

PROFILI EVOLUTIVI DEL SSN ITALIANO:
ANALISI E SINTESI DELLA PRODUZIONE NORMATIVA DAL 1978 AD OGGI

FRANCESCO SAVERIO COPPOLA, SALVIO CAPASSO, LUCA RUSSO

pubblicazione internet realizzata con contributo della



società italiana di economia pubblica

dipartimento di economia pubblica e territoriale – università di pavia

Profili evolutivi del Ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi

SOMMARIO

Indice

Introduzione

- 1 *Il Servizio sanitario nazionale tracciato dalla legge 833/78.*
- 2 *Dall'insuccesso attuativo della 833 all'aziendalizzazione.*
- 3 *Il riordino della sanità, il D.lgs n.502/92.*
- 4 *Il Cambiamento logistico/organizzativo delle strutture periferiche.*
- 5 *Le cause e gli effetti della Riforma "TER".*
- 6 *Nella ricerca di una maggiore aziendalizzazione del sistema.*
- 7 *Dalla 299/99 al Federalismo Amministrativo/fiscale.*
- 8 *Un approfondimento sui Livelli essenziali di assistenza e i fondi integrativi: "i meccanismi di funzionamento".*
- 9 *Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale*
- 10 *(collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008). Prospettive future.*
- 11 *Conclusioni*

Profili evolutivi del Ssn italiano: analisi e sintesi della produzione normativa dal 1978 ad oggi

Francesco Saverio Coppola, Salvio Capasso, Luca Russo

Associazione Studi e Ricerche per il Mezzogiorno

Introduzione

Il seguente lavoro, tratto da una ricerca condotta dall'Associazione Studi e Ricerche per il Mezzogiorno sul *Ruolo del Non Profit in Sanità: il caso Campania*, è stato concepito al fine di consentire una rapida e semplice comprensione della normativa prodotta in ambito sanitario dal 1978 ad oggi, percorrendo gli snodi principali dell'innovazione dei meccanismi strategici e operativi del Sistema, dall'euforica e solidale spinta iniziale impressa dai principi ispiratori della Legge istitutiva, ai profondi dissidi legati agli sprechi e al caos di una governance irresponsabile e a tratti assente.

Il filo conduttore del lavoro sarà porre in evidenza, con estrema sintesi, le tendenze evolutive della Sanità in Italia portando la questione normativa al centro di un meccanismo che sta conducendo il sistema, attraverso varie sperimentazioni, ad un nuovo *step*, nel quale l'applicazione di concetti di tipo aziendalistico nella gestione delle strutture pone tutti gli stakeholders di fronte ad un'inevitabile assunzione di responsabilità legate a risultati concreti e quantificabili.

Gli effetti molteplici di questo cambiamento delineano profondi mutamenti nelle interazioni con i terzi, dai rapporti tra pubblico e privato profit, ma anche nei rapporti tra pubblico e privato non profit (III settore), portando a nuove forme di collaborazione con soggetti terzi o anche, in alcuni casi, alla completa sostituzione del soggetto erogatore pubblico.

Il lavoro parte dalla nascita del SSN, quindi da una Legge (la L.833/78) che riesce a legare ad un concetto di salute un'idea di identità nazionale, di universalismo come garanzia di una tutela che diviene diritto.

Vedremo come da un Sistema più incentrato su formalismi procedurali si passa, negli anni '90, a concepire una gestione delle strutture costruita su principi e peculiarità del modello privatistico quali: l'autonomia imprenditoriale dei dirigenti, la rendicontazione analitica o l'utilizzo di strumenti di programmazione e controllo.

Un Servizio sanitario che si evolve, inoltre, sia nelle sue componenti organizzative micro (a livello di singole strutture) ma anche sui temi, più ampi, di livello macro quali l'autofinanziamento regionale e la responsabilizzazione dei livelli intermedi;

Un Sistema che pressato dal crescere delle patologie croniche legate all'innalzarsi vita media deve, necessariamente, reagire al fine di contenere costi divenuti insostenibili per la nostra economia.

La normativa si concentra, quindi, sulla osservazione continua di nuove possibilità, al fine di ottimizzare il lavoro degli operatori del settore nelle scelte e nell'uso dello strumento pubblico; inoltre l'avanzare di scoperte tecnologiche e tecniche mediche innovative stanno conducendo a scelte di politica sanitaria che prediligono il day hospital e il day surgery a forme di ricovero più lunghe e costose cui non sempre hanno coinciso rilevanti vantaggi di cura e riabilitazione.

L'introduzione di un sistema sanitario di tipo federale come risorsa per ottimizzare molti processi operativi, ma anche decisionali e funzionali, per il corretto funzionamento dei vari livelli di competenza e di operatività.

Una nuova visione d'insieme per un SSN cucito sulle singole regionalità, con un'efficienza di intervento sicuramente superiore al passato ma la cui efficacia ancora non sembra dimostrare dei vantaggi proprio dove era necessario rielaborare delle politiche di intervento sia nella componenti strutturali che nei meccanismi operativi e culturali.

Si analizzerà, quindi, il federalismo come parte integrante di un ingranaggio molto più ampio (quello riformista degli ultimi trent'anni) che ha innovato il settore sanitario con nuovi principi guida (l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, il controllo di gestione e la rendicontazione analitica) ponendosi come fine ultimo la responsabilizzazione delle amministrazioni, legate ai risultati di gestione, come logica conseguenza della regionalizzazione e della riduzione della "distanza" tra governanti e governati.

Quindi un sistema federale che indirettamente è destinato al ruolo di responsabilizzatore del livello intermedio, perno delle politiche sanitarie, sottoposto al giudizio di un'opinione pubblica che spesso è troppo distratta per soppesare le scelte politiche di livello nazionale.

Per quanto attiene alle tendenze evolutive future si è analizzato il *Patto di stabilità 2006* e il DDL presentato dal Ministro Livia Turco *sulla qualità e sicurezza del Ssn* collegato alla finanziaria del 2008, che ci consente, sebbene il destino di questo disegno di legge sia oscuro, di porre in essere una fotografia al 2008 di nuove tendenze evolutive che sembrerebbero raccogliere l'eredità lasciata dalle precedenti riforme aggiungendo alla discussione la possibilità di un serio rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria (sportello unico assistenziale) e di un riordino complessivo della medicina territoriale.

Nella parte finale del paragrafo (paragrafo 1.8) e in una serie di tabelle disposte all'interno dei singoli sottoparagrafi è possibile seguire il percorso storico delle riforme attraverso un modello di lettura elaborato per facilitare e alleggerire l'approccio all'evoluzione normativa.

Ogni tabella è espressione di 6 macrovariabili (Tab 1.1) e rappresenta un periodo storico ben preciso.

Gli intervalli storici sono 4:

- 1 L'istituzione del SSN (L.833/78);
- 2 La riforma dei primi anni '90 (L.491/92, D.lgs. 502/92 e 517/93);
- 3 La terza riforma del '99 accorpata alla riforma federalista del '00 ed alla modifica Costituzionale del Titolo V (L.229/99, D.lgs.56/00);
- 4 Le tendenze evolutive attuali (Patto di stabilità 2006, DDL del 16/11/07 presentato dal Ministro della Salute L.Turco)

Tabella 1 - modello di analisi normativa semplificato: definizioni.

Macro/micro variabili:	Interpretazione dei 6 indici macro:
Aziendalizzazione (modello di gestione, controllo qualità, rendicontazione analitica, cultura interna, organizzazione interna)	Indice che rappresenta la volontà a livello normativo di applicare dei meccanismi di gestione tipici del mondo "profit": Rendicontazione analitica, autonomia imprenditoriale, efficienza, efficacia ed economicità nella gestione.
Regionalizzazione (governance del sistema, autonomia regionale, modello di finanziamento, grado di federalismo fiscale)	Indice che rileva la tendenza della normativa ad eleggere la Regione Ente capogruppo del SSN. Si valutano il livello di autonomia delle singole regioni sia nelle competenze riservate dal legislatore in materia di politica sanitaria sia nella possibilità d'intervento delle stesse nella politica fiscale.
Logistica (distribuzione delle strutture sul territorio, destinazione funzionale, competenze attribuite, allocazione interna delle risorse)	Indice che rappresenta il grado di razionalizzazione della logistica in riferimento sia alla distribuzione delle strutture sul territorio nazionale che alla destinazione funzionale e al coordinamento delle strutture stesse in un'ottica tesa ad analizzare il grado di efficienza conseguente alle scelte del legislatore.
Competizione tra erogatori (creazione di un mercato dei servizi sanitari, separazione delle funzioni, fiducia nel privato, volontà di apertura alla concorrenza)	Indice che rileva la volontà della normativa di Prefigurare un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture stesse volto a creare un mercato dei servizi sanitari disponendo (in alcuni casi soprattutto a livello regionale) la separazione tra consumatore/finanziatore ed erogatore.
III Settore (istituzionalizzazione, presenza del non profit a livello normativo, possibilità di integrare il s.s.n.)	Indice che vuole rilevare una tendenza ad istituzionalizzare quella parte di III Settore operante in ambito socio-sanitario. L'analisi si basa sulla disamina di documenti normativi che contemplino qualunque tipologia di utilizzo istituzionale del non profit come integratore o sostituto del SSN nell'erogazione di determinati servizi.
Uniformità (coerenza regionale nei modelli espressi, simmetrie informative interne ed esterne, compattezza del sistema)	Indice che rappresenta la necessità di tutelare, a fronte della notevole evoluzione di una sanità orientata alla regionalità, l'unitarietà delle scelte di politica sanitaria nazionale. L'analisi è costruita sulle preferenze normative Nazionali e Regionali valutando i pro ed i contro legati ad una governance multilivello che scompatta il SSN conducendo a Sistemi Sanitari Regionali eterogenei.

