

NICOLA FALCITELLI

Laureato in Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Roma nel 1954, è procuratore legale dal 1957.

È entrato nell'Amministrazione Pubblica il 15 aprile 1955 ed ha svolto la sua attività prima presso l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e successivamente presso il Ministero della Sanità dove ha ricoperto, dal 1985 al 1997, gli incarichi di Segretario Generale del Consiglio Sanitario Nazionale e di Dirigente Generale del Dipartimento della Programmazione Sanitaria.

È stato Presidente della Fondazione Smith Kline dal 1998 al 2003.

È attualmente Direttore del Centro Studi della Fondazione Smith Kline e Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto a carattere scientifico "Rizzoli" di Bologna.

È autore di numerose pubblicazioni sulla programmazione e sulla organizzazione dei servizi socio-sanitari e sulla preparazione del relativo personale.

Politica sanitaria: dalle mutue alle aziende unità sanitarie locali

NICOLA FALCITELLI

1.1 IL SISTEMA SANITARIO PRIMA DEL 1978

In Italia, un sistema sanitario ha preso avvio alla fine del secondo conflitto mondiale, con l'istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità (Acis) avvenuta con il Decreto Luogotenenziale 31 luglio 1945, n. 446.

Prima di tale provvedimento, le norme esistenti negli Stati preunitari contenevano certamente norme organiche in materia sanitaria e taluni si segnalavano anche per l'organizzazione razionale e moderna che avevano conferito alla materia. Si ricordano, in particolare, gli ordinamenti del Lombardo-Veneto, del Regno delle due Sicilie, del Piemonte e dello Stato Pontificio.

Il Regno d'Italia, recependo le normative preesistenti, con particolare riferimento a quella del Piemonte, disciplinò la materia sanitaria in occasione dell'emanazione di un grande e fondamentale complesso di leggi, definite "di unificazione" entrate in vigore con la legge 20 marzo 1865, n. 2248.

A questa legge fecero seguito due regolamenti di esecuzione nello stesso anno (1865) e nel 1874.

Il carattere peculiare di questo complesso normativo risiedeva nella disciplina dell'Amministrazione cui erano demandati compiti in materia sanitaria ed in quella relativa alla tutela dell'igiene pubblica, alle malattie epidemiche ed alle professioni sanitarie. Si trattava, cioè, di norme incentrate sulla polizia sanitaria.

Organo responsabile era il Ministero dell'Interno. Successivamente, la legge 22 dicembre 1888, n. 5849 riformò la materia sanitaria, soprattutto a livello di strutture centrali e periferiche. Fu istituita la Direzione Generale di sanità presso il Ministero dell'Interno e furono creati gli Uffici del Medico e del Veterinario provinciali, nonché l'Ufficio di igiene comunale la cui titolarità fu attribuita all'Ufficiale Sanitario.

Il sopravvenire di nuove disposizioni normative portò alla stesura del Testo Unico 1 agosto 1907, n. 636 e, in prosieguo di tempo, al secondo Testo Unico, approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, nel quale furono raccolte e coordinate tutte le norme emanate e che è, in gran parte, tuttora vigente.

Altre tappe fondamentali in materia di sanità sono rappresentate dal complesso degli interventi normativi che hanno avuto ad oggetto il sistema assicurativo-previdenziale basato su una pluralità di enti mutualistici ai quali l'ordinamento ha affidato compiti molteplici, taluni dei quali direttamente rilevanti sul piano dell'assistenza sanitaria. Così, con R.D. 6 luglio 1933, n. 1033, venne istituito l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro (Inail); con R.D. 4 ottobre 1935, n. 1825 venne istituito l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (Inps); con L.14 gennaio 1942, n. 22 venne istituito l'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i Dipendenti Statali (Enpas) e con L. 11 gennaio 1943, n. 138 venne istituito l'Istituto Nazionale di Assicurazione contro le malattie (Inam). Accanto a questi ora indicati, varie leggi di minore importanza hanno istituito molteplici enti mutualistici aventi finalità, oltre che previdenziali, anche di assistenza sanitaria per determinate categorie di professionisti: commercianti, artigiani, coltivatori diretti, lavoratori pubblici e lavoratori privati, tanto da determinare un mosaico vasto e composito di forme assistenziali talora profondamente diverse tra loro.

