiali;
2. la legge 194 del 22 maggio 1978 su “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza” che ha, tra l’altro, disciplinato, depenalizzandolo, l’accesso all’interruzione volontaria della gravidanza (IVG).

Un elemento comune alle tre leggi del 1978 è il nome del Ministro che le ha firmate, l’On. Tina Anselmi, democristiana, prima donna Ministro e con un passato di partigiana.

E già fin dagli anni novanta si comincia ad ipotizzare un “reddito minimo garantito”, che si è concretizzato, pur con alcune riserve e criticità tuttora presenti ed alcune in via di correzione e modifiche (alcune già con la Legge 234/2021: Bilancio 2022, artt.20-22; art.1 commi 73-84), solo nel 2019 con la legge 26 e l’istituzione del Reddito di Cittadinanza e prima ancora, anche se con un provvedimento più parziale, del Reddito di Inclusione (REI) con il D. Lgs. 147 del 2017.

Dal 1978, anno di istituzionalizzazione del Servizio sanitario nazionale fino ai nostri giorni, la sanità diventa protagonista di un ampio dibattito sociale e politico che ha caratterizzato in modo ampio e profondo l’evoluzione anche delle forze sociali direttamente impegnate nelle attività di ricerca ed assistenza sia per gli aspetti più direttamente legislativi, incluso l’evoluzione degli assetti organizzativi di modifica della L 833/78 e l’Aziendalizzazione, sia per l’evoluzione dello stato giuridico con il riconoscimento della Dirigenza nel 1992 (D. Lgs. 502/92) e nel 1999 (D. Lgs. 229/99), e sia per l’evoluzione della dinamica contrattuale: dal contratto unico di tutto il personale (1983), al riconoscimento di un’area di autonomia per i medici (1987), fino al riconoscimento pieno di un diritto ad un contratto autonomo prima dei soli medici e dei veterinari (1996) e successivamente di tutta l’area della dirigenza del SSN, incluse le professioni sanitarie (2019).

UN PO’ DI CRONISTORIA 1980-90

La Legge 833 del 1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale sul fronte del personale ha individuato alcune direttrici che condizioneranno gli sviluppi della rappresentanza sindacale e di tanti successivi eventi sociali e contrattuali: ha collocato tutto il personale delle USL nel Pubblico Impiego, ne ha disciplinato il rapporto di lavoro mediante un Accordo Nazionale Unico di tutto il personale, ha individuato nel tempo pieno l’organizzazione prioritaria e fondamentale del rapporto di lavoro, ha affidato alle USL attività di ricerca e didattica oltre che di assistenza, ed ha riconosciuto ai medici il diritto alla libera professione.

Dopo ed in conseguenza della Legge 833/1978 e del nuovo Stato Giuridico del personale dipendente delle Unità Sanitarie Locali (DPR 761/1979) viene infatti negoziato e firmato, nel febbraio 1983, il primo Accordo Nazionale Unico di lavoro per il personale delle USL per il triennio 1983-85 (D.P.R. 348/1983). La firma di un Contratto (Accordo) ”UNICO” di tutto il personale determina una forte rottura nel principale sindacato dei medici ospedalieri l’ANAAO, ed il proprio segretario nazionale Gigi Bonfanti, che quell’accordo, alla fine, aveva firmato, nel 1984 viene addirittura sfiduciato.

Il decennio 1980-90 è anche il periodo dell’affermazione del sindacalismo autonomo, in parte in forte contrasto con il sindacalismo delle confederazioni e di fatto esiterà in una profonda frattura tra personale laureato (Medici) e personale non laureato, allora con funzioni di supporto (Infermieri, Tecnici, OS).

Solo molti anni dopo, nel 1999, infatti, la legge 42 affrancherà le professioni sanitarie dalla “ausiliarità” ed abolirà il “mansionario” e nel 2000 la legge 251 ne riconoscerà una piena “autonomia professionale”. Sul piano sociale ha il proprio culmine nella manifestazione dei camici bianchi a Roma del febbraio 1987 che fa da pendant, in un certo senso, alla marcia dei quarantamila quadri FIAT dell’ottobre 1980. Eventi sui quali, purtroppo, da parte delle grandi confederazioni sindacali è prevalsa una lettura sostanzialmente negativa.