Fonte: elaborazione Srm

La *tabella 1* vuole essere una guida alla lettura del modello di sintesi evolutiva da noi costruito, il fine è quello di chiarire il significato dato ad ognuna delle sei macrovariabili.

Si vuole così delineare “il peso” che le singole variabili assumono all’interno di ogni snodo riformista (*vedi pag.4*), disegnando un percorso storico ed evolutivo del servizio sanitario nazionale che pone in risalto le prospettive future e i vincoli di un sistema in continua mutazione (*v.infra 8*).

Si è tentato, quindi, di assegnare dei valori (compresi da 1 a 5) ad ogni singola variabile, analizzandone l’incidenza su ogni diverso intervento legislativo rilevante, in una rappresentazione diacronica.

1. Il Servizio sanitario nazionale tracciato dalla legge 833/78

Con la legge n.833 del 23 dicembre 1978, meglio conosciuta come “legge di riforma sanitaria”, si istituì il Servizio sanitario nazionale (S.s.n.).

La Sanità, in tal modo, si dota di un nuovo apparato costruito su di una serie di principi e peculiarità, quali: l’universalità dei destinatari, la globalità delle prestazioni, l’eguaglianza di trattamento ed inoltre l’unicità dei soggetti eroganti (Soggetto Pubblico), il pluralismo organizzatorio e la partecipazione.

Al vecchio servizio costituito da tre grandi comparti (mutualistico, ospedaliero ed enti locali) si contrappone una rete unitaria delle *Uu.ss.ll.*, cui sono afferiti beni, personale, e attribuzioni dei soppressi enti.

L’unicità dei soggetti eroganti, (le USL e le loro strutture proprie o convenzionate), ha comportato la composizione di tutte le prestazioni sanitarie presso questo unico livello operativo.

Il S.s.n. risulta così costituito dal complesso delle *funzioni*, delle *strutture*, dei *servizi* e delle *attività* destinati alla promozione, al mantenimento ed 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.¹

Da questi principi si evince la portata della Riforma e il grande mutamento che si andò delineando da questo momento nella Sanità Italiana, ma tra le novità ha certamente maggior rilievo la maturazione dell’idea di prevenzione, oltre che di cura delle malattie, come cardine di un S.S.N. moderno in grado di preservare il benessere di tutta la popolazione indipendentemente dalle singole condizioni individuali o sociali.

Il SSN compete, allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione di tutta la popolazione; inoltre è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli stakeholder, (altri organi, centri, istituzioni e servizi), che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Tab. 2 Modello di analisi normativa semplificato: 1978

¹ Art. 1, 3° comma, legge 833/78

	I meccanismi di funzionamento dopo la L.833/78	Scala di valori da 0 - 5
Aziendalizzazione	Sia le USL (strutture operative dei comuni) che gli Ospedali svolgono la propria attività attraverso un'organizzazione di stampo "pubblico" poco orientata a gestioni di tipo manageriale incentrate su principi di efficienza, efficacia ed economicità.	0
Regionalizzazione	Il SSN è strutturato secondo un'impostazione di tipo verticale che a partire dal primo livello, quello "centrale" va a dislocarsi nei successivi livelli "intermedio"/regionale e "locale" (ruolo centrale dei Comuni nella gestione della USL).	2
Logistica	La riforma si pone l'ambizioso obiettivo di accorpate e unificare tutta quella serie di presidi e figure che precedentemente provvedevano, in modo disorganico, alle necessità di cura. La USL (una ogni 15-20 mila abitanti) come centro di coordinamento tra i Distretti (strumenti di integrazione operativa tra sociale e sanitario) e le strutture ospedaliere (divenute presidi multizonali delle USL)	3
Competizione tra erogatori	E' utilizzato lo strumento della convenzione con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, ma in generale è assente un concetto di questo tipo nelle intenzioni del legislatore	1
III settore	Viene ampiamente valorizzato il ruolo svolto dal volontariato riconoscendo alle ODV[1] un ruolo fondamentale per concorrere ai fini istituzionali del SSN, ma non si specifica come.	2
Uniformità	Un SSN strutturato secondo un'impostazione di tipo verticale assicura un alto grado di omogeneità nella diffusione delle strutture e nell'erogazione dei servizi di cura avendo in tal modo un unico principale centro di comando	5

Fonte:elaborazione Srm

A tal riguardo, già nel '78, si cercò di dare rilievo istituzionale al lavoro svolto dal volontariato, nel caso particolare, riconoscendo alle Organizzazioni di volontariato (ODV), un ruolo fondamentale per concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

La Struttura del "nuovo" SSN si articola su tre livelli: Centrale/Statale, Intermedio/Regionale, Locale/Territoriale.

Si va delineando in tal modo un Sistema con un' impostazione di tipo verticale dove la Regione si pone come semplice momento di traduzione e connessione di strategie di livello centrale da trasmettere ed adattare a singole realtà territoriali.

2. Dall'insuccesso attuativo della 833 all'aziendalizzazione: la costruzione di un mercato sanitario.

Si parla di insuccesso attuativo perché la L.n.833/78 pur restando valida dal punto di vista legislativo e nei principi, ha fallito in larga parte nella sua messa in opera.

Essa si scontrò rapidamente con una serie di difficoltà legate: all'eredità storica della sanità pubblica italiana, a questioni politiche (nello specifico ci furono forti spinte controriformatrici) e a problemi finanziari².

Il sistema di finanziamento era fondato su di un'unica fonte centrale (il Fondo Sanitario Nazionale) cui non corrispondeva, peraltro, una significativa attività rilevativa di costo e di budget che consentisse una responsabilizzazione a livello territoriale basata sui risultati.

Inoltre: la crescita verticale della spesa sanitaria pubblica negli anni '80 (28.000 MLD. nel 1982, 95.000 MLD nel 1992), l'incalzare della crisi valutaria, l'aumento dei costi di produzione, la crescita dei consumi (es. spesa farmaceutica da 4.600 MLD a 16.300 MLD), l'incremento della spesa sanitaria pro-capite (da 131.000 L. dell'85 a 728.000 L. del '92), unito ad una forte disomogeneità generale tra le varie regioni (qualità dei servizi erogati e costi di produzione) hanno portato il legislatore a ripensare ai meccanismi alla base del sistema.

I motivi di una seconda riforma sanitaria, quindi, sono da ricercare da un lato nell'aver voluto creare una tutela collettiva della salute, cui, però, si contrappose una mancanza di mentalità collettiva dei cittadini³;

² Vitale, A. (1995), "Dall'organizzazione mutualistica al riordino del S.S.N.: l'excursus storico", Ragiusan

³ Zanetti-Casalegno in "le leggi della nuova sanità", seconda edizione 1999, il sole 24ore.

dall'altro si caratterizzò un'eccessiva burocratizzazione del sistema, più incentrato al formalismo delle procedure che all'efficacia dell'intervento.

Inoltre la scarsa efficienza ed efficacia della gestione ha naturalmente indirizzato il sistema ad affidarsi ad una conduzione di tipo "manageriale", orientata alla valutazione sia dei risultati prodotti, che della qualità dei servizi erogati.

Insorgeva la necessità di disporre di una pubblica amministrazione moderna ed efficiente in un sistema che non prevedeva controlli di qualità e di risultato: bisognava creare dei meccanismi di controllo in una situazione di spesa in crescita esponenziale.

Il primo passo verso l'aziendalizzazione della Sanità è fatto dopo 14 anni, siamo nel 1992 e la legge delega 421 mirava essenzialmente a razionalizzare la spesa per il SSN e a responsabilizzare le Regioni nella loro gestione del budget.