Tale situazione è andata avanti fino al 1945 ed è stata caratterizzata dalla competenza del Ministero dell'Interno per la parte sanitaria e dal Ministero del Lavoro per la parte previdenziale.

Con la istituzione dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la materia sanitaria venne sottratta al Ministero dell'Interno, mentre rimase al Ministero del Lavoro la vigilanza sugli Enti mutualistici perché appartenenti al settore previdenziale.

1.2 L'AVVENTO DELLA COSTITUZIONE E L'ISTITUZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

La Costituzione repubblicana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, ha dedicato alla materia sanitaria due fondamentali disposizioni contenute negli articoli 32 e 117.

L'art. 32 afferma che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", aggiungendo che essa "garantisce cure gratuite agli indigenti".

L'art. 117 attribuisce alla competenza legislativa delle Regioni, tra le altre, la materia "dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera".

La necessità di dare attuazione a detti principi costituzionali per evitare eventuali prevedibili fenomeni di disparità tra le diverse zone del Paese ha reso imprescindibile l'emanazione di una legislazione-quadro sulla sanità che, dopo molti dibattiti e tentativi in sede politico-parlamentare, ha visto la luce con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Nel frattempo, con legge 13 marzo 1958, n. 296, venne istituito il Ministero della Sanità che subentrò all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità.

Fino alla istituzione del Ssn, rimasero, comunque, fuori del nuovo centro di direzione della politica sanitaria:

- a) le competenze riguardanti l'organizzazione mutualistica e, quindi, il controllo di tutte le iniziative di tipo diagnostico-terapeutico, che hanno continuato a far capo al Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- b) l'organizzazione ospedaliera, basata sulla autonomia delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, e regolate successivamente con la legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132;
- c) l'organizzazione territoriale della stessa prevenzione e profilassi, condizionata dalle difficoltà delle province e dei comuni, sottoposti alla tutela del Ministero dell'Interno.

Peraltro, il cammino per giungere alla emanazione della L. 23 dicembre 1978, n. 833 è stato lungo e tormentato. Esso è stato caratterizzato da una notevole serie di provvedimenti legislativi che hanno in qualche modo spianato la strada alla riforma. Sono da ricordare:

- la citata legge ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, che ha istituito gli enti ospedalieri, conferendo piena autonomia agli ospedali pubblici;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 che ha regolamentato l'ordinamento interno dei nuovi enti ospedalieri;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 che ha regolamentato l'ordinamento interno delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 sullo stato giuridico del personale ospedaliero;
- il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4 col quale venne disposto il trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera;
- la legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione del D.L. 8 luglio 1974, n. 264,

con cui vennero emanate disposizioni per l'estinzione dei debiti – vertiginosamente aumentati – degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri;

- la legge 29 giugno 1977, n. 349 la quale sopprime gli enti mutualistici aventi funzioni di assistenza sanitaria e le gestioni sanitarie degli enti previdenziali;
- la legge 13 maggio 1978, n. 180 che disciplina l'assistenza psichiatrica, le cui norme sono poi confluite nella legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale (833/78).

2. IL SISTEMA SANITARIO DOPO IL 1978

Oggi il sistema sanitario italiano è regolato essenzialmente da quattro provvedimenti: la legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale; la legge 23 ottobre 1992, n. 421 con i decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, che ha provveduto al “riordino della disciplina in materia sanitaria”; la legge 30 novembre 1998, n. 419 con il relativo decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che ha dettato “norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale”; la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica al Titolo V della Costituzione. Sono provvedimenti rilevanti tanto che i primi tre si definiscono comunemente come tre riforme: l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la riforma bis e la riforma ter. La modifica costituzionale riguarda l'attribuzione alle Regioni di maggiore autonomia anche legislativa.