Nel marzo 1986 viene pubblicato in Gazzetta il DPR n. 68 che innova profondamente le relazioni sindacali e contrattuali istituendo “una apposita area negoziale per la professionalità medica”, pur all’interno del contratto che rimane unico, per la cui validità “sarà comunque sufficiente il consenso delle organizzazioni sindacali più rappresentative della categoria medica”.

L’esito sarà un Contratto Unico per il triennio 1985-87 recepito con DPR 270 del 1987 e per il triennio 1988-90 recepito con DPR 384 del 1990, ma composto da due parti distinte e separate: la prima (artt. 1-73 e artt.1-70 rispettivamente) per il personale del comparto e la seconda (Artt. 74-124 e Artt. 71-138 rispettivamente) per l’area medica.

La richiesta di un contratto separato da parte delle organizzazioni sindacali mediche autonome rimane però ancora sul campo ed ha forti ed importanti appoggi politici e mediatici.

Quasi tutti i grandi organi di stampa (anche di orientamento di sinistra) appoggiano incondizionatamente la richiesta del sindacalismo medico autonomo, gestito in quella fase da un brillante Aristide Paci, per un contratto autonomo della categoria medica: Il Giornale (Bartolo): “non è onesto che un medico sia bistrattato e intruppato in un contratto unico”; La Repubblica (Mafai): “I medici ospedalieri hanno buone ragioni per protestare, e liquidare queste spinte come corporative sarebbe un segno di pigrizia mentale”; La Repubblica (Biagi): “sto dalla parte di questo esercito di diseredati con laurea che ebbero l'imperdonabile debolezza di accettare un contratto collettivo”; Corriere della Sera (Ciuffa) definisce “ammalati di progressismo intellettualoide” chi fa ancora riferimento ad un sindacalismo legato alle tre Confederazioni CGIL, CISL, UIL. ⁽⁵⁾

UN PO' DI CRONISTORIA 1991-2000

Sono gli anni che di fatto rivoluzionano l'assetto organizzativo del SSN: dalle USL (Unità Sanitarie Locali) previste dalla 833 con competenze in capo ai Comuni e con una gestione di nomina partitica e fondamentalmente a partecipazione assembleare (Comitato di Gestione) si passa alle ASL (Aziende Sanitarie Locali) con competenze in capo alle Regioni (D. Lgs 502/92 e D. Lgs 229/99) e con una gestione, apparentemente, più tecnica e monocratica (Direttore Generale) e se ne determina, come condizione fondamentale, l'equilibrio di bilancio. Ma fin da subito si fa notare come obiettivi prevalentemente di tipo economicistico invece di produrre risparmi rischiano di snaturare i ruoli e le finalità del SSN, generando per di più una artificiosa ed anomala competizione interna tra Azienda ed azienda anche dello stesso territorio.

Il rischio più importante è quello di confondere il fine con i mezzi, di far condizionare scelte a finalità assistenziali da quella che il CENSIS, già nel 2001, ha definito come “la persistente dittatura” dell'economicismo. ⁽⁶⁾

Il D. Lgs. 502 nel 1992 e successivamente il D. Lgs 229 nel 1999 ristrutturano anche i rapporti tra il Servizio Sanitario e la Facoltà di Medicina passando da un sistema di convenzionamento e quindi sostanzialmente da un sistema di prevalente interesse delle esigenze del servizio sanitario alle cui finalità contribuisce anche l'Università, ad un sistema di sostanziale “paritaria” cooperazione tra le due istituzioni, entrambi pubbliche ed entrambi statali: il rapporto non viene più definito come “Convenzione” ma come “Protocollo d'intesa”.

Un rapporto che evolve ulteriormente, questa volta a scapito del Servizio Sanitario nel 1999 con il D. Lgs. 517 e la istituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU), nella cui gestione, di fatto, la Golden Share passa all'Università.

Oltre all'assetto istituzionale le due riforme (la 502/1992 e la 229/1999) innovano profondamente l'inquadramento giuridico e contrattuale dei medici, collocandoli nella dirigenza (su due livelli nel '92, e su un unico livello nel '99) a cui si accompagna il riconoscimento di una propria e piena autonomia contrattuale (CCNL1994-97).

Nel 1999 la Riforma Ter (Riforma Bindi) introduce come obbligatoria ed irreversibile la esclusività di rapporto per i medici.

La irreversibilità del rapporto esclusivo verrà abolita successivamente nel 2004 dal Ministro Sirchia con la Legge 138 e l'esclusività diventa una scelta di ciascun medico con richiesta di opzione annuale.