L'art 13, della legge delega 421/92 sull'autofinanziamento, recita al comma 1: "le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli uniformi di assistenza, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui all'art.1 (popolazione residente, mobilità sanitaria, consistenza e conservazione di impianti, strutture e dotazioni strumentali), nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello stato" ed al comma 2: "per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno la facoltà di: ridurre i limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, di aumentare la quota fissa sulle singole prestazioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita, nonché porre in essere variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali.."

La metodologia era finalizzata non tanto ad individuare le quote di bisogno sanitario da soddisfare sulla base di dati clinico-epidemiologici, quanto ad indicare le quote di finanziamento che, partendo dalle risorse messe a disposizione dalla legge finanziaria, andavano a quantizzare la percentuale di singoli bisogni che si sarebbe riusciti a soddisfare con tali risorse. La 421 avrebbe introdotto meccanismi di controllo della spesa pubblica al fine di arginare il debito pubblico e dare alla comunità europea garanzie di riduzione della stessa, inoltre avrebbe avviato all'uso di strumenti e criteri di miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari.

3. Il riordino della sanità, il D.lgs n.502/92

Il decreto "De Lorenzo" n.502 del 1992, seguito poi dal d.lgs.517/93, specifica le norme per il "riordino della disciplina in materia sanitaria".

Tab.3 Modello di analisi normativa semplificato: 1993

I meccanismi di funzionamento dopo il d.lgs. 502/92 e 517/93		Scala di valori da 0 a 5
Aziendalizzazione	Modificazione dell'organizzazione e della natura giuridica delle Unità sanitarie locali e di alcuni ospedali ispirata a criteri di carattere privatistico	3
Regionalizzazione	Implementazione del grado di autonomia e di responsabilizzazione regionale eleggendo la Regione ad ente capogruppo del SSN (innovazione legata anche alle prime modifiche apportate al sistema di finanziamento)	4
Logistica	Riduzione della frammentazione amministrativa e burocratica (ciascuna USL dovrà coincidere con l'ambito territoriale provinciale)	3
Competizione tra erogatori	Prefigurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture stesse	2
III settore	Dopo 381/91 sulla cooperazione sociale e la 266/91 sulle ODV in sanità si parla di integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e socio-assistenziali, ma senza il riconoscimento di un ruolo ben delineato per il "non profit"	2

Uniformità	La maggiore autonomia Regionale sembra necessariamente portare disomogeneità nella rappresentazione di un modello unico di organizzazione a livello nazionale	3
------------	---	---

Fonte: elaborazione SRM

I percorsi dei due decreti, anche se avevano l'intento di ridurre la spesa pubblica per il Settore Sanitario, hanno determinato di riflesso il superamento del sistema organizzativo stesso⁴, che è passato da un modello di servizio nazionale verticalmente integrato (caratterizzato dalla presenza di un ente, lo Stato, che interviene in più fasi del processo produttivo di beni e servizi sanitari), ad un modello misto dove i beni e servizi sanitari sono opera sia del pubblico che del privato.⁵ Il nuovo testo non modifica l'impostazione di fondo della 833: sono confermati i principi base del SSN e le USL conservano il ruolo di unità operative del sistema.

Le innovazioni riguardano soprattutto due punti: l'architettura istituzionale del sistema (la riforma punta su una minore politicizzazione, sul decentramento della responsabilità finanziaria e su una maggiore autonomia gestionale delle singole strutture) e l'introduzione di nuovi meccanismi gestionali (derivati in gran parte dal privato).

Al decorrere del 1° gennaio 1993 sono attribuite alle regioni ed alle province autonome contributi per le prestazioni del SSN localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente.

Contestualmente si è operato una riduzione del fondo sanitario nazionale, imputando al bilancio regionale eventuali avanzi di gestione delle aziende sanitarie; si è prevista, inoltre, la riduzione del numero delle USL attraverso un aumento della loro estensione territoriale di competenza.

Si persegue una maggiore efficacia e qualità dei servizi anche riconoscendo al paziente una libertà nella scelta della struttura alla quale rivolgersi. Ciò comporta il riconoscimento di soggetti privati, *profit e non*, in possesso di particolari requisiti professionali ed organizzativi, nel novero degli erogatori finanziati dal sistema pubblico.

Fondamentale è altresì l'affermazione del principio secondo cui il costo del sistema non deve essere più finanziato sulla base del costo storico, con operazioni di ripianamento a pié di lista, ma deve essere basato sul valore delle prestazioni erogate, classificate secondo i DRG⁶ (Diagnosis Related Groups), cui ogni regione ha il compito di associare una tariffa, determinata con un calcolo di produttività media delle strutture operanti sul territorio.

Il fine, in questo caso, è di consentire alle strutture, ospedali e unità sanitarie locali, di gestire e controllare i propri processi produttivi ed i costi associati alla produzione del servizio.

Dal 502/92 nel progetto di riforma sanitaria si va delineando, sulla scia delle Leggi 111 e 421 del 1991, ma in maniera più decisa, la scelta di decentramento di funzioni e responsabilità, dal livello statale al livello regionale: si scelgono le Regioni come attori principali del nostro sistema sanitario (c.d. Regionalizzazione).

Le Regioni assumono in modo inequivocabile il ruolo di capogruppo del sistema essendo a loro afferiti poteri di indirizzo e controllo della gestione, quindi "la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sulle attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle ASL e delle AO (Aziende Ospedaliere)"⁷.

4. Il Cambiamento logistico/organizzativo delle strutture periferiche

La vera componente riformista del "502", (e del successivo D.lgs. 517/93), è data dal conferimento alle strutture periferiche del carattere aziendale.

⁴ Bosi, P. (1996) " Corso di scienze delle finanze", Bologna, il Mulino

⁵ www.cedaldspace.it

⁶ DRG (Diagnosis Related Groups) Sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, il quale remunera il prodotto fornito e non più i fattori produttivi impiegati. Le prime applicazioni dei DRGs (in Italia denominati ROD: Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) riguardano progetti sperimentali iniziati nel 1986, senza che vi sia un collegamento diretto con i sistemi di finanziamento, come invece determinato dai successivi provvedimenti legislativi (Decreto Legislativo 502/92 e segg.).

⁷ D.lgs.502/92, art.2, comma 2

Il Governo e altri organi istituzionali prospettano la realizzazione di una migliore selettività dell'offerta sanitaria, di un recupero di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate così da soddisfare una domanda crescente con costi inferiori. La soluzione più appropriata sembra essere quella di avviare: "un processo di aziendalizzazione"⁸.

Le USL e gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione⁹ diventano aziende, in particolare le Unità sanitarie locali sono: "...dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto/dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali"¹⁰.

Tabella 4 Gli effetti della nuova normativa sulle Unità sanitarie locali.

	Usl secondo la legge 833/78	Usl/Asl secondo il decreto 502/92
DEFINIZIONE	Struttura operativa del comune priva di personalità giuridica	Azienda con personalità giuridica pubblica
STRUTTURA	<ul style="list-style-type: none"> •Assemblea generale (approva gli atti amministrativi predisposti dal Comitato di Gestione) •Il Comitato di gestione e il suo Presidente (compie tutti gli atti di amministrazione dell' UsI) •Ufficio di direzione (organizzazione, coordinamento e funzionamento di tutti i servizi e di direzione del personale) 	<ul style="list-style-type: none"> •Direttore generale (assomma tutti i poteri e di gestione e di rappresentanza della Asl) <ul style="list-style-type: none"> –Coordinatore servizi sociali –Direttore amministrativo –Direttore sanitario (e Consiglio dei Sanitari) •Collegio dei Revisori (controllo economico-contabile)
ORGANIZZAZIONE	Articolata in tre aree funzionali: <ul style="list-style-type: none"> •Area di base (distretti sanitari) •Area integrativa (laboratori, poliambulatori, ospedale, servizi multizonali) •Area centrale e ufficio di direzione 	Gestione del processo di assistenza e non più delle singole aree funzionali: <ul style="list-style-type: none"> •Ampia autonomia •Scorporo degli ospedali da costituire in azienda •Stipula di accordi contrattuali •Pluralità di soggetti erogatori (accreditati e non)
GESTIONE	A posti letto/giornate di degenza	A tariffa per prestazione (DRG)
RIMBORSO	In base ai fattori produttivi (a piè di lista)	In base al numero di prestazioni erogate
CONTROLLO	Di tipo preventivo sugli atti da espletare	Sui risultati complessivi della gestione (responsabilizzazione dei risultati)
QUALITA'		Sviluppo di una cultura della qualità del servizio: indicatori, audit interno, VRQ..