3.1 CONNOTAZIONI FONDAMENTALI DELLA RIFORMA DEL 1978

La riforma del 1978 rappresenta un modo totalmente nuovo di concepire la tutela della salute rispetto al precedente sistema mutuo-assistenziale e fonda il suo impianto logico sulla affermazione – contenuta nell'art. 1 della legge – che la salute è un bene primario che va tutelato in se stesso “come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. Per realizzare questa tutela, la legge di riforma ha previsto:

a) sotto l'aspetto politico-sociale:

- l'eguaglianza dei cittadini nelle condizioni di tutela della salute e, quindi, l'estensione del diritto alla tutela sanitaria a tutta la popolazione (e agli stranieri residenti che ne facciano domanda), senza distinzioni di condizioni individuali o sociali secondo modalità che assicurino l'eguaglianza di tutti nei confronti del servizio;
- il superamento degli squilibri territoriali nelle dotazioni di presidi e di servizi;

- b) sotto l'aspetto istituzionale:
- il trasferimento delle attività gestionali agli enti locali, come formula coerente con il disegno di riordinamento istituzionale dello Stato, reso operante dalla legge n. 382 del 1975, e come espressione politica di soddisfacimento ottimale delle istanze di tutela della salute delle popolazioni locali da parte degli enti di democrazia elettiva, in una linea di rigore e di responsabilizzazione amministrativi;
- c) sotto l'aspetto organizzativo:
- la unificazione delle attività a rilievo sanitario in un tipo di Unità sanitaria locale (Usl) che privilegiasse:
 - i servizi territoriali di base, come modalità adeguata ai bisogni distribuiti e differenziati della gente;
 - la prevenzione come intervento strategico, rispettoso della salute considerata un valore primario in se stesso, da premiare, nel medio periodo, anche in termini economici;
 - la formazione professionale e l'aggiornamento permanente del personale, dipendente e convenzionato, come condizione necessaria per il miglioramento qualitativo dei servizi da rendere ai cittadini;
 - l'educazione sanitaria come modalità per guadagnare il consenso dei cittadini al disegno riformatore ed ottenere la loro partecipazione consapevole ai processi di trasformazione del sistema e il cambiamento del loro stile di vita, sia come contributo individuale autogestito al potenziamento delle condizioni di salute, sia come espressione applicata di prevenzione;
 - a livello centrale, poi, la riorganizzazione del Ministero della Sanità per corrispondere meglio alle nuove funzioni di programmazione, di finanziamento, di promozione, di coordinamento e di controllo delle attività del Ssn, ad esso attribuite dalla legge di riforma;
- d) sotto l'aspetto economico-finanziario:
- l'adozione, da parte degli organi istituzionali del Ssn, della programmazione come metodo di governo dei processi di trasformazione e di sviluppo del sistema sanitario e di gestione finalizzata delle risorse finanziarie e, per gli effetti, l'assunzione da parte degli enti locali e degli amministratori delle Usl, della responsabilità delle gestioni in disavanzo;
- e) sotto l'aspetto dei controlli di sistema:
- la definizione di indicatori socio-sanitari quali fattori di misurazione dell'efficacia degli interventi svolti, e l'attivazione di flussi informativi a più vie per la rilevazione dello stato di avanzamento della riforma e dei risultati di merito conseguiti.

3.2 I RISULTATI CONSEGUITI

Rispetto agli obiettivi sopraindicati, dopo alcuni anni, si sono registrati i seguenti risultati.