Alla Riforma Ter fa seguito nel 2000 il nuovo contratto (CCNL 1998-2001), dal punto di vista economico forse uno dei migliori perché riconosce una specifica e consistente indennità alla “esclusività di rapporto” e comporta conseguentemente un importante incremento stipendiale.

In questi anni inizia tra le diverse sigle sindacali della Dirigenza medica un percorso di integrazione funzionale costituendo un tavolo Intersindacale medico, di cui inizialmente, non a caso, non fanno parte l'ANAAO e la CGIL.

UN PO' DI CRONISTORIA 2001-2010

Il 2001 è l'anno dell'approvazione con Legge Costituzionale n. 3 che modifica il Titolo V e che si caratterizza per un ampio processo di decentramento con delega alle Regioni di importanti competenze di legislazione concorrente su moltissime materie tra cui anche la sanità.

Nel corso degli anni successivi, alla luce del fatto che il Regionalismo in sanità si è reso responsabile di gravi disuguaglianze tra i vari territori (Nord-Sud) fino a compromettere per quasi la metà dei cittadini italiani la tutela e la garanzia degli stessi LEA, si sono manifestate riserve sempre più ampie.

Una condizione che l'undicesimo rapporto Sanità CREA del 2015 ha definito come "universalismo disuguale" ⁽⁷⁾ e che ha motivato fortissime riserve, soprattutto da parte delle regioni meridionali, fino ad ipotizzare un ritorno ad una gestione centrale da parte dello Stato.

Valutazioni molto più critiche sono state avanzate, anche da costituzionalisti, sulla richiesta di molte regioni, specie del Nord, di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" che riguardano complessivamente 23 materie, inclusa la sanità, richiesta che si è concretizzata nel giugno 2024 con la legge n. 86, (Legge Calderoli).

La Corte Costituzionale, però, con la sentenza n.192 del 2024 ha dichiarato la illegittimità di alcune parti anche importanti della legge Calderoli ed in positivo, concentrandosi sulle "funzioni" piuttosto che sulle "materie" da delegare, disegna sostanzialmente un tipo di regionalismo meno competitivo e più "cooperativo". ⁽⁸⁾

Recentemente, proprio agli inizi del 2025, anche un editoriale della rivista Lancet dal titolo "The Italian health data system is broken" rileva nella sanità italiana condizioni di grave frammentazione con evidenti disparità tra le regioni del Nord e del Sud, iniquità delle cure e flop nella medicina digitale e nella ricerca individuandone la causa principale nell'attuale ampio regionalismo con evidenti rischi di un peggioramento dall'ampliamento del progetto di autonomia differenziata. ⁽⁹⁾

Ed era stata un'altra sentenza della Corte Costituzionale, la n. 178 del 2015, che aveva dichiarato illegittimo il blocco della contrattazione del pubblico impegno attuata con legge nel 2010 (D. L. 78/2010 convertito con L. 122/2010; norma peraltro evidentemente condivisa, perché mai abolita, dagli altri successivi governi), permettendo di riprendere l'iter dei contratti in tutto il pubblico impiego. ⁽¹⁰⁾

Nel 2009 il Ministro Brunetta (D. Lgs. 150/2009) interviene pesantemente nel processo contrattuale limitandone notevolmente i livelli di autonomia affermando, nella gerarchia delle fonti, la priorità della legge sui contratti e ribaltandone di 180 gradi le prospettive: da una deroga ampia alla contrattazione si passa ad una deroga circoscritta alla sola "determinazione dei diritti e delle obbligazioni direttamente pertinenti al rapporto di lavoro" e le norme sul rapporto di lavoro da parte dei contratti diventano inderogabili "salvo previsione di legge", mentre precedentemente ne era prevista la piena "derogabilità".

Ma in verità, già anni prima, anche da sinistra si era rivendicato un ruolo preminente del potere legislativo sulla contrattazione: il PCI nella direzione del 7 gennaio 1984 ammoniva il sindacato, forse nel tentativo di riaffermare la supremazia del partito, "a non assumere impegni che scalfissero le irrinunciabili prerogative del parlamento.

UN PO' DI CRONISTORIA 2011-2020

Sono gli anni in cui si accentua la crisi del SSN e se ne mettono in forse gli stessi principi

- per il costante e continuo de-finanziamento del fondo sanitario (circa 37 miliardi nell'ultimo quindicennio - GIMBE);
- per il blocco dei contratti dal 2010 al 2014 e delle retribuzioni al dicembre 2010; e c'è voluta una pronuncia della Corte Costituzionale (Sentenza n. 178 del 2015) per riaprire i tavoli contrattuali;
- per la costante sottostima dell'accesso alle scuole di specializzazione fino ad arrivare, in alcune specialità, all'attuale condizione di grave crisi, con concorsi deserti, e l'impossibilità di garantire servizi fondamentali come quelli dell'emergenza;

- per l'accentuarsi delle disuguaglianze nella garanzia dei LEA tra le varie regioni con forte penalizzazione delle regioni del Sud;
- per il tentativo, in parte riuscito, di marginalizzare le forze sociali intermedie, incluse le organizzazioni sindacali anche di categoria mettendone in crisi il ruolo e la funzione;
- per lo scaricarsi sui medici e sul personale sanitario della rabbia dei cittadini costretti a lunghe liste di attesa sia per prestazioni programmabili ma sia soprattutto per prestazioni urgenti.

Il dato preminente di questa fase sono stati i tagli lineari: i posti letto, la spending review, tutto ciò che era ritenuto tagliabile, è stato tagliato ma con risultati quasi esclusivamente negativi.

Questi ultimi anni sono stati caratterizzati da alcuni tentativi, più o meno timidi, per una correzione di rotta che si è tradotta in una legislazione, in parte, in controtendenza:

a) la Legge Madia (n. 124/2015) sulla "Riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ed il successivo D. Lgs. 75/2017 hanno corretto in parte alcuni aspetti del Decreto Brunetta ed ha confermato, rafforzandola, l'istituzione di un'unica e specifica area dirigenziale che include tutta la Dirigenza del SSN, la medica e la sanitaria non medica (inclusi i dirigenti delle professioni sanitarie), che si è già concretizzata nella costituzione di un'unica area contrattuale, unificando le due aree precedenti (ex III ed ex IV). Inizia un nuovo ciclo che si concretizza nel dicembre 2019 con la stipula di un primo contratto unico della Dirigenza sanitaria: CCNL dell'Area Sanità per il triennio 2016-18, a cui segue il CCNL dell'Area Sanità per il triennio 2019-21.

b) La Legge Gelli-Bianco (n. 24/2017) su "Sicurezza delle cure e responsabilità professionale", purtroppo ancora non del tutto operativa anche per mancanza di alcuni importanti decreti delegati, considera la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e si caratterizza per un approccio sistemico e preventivo della gestione del rischio (da rischio 'clinico' diventa rischio 'sanitario'), differenzia il grado di responsabilità civile che diventa di tipo extracontrattuale per il personale e tenta, sul piano della responsabilità penale, una esimente di "non punibilità" se nel processo assistenziale sono state rispettate le linee guida.

c) Sempre nel 2017 il Parlamento approva un'altra importante legge, la n. 219, su "Norme in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di trattamento", una legge importante che riafferma il principio costituzionale del diritto all'autonomia decisionale del paziente che si esprime nel e con consenso informato con lo scopo anche di promuovere e valorizzare una relazione di fiducia tra paziente e medico fino a realizzare "una pianificazione condivisa delle cure", e riconosce che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

d) In questi ultimissimi anni il SSN ha recuperato quote importanti di finanziamento, sono state quasi triplicate le borse di studio per le specializzazioni, il turnover è stato in parte sbloccato, e la sanità è ritornata al centro (anche a causa della pandemia da Covid-19) degli interessi dell'intera comunità nazionale. Un intero capitolo del PNNR (la Missione 6 con una quota di risorse destinate di circa 20 miliardi) è dedicato alla Salute con l'obiettivo fondamentale di rafforzare la prevenzione, l'assistenza territoriale, l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN.

UN PO' DI CRONISTORIA 2021

Da più di due anni ormai il SSN è sotto stress continuo per la pandemia da Covid 19, che ne ha messo in evidenza le condizioni di estrema criticità soprattutto della medicina del territorio, di fatto abbandonata per più di un decennio e non integrata con il resto dei servizi sanitari, quasi esclusivamente ospedalieri presenti nello stesso territorio. Le due organizzazioni, la medicina ospedaliera e la medicina territoriale – come ha messo in evidenza già nel rapporto del 2011 la Fondazione Smith Kline - hanno viaggiato su binari paralleli e spesso divergenti". ⁽¹¹⁾

Soprattutto la medicina territoriale ha subito le maggiori difficoltà e malgrado i vari tentativi di una sua riorganizzazione e potenziamento è rimasta fortemente carente, come poi ha dimostrato in maniera eclatante la pandemia da Covid 19 nella primavera del 2020. Sostanzialmente sono rimasti inefficaci nella maggior parte delle realtà regionali i diversi e nuovi assetti organizzativi fino a parlare di un vero e proprio flop. ⁽¹²⁾

Nel 2007 ci aveva provato il ministro Livia turco con la legge 296/2006 con l'istituzione delle Case della Salute e nel 2012 il ministro Renato Balduzzi con l'istituzione delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale).

Più recentemente il ministro Roberto Speranza con la Mission 6 del PNRR ha programmato un riassetto complessivo dell'assistenza territoriale con l'istituzione di case di comunità (1 ogni 40 mila abitanti), di ospedali di comunità (1 ogni 100 mila abitanti) e di Centrali Operative Territoriali (1 ogni 100 mila abitanti) e con la definizione di nuovi modelli e standard (DM 77/2022).

Nuovi modelli che non possono che riarmonizzarsi con una nuova organizzazione del lavoro dei professionisti impegnati nel territorio ed integrati in un approccio multidisciplinare all'interno delle AFT e/o delle Case di comunità (medici di Medicina Generale, Specialisti ambulatoriali, pediatri di libera scelta). Intanto per l'assistenza primaria, con l'ACN 2019-21, si è istituito il "ruolo unico" con i nuovi incarichi conferibili "in una sola azienda" e che comportano "un impegno a tempo pieno" a 38 ore settimanali.

Proprio in questi giorni, per iniziativa prevalente delle regioni e del Ministero della Salute, è in discussione l'ipotesi di un pieno inserimento dei MMG nell'ambito delle case di Comunità con un possibile passaggio nell'area della dipendenza.

Bibliografia

1. Costituzione della Repubblica Italiana, 1948. (G.U. n. 298 del 27/12/1947).
2. Fondazione GIMBE: 7° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale, 2024.
3. Fondazione Censis: 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2024. Franco Angeli Editore.
4. CREA Sanità: 20° Rapporto Sanità: Manutenzione o trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio, 2024.
5. Giuseppe Fatati; Aristide Paci: Anima critica. Il Pensiero Scientifico Ed. 2015. Pagg.111-119.
6. Fondazione Censis: 35° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2001. Franco Angeli Editore.
7. CREA Sanità: 11° Rapporto sanità: L'Universalismo diseguale 2015.
8. Corte Costituzionale: Sentenza n.192 del 14/11/2024. (G.U. n. 49 del 04/12/2024).
9. Lancet Regional Health Europe The Italian health data system is broken. 2025;48:1011206 DOI: 10.1016/j.lanepe.2024.101206.
10. Corte Costituzionale: Sentenza n. 178 del 24/06/2015. (G.U. n. 30 del 29/07/2015).
11. Fondazione Smith Kline: Rapporto Sanità 2011: Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio. Ed. Il Mulino.
12. CREA Sanità: Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Roma 23/03/2020.

Riferimenti Legislativi (in ordine di citazione)

Costituzione della Repubblica Italiana; L. 1859/1962; L. 153/1969; L. 833/1978; L. 180/1978; L. 194/1978; L. 234/2021; L. 26/2019; D. Lgs. 147/2017; D. Lgs. 502/1992; D. Lgs. 229/1999; DPR 761/1979; L. 42/1999; L. 251/2000; DPR 68/1986; D. Lgs. 517/1999; L.138/2004; L. Cost. 3/2001; L. 86/2024; L. 122/2010; D. Lgs. 150/2009; L. 124/2015; D. Lgs. 75/2017; L. 24/2017; L. 219/2017; L. 296/2006; PNRR 2021; DM 77 del 23/05/2022.

Riferimenti contrattuali (in ordine di citazione)

ANU 1983-85 (DPR 348/1983); ANU 1985-87 (DPR 270/1987); ANU 1988-90 (DPR 384/1990); CCNL 1994-97; CCNL 1998/2001; CCNL 2016-2018; CCNL 2019-2021; ACN MMG 2019-2021.

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.
©Copyright: the Author(s), 2025