
TEMI E PROBLEMI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Testi a cura di P.Barbieri, P. Maggiorotti, M. Faini

Sommario

1	PREMESSA.....	2
2	L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA.....	3
2.1	I diversi sistemi sanitari	3
2.1.1	La sanità pubblica.....	3
2.2	La nascita del Servizio Sanitario Nazionale	5
2.2.1	Il sistema di autorità e responsabilità politica e istituzionale.....	6
2.2.2	Il modello organizzativo sul territorio	6
2.2.3	L'organizzazione delle USL	7
2.2.4	I Dipartimenti.....	7
2.3	L'aziendalizzazione	8
2.3.1	Gli assetti possibili per i sistemi sanitari nazionali.....	10
2.4	La riforma sanitaria «Bindi».....	12

1 PREMESSA

Volere affrontare *di questi tempi* i temi della politica sanitaria, cercando, oltretutto, di fornire strumenti e conoscenze utili a impostare adeguate iniziative di tutela dei diritti nei propri territori (a partire dai livelli regionali), appare come un compito in effetti un po' difficile, almeno per chi scrive. Crediamo sia infatti evidente a tutti che la situazione in cui tutti noi viviamo e operiamo, a diverso titolo, in relazione ai temi della programmazione sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale, è una situazione connotata da poderosi processi di cambiamento, generati in parte da profonde crisi del sistema di protezione sociale creatosi nei decenni scorsi, in parte da un naturale processo evolutivo dei *pensieri* e delle *azioni*, in parte per il processo di trasformazione dello Stato, e in parte, possiamo ben dirlo, per l'accresciuta consapevolezza dei cittadini (singoli e associati) riguardo alla piena affermazione del Diritto alla Salute.

E' soprattutto in Sanità che le difficoltà assumono a tratti caratteri di vero e proprio *caos* (basti pensare al difficile e conflittuale rapporto tra lo Stato e le Regioni in ordine alla spesa sanitaria), al punto da rendere, appunto, difficile, parlare in termini di certezze assolute, sia in ordine alla esatta individuazione delle autorità e delle responsabilità istituzionali (riforma della Costituzione in primo luogo), sia in ordine alla esatta definizione e comprensione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e quindi, in ultima analisi, in ordine ai Diritti dei cittadini.

Questa sezione di FAD, in piena coerenza con la scelta di fondo adottata per questa modalità formativa, si manterrà prevalentemente sul piano dell'analisi legislativa e regolamentare della materia attinente alla "sanità", proponendo spunti, opinioni e letture partendo dall'evoluzione del sistema sanitario italiano sino alla vigente situazione delle politiche sanitarie in atto nel Paese; un plurale non casuale, quello riferito alle politiche, che non sempre rappresenta una condizione positiva e favorevole per la tutela del diritto alla salute,

ma che anzi svela preoccupanti scenari dove la pluralità rischia di trasformarsi in iniquità di accesso ai diritti.

Questa parte di FAD si svolge in due parti:

- la prima, immessa subito dopo questa premessa, è relativa all'evoluzione delle politiche sanitarie: dal concetto stesso di sanità pubblica sino alla cosiddetta Terza Riforma Sanitaria (D.Lgs.229/99), passando per l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/78), la cosiddetta Seconda Riforma Sanitaria (D.Lgs.502/92 e D.Lgs.517/93). In questa prima parte si è scelto di fornire in modo diretto e sbrigativo gli elementi identificativi fondamentali dell'evoluzione dei sistemi sanitari, in modo da fornire elementi (speriamo sufficienti) affinché ciascuno rilegga i sistemi sanitari del proprio territorio in chiave critica, valutando lo scarto effettivo tra le norme, i principi, gli obiettivi e la realtà politica, istituzionale, organizzativa e professionale dei sistemi locali (Regione, ASL, Distretti)
- la seconda affronterà il tema dei Livelli Essenziali di Assistenza e i temi ad esso correlati (processo di riforma federale dello Stato, processo di federalismo fiscale, ecc.)

2 L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA

2.1 I diversi sistemi sanitari

2.1.1 La sanità pubblica

Nasce nel nostro Paese quale estensione della necessità collettiva di evitare la trasmissione di epidemie e quindi per il controllo centrale dello stato di salute dei cittadini: la sanità è vista pertanto come questione di sicurezza pubblica.

1865

Il primo atto è la legge sanitaria del 20.11.1859 e la successiva del 20.2.1865 che all'allegato C "Sanità Pubblica" istituisce le funzioni dell'amministrazione civile, distinta da quella militare preponderante all'epoca, esercitate gerarchicamente: Ministero degli Interni – Prefetti (sottoprefetti) – Sindaci.

1885

Una seconda fase vede lo strutturarsi di un'amministrazione più autonoma, sempre del Ministero degli Interni, che percepisce l'esigenza di svincolare la "linea tecnica" dall'Amministrazione Civile (proposta di legge Codice Bertani del 1885):

- uno specifico Sottosegretario di Stato coadiuvato dal Consiglio Superiore Centrale e da un Ufficio Tecnico
- il medico provinciale coadiuvato dal Consiglio Provinciale di Sanità Pubblica
- ed infine il medico condotto che svolge funzioni di Ufficiale Sanitario con compiti di cura dei malati poveri e interventi di sanità pubblica.

Solo con la legge Pagliani - Crispi del 22.12.1888, l'autorità sanitaria è identificata nell'autorità amministrativa:

- viene costituita la Direzione generale di sanità, la quale devia maggiormente sui bisogni di salute della cittadinanza le sue attività attraverso una nuova disciplina dell'assistenza pubblica, della vigilanza sul suolo/abitato/alimenti e della profilassi delle malattie infettive.

1900 – periodo fascista

Segue un periodo nel quale si ridefiniscono le competenze ed i regolamenti, si ampliano gli interventi e si razionalizza – per ben due volte - il codice delle norme con l'approvazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie il 1.8.1907 ed il 27.7.1934 (periodo fascista).

Tra gli interventi significativi, segnaliamo la legge 14.2.1904 n. 36 sull'organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

- tale norma va inquadrata nella società italiana di inizio secolo, dove l'attività di intervento psichiatrico in sé rappresentava una importante innovazione, una sensibilità nuova. L'organizzazione e gestione dei manicomi è affidata alle Amministrazioni provinciali.

1945 – dopoguerra

Quale segno di discontinuità col Regno d'Italia e le politiche dello Stato fascista accentratore, nel 1945 il Ministero dell'Interno sarà sostituito dall'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità in dipendenza diretta dal Consiglio dei Ministri, per poi prendere il nome di Ministero della Sanità con la legge 13.3.1958 n. 296.

Alla neonata autorità politica si affiancano quelle di natura tecnica

- il Consiglio Superiore di Sanità
- l'Istituto Superiore di Sanità.
- altro tratto di novità è l'istituzione dell'"ostetrica condotta".

L'assistenza sanitaria in ospedale, nel passato, è stata affidata alla pubblica beneficenza, esercitata da istituzioni caritative e, successi-

vamente, dallo Stato, in forma sussidiaria. Va specificato che non vi era apprezzabile differenza tra intervento sanitario e assistenziale così come lo definiamo oggi.

Di seguito proponiamo uno schema sulle principali norme sulle Ipab.

Regio Decreto 19.11.1889 Istituzione delle Ipab	Istituzioni di Beneficenza
Legge 17.7.1890 n. 6972	Regolamento delle Istituzioni di Beneficenza
Regio Decreto 30.12.1923 n. 2841	Stabilisce l'obbligo per i Comuni di provvedere all'assistenza e cura dei poveri e dei feriti, delle gestanti e della partorienti; gli oneri sono a carico del Comune nel quale il degente ha il «domicilio di soccorso».
Regio Decreto 30.9.1938 n. 1631	Stabilisce le norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali.

Anni '60

L'era degli ospedali che viviamo, inizia alla fine degli anni '60 e giunge fino ad oggi attraverso l'istituzione del **Servizio Sanitario Nazionale**, fino al contemporaneo processo federale dello Stato.

E' importante sottolineare che la politica ospedaliera condiziona le strategie di assistenza assai radicalmente, assorbendo completamente i fondi per la sanità ed allo stesso tempo garantendo ricoveri per la stragrande maggioranza delle necessità di intervento.

12.2.1968 n. 132, vengono istituiti gli Enti Ospedalieri stabilendo i requisiti per la loro classificazione degli, la struttura, l'organizzazione e l'amministrazione (il consiglio ospedaliero), il finanziamento (il fondo nazionale ospedaliero, extra Ipab), la programmazione (il piano nazionale e piani regionali).

Nello schema qui di seguito riportiamo l'elenco delle norme successive.

DPR 27.3.1969 n. 128	Ordinamento interno dei servizi ospedalieri
DPR 27.3.1969 n. 129	Ordinamento interno dei servizi di assistenza ospedaliera, delle Cliniche e degli Istituti Universitari.
DPR 27.3.1969 n. 130	Stato giuridico dei dipendenti ospedalieri
Legge 17.8.1974 n. 386	Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali. Trasferimento alle Regioni dei compiti in materia di assistenza ospedaliera (da enti ospedalieri a enti strumentali delle Regioni). Istituito il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, da ripartire tra le Regioni.
Legge 18.4.1975 n. 148	Norme per l'assunzione del personale ospedaliero.

L'assistenza sul territorio, invece, subisce una trasformazione nei primi anni '60.

Finora essa era concentrata su servizi base come il medico e l'ostetrica condotta, l'igiene e la profilassi, servizi diretti a tutti i cittadini.

Comincia in quegli anni ad affacciarsi l'idea di un territorio che risponde anche ad esigenze più specifiche e di maggiore gravità, che

corrisponde ad un processo di graduale decentramento amministrativo.

Tra questi segnaliamo i seguenti provvedimenti:

DPR 11.2.1961 n. 249	istituzione dei Centri per le Malattie Sociali
Legge 8.3.1968 n. 431	servizi di igiene mentale gestiti dalle amministrazioni provinciali (Cim)
Legge 29.7.1975 n. 405	istituzione dei Consulenti Familiari
DPR 24.7.1977 n. 616	disciplina le funzioni in materia di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e ospedaliera (che contiene anche le ragioni dello specifico trattamento garantito alle associazioni storiche)
Legge 13.5.1978 n. 180	Trasferimento alle Regioni delle funzioni amministrative relative l'assistenza psichiatrica, che sancisce la chiusura delle istituzioni manicomiali nazionali

2.2 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale

La legge 23.12.1978 n. 833 modifica l'approccio complessivo stabilendo che:

la Repubblica è soggetto attivo della tutela della salute

la tutela della salute è garantita a tutta la popolazione in condizioni di eguaglianza assicurata da un insieme organico ed integrato di funzioni.

la gestione del SSN deve assicurare la partecipazione della popolazione ed il collegamento ed il coordinamento con le attività sociali.

L'art. 1 infatti recita:

La Repubblica, nelle sue articolazioni territoriali, è soggetto attivo nella tutela della salute

Questo ruolo deriva dall'art. 32 della Costituzione (che, ricordiamo, non è stato sinora modificato dai processi di riforma costituzionale)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti» (comma 1)

In buona sostanza, si è determinato il superamento della situazione preesistente (in cui la tutela della salute era delegata dallo Stato ad una serie di Enti settoriali (le mutue).

Si prevede quindi che lo Stato nelle sue articolazioni sia soggetto attivo non solo sotto l'aspetto della tutela, ma anche sotto quello dell'erogazione delle prestazioni, prevedendo il superamento tra gli enti preposti ad assicurare le prestazioni (gli enti assicurativi) e quelli preposti ad erogarle (ad es. gli enti ospedalieri).

L'Usl quindi assolve alle funzioni sia di assicurare la tutela sia di erogare le prestazioni.

Il SSN non ha solo l'obiettivo di garantire l'assistenza sanitaria ma, più in generale, di tutelare la salute, dando grande importanza alla prevenzione:

- sono previsti interventi sia sulla persona (ad es., mediante

l'educazione sanitaria e gli interventi di profilassi individuale e di prevenzione secondaria e terziaria)

- sia sugli ambienti di vita e di lavoro e sugli alimenti.

2.2.1 Il sistema di autorità e responsabilità politica e istituzionale

La 833/78 si pone nell'alveo del completamento dell'ordinamento regionale e dei poteri locali ed in particolare si pone sulla scia del DPR 616/77, che prevede:

- l'acquisizione da parte delle regioni di competenze organiche per materie, in luogo delle singole competenze per singoli atti,
- il decentramento delle funzioni già statali e degli enti pubblici e attribuzione diretta delle funzioni ai Comuni: evita un'incerta attribuzione di delega da parte delle regioni agli enti locali e svuota in larga parte, il potere legislativo e programmatico delle regioni;
- l'aggregazione dei Comuni di piccole dimensioni: viene definito il concetto dell'ambito territoriale adeguato alla gestione dei servizi; si prevede l'aggregazione, anche obbligatoria, dei Comuni in forme associative; non si entra nel merito del decentramento amministrativo dei Comuni;
- indica come consistenza demografica territoriale quella tra 50.000 e 200.000 abitanti (anche all'interno delle aree urbane) tenuto conto di caratteristiche geo-morfologiche e socio-economiche con deroghe nel caso di aree a popolazione concentrata e sparsa

2.2.2 Il modello organizzativo sul territorio

La tutela della salute è assicurata da un sistema organico di funzioni, che garantisce l'integrazione di prevenzione, cura e riabilitazione, attraverso: l'integrazione di servizi e presidi, e lo sviluppo di un servizio sanitario orientato da nuovi obiettivi. In particolare l'integrazione dei servizi e presidi viene realizzata:

- a livello orizzontale: in un determinato territorio (il distretto o la USL) vengono integrate le funzioni igieniche, veterinarie e di assistenza sanitaria e le attività a gestione diretta con quelle convenzionate

- a livello verticale: nella USL le attività di base (distrettuali) sono integrate con quelle specialistiche; a livello regionale vengono integrati i diversi presidi specialistici in una rete prevedendo forme organiche di collaborazione.

Lo sviluppo di un SSN con funzioni integrate comporta lo sviluppo di quelle funzioni prima meno sviluppate (prevenzione e riabilitazione): ciò anche in attuazione delle indicazioni dell'OMS, finalizzate alla promozione della salute ed allo sviluppo delle cure primarie.

Si è quindi superato il modello organizzativo pre-riforma in cui l'assistenza sanitaria non era garantita a tutta la popolazione ma solo ai lavoratori ed ai loro familiari (sistema assicurativo sociale) e ai non abbienti (assistenza legale), ed in modo omogeneo ai vari assistiti (come estensione dei servizi garantiti e come libertà di ricorso agli operatori e ai presidi).

L'estensione della tutela ha posto il problema delle modalità di finanziamento del SSN, tenendo conto che l'art. 32 prevede cure gratuite agli indigenti.

A tal fine si prevede un meccanismo di finanziamento globale a carico dello Stato e con la previsione di un graduale passaggio della provvista di fondi dal sistema contributivo al sistema fiscale.

In coerenza con le raccomandazioni dell'OMS (che tuttavia risulta il meno attuato tra i principi della riforma), la partecipazione della popolazione deve essere garantita nella fase di programmazione delle attività sanitarie, nel controllo della funzionalità dei servizi e nell'ambito delle attività di educazione sanitaria.

E' previsto il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e delle collettività (art.1, 4° c. L.833/1978).

Si tratta di una parziale inversione di rotta rispetto al dpr 616 che prevedeva la «contestualità» della gestione dei servizi sanitari e di quelli sociali. Le differenze sono le seguenti:

- si è passati dall'integrazione delle attività in capo ad un unico organismo al coordinamento tra gli enti;
- il coordinamento deve essere assicurato per le attività «incidenti» sullo stato di salute degli individui e delle collettività e non, in generale, per tutte le attività sociali.

Si è determinata una situazione difforme tra regioni: alcune infatti hanno dato attuazione al principio in termini estesi, in linea con il dpr 616, attribuendo alle USL (denominate USSL o ULSS) la gestione di tutti i servizi sociali, prevedendo forme di delega obbligatoria di tali funzioni dai Comuni alle USL).

Nella lettura della L.833/78 alcuni obiettivi colpiscono per l'attualità dei temi: l'uniformità, la scelta, l'età evolutiva, gli anziani e la malattia mentale.

- Art.2: Superare gli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese
- Art. 4: Pervenire a condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale
- Art.10: Gestire in modo uniforme la tutela della salute

2.2.3 L'organizzazione delle USL

A livello strutturale ci interessano maggiormente le articolazioni territoriali, le Usl, i dipartimenti, ed i distretti, dei quali forniamo una breve descrizione.

- le USL rappresentano il maggior impegno verso la PREVENZIONE, il RAPPORTO DIRETTO tra servizio sanitario e cittadini, la PARTECIPAZIONE dei cittadini, la più completa

INTEGRAZIONE delle competenze.

- altro elemento innovativo è che con l'attribuzione ai Comuni della programmazione e gestione delle USL, la sanità viene decentrata in una struttura amministrativa più vicina al cittadino.
- il Sindaco è l' autorità sanitaria locale; il Comune esercita le funzioni di indirizzo e di definizione dei programmi
- L'USL è l'organo competente per la gestione delle attività sanitarie e dei servizi diretti al cittadino.

Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del SSN. (art. 10 L.833/78) .

Parte integrante dell'organizzazione della Usl, sono i gruppi di progetto (Progetti obiettivo) che assolvono a compiti di studio dei problemi da affrontare, di progettazione degli interventi, e di valutazione dei risultati, e sono costituiti per lo sviluppo di attività che coinvolgono più Servizi o più unità operative autonome di un Servizio. I Dipartimenti sono una forma particolare dei gruppi di lavoro strutturata.

2.2.4 I Dipartimenti

La 833 tratta i Dipartimenti in 2 articoli:

- art. 17 «requisiti e struttura interna degli ospedali» (articolazione degli ospedali in Dipartimenti e collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri);
- art. 34 «accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori per malattia mentale» che prevede la creazione di Dipartimenti per la salute mentale, competenti i servizi ospedalieri ed i presidi e servizi extraospedalieri.

Tipologie fondamentali dei Dipartimenti:

- dipartimento d'organo, costituito da unità operative aggregate in base alla complementarietà delle funzioni svolte per rispondere alla gamma delle patologie che interessano un organo. Ne è esempio il «dipartimento cardiologico»;
- dipartimento territoriale, caratterizzato dal farsi carico di un problema su tutto il territorio dell'USL, sia a livello distrettuale sia presso presidi (poliambulatori e ospedale). Ne è esempio il «dipartimento materno-infantile»;
- dipartimento sovraterritoriale, caratterizzato dall'accorpamento di unità operative di più Usl. Ne è esempio il Dipartimento per la salute mentale.
- dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA), che hanno connotati dipartimentali assai limitati: il personale medico è assicurato dalle divisioni mediche e chirurgiche e non da un apposito organico.

L'art. 10 della 833 prevede al 3° comma che

sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i comuni singoli o associati o le comunità montane articolano le Usl in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento

Le regioni hanno adottato soluzioni differenziate:

- rispetto alle dimensioni demografica (da 10.000 a 30.000 ab.)
- rispetto ai servizi di primo livello da organizzare nel distretto (alcune prevedono che ne facciano parte tutti i servizi, compresi quelli igienistici, altre hanno circoscritto l'organizzazione distrettuale agli operatori dell'assistenza sanitaria di base e del servizio sociale, se di competenza dell'Usl.

Organizzare l'Usl su base distrettuale vuol dire:

- determinare il territorio del distretto;
- definire gli operatori che compongono il gruppo di base;

- stabilire le modalità di coordinamento/integrazione degli operatori;
- riorganizzare le attività territoriali superando le logiche settoriali;
- attivare un sistema informativo idoneo a conoscere le caratteristiche del distretto ed i suoi bisogni (diagnosi di comunità);
- realizzare la partecipazione dei cittadini;
- riordinare le sedi distrettuali (per le attività rivolte al pubblico, per il riferimento degli operatori, per realizzare la partecipazione), con l'obiettivo di facilitare l'accesso degli utenti e l'integrazione degli operatori (prevedendo una sola sede polivalente per evitare la frammentazione).

2.3 L'aziendalizzazione

A partire dagli anni '90 le politiche pubbliche nel nostro paese si focalizzano sempre di più su di un obiettivo ritenuto prioritario: il contenimento della spesa pubblica ed il rientro dal debito pubblico.

Ciò sia per

- l'ammontare assoluto dell'esposizione debitoria dello Stato, con un rapporto debito/Prodotto interno lordo che supera ampiamente il 100%, che per
- la distanza relativa tra la situazione italiana e gli obiettivi sottoscritti con il Trattato di Maastricht che vedono il nostro paese con un rapporto debito/PIL doppio rispetto all'obiettivo indicato dall'UE, mettendosi così in discussione la partecipazione ad una eventuale moneta unica europea.

Vengono avviate politiche di riforma STRUTTURALE dello stato sociale per raggiungere una diminuzione STRUTTURALE della spesa.

Il contesto di fondo dei provvedimenti che vennero successivamente assunti, con particolare riferimento a quello relativo la sanità, si col-

locano in un contesto radicalmente diverso da quello che caratterizzò la genesi della 833. Quest'ultima infatti, nasce da un dibattito in cui trovavano prevalenza ragioni di ordine politico-valoriale che spingevano all'estensione ed al potenziamento del Welfare.

Il secondo governo Amato attua compiutamente la delega ricevuta dal Parlamento, emanando il Dlgs 502/92.

Il successivo Governo Ciampi emana il decreto integrativo e correttivo del precedente (Dlgs 517/93).

La restrizione economica impone una riflessione circa le risorse mai fatta sin qui, nonostante la determinazione del Fondo annuale della 833. La sanità infatti si caratterizza per un'inevitabile distanza tra l'ammontare delle risorse disponibili (limitate) ed i bisogni, espliciti ed impliciti (tendenzialmente infiniti).

Nei fatti, il meccanismo di finanziamento della Sanità è a cascata:

- il Parlamento con la legge finanziaria determinava il fondo annuale
- il Governo lo ripartiva alle regioni (fondo sanitario regionale)
- le regioni allocavano le risorse alle USL che iscrivevano la loro quota nel bilancio di previsione.

Inevitabilmente si è creato uno scostamenti tra previsioni e consuntivi di spesa, con successivo ripiano a piè di lista da parte dello Stato dei disavanzi delle USL. Ciò era causa di un costante trend di crescita della spesa sanitaria.

Il sistema in sostanza si basava sulla logica seguente: i bisogni come variabile indipendente (autodeterminata) e la spesa come variabile dipendente (determinata dal grado di soddisfacimento dei bisogni).

Negli ultimi anni gli scostamenti tra previsioni e consuntivi potevano essere letti in modo più implicito e meno espansivo in base alla spesa storica: si evidenzia anche una distribuzione delle risorse a "mac-

chia di leopardo" ed un conseguente difforme livello della spesa pro capite tra le diverse regioni.

La logica economico-finanziaria applicata in attuazione della L.833/78, al di là delle specifiche situazioni locali, non poteva reggere per il manifestarsi di determinanti fenomeni strutturali che portano ad una crescita praticamente illimitata della spesa stessa, quali:

- lo sviluppo delle conoscenze tecniche e tecnologiche, che allarga l'area delle possibili cure mediche rendendo più sofisticato e costoso il processo di cura;
- la destrutturazione del tessuto familiare urbano, che indebolisce l'assistenza garantita dal tessuto familiare ed amicale soprattutto nei confronti di persone non autosufficienti;
- l'aumento del tasso culturale della popolazione, che percepisce meglio i propri bisogni sanitari, la conoscenza delle possibilità terapeutiche e dei relativi percorsi di accesso.

In relazione a tutto ciò, il D.Lgs 502/92 impone meccanismi inappellabili per consentire in modo cogente quanto già la L. 833/78 prevedeva (la spesa all'interno delle risorse indicate dal fondo sanitario nazionale). La nuova logica, nei fatti diventa la seguente:

- LA SPESA E' LA VARIABILE INDIPENDENTE, decisa annualmente dal decisore politico
- IL SODDISFACIMENTO DEI BISOGNI E' LA VARIABILE DIPENDENTE, caratterizzata dalla massimizzazione dei benefici ottenibili dai finanziamenti a disposizione.

Ne consegue, nel nuovo modello di Welfare, che il livello dei bisogni percepiti non deve essere superiore alle risorse sociali messe a disposizione: ciò impone una ricerca delle priorità che massimizzino il beneficio sociale.

Ma non solo. Vi è la piena responsabilizzazione economica di ogni livello istituzionale e l'abolizione di qualsiasi meccanismo di finanziamento a piè di lista. Il Dlgs 502/92 impone alle regioni la piena re-

sponsabilizzazione finanziaria sulla spesa e di conseguenza l'obbligo per queste a provvedere con mezzi propri per eventuali disavanzi.

2.3.1 *Gli assetti possibili per i sistemi sanitari nazionali*

Nell'ambito della nuova logica economica ed istituzionale, sono fondamentalmente due i modelli di riferimento essenziali dei sistemi sanitari nazionali:

- l'attuale esperienza inglese
- l'esperienza svedese

che si impongono schematicamente come tra loro opposti.

I processi di riforma dei sistemi sanitari nazionali si pongono due 2 obiettivi fondamentali, tra loro storicamente ritenuti alternativi:

- il bisogno di mantenere il governo e l'indirizzo pubblico del sistema;
- la necessità di introdurre elementi di competitività.

La prima istanza si riferisce alle ragioni per cui esistono servizi sanitari nazionali pubblici, ovvero la volontà di tutelare e garantire la salute psicofisica della persona, di cui lo Stato deve essere garante individuando i bisogni e gli interventi fondamentali. Le risorse per la sanità debbono essere usate in maniera egualitaria e per finalità prioritarie.

La seconda istanza rappresenta una modalità di risposta al problema strutturale dei servizi pubblici, vale a dire i bassi livelli di efficienza ovvero introdurre elementi di competitività tra le aziende dovrebbe favorire la crescita dei livelli di efficienza.

Il dibattito attuale propone l'introduzione di assetti istituzionali che possano coniugare le due istanze (equità ed efficienza) attraverso l'introduzione, ad esempio, di sistemi di *public competition* o di mercati fortemente regolati

Le strategie di sistema percorribili paiono essere due:

- liberare (=mobilizzare) il lato della domanda mantenendo sotto i governi pubblici il lato della produzione dei servizi (SVEZIA)
- liberare (=mobilizzare) il lato dell'offerta mantenendo sotto il governo pubblico il lato della domanda (GB)

Per contemperare l'esigenza di mantenere il governo pubblico del sistema (sia per controllare la spesa sia per dirigerla verso obiettivi ritenuti socialmente utili) ed introdurre contestualmente elementi di competizione, è possibile

- mobilizzare il lato della domanda, tenendo pubblica l'intera strategia di offerta (caso svedese) oppure
- mobilizzare il lato della produzione, mantenendo pubblico il lato della domanda (caso inglese).

Se nessuno dei due poli (domanda e offerta) viene mobilizzato, rimane forte l'indirizzo pubblico ma non si inserisce alcun elemento di competitività.

Se entrambi i poli vengono mobilizzati si inseriscono molteplici elementi di competitività, perdendo però l'indirizzo pubblico del sistema.

Come si colloca la strategia prevista dal Dlgs 502/92?

Il D.Lgs. 502/92 lascia al legislatore regionale il compito di determinare su quale dei due lati (domanda/offerta) mobilizzare prevalentemente il sistema, per introdurre elementi di competitività.

Entrambe le strategie sono possibili:

il cittadino è libero di scegliere sempre e comunque il presidio di offerta presso cui farsi curare (modello svedese);

sul lato della produzione vengono avviati produttori pubblici, privati e *no profit* in concorrenza tra loro (modello inglese).

Non è possibile mobilizzare sia sul lato della domanda che su quello dell'offerta perché ciò comporterebbe la perdita della capacità di governo pubblico del sistema (in contrasto con l'idea stessa di servizio sanitario nazionale) oltre a rendere problematico il controllo della spesa.

Si potrà assistere quindi alla nascita di sistemi sanitari regionali dissimili tra loro, in relazione alla forte differenza dimensionale, economica, socioculturale che caratterizza le regioni italiane, in coerente relazione con l'idea di regionalizzazione del sistema e del decentramento amministrativo forte in corso.

Le regioni possono cogliere in positivo la possibilità di disegnare un sistema sanitario regionale coerente con l'ambiente di riferimento e con la storia, le conoscenze ed il livello di managerialità presente nelle aziende regionali.

Le regioni debbono saper leggere/conoscere il settore sanitario per elaborare strategie che riguardano sia le aziende pubbliche (ASL e Ospedali) sia il settore privato, che deve essere regolato, al fine di aumentare efficacia ed efficienza della risposta alla domanda di salute.

Come si manifesta l'indeterminatezza del 502/92?

I cittadini sono liberi di scegliersi la struttura di offerta, per qualsiasi tipo di bisogno sanitario. Possono concludere assicurazioni integrative per servizi non erogati dal SSN.

I produttori ovvero le AUSL assumono dimensioni ben più rilevanti di prima (di norma, le dimensioni coincidono con quella provinciale): dalle precedenti 651 USL si passerebbe a circa 100 se assumeranno dimensione provinciale, intorno a 200-300 se di dimensioni infraprovinciali.

Alle USL si affiancano le Aziende ospedaliere, caratterizzate da attività di alta specializzazione e da bacino d'utenza sovrazonale e finanziate con criteri misti governati dalle regioni: non più dell'80% da trasferimenti in base ai costi di gestione concordati dalla regione e certificati dai bilanci, il resto con il criterio di tariffe per prestazioni.

Le precedenti convenzioni con produttori privati (basate per numero di posti letto correlato ad una tariffa per giornata di degenza) decadono nel giro di 3 anni.

Viene introdotto un sistema di pagamenti basato su un tariffario regionale ed alla quantità di prestazioni erogate.

A regime, il cittadino sarà libero di farsi curare in qualsiasi struttura (pubblica o privata). Queste ultime saranno pagate in base a tariffe regionali o nazionali per tutte le prestazioni erogate, senza limite se non quello derivante dal n° dei posti letto o dal tipo di prestazioni specialistiche erogabili a seguito di accordi regionali.

Questa prospettiva può prefigurare una insostenibile falla finanziaria nel sistema, dove le strutture private si trovano a disporre di una sorta di conto corrente a carico del SSN per tutte le prestazioni che riescono ad erogare, in base alla loro capacità di attrarre cittadini, anche a scapito della rete dei servizi pubblici.

Gli acquirenti/finanziatori, ovvero le regioni, sono il referente fondamentale del meccanismo finanziario, in quanto trasferisce risorse alle Aziende USL e, per una percentuale garantita, alle Aziende ospedaliere.

E' soggetta all'autonoma decisione delle regioni se questa paga le strutture private e gli ospedali azienda per la parte correlata al principio prestazione per tariffa o se ciò debba essere fatto a carico delle AUSL (che riceveranno dalla regione le risorse necessarie per farlo).

Le AUSL diventano oltre che aziende produttrici, anche aziende acquirenti di servizi per i propri cittadini: le AUSL diventano il regolatore finanziario del sistema, acquistando dalle altre AUSL, dagli ospedali azienda e dal privato.

Le AUSL, similmente alle agenzie di acquisto inglesi, diverrebbero i regolatori decentrati della competizione tra strutture sanitarie. Tuttavia, la differenza sostanziale dall'esperienza inglese si rileva nel fatto che le AUSL manterrebbero il proprio ruolo di erogatrici di prestazioni assumendo una competenza mista di produttrici e di acquirenti.

Nel nuovo assetto istituzionale, le regioni, che nel disegno di riforma della Pubblica Amministrazione sono destinate ad avere un ruolo centrale, rappresentano per ora l'anello debole dell'intero sistema, perché storicamente poco valorizzate, con livelli professionali non sempre all'altezza del ruolo, tradizionalmente schiacciate tra l'ingerenza del livello centrale e per ora toccate solo marginalmente dai processi di riforma costituzionale atti ad incidere sui livelli istituzionali.

2.4 La riforma sanitaria «Bindi»

Il Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, «Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419», ha variato in maniera importante il Dlgs 502 con modifiche ed integrazioni.

Cambia il quadro nel quale si definiscono i macro processi, da un lato ritornando ad un'idea di territorializzazione dei servizi, dall'altro stringendo sulla qualità del sistema.

La filosofia della norma cambia rispetto al D.Lgs. 502/92 in quanto viene riproposto al centro dell'intervento sanitario il diritto alla salute, cui contestualmente per la sua realizzazione devono essere definite le risorse necessarie e si deve operare attuando le indicazioni del Piano sanitario nazionale.

Compito fondamentale del servizio è assicurare livelli uniformi ed essenziali di assistenza sul territorio nazionale garantendo equità nella individuazione dei soggetti che hanno diritto alle cure, criteri di qualità ed economicità nell'impiego delle risorse.

Le prestazioni sanitarie definite essenziali debbono essere erogate gratuitamente o con partecipazione alla spesa nel rispetto delle modalità prevista dalla legislazione.

Non saranno comprese nel Piano le prestazioni che non rispondano a principi di efficacia e appropriatezza, che non rientrino nel criterio di essenzialità oppure quando i servizi non possano essere gestiti nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia (art. 1 D.lgs.229/99)

I Piani sanitari regionali non possono prescindere da quello nazionale: in questa ottica, le regioni non possono rivendicare autonomia totale ed assoluta, sia perché i livelli di assistenza devono essere omogenei su tutto il territorio nazionale, sia per evitare il rischio della marginalizzazione delle strutture pubbliche e di affidamento dei servizi, in nome della sussidiarietà, a enti e strutture esterne.

Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Ssn. Il Ministero della Sanità assume il compito di determinare i valori di riferimento in base ai costi e alla qualità dell'assistenza sanitaria, confrontandoli con la programmazione nazionale al fine di segnalare alle regioni eventuali difformità od inefficienze gestionali. Sulla base dei rilievi del Ministero, le regioni dovranno effettuare la ricognizione delle cause degli scostamenti dagli standard qualitativi per elaborare eventuali programmi triennali di riorganizzazione dei servizi (art. 19 ter D.Lgs.229/99)

- E' previsto un termine di tre anni entro i quali il Governo dovrà emanare un atto destinato a eliminare il fondo sanitario nazionale.

le e la quota capitaria trasferita dallo stato alle regioni.

- Entro tale termine, le regioni dovrebbero provvedere con fondi propri al finanziamento del servizio.
- E' previsto che le associazioni e gli organismi non aventi fini di lucro concorrano con le strutture pubbliche «alla realizzazione dei doveri di solidarietà».

Principi del SSN

- perseguire l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, ovvero riconfermare la separazione tra assistenza sanitaria e servizi socio assistenziali;
- visto l'alta incidenza dei cosiddetti "ricoveri impropri", viene introdotto il concetto di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, definendo linee guida per il suo controllo e verifica;
- razionalizzare la rete prevedendo interventi per il recupero di efficienza, economicità e funzionalità nella gestione dei servizi sanitari;
- quale salvaguardia della salute della cittadinanza, rilanciare le attività di prevenzione che potrebbero evitare l'insorgere di eventi patogeni e la loro cronicizzazione

Organizzazione del dipartimento di prevenzione

- il dipartimento di prevenzione è la tutela della salute collettiva
- gli strumenti per raggiungere tale obiettivo sono attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, mediante accorgimenti atti a migliorare la qualità della vita. Il dipartimento svolge la sua funzione di prevenzione individuando e rimuovendo le possibili cause di malattia di origine ambientale, umana e animale
- a questo scopo assume iniziative coordinate con i distretti ed i dipartimenti.
- il dipartimento di prevenzione partecipa alla formulazione del programma di attività dell'Ausl. (art. 7 quater D.Lgs.229/99)

Strategie

- completare il processo di regionalizzazione della sanità e dell'aziendalizzazione delle strutture, anche prevedendo la facoltà delle regioni di adottare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie nelle aree metropolitane
- potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale, definendo modalità per l'attivazione dei distretti e l'attribuzione delle risorse finanziarie necessarie al fine di pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali
- viene istituita la "Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale" nella quale sono chiamati ad intervenire in modo permanente i Comuni.
- i Direttori generali vengono sottoposti a forme di controllo attribuite ai Comuni: nel testo è prevista la possibilità di richiesta formale da parte dei Comuni di rimozione del Direttore generale in caso di mancata attuazione dei piani locali di attività.
- si prevede il potenziamento e l'attribuzione di risorse specifiche ai Distretti di base, indicati con ambito per l'attuazione di forme di integrazione socio-sanitaria
- Integrazione sociosanitaria: demandando ad un atto di indirizzo del Ministero la loro più puntuale classificazione, vengono distinte le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di competenza delle Ausl (si tratta di attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi od invalidanti di patologie congenite od acquisite e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza) e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei comuni (si tratta delle attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute (art. 3 septies D.Lgs.229/99)
- Direttore di distretto: con questo articolo viene rilanciato l'istituto del distretto sanitario che avrà il compito di assicurare i servizi di assistenza primaria alla popolazione del suo ambito definita in almeno 60.000 abitanti, a meno che la regione disponga diver-

samente in ragione delle caratteristiche del territorio

- al distretto è garantita una specifica autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, assicurata da una contabilità separata nell'ambito del bilancio dell'ASL
- Dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale diviene il modello ordinario generale di gestione operativa delle ASL
- Riordino delle forme integrative di assistenza sanitaria da attivarsi nei confronti di prestazioni aggiuntive. Mutue ed assicurazioni private potranno occuparsi di:

- prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi di assistenza per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per la fruizione di prestazioni in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;

- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, erogate in strutture sanitarie residenziali o semiresidenziali o in forma domiciliare per la quota a carico dell'assistito.

Obiettivi

- ridefinire il Piano sanitario nazionale nel senso di sottolinearne la finalità di strumento per l'individuazione di obiettivi di salute, di livelli di assistenza e di prestazioni efficaci ed appropriate;
- Partecipano alla formazione del piano anche le regioni e le istituzioni non lucrative.
- razionalizzare le strutture e le attività, precisando i criteri distintivi per l'individuazione delle AUSL e della A0, con riferimento al loro rilievo nazionale od interregionale, e definendo il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, tenendo conto delle specificità dei soggetti non aventi fini di lucro;

Le ASL sono trasformate in veri e propri soggetti privati che per assicurare il diritto all'assistenza sanitaria utilizzano le norme flessibili del diritto privato, e hanno la possibilità di

- costituirsi in aziende con personalità giuridica pubblica
- possono adottare una chiara autonomia imprenditoriale, agendo

così come imprenditori privati

- la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato.
- stabilire le modalità ed i criteri per il rilascio di autorizzazioni a realizzare strutture sanitarie e semplificare le procedure per gli interventi di ristrutturazione;
- definire un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano sanitario nazionale e definire standard minimi delle strutture pubbliche e private ai fini dell'accreditamento

il sistema delle autorizzazioni

Vi sono in pratica, tre livelli:

- autorizzazione
- accreditamento
- contrattazione.

Tutto ciò allo scopo di controllare la spesa, anche come conseguenza della fornitura di tutto ciò che, in termini di interventi sanitari, è valutato essenziale, evitando di finire nell'inutile e nel superfluo.

L'istituto dell'accreditamento diverrà il perno del rapporto tra SSN e fornitori/erogatori di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari.

Risorse umane

- incentivare programmi di educazione continua per tutto il personale del SSN compresa la formazione dei manager, costituendo apposite strutture ad ogni livello del SSN;
- integrare nella disciplina del personale del SSN i dirigenti e gli operatori delle strutture sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- area delle professioni socio-sanitarie. Si prevede che entro 90 giorni dall'entrata in vigore del decreto del ministro della sanità istituirà, nell'ambito del SSN un'area sociosanitaria, con lo scopo di gestire i servizi sociosanitari, cui assegnare figure di qualifica

- dirigenziale specializzate.
- anche le figure professionali non dirigenziali dovranno dimostrare una specializzazione nel campo ed ottenere diplomi di laurea universitaria da disciplinare con regolamenti del Ministero della Sanità
 - estendere il regime del diritto privato nel rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria connesso all'esclusività del rapporto di lavoro;
 - ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende sanitarie, e prevedere il coinvolgimento dei comuni nel procedimento di revoca e di valutazione dei direttori generali.

Diritti dei cittadini

- libertà di scelta nei confronti delle strutture e dei professionisti ed assicurare che ciò avvenga nell'ambito della programmazione sanitaria
- la «libertà terapeutica» è subordinata ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza; inoltre, si sottolinea la rilevanza del concetto di appropriatezza delle prestazioni per evitare di sottoporre le persone a visite, esami ed operazioni inutili e a volte dannosi. A tale fine si impongono livelli adeguati di programmazione
- partecipazione istituzionali dei cittadini, delle formazioni sociali e degli operatori sanitari alla programmazione e valutazione dei servizi; dare piena attuazione alla carta dei servizi anche mediante verifiche delle prestazioni sanitarie erogate;

Per ciò che concerne la partecipazione, il testo governativo pare ridurre il senso della legge delega prevedendo che «le regioni, entro 150 giorni dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano od adeguano i piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione dei comuni nonché delle formazioni private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori pubblici e privati e delle strutture private accreditate del SSN»: la legge delega è più precisa e prevede chiaramente un intervento dei soggetti della partecipazione nella valutazione e programmazione dei servizi, non solo come semplice possibilità di esprimere proposte.

- attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza, anche di quella percepita

- Al comma 2 dell'art. 14, dopo il terzo periodo è aggiunto il seguente:

....le regioni, al fine di meglio garantire le finalità dell'articolo medesimo, prevedono forme di partecipazione a vantaggio delle organizzazioni di cittadini e del volontariato nei campi della programmazione, del controllo e della valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.