- a) Dal 1° gennaio 1980 l'assistenza sanitaria è stata estesa a tutti i cittadini: circa tre milioni di nuovi soggetti sono entrati nel sistema. Inoltre è stata attuata la parificazione dei livelli di prestazioni, anche se per taluni si è trattato di un abbassamento dei livelli assistenziali già raggiunti.
- b) Il riequilibrio territoriale è rimasto pressoché una mera petizione di principio. Anzi in qualche caso il divario interregionale, rispetto alla media nazionale registrata alla data di inizio della riforma, è addirittura aumentato.
- c) I Comitati di gestione delle Usl sono stati generalmente criticati e additati come fenomeno degenerante di occupazione del potere a fini clientelari. La intuizione riformatrice di farne, invece, gli interpreti autentici delle esigenze locali, in quanto promanazione diretta degli organi istituzionali democraticamente eletti (gli enti locali), è rimasta a metà perché nei fatti gli enti locali si sono sentiti estranei alla gestione delle Usl, il cui finanziamento e il cui controllo sono stati sottratti alla loro competenza e immessi in un circolo autonomo. Anche la propensione verso comitati gestionali a totale valenza politica, maturata nella speranza di far prevalere l'interesse pubblico generale nei confronti delle spinte corporative dei tecnici e delle resistenze burocratiche dei quadri amministrativi si è rivelata nei fatti, più che una speranza mal riposta, una illusione illuministica, in quanto l'interesse generale è stato disatteso senza neppure far salvo il tecnicismo dei servizi e la correttezza amministrativa della gestione.
- d) Il Ministero della Sanità è stato incapace di realizzare dall'interno la sua ristrutturazione e, di conseguenza, non è riuscito a svolgere con efficacia quell'iniziativa trainante e quel ruolo di indirizzo e di coordinamento che la legge ad esso aveva attribuiti.
- e) In assenza di indirizzi ministeriali e senza il riferimento del Piano sanitario nazionale (giacente in Parlamento), le Regioni hanno legiferato una eterogenea varietà di modelli organizzativi che, sebbene rispondenti alla maggiore articolazione della società, hanno prodotto risultati a volte contraddittori con gli obiettivi della riforma, atteso che:
 - l'assistenza ospedaliera è rimasto l'impegno prevalente e in continua crescita del servizio sanitario;
 - i servizi territoriali non sono decollati, pur rappresentando la scommessa vincente della riforma;
 - le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria, pur finanziate con risorse aggiuntive a destinazione vincolata, sono rimaste nel limbo delle in-

tenzioni e delle promesse e le risorse sono state dirottate per far fronte alle normali spese correnti;

- i quadri amministrativi sono rimasti largamente inadeguati alle dimensioni gestionali e alle esigenze manageriali delle Usl.

f) il sistema delle informazioni necessarie in prima battuta per conoscere e governare la realtà operativa e, in linea prospettica, per valutare le necessità della popolazione, programmare la soluzione dei problemi e controllarne l'attuazione, è diventato operativo molto tardi e solo per la parte relativa al controllo centrale.

Di fatto, agli inizi degli anni '90 il Ssn seguitava ad essere molto simile al sistema mutualistico quanto a tipi e modalità di prestazioni, con livelli di efficienza spesso inferiori. Unico aspetto decisamente positivo la generalizzazione della tutela sanitaria a tutta la popolazione.

D'altra parte la legge 833/78, nell'istituire il nuovo sistema di erogazione dell'assistenza, non aveva indicato le prestazioni da fornire né i contenuti precisi delle medesime la cui individuazione veniva demandata a strumenti attuativi di pianificazione nazionale e regionale. Sono risultati subito evidenti gravi difficoltà derivanti dal fatto che il processo attuativo della riforma sanitaria avrebbe dovuto essere contrassegnato da una forte integrazione tra attività normativa di organismi centrali (governativi e parlamentari) e l'attività normativa regionale. Ciò determinava la necessità di una programmazione cronologica di tale attività globalmente considerata nella quale gli atti di derivazione governativa o parlamentare avrebbero dovuto necessariamente precedere quelli regionali. Poi, sul piano istituzionale e dell'assetto organizzativo la necessità di convertire la sanità italiana dal "sistema mutualistico" al "sistema sanitario", incentrato sulla distinzione fra compiti di indirizzo, programmazione e controllo da un lato e compiti di gestione dall'altro, compiti distribuiti tuttavia su tre livelli (amministrazioni centrale, regionale e comunale) ha reso indispensabile una lunga opera di chiarimento tra le diverse istituzioni e di definizione del reciproco ruolo, in talune materie risultando lo stesso "livello" implicato sia nella fase programmatica che gestionale. Di fronte a questa situazione, nella seconda metà degli anni '80, con lodevole sforzo sono intervenuti alcuni provvedimenti ritenuti ormai non più dilazionabili per una adeguata attuazione del processo riformistico ai bisogni di tutela della salute espressi dalla comunità nazionale.