Fonte: rielaborazione SRM su riferimento "linee guida n. 2/96", Ministero della Sanità, 31 maggio 1996.

Le direttive prioritarie nazionali e regionali riguardano due punti centrali:

⁸ "Un processo che riconoscendo alle strutture sanitarie personalità giuridica, mira a concedere una reale autonomia di gestione, potenziando così i servizi resi e aumentando la responsabilizzazione degli organi direttivi, consente di manovrare i fattori produttivi, economici, patrimoniali, ottenendo una effettiva razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. [Rafti, V.(1999), "Il processo di aziendalizzazione della sanità attraverso le riforme", Sanità Pubblica 2, 305-318.]

⁹ "Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche: a) presenza di almeno tre strutture ad alta specialità...; b) organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura ad alta specialità", (2 comma, art.2 D.lgs.n.502/92).

¹⁰ Art.3, D.lgs. n.502/1992

- La riduzione della frammentazione amministrativa (accorpamento e conseguente riduzione in numero delle USL);
- L'organizzazione e il funzionamento della nuova "USL" secondo un modello aziendale basato sul controllo di gestione, come metodo permanente di verifica dei risultati, nonché sulla individuazione precisa dei livelli e ambiti di responsabilità di programmazione e controllo e delle attività gestionali e tecniche rivolte all'erogazione delle prestazioni.

5. Le cause e gli effetti della Riforma "TER"

A distanza di alcuni anni dalla riforma *bis* tanti di quei fenomeni negativi, che si credevano risolti, sono ancora presenti nel nostro sistema, in particolare¹¹ ad esempio i trasferimenti di risorse finanziarie dallo Stato alle Regioni, tendono sempre a prendere come riferimento la spesa storica anziché l'effettiva domanda, molte regioni non sono ancora in grado di gestire in modo efficiente il funzionamento dei servizi e delle prestazioni.

Inoltre il processo di aziendalizzazione, "core" della seconda riforma, è stato a stento abbozzato, soprattutto in merito alla limitata autonomia del management rispetto al "PSR" (piano sanitario regionale).

In tale contesto il legislatore è stato costretto ad apportare nel 1994, 1995, 1996 interventi parziali volti a "migliorare", ed in certi casi a "supplire", le disposizioni contenute nei due decreti di riforma, utilizzando come strumento le c.d. Leggi collegate alle Leggi finanziarie annuali.¹²

Il SSN, oltre la metà degli anni '90, appariva ancora disomogeneo nella sua struttura, in particolare la dimensione raggiunta dalle USL era molto diversa da regione a regione.

Il finanziamento a tariffa era applicato solo alle case di cura e alle aziende ospedaliere, mentre i presidi ospedalieri delle USL erano ancora finanziati con riferimento ai fattori produttivi senza la pianificazione di alcun budget.

La tanto propagandata contabilità a costi e ricavi non era stata adottata in toto dagli Enti, poiché le norme che ad essa facevano riferimento rimasero quasi ovunque inattuato; stesso destino per la contabilità separata, prevista per gli ospedali interni alle USL.

Mentre la 833 definiva i diversi livelli di governo e i rispettivi ambiti operativi, strutturali e funzionali, e il D.lgs. 502 delineava la regionalizzazione e l'aziendalizzazione, la 299 persegue il fine di responsabilizzare i diversi livelli di governo e di tutti gli operatori coinvolti, insieme all'integrazione concreta degli strumenti a disposizione degli operatori, dal PSN (piano sanitario nazionale) a quelli regionali.

Scopo della riforma, attuata su delega della legge n. 419/98, con il decreto legislativo n. 229/99 peraltro più volte integrato e modificato, è di portare, definitivamente, a compimento il processo di razionalizzazione del Sistema.

Si delegava al Governo la facoltà di predisporre ed emanare uno o più decreti legislativi con lo scopo di modificare o integrare l'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario.

Da un lato si era alla ricerca di un nuovo impulso per il SSN, dall'altro si specificava la volontà di non sconvolgere ciò che si era costruito sulle precedenti esperienze, quindi l'assetto istituzionale resta quantitativamente lo stesso, mentre la distribuzione delle competenze cambia notevolmente.

Entrando maggiormente nello specifico, si evince che sono tre gli elementi caratterizzanti del testo:

- Sviluppare e facilitare la diffusione del processo di aziendalizzazione; agire attraverso una logica di fondo "top down" al fine di sviluppare un progetto fondato su autonomia e responsabilità, secondo uno schema burocratico-formale classico.
- Definizione dei livelli assistenziali sotto un'ottica più procedurale che sostanziale. La riforma "ter" interviene stabilendo che i livelli assistenziali da raggiungere, devono essere negoziati e fissati

¹¹ Micossi, P.(1997), "L'azienda sanità: stato dell'arte", Ragiusan 157/158

¹² Ad esempio, tra le tante, sembra importante ricordare la Legge 662 del 23 dicembre 1996 che introduceva norme volte alla razionalizzazione del settore sanitario, come "la trasformazione di posti letto sottoutilizzati in posti letto di ospedale diurno, o la definizione di protocolli diagnostici", e ad aumentare le entrate attraverso l'avvio della libera professione intramuraria; art. 1, Legge n.662/1996.

contemporaneamente, avendo in considerazione sia la domanda prevista che il budget necessario per coprirlo.¹³

- Inoltre si fissa un principio operativo, nell'ambito dello svolgimento dell'attività sanitaria, secondo il quale i medici devono scegliere tra percorsi diagnostici diversi valutando anche l'impatto economico che la tipologia di cura ha sull'entità delle risorse impiegate dall'azienda.

La decisione dovrà fondarsi non solo su basi cliniche ma anche su solide basi economiche, garantendo un buon rapporto efficacia/costo; in pratica, quando la migliore scelta da un punto di vista clinico non consenta di ottenere risultati economici soddisfacenti, si dovrà ripiegare su una soluzione diversa (un *second best*).

In breve: si potenzia il ruolo dei Comuni nella programmazione sanitaria e nella valutazione dell'attività svolta dai direttori generali, si sottolinea il forte rilievo della integrazione sociosanitaria, è rivisitato il rapporto pubblico-privato attraverso il riconoscimento del pluralismo che caratterizza l'organizzazione e l'attività del Ssn.

Inoltre, per quanto attiene la fissazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) si focalizza l'attenzione sulla qualità, sull'appropriatezza e sull'efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio di contestualità tra l'identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal Ssn e la definizione del fabbisogno nazionale.

6. Nella ricerca di una maggiore aziendalizzazione del sistema.

A differenza della precedente disciplina, regolata dai decreti 502/517, il D.lgs. 229 definisce l'USL come azienda organizzata secondo criteri privatistici, quindi "con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale", tale status è esteso anche alle: Aziende ospedaliere, Aziende universitarie, e I.R.C.C.S.¹⁴ pubblici.

L'organizzazione ed il funzionamento delle USL sono regolamentati con "Atto Aziendale"¹⁵ (individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale che saranno soggette a rendicontazione analitica). Le Aziende Sanitarie sono tutte tenute al "pareggio di bilancio"¹⁶, possono operare attraverso atti di diritto privato e stipulare contratti per la fornitura di beni e servizi fino a 200.000 euro.

Viene confermato il Direttore Generale alla guida dell'azienda mentre il collegio dei revisori è trasformato in Collegio sindacale, inoltre s'istituisce il Collegio di direzione strategica che coadiuva il DG "per la definizione dei piani di attività, dello sviluppo strategico dei servizi, delle priorità dei piani di formazione."¹⁷

Ulteriore aggiunta è la possibilità di revoca del DG da parte del Sindaco quando sia verificata "manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale."¹⁸

Il Collegio Sindacale (istituito al posto del Collegio dei Revisori) vigila sulla regolare tenuta della contabilità e sulla conformità del bilancio; inoltre trimestralmente ha il compito di riferire i dati alla Regione denunciando immediatamente se vi sono gravi irregolarità.

Quest'organo permette di monitorare costantemente l'operato dell'azienda sanitaria (USL o AO) e di fornire informazioni con una tempistica idonea a consentire alla Regione di intervenire e correggere eventuali inefficienze.

¹³ In precedenza per la 833 la fissazione dei livelli assistenziali avveniva a prescindere dalle reali disponibilità economiche, generando, di fatto, una gestione irresponsabile dal punto di vista finanziario, mentre con la riforma bis era la dotazione delle risorse a generare i livelli di assistenza da raggiungere.

¹⁴ Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

¹⁵ Mambelli F. e Rosito A. (1999), "Scalando..la riforma", Organizzazione Sanitaria 2.

¹⁶ L'equilibrio di costi e ricavi.

¹⁷ Comma 1, art.14, D.lgs. n.229/99.

¹⁸ Comma 7, art.3 bis, D.lgs. n.229/99.

Con le modifiche apportate il legislatore ha inteso: da un lato salvaguardare la natura e le finalità pubbliche, dall'altro di avere funzionalità e flessibilità di un'azienda privata in modo da tutelare sia gli interessi della collettività che gli interessi economici dell'azienda.

Inoltre la riforma ha modificato, in parte, il ruolo dei medici introducendo nuove norme che riorganizzano l'attività di dipendenti e collaboratori pubblici. Già la L.30/1991, n. 412 aveva posto un problema di incompatibilità per il medico ad avere sia un rapporto di lavoro nel pubblico che nel privato (libera professione), ma è con la riforma del 1999 che si afferma il "vincolo di esclusività" del rapporto di lavoro per tutti i nuovi assunti a partire dal 1 gennaio 1999, mentre per i dirigenti sanitari già in servizio al 31 dicembre 1998 si tratta di operare una "scelta individuale" (tra attività intra-moenia o extra-moenia), anche se si è deciso di attivare delle pratiche disincentivanti per chi avesse scelto l'attività svolta "al di fuori delle mura" (non consentendo ad es. l'attribuzione di incarichi di direzione delle strutture).

Le misure adottate funzionarono e in una ricerca svolta dal Ministero della Sanità al 2000 si evince che il 94% dei medici optò per l'intra-moenia. Si riuscì in questo modo a creare un legame più stretto tra operatore e struttura, tra dirigente medico e azienda essendo comunque inaccettabile che un dirigente di un'azienda avesse operato in concorrenza al proprio datore di lavoro.

7 Dalla 299/99 al Federalismo Amministrativo/fiscale.

La legge di riforma del '99, oltre sviluppare e facilitare l'aziendalizzazione incrementa il processo evolutivo di regionalizzazione, in altre parole va a consolidare l'autonomia della Regione sia nella definizione del piano sanitario nazionale, sia nella determinazione del fabbisogno complessivo del SSN.

Nonostante la terza riforma rappresenti una tappa fondamentale del processo di razionalizzazione del sistema, apportando innovazioni e completando alcuni aspetti dell'organizzazione dello stesso, non entra mai nel merito del finanziamento del servizio.

Il primo vero e proprio meccanismo di finanziamento è contenuto nel decreto legislativo 56/2000 di attuazione del "federalismo fiscale".

L'idea della regionalità comincia ad assumere delle connotazioni reali, portando a compimento un percorso inevitabile iniziato molti anni prima: una presa di coscienza della pubblica amministrazione che deve rendere conto, nel bene e nel male, delle sue decisioni.

L'obiettivo è la totale scomparsa del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e della totale autonomia della Regione nel rispetto dei principi fondamentali di universalità ed uniformità dell'erogazione.

"Il federalismo fiscale implica[...]l'autonomia delle decisioni e la responsabilizzazione dei risultati a livello decentrato. Questo elemento dovrebbe essere quello che caratterizza la capacità di soddisfare i veri obiettivi di scelte pubbliche illuminate: i cittadini pagano i tributi e chiedono servizi di salute che siano di qualità".¹⁹

Inizia così un nuovo percorso che trasformerà notevolmente le competenze e le responsabilità dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.

I principali elementi innovativi della riforma introdotta con il D.Lgs. 56/2000 sono stati tre:

- L'abolizione, a decorrere dall'anno 2001 dei trasferimenti statali a favore delle Regioni a statuto ordinario (compresi quelli del Fondo Sanitario Nazionale) e la loro sostituzione con una compartecipazione delle stesse al gettito dell'Iva, garantendo, in tal modo, entrate invariate. Successivamente dal 2001 al 2013 le entrate si discosteranno gradualmente dal dato storico fino a restarne completamente svincolate;
- L'istituzione di un "Fondo perequativo nazionale", per le regioni con una scarsa capacità fiscale, al fine di destinare una parte del gettito derivante dalla compartecipazione delle Regioni all'IVA, alla realizzazione di obiettivi di solidarietà interregionale; La determinazione delle quote da erogare a ciascuna Regione è effettuata in funzione di parametri specifici (popolazione residente, capacità fiscale, fabbisogni sanitari, dimensione geografica di ciascuna Regione)²⁰;
- Il decreto stabilisce che le entrate delle Regioni a statuto ordinario non siano più soggette ad alcun vincolo di destinazione, ma servano complessivamente a finanziare la totalità delle funzioni

¹⁹ E.Borgonovi, E.Pintus, *E' questione di sussidiarietà*, "il Sole 24 Ore Sanità", 29 febbraio – 6 marzo 2000, p.9.

²⁰ Art.7, comma 2, D.lgs. 56/2000.

trasferite. In altre parole il “settore sanità” entra in competizione con gli altri settori pubblici di competenza regionale.

Tabella 5 Modello di analisi normativa semplificato: il 2000

Tendenze evolutive nei primi anni del 2000		scala di valori da 0 a 5
Aziendalizzazione	Siamo in un momento di verifiche poste a completamento del processo, l'organizzazione ed il funzionamento vengono disciplinati con “Atto aziendale” che sottolinea la notevole autonomia affidata al DG.	4
Regionalizzazione	Si avverte una forte spinta controriformatrice del SSN (federalismo fiscale), che completa la regionalizzazione ricalcando le linee di una governance destinata inequivocabilmente a responsabilizzare le scelte compiute per ogni livello di gestione.	5
Logistica	Si applica una riduzione della dotazione media di posti letto (da 5,5 a 5) per abitante, il <i>Day hospital</i> ed il <i>Day surgery</i> si prediligono ai ricoveri di lunga degenza: inizia una riallocazione di destinazione delle strutture al fine di razionalizzare i tempi, le procedure ed i costi.	4
Competizione tra erogatori	La conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e province autonome autorizza programmi di sperimentazione riguardanti “nuovi modelli gestionali”. Il principio della “libera scelta” affidata all'utente non fa che rafforzare il concetto, ma dopo il 2001 ogni Regione utilizzerà come meglio crede un proprio mercato dei servizi sanitari.	4
III Settore	Una riduzione dell'impegno dello Stato in quei settori (salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa, etc.) in cui diventa più forte la presenza dei privati. Inoltre nei “nuovi modelli Gestionali” si privilegia il coinvolgimento delle Organizzazioni Non Lucrative di Utilità Sociale.	3
Uniformità	Maggiore è la libertà lasciata ai tecnici regionali minore è la possibilità del Sistema di mantenere una strutturazione compatta ed uniforme. Sembra comunque idonea la scelta di permettere alle territorialità di testare soluzioni ritenute ad hoc per le peculiarità di ogni singola realtà.	2

Fonte: elaborazione SRM

È la prima volta che un settore pubblico riconosce alle singole regioni dei parametri di diversità (popolazione, densità abitativa, distribuzione strutture, etc.), adottando un sistema di calcolo del fabbisogno finanziario di ogni singola regione in grado di tener conto di peculiarità demografiche, epidemiologiche e socioeconomiche.

In tal senso il servizio sanitario è stato l'unico settore ad avviare una progressiva trasformazione lungo le tre direttrici della *devolution, deconcentration e delegation*.²¹

Il decreto potrebbe costituire un punto di partenza per quelle regioni che ritengono di possedere al loro interno le qualità necessarie (in termini di disponibilità a pagare *out of pocket* o attraverso un'ottima sanità integrativa)²² per procedere almeno in prospettiva al contenimento dell'intervento pubblico creando di conseguenza l'opportunità di attuare riduzioni della pressione fiscale almeno a livello locale.

In concomitanza alla devolution fiscale si avvia una nuova definizione del testo costituzionale: il 18 ottobre 2001 viene approvata la c.d. modifica al Titolo V Cost. con l'obiettivo principale di ridefinire l'assetto di competenze legislative tra governi centrali ed enti locali.

Pur restando invariato l'art. 32 della Costituzione, che individua “la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”, il nuovo testo dell'art. 117, classifica le materie di intervento pubblico in tre nuove classi di competenze: a legislazione esclusiva dello Stato, a legislazione

²¹ Liberati P. (2001), Sanità e federalismo fiscale in Italia, in Buglione et al, *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci*, Milano, Giuffrè, 7-37

²² N.Dirindin (2001), “Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?”, da Governare il federalismo a cura di N.Dirindin e Eva Pagano, Il Pensiero scientifico editore.

concorrente (le Regioni possono legiferare all'interno di un quadro di riferimento stabilito dal livello di governo centrale) e a legislazione esclusiva delle Regioni.

Tra le attribuzioni *a competenza concorrente* Stato-Regioni ritroviamo “la tutela della salute”, a fronte del vecchio art. 117, che limitava la competenza concorrente delle Regioni al più ristretto ambito dell’”assistenza sanitaria e ospedaliera”. Ciò significa che esiste, in tale ambito, una potestà legislativa e regolamentare regionale, all'interno di un quadro normativo statale, costruito su principi fondamentali che fissano standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi²³.

Secondo la prevalente dottrina del nuovo quadro costituzionale, lo Stato dovrà provvedere a determinare i livelli assistenziali, in concreto con legge o con altro atto amministrativo apicale; la successiva disciplina regionale e quella attuativa a livello locale dovranno procedere alla differenziazione di forme e modalità atte a garantire la tutela di quei livelli così come determinati dalla legge statale.

È di *competenza esclusiva* delle Regioni ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato, in tal senso, quindi, si pone implicitamente come primaria la competenza regionale rispetto a quella Statale.

Inoltre all'art.119 si riconosce un'estensione dell'autonomia finanziaria dall'ambito regionale a quello dei Comuni, delle Province e Città metropolitane precisando che l'autonomia è da esercitare sia dal lato delle entrate che da quello delle spese; oltretutto si sottolinea il concetto di risorse autonome degli Enti che non sono più attribuite da un livello “superiore”, si supera, in tal modo, la ristrettezza in materia di autonomia tributaria che ha, da sempre, caratterizzato le Regioni.

A distanza di alcuni ci si rende conto che nella concretezza l'attuazione del federalismo sembra essere ancora lontana, la vivace produzione interpretativa degli articoli costituzionali riformati e l'astrattezza teorica²⁴ del D.lgs.56/2000, unita alla mancanza di un benchmark con delle caratteristiche e peculiarità ben definite sia a livello di spesa pubblica che di *best practice* non hanno aiutato il Sistema ad implementare pienamente i nuovi meccanismi operativi.

9 Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008). Prospettive future.

L'evoluzione del bisogno di salute legato all'evolversi della vita media e alla crescita delle malattie croniche richiedono interventi sempre più mirati alle esigenze dei cittadini, in questo contesto che s'inserisce il DDL (Disegno Di Legge) approvato il 16 novembre 2007 dal Consiglio dei Ministri (non ancora votato in Parlamento) legato alla finanziaria 2008, e presentato dal Ministro della Salute Livia Turco per la “Qualità e sicurezza nel SSN”.

Con esso si chiude un ciclo normativo volto al riordino della medicina territoriale nella volontà di delineare un nuovo assetto delle cure e dell'assistenza extraospedaliera fondato su un concetto di assistenza continua, cioè assicurata tutti i giorni e a qualunque ora.

Si vuole in tal modo sviluppare una medicina realmente vicina ai bisogni del cittadino e incrementare il processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari al fine di arrivare ad un vero e proprio sportello unico assistenziale dove l'utente ha la possibilità di ottenere tutte le risposte indipendentemente da quale sarà il soggetto ad erogare la prestazione (ASL, AO, Comune, etc.).

²³ F. Maino, (2003), “La sanità tra Stato e regioni”, Il Mulino, n. 1, Focus, pp. 100-107.

²⁴ F.Pammolli e N.C. Salerno (2008), “La sanità in Italia – tra federalismo, regolamentazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche”, pag.39, CERM.

Tabella 6 *Modello di analisi normativa semplificato: 2008*

Tendenze evolutive 2008		Scala di valori da 0 a 5
Aziendalizzazione	"Il principio di buona sanità nasce dall'incontro tra il lavoro dei manager e quello dei professionisti del settore" si raggiunge l'idea che i soli precetti di gestione di stampo privatistico rischiano di condurre il sistema ad un'eccessiva focalizzazione dei propri sforzi sui temi aziendali e non su quelli solidaristici e universalistici cardine del nostro SSN	3
Regionalizzazione	Si punta a rafforzare la capacità programmatica e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, al fine di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale.	4
Logistica	Il riordino complessivo della medicina territoriale, finalizzato a creare una rete di assistenza extraospedaliera basata sulla continuità assistenziale per tutto l'arco della settimana e per 24 ore al giorno. A tal fine saranno istituite in tutte le Asl le Unità di medicina generale e le Unità di pediatria, dove convergeranno tutti i servizi e le prestazioni non ospedaliere.	3
Competizione tra erogatori	*Avvenuto il completamento della Regionalizzazione è impossibile dare in tal senso un giudizio unico a livello nazionale data la notevole diversità di strade politiche intraprese a livello regionale.	2,5 media*
III Settore	Si vanno riannodando le fila del processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari, in sintonia con l'altro ddl sulla "non autosufficienza", per arrivare ad un vero e proprio "sportello unico assistenziale" dove il cittadino possa trovare tutte le risposte e le soluzioni indipendentemente dal soggetto erogatore (Asl, Comuni, ecc.).	4
Uniformità	La normativa non prevede differenziazioni sostanziali nella possibilità del Sistema di ritrovare, pur in un'ottica federale, scelte comuni sull'organizzazione dei SSR al fine di superare l'impossibile catalogazione di scelte che sembrano per alcuni versi aggiungere confusione al Sistema.	1

Fonte: elaborazione SRM.

Sono rivisitati e aggiornati i principi ispiratori del SSN, già individuati dalla legge del 1978 e dagli interventi normativi del 1992 e del 1999, ad esempio è confermato il principio della dignità della persona in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.

Tra le novità più importanti rileviamo che:

1. La responsabilità della tutela della salute supera i confini del SSN e diviene l'obiettivo delle politiche pubbliche non sanitarie. Il mezzo attraverso cui intervenire è un piano programmatico adottato per la prima volta nel 2007 definito "Guadagnare salute" con il fine di influenzare i c.d. determinanti della salute (la prevenzione).
2. Il principio della buona sanità è definito come l'incontro tra il lavoro dei manager e quello dei professionisti del settore (medici del Collegio gestionale) che esprimeranno pareri obbligatori sui principali atti di gestione, in modo da poter interfacciare capacità economico-gestionali con la consapevolezza di chi quotidianamente lavora a stretto contatto con il bisogno di salute dei cittadini.
3. Il miglioramento della medicina territoriale è l'obiettivo centrale del disegno di legge, al fine di realizzare delle reti che concentrino in strutture del territorio la continuità dell'assistenza ambulatoriale (Case della Salute) e medica domiciliare senza interruzione.
4. Il Piano Sanitario Nazionale, strumento principale della programmazione sanitaria, da triennale diventa quinquennale; inoltre nel DDL si esplicita che il prossimo piano orienterà i propri contenuti allo scopo di ridurre l'incidenza delle malattie evitabili, dovute soprattutto agli stili di vita sbagliati e alla bassa prevenzione.
5. Torna il rapporto di esclusività tra medico e struttura sanitaria, ma garantendo il diritto alla libera professione intramoenia.

6. Si attuerà un Sistema Nazionale di Verifica della qualità delle cure erogate dal SSN.²⁵

10 *Modello di sintesi dell'evoluzione normativa.*

Il lavoro, qui presentato, non è altro che un percorso alternativo di analisi, rivolto al lettore che voglia in breve comprendere le dinamiche riformatrici che il legislatore, in ambito sanitario, ha prodotto.

Abbiamo, nella costruzione del modello, focalizzato la nostra attenzione su sei (Tab. 1.6) macrovariabili (aziendalizzazione, regionalizzazione, logistica, competizione tra erogatori, III settore e uniformità del SSN) ognuna espressione di più sottovariabili e portatrice di più innovazioni.

Il modello ragiona sull'assunto che la normativa, nel settore sanitario, rappresenta il punto più alto di programmazione strategica di medio/lungo periodo, rappresentando un momento di lettura delle tendenze a cui il sistema protende, con la possibilità di modificare o costruire nuovi ruoli e soggetti di un mercato in continua mutazione.

Si propone, quindi, attraverso un'analisi di tutti i documenti pubblicati dal legislatore nazionale dal 1978 ad oggi, un modello che sintetizza quattro momenti storici:

1. L'istituzione del SSN (L.833/78);
2. La riforma dei primi anni '90 (L.491/92, D.lgs. 502/92 e 517/93);
3. La terza riforma del '99 accorpata alla riforma federalista del'00 ed alla modifica Costituzionale del Titolo V (L.229/99, D.lgs.56/00);
4. Le tendenze evolutive attuali (Patto di stabilità 2006, DDL del 16/11/07 presentato dall'Ex Ministro della Salute L.Turco)

Per ogni fase evolutiva abbiamo affiancato dei valori in scala da 0 a 5, che abbiamo assegnato attraverso una valutazione oggettiva dell'impatto della normativa sulle nostre macrovariabili.

Ovviamente si è cercato di essere il più obbiettivi possibile, anche se il modello non mira ad essere un fondamento empirico ma semplicemente a rilevare andamenti nelle scelte dei legislatori succeduti negli ultimi 30 anni, che registrano le spinte o le risposte che la normativa ha voluto infondere al sistema.

Abbiamo, inoltre, pensato di chiarire con delle definizioni il significato assegnato ad ogni macrovariabile esplicitando anche le sottovariabili contenute in ogni riga (*Tab. I. I*).

La scelta di questi indici è strettamente legata all'esigenza di comprendere quanto la normativa abbia impattato sui rapporti che i terzi hanno con il settore, e su come la medesima abbia, attraverso le strade politiche intraprese, avvantaggiato o meno il terzo settore in una sua possibile futura implementazione di funzione.

È ovvio che qualsiasi indicazione derivante da questo tipo di studio sarà in parte generica, questa sottolineatura sembra d'uopo dal momento in cui assegniamo una stessa scala di valori a scelte fatte in epoche così lontane tra loro ognuna espressione di prospettive e vincoli decisionali molto differenti.

Tab. 7 Modello di sintesi – assegnazione valori a tutto il percorso storico analizzato.

²⁵ DDL (Disegno di legge) del 16/11/07 presentato dal Ministro della Salute L.Turco.

Scala di valori da 0 a 5	1978	1992	2001	2008
Gestione delle strutture (Grado di aziendalizzazione)	1	3	4	3
Governo del Sistema (Grado di Regionalizzazione)	2	3	5	4
Organizzazione logistica (Grado di Razionalizzazione)	3	3	4	3
Apertura al mercato dei servizi sanitari (Grado di Competizione)	0	2	4	2,5* valore medio
III Settore (grado di istituzionalizzazione)	2	2	3	4
Livello di uniformità Nazionale del Sistema	5	3	2	1

Entrando nel merito del modello c'è un primo *step* nel '78 dove inaspettatamente già si evince un forte impulso alla regionalizzazione del sistema, quando ancora, ne l'aziendalizzazione, ne le potenzialità di un possibile ingresso dei privati sembravano soluzioni da valutare.

Il Sistema appena istituito dalla L.833/78 godeva di grande compattezza, essendo costruito su forti motivazioni legate ad una nuova e più ampia percezione di tutela e legittimità dei cittadini di fronte al loro diritto alla salute.

Nei primi anni '90 i processi di aziendalizzazione e regionalizzazione avanzarono così come le idee che ravvisavano in una responsabilizzazione delle istituzioni la soluzione al deficit crescente del sistema, la normativa intravede nell'aziendalizzazione la soluzione a tutti i problemi (sia economici ma anche organizzativi e funzionali), senza valutare l'attuabilità di una riforma che, nella pratica, si è concretizzata solo dopo alcuni anni.

Si giunge in tal modo alla fine degli anni '90 (L.229/99) e al D.lgs. 56/00 contenente le norme sul federalismo fiscale.

Si completa pertanto la regionalizzazione ponendo in capo ad ogni singolo sistema sanitario regionale le responsabilità delle scelte, si consegnano alle singole giunte gli strumenti per ammodernare i loro meccanismi di funzionamento, affidando in parte, alle singole sperimentazioni gestionali, le sorti del SSN.

Nel grafico 1.1 e 1.2 è possibile realizzare un confronto tra le scelte normative del 1978 e quelle odierne, ed è evidente l'apertura non solo alla territorialità come centro di interessi, ma alla territorialità come "mercato economico" di una Sanità che fugge dal modello classico "statalista" alla ricerca di una nuova affermazione e solidità attraverso l'incontro di principi solidali e filantropici pubblici con modelli economici e di convenienza di stampo privatistico.

Si può notare come la normativa nazionale dal 1978 ad oggi veda in modo crescente la competizione tra erogatori come la soluzione migliore alle problematiche riscontrate su tutti i ambiti di gestione sia a livello macro che a livelli micro. Il cambiamento radicale del SSN non fa altro che riflettere le mutazioni sociali e culturali che negli ultimi tre decenni hanno trasformato l'approccio dei singoli individui con la propria salute: l'ampliamento delle necessità e dei bisogni, la consapevolezza dei propri diritti e spesso l'incapacità dello Stato a regolamentare l'abuso e l'uso indiscriminato della medicina come rimedio a qualunque male hanno condotto il legislatore a ridurre l'ossimoro che è sempre esistito tra la *res* pubblica e il mondo privato, attingendo da quest'ultimo tutto ciò che risultava non compromettente per il carattere pubblicistico di un settore che salva molte vite anche attraverso l'occupazione che crea.

Ecco quindi che l'aziendalizzazione diventa un vestito da indossare per ripararci dal freddo ma sostanzialmente e con il federalismo che incominciano a farsi avanti le regioni che hanno la idee chiare e voglia di cambiare.

Grafico 1.1 L'istituzione del SSN 1978

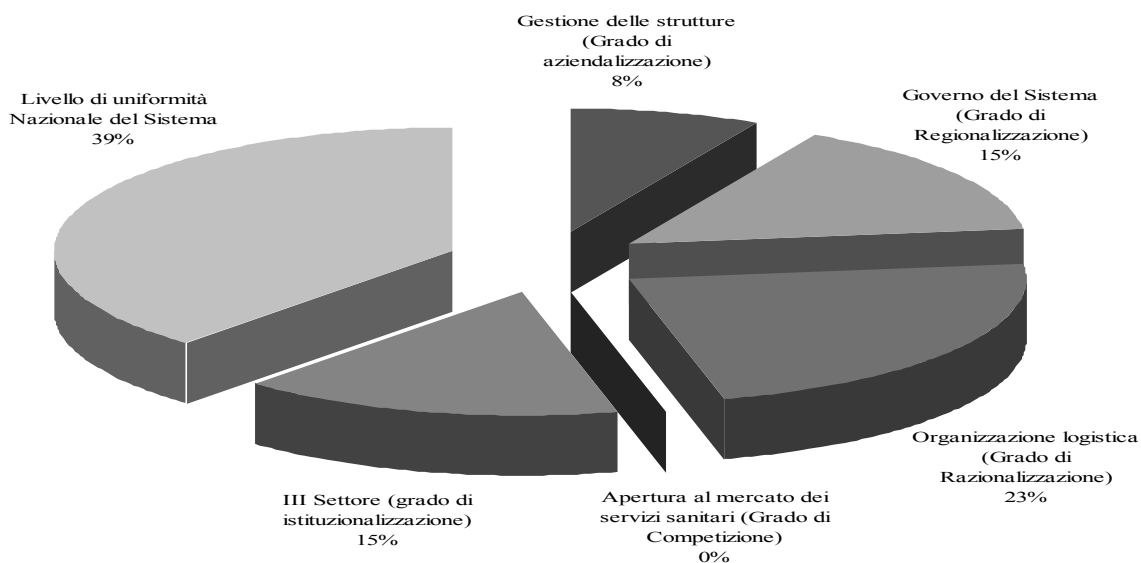
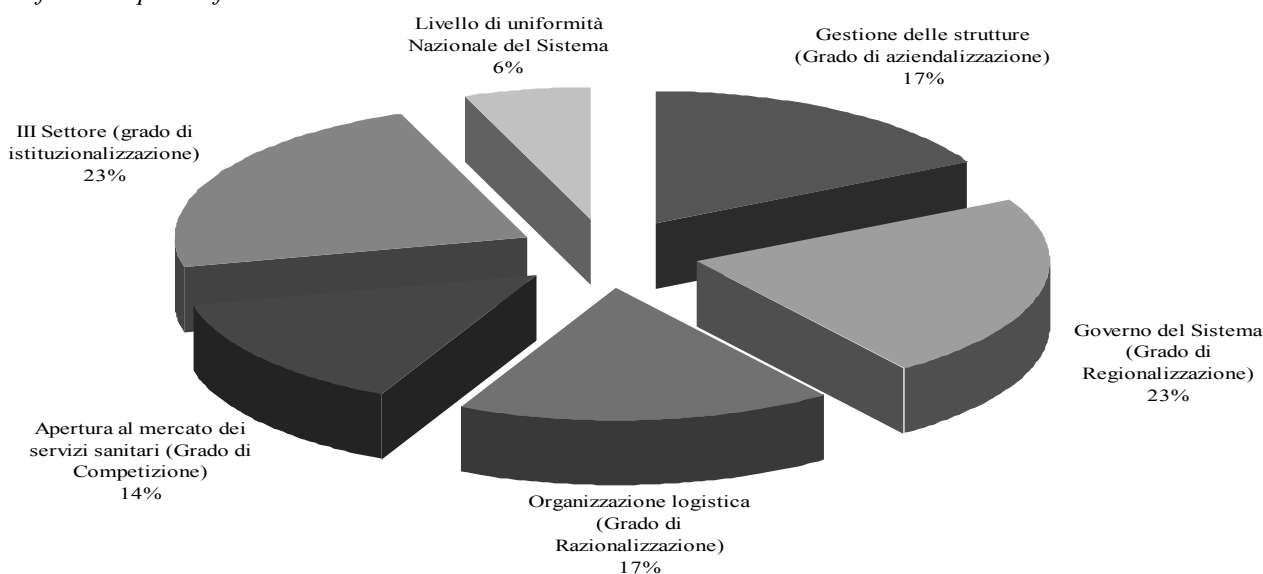


Grafico 1.2 Spinte riformatrici nel 2008



Fonte: elaborazione SRM

Sembra chiaro, quindi, che la normativa del SSN abbia vissuto negli ultimi anni una ricollocazione di priorità; è ovvio che nel grafico 1.2 si pone in evidenza, in una prospettiva anche futura, un percorso normativo che non necessariamente troverà attuazione concreta, ma che dalle nostre analisi sembrerebbe il più attendibile: ovvero un apparato sanitario nazionale che sempre più sceglie di confrontarsi con il mondo privato, una azienda-pubblica-nazionale che trova nella regione il suo più naturale sostituto (a livello di governance) e che a conseguenza di ciò crea una possibilità in più per tutti gli stakeholder locali di partecipare in modo proattivo all'implementazione di una razionalizzazione dell'utilizzo delle strutture e dell'erogazione dei servizi con, in alcuni casi, la possibilità di integrazione o sostituzione del soggetto pubblico.

11 Conclusioni

In conclusione l'evoluzione normativa degli ultimi trent'anni ha sicuramente avvantaggiato a livello regionale quelle territorialità più ricche, con una capacità contributiva maggiore, con maggiori competenze,

con una governance politica solida e con un SSR poco politicizzato (date la competenze richieste alla classe dirigente).

Sono sicuramente in una posizione di svantaggio le Regioni che non hanno una corposa capacità contributiva, ma soprattutto che non hanno una cultura sociale ed economica forte, capace di imporre un cambiamento radicale a livello organizzativo e sociale, principalmente per quei casi che già prima del federalismo, e pertanto con un supporto statale più deciso, non sono riusciti comunque ad innescare il cambiamento riformista degli anni'90.

Arrivando a tirare le somme, dall'analisi di questo lungo percorso normativo possiamo sicuramente constatare nel legislatore una profonda volontà di ammodernare il SSN, nei meccanismi operativi e nella sua efficienza ed efficacia erogativa, prospettando, in ogni caso, una tensione al miglioramento che ne giustifica anche la scelta federalista.

Sarà pur vero che il sistema sanitario nazionale volge, inevitabilmente, verso una perdita di uniformità, che rimanda a problemi di tipo finanziario, di accessibilità e qualità dei servizi a livello regionale, e che ciò andrà probabilmente - in fase di avvio - a svantaggiare le regioni del mezzogiorno, ma è anche vero che bisognava e bisogna trovare un punto di partenza nuovo che possa continuare ad assicurarci un buon servizio sanitario nazionale pubblico, uniforme ed universalmente accessibile.

La riforma federale crediamo rifletta non solo l'esigenza di responsabilizzare le singole regioni a far quadrare i bilanci, ma ci piace pensare che possa essere un percorso diretto a trovare la cura giusta per la sanità a livello regionale da estendere a tutto il territorio nazionale, "cambiando tutto ma restando uguali a noi stessi" soprattutto per quanto attiene ai principi ispiratori del nostro ssn ed alla tutela del diritto alla salute che ne consegue.

Inoltre, sembra chiaro che senza un benchmark per valutare l'efficienza di gestione, che possa essere un punto di riferimento per le politiche regionali anche nel caso di mancato rispetto dei principi di uniformità del servizio, risulta difficile misurare i risultati delle singole amministrazioni. Il risultato sembra quello di una riforma federale incompiuta proprio nella possibilità che dava all'amministrazione centrale di responsabilizzare le singole territorialità nella gestione della spesa.

Siamo ancora alla ricerca di equilibrio durevole tra la *produzione normativa*, che spesso ignora le peculiarità di tipo economico, lo stimolo ad *aziendalizzare il sistema*, che spesso sottovaluta la *mission* sociale del soggetto pubblico e le *scelte politiche locali* a cui, spesso, è lasciato un potere decisionale senza dei parametri di riferimento da seguire o un modello di best practice cui protendere.²⁶

²⁶ F.Pammolli e N.C. Salerno (2008), "La sanità in Italia – tra federalismo, regolamentazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche", pag.39, CERM.

Bibliografia:

ASSOCIAZIONE SRM (Anni vari), Dossier Unione Europea Studi e Ricerche, Napoli

ASSOCIAZIONE SRM (Anni vari), Rassegna Economica, Napoli

ASSOCIAZIONE SRM (2008), Il ruolo del Non Profit in Sanità: il caso Campania, ricerca in corso di pubblicazione.

BORGONOV E., PINTUS E., (2000) E' questione di sussidiarietà, "il Sole 24 Ore Sanità", 29 febbraio – 6 marzo 2000,

BOSI, P. (1996) "Corso di scienze delle finanze", Bologna, il Mulino

COPPOLA F., PANARO A., TIZZANO P. (2003), Gli investimenti infrastrutturali nel Sud in Rassegna Economica n. 1/2003

COPPOLA F., PANARO A., TIZZANO P. (2004), La finanza pubblica locale nel Mezzogiorno ed il ruolo del sistema bancario

COPPOLA F., PANARO A. (2005), Il finanziamento degli investimenti degli Enti Locali: gli strumenti ed il loro utilizzo. Un focus sul Mezzogiorno, La Finanza Locale in Italia, Rapporto 2005 a cura di ISAE, IRPET ed IRES, FrancoAngeli, Milano

DDL del 16/11/07 presentato dal Ministro della Salute L.Turco: Art.7, comma 2, D.lgs. 56/2000. Comma 1, art.14, D.lgs. n.229/99. Comma 7, art.3 bis, D.lgs. n.229/99. Comma 2, art.2 D.lgs.n.502/92. Art.3, D.lgs. n.502/1992 Art. 1, 3° comma, legge 833/78.

N.DIRINDIN (2001), "Federalismo fiscale e tutela della salute. Un percorso di responsabilizzazione delle regioni o il presupposto per cambiamenti strutturali?", da Governare il federalismo a cura di N.Dirindin e Liberati P. (2001), Sanità e federalismo fiscale in Italia, in Buglione et al, Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali. Quattro paesi, quattro approcci, Milano, Giuffrè, 7-37

GIARDA P., PETRETTO A., PISAURO G., LORENZINI S., VIGNOCCHI C. (2005), Elementi per una politica di governo della spesa pubblica, Paper presentato alla Conferenza "Oltre il declino", Fondazione Rodolfo De Benedetti, Roma, 3 febbraio

ISAE (2004), Estratti dal rapporto ISAE "finanza pubblica e redistribuzione, Collana "I temi dei rapporti ISAE", Roma

ISAE (2004), Estratti dal secondo rapporto annuale sull'attuazione del federalismo, Collana "I temi dei rapporti ISAE", Roma

ISAE, IRES, IRPET (2005), La Finanza locale in Italia, Rapporto 2005, FrancoAngeli, Milano

ISAE, IRES, IRPET, SRM (2006), La Finanza locale in Italia, Rapporto 2006, FrancoAngeli, Milano

ISTAT, Annuario Statistico Italiano, Anni 2005, 2006

F. MAINO, (2003), "La sanità tra Stato e regioni", Il Mulino, n. 1, Focus, pp. 100-107.

MAMBELLI F. E ROSITO A. (1999), "Scalando..la riforma", Organizzazione Sanitaria 2.

MICOSSI, P.(1997), “L’azienda sanità: stato dell’arte”, Ragiusan 157/158

EVA PAGANO, Il Pensiero scientifico editore.

F.PAMMOLLI E N.C. SALERNO (2008), “La sanità in Italia – tra federalismo, regolamentazione dei mercati e sostenibilità delle finanze pubbliche“, pag.39, CERM.

RAFTI, V.(1999), “Il processo di aziendalizzazione della sanità attraverso le riforme”, Sanità Pubblica 2, 305-318.]

ZANETTI-CASALEGNO in ”le leggi della nuova sanità”, seconda edizione 1999, il sole 24ore.

VITALE, A. (1995), ”Dall’organizzazione mutualistica al riordino del S.S.N.: l’excursus storico”, Ragiusan