L'approvazione della legge "per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale 1986-88" (legge 23 ottobre 1985, n. 595) è stato un evento che ha assunto notevole valore politico ed operativo per le sorti della riforma sanitaria. Con questo atto il processo di programmazione ha compiuto passi decisivi e la politica programmatica è divenuta finalmente organica e generalizzata tanto

da acquisire il ruolo di metodo ordinario di gestione del sistema sanitario. Relativamente all'assetto istituzionale, la cosiddetta mini riforma delle Unità sanitarie locali approvata con legge 15 gennaio 1986, n. 4, ha cominciato a dare un nuovo volto alla Usl in attesa di una riforma più generale per la quale erano già all'esame del Parlamento diversi disegni di legge. Con tale provvedimento veniva abolita l'Assemblea generale delle Usl e si abbassava il tasso di politicizzazione degli Amministratori dell'Usl, favorito dalla possibilità di scegliere questi ultimi anche tra persone non facenti parte del Consiglio Comunale, oltre che dalle qualità di competenza e professionalità richieste per ricoprire l'incarico.

4. CONTENUTI DEL RIORDINO DEL 1992/93

Questa attività legislativa "transitoria" non modificò, comunque, la insoddisfazione generalizzata manifestata nei confronti del Ssn da parte dei cittadini, del Parlamento e del Governo, del mondo produttivo, dei tecnici del settore e del personale. La critica più diffusa si appuntava sulla burocraticizzazione del Ssn, ossia sulla incapacità complessiva del sistema di dare una risposta soddisfacente ai bisogni assistenziali dei cittadini e di assicurare la tutela della salute collettiva. Era una critica quanto mai fondata, soprattutto se si considera che, a fronte delle disfunzioni dei servizi sanitari, si registrava un progressivo e inarrestabile incremento della spesa sostenuta per il loro funzionamento.

Così, la "riforma bis" e, cioè, il riordino degli anni 1992/1993, voluto dalla legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992 e attuato con i decreti legislativi 502 del 1992 e 517 del 1993, ha avuto come obiettivo generale quello di garantire al cittadino di poter accedere su tutto il territorio nazionale ad una gamma di prestazioni di assistenza sanitaria predefinita, assicurando, nello stesso tempo, il rispetto dei vincoli di spesa pubblica determinati prospettivamente in funzione dell'andamento dell'economia nazionale.

La normativa prevista dai citati decreti ha ripristinato, innanzitutto, a tutti i livelli istituzionali (amministrazione centrale, regioni, unità sanitarie locali) l'etica della responsabilità, intendendo con detto termine la sensibilità agli interessi generali e alla solidarietà con i più deboli, nonché l'attenzione ai propri diritti ma come reciproco della coscienza dei propri doveri.

È stata così affermata la netta separazione dell'attività di indirizzo da quella di gestione, prevedendo il superamento dell'ingerenza del momento politico nell'amministrazione (scomparsa del comitato di gestione e comitato dei garanti). Il momento di indirizzo politico non è più incardinato nella struttura dell'ente di gestione. Esso compete al Sindaco ovvero alla Conferenza dei Sindaci nei casi di non coincidenza del territorio della Usl con quello di un Comune. Compete anche alla Regione cui spetta, in particolare:

- la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e nell'attività destinata alla tutela della salute;
- il finanziamento delle unità sanitarie locali;
- le attività di indirizzo, promozione, supporto e controllo nei confronti delle predette unità sanitarie locali.

Si evidenzia, di conseguenza, la presenza di una relazione triangolare tra la funzione politica locale, quella regionale e la funzione amministrativa locale. Questa è affidata ad una struttura essenzialmente tecnica, costituita da:

- il direttore generale, che assume tutti i poteri di gestione ed ha la rappresentanza legale dell'ente;
- il direttore amministrativo e il direttore sanitario, fornendo pareri nelle materie di competenza e dirigendo, il primo, i servizi amministrativi della Usl e, il secondo, i servizi sanitari per i profili organizzativi ed igienico-sanitari;
- il consiglio dei sanitari con funzioni consultive di valenza tecnico-sanitaria;
- il collegio dei revisori, con funzioni di controllo interno.

Fortemente innovativa è la configurazione del rapporto di lavoro del direttore generale. Esso è nominato e revocato dalla regione ed è legato alla Usl con un rapporto di lavoro autonomo di diritto privato. Regole analoghe valgono per il direttore amministrativo e per il direttore sanitario.

È stato fatto un ulteriore passo avanti nella politica regionalista, in un quadro che vede riconosciuto alla regione un ambito di maggiore autonomia in materia sanitaria, alla quale peraltro si accompagna l'attribuzione delle responsabilità per i risultati conseguiti, sia in termini di qualità delle prestazioni che di effetti finanziari delle scelte gestionali. Il decentramento, infatti, garantisce la diversità delle soluzioni, frutto di scelte autonome e democratiche; favorisce la governabilità dei servizi, sollevandone il carico dallo Stato centrale e ripartendolo fra una molteplicità di regioni, più vicine e più sensibili ai bisogni della gente; serve a responsabilizzare maggiormente i pubblici poteri regionali, non tanto verso l'amministrazione centrale come era in precedenza, ma verso i cittadini ai quali le Regioni rispondono circa i risultati conseguiti e gli eventuali oneri aggiuntivi che si dovranno far cadere sui cittadini in caso di disavanzi di gestione. Il principio del massimo decentramento è stato temperato con una esigenza rimasta al livello centrale per irrinunciabili ragioni di equità: si tratta della potestà di fissare i livelli uniformi di assistenza, coerenti con le compatibilità finanziarie, da assicurare su tutto il territorio nazionale per il principio dell'eguaglianza dei cittadini a prescindere dalla loro residenza.

Il requisito dell'uniformità dei livelli assistenziali, lungi dal contraddire il surricordato principio della diversità delle soluzioni locali, serviva a garantire alle Regioni parità di risorse rispetto alla popolazione da assistere, restando però le Re-

gioni pienamente libere circa il modo di impiegare le risorse per assicurare le prestazioni di diritto e di procurarsi risorse aggiuntive per assicurare livelli superiori a quelli uniformi obbligatori o per ripianare eventuali disavanzi di gestione. Per questi fini sono state chiaramente individuate le competenze dello Stato e quelle delle Regioni.

Allo Stato compete:

- la quantificazione delle risorse destinabili al Servizio sanitario, attraverso la determinazione del Fondo sanitario nazionale, comprensivo del gettito dei contributi sociali di malattia, e la sua ripartizione alle regioni secondo quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione;
- la individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini, da indicare nel Piano sanitario nazionale ridefinito come atto dell'Esecutivo;
- la verifica dei risultati in termini di stato di salute dei cittadini e di impiego delle risorse, attraverso la Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese e la definizione di un idoneo sistema nazionale di indicatori di efficienza e di qualità;
- la definizione di regole uniformi in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che i presidi sanitari – pubblici e privati – devono possedere per erogare le prestazioni, a garanzia della qualità delle stesse nei confronti della generalità degli assistiti;
- la definizione di regole uniformi per la determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dal Ssn.

Alla Regione, invece, compete:

- la definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del servizio in ambito territoriale per la erogazione dell'assistenza nei limiti dei livelli uniformi nazionali;
- la programmazione e il finanziamento delle attività degli enti sanitari regionali;
- la potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli da garantire uniformemente su scala nazionale;
- la potestà di imporre prelievi ulteriori ai cittadini residenti per finanziare livelli aggiuntivi o per ripianare disavanzi di gestione;
- la nomina e la revoca degli organi di gestione degli enti sanitari regionali (aziende Usl e aziende ospedaliere);
- il controllo sugli atti e sulla gestione degli enti sanitari regionali.

Come ricordato, la gestione delle attività sanitarie è rimasta affidata alla Usl che, al fine di garantire ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni, secondo la normativa del 502, "si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende ospedaliere,

delle istituzioni sanitarie pubbliche o private e dei professionisti, con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa” (art.8 D.Lgs.502/92). Si è trattato di una innovazione molto profonda, con effetti potenziali notevoli sul grado di efficienza complessiva del sistema sanitario. Da un lato, infatti, si è introdotto a livello di Usl, la distinzione tra funzione di erogatore e funzione di acquirente-pagatore delle prestazioni. La Usl diventava cioè, principalmente, l’agente di acquisto dei servizi sanitari per i propri assistiti sul mercato delle prestazioni, formato dal complesso dei produttori/erogatori esistenti, sia pubblici che privati, tra i quali al paziente era riconosciuta la piena libertà di scelta. Ciò doveva condurre alla tendenza ad assumere, da parte della Usl, scelte allocative maggiormente improntate a criteri di efficienza e di efficacia rispetto alla situazione preesistente, tanto più se si considera il processo parallelamente avviato riguardo al modello organizzativo-istituzionale della Usl medesima. Il modello organizzativo assunto come base è stato quello della azienda regionale, a conduzione monocratica tecnica, al fine di realizzare:

- un nuovo, meno polverizzato azzonamento del territorio;
- il conferimento della personalità giuridica e della piena autonomia gestionale;
- il superamento dell’ingerenza del momento politico nell’amministrazione;
- l’introduzione di tecniche di gestione e di controllo tipiche delle aziende e il superamento degli strumenti propri degli enti pubblici;
- l’introduzione di nuove regole privatistiche nel settore dei rapporti di lavoro dipendente.

A conferire maggiore forza e concretezza al processo di decentramento operato dal nuovo modello decisionale provvedono il nuovo modello di finanziamento e il nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie.

Il modello di finanziamento riflette lo schema della ripartizione dei poteri tra lo Stato e le Regioni e si sviluppa come segue:

- la legge finanziaria fissa l’importo del Fondo sanitario nazionale determinando la quota a carico del bilancio dello Stato in funzione dell’importo complessivo previsto dei contributi di malattia;
- il fondo è ripartito per quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione residente, con ricorso a quote di riequilibrio per fronteggiare situazioni di squilibrio rispetto agli standard di struttura;
- le regioni fanno fronte ad eventuali ulteriori fabbisogni con risorse proprie facendo ricorso, ove necessario, alla modifica della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e/o all’aumento dei contributi regionali.

È stata così scelta una coraggiosa strategia di cambiamento che ha abbandonato la sterile riproposizione di misure contingenti (taglio di prestazioni marginali,

imposizione o inasprimento dei ticket, predeterminazione del tasso di aumento di determinate voci di spesa, e simili), già rivelatisi negli anni precedenti inefficaci e facilmente aggirabili. Per contro, sono stati aggrediti i meccanismi strutturali di formazione della spesa. Come atto fondamentale di cambiamento e di chiarezza, sono stati predeterminati i livelli uniformi di assistenza da assicurare ovunque nel Paese a carico del Fondo sanitario nazionale. Al fine di garantire l'efficacia della misura i livelli sono stati attestati su valori medi compatibili con le risorse a disposizione e sono state responsabilizzate le Regioni a far fronte – una volta giunte a regime – agli eventuali superi di spesa. Per rendere possibile e credibile la manovra – che da sola poteva rappresentare la soluzione definitiva del problema della governabilità della spesa sanitaria – è stata prevista la gestione temporalizzata delle situazioni divergenti su un apposito fondo di riequilibrio decrescente.

Anche il nuovo modello di pagamento delle prestazioni ha introdotto forti elementi di novità finalizzati a realizzare un radicale recupero della qualità delle prestazioni in un quadro di ricerca della massima efficienza. I principi ispiratori sono stati:

- creare un sistema di soggetti – pubblici e privati – che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale, scelti liberamente dal cittadino assistito e retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese; detto regime coinvolge anche i presidi pubblici e favorisce la ottimizzazione dell'offerta pubblica, anche grazie alla dismissione o alla trasformazione delle strutture sottoutilizzate;
- conseguentemente superare nel settore dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica l'istituto della convenzione quale strumento regolatore dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e strutture private fondato sulla programmazione degli ingressi e su istituti retributivi disancorati dalle prestazioni effettivamente rese;
- riservare al servizio sanitario nazionale il potere di definire ex ante i requisiti minimi strutturali ed organizzativi che i presidi sanitari debbono, in quanto tali, possedere per accedere al sistema erogativo del servizio sanitario nazionale e di procedere alla classificazione degli stessi rispetto alla tipologia di prestazioni la cui erogazione è abilitata.

Se questo è il quadro degli obiettivi del riordino degli anni 1992/93, occorre ora valutare il suo stato di attuazione. In termini di funzionamento del nuovo equilibrio dei rapporti tra il livello centrale e quello regionale si può convenire sul fatto che è diventato operativo il ridimensionamento delle attribuzioni del livello centrale (solo programmazione, determinazione ex ante delle risorse, definizione degli obiettivi, verifica dei risultati) al quale corrisponde il rafforzamento dei po-

teri delle regioni (programmazione, finanziamento, organizzazione, funzionamento). Per quanto riguarda la riorganizzazione territoriale si può ritenere che il riassetto ordinamentale è stato compiuto: il numero delle Usl è passato subito da 659 unità a 228 (ed è ancora in diminuzione), più 83 aziende ospedaliere. È stato inoltre praticamente completato il quadro normativo regionale inerente l'organizzazione e il funzionamento delle aziende. Qualche incertezza è stata riscontrata sul versante del regime economico-patrimoniale con gravi ripercussioni sull'adozione degli strumenti della contabilità direzionale. L'attivazione dei nuovi enti e la preposizione degli organi di gestione è anch'essa consolidata. La gestione è affidata alle unità sanitarie locali (aziende) e da queste assunta con un crescente livello di capacità di determinare autonomamente le scelte aziendali. Anche l'altro obiettivo – quello dell'introduzione di un sistema erogativo ispirato alla qualità delle prestazioni e alla possibilità di scelta del cittadino – ha compiuto notevoli passi in avanti, anche se appare come l'obiettivo sul quale ancora si accentrano dubbi ed interrogativi di congruità e di tenuta, tutti più o meno legati al problema della adeguatezza a garantire l'equilibrio finanziario del sistema ed insieme la sua qualità ed equità.

Tra i risultati ottenuti è da segnalare che è stato regolato e concretamente avviato il sistema tariffario delle prestazioni. Sono stati definiti i provvedimenti che rendono possibile l'esercizio dei poteri regionali in materia di autorizzazione, accreditamento, instaurazione dei nuovi rapporti di erogazione delle prestazioni. È stato specificato e regolato il ruolo integratore della regione rispetto alle funzioni di acquisto e produzione delle prestazioni.

5. NORMATIVA DELLA RIFORMA PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN

I metodi di gestione aziendale non sono stati mai considerati un fatto compiuto; i meccanismi di regolazione sono stati avviati ma da subito sono stati attesi obiettivi di razionalizzazione della gestione e di fluidificazione dei meccanismi di regolazione. Le indicazioni che pervenivano da Governo e Regioni riguardavano tutte il completamento e il consolidamento del cammino percorso, con la certezza che l'impianto in sé sarebbe stato capace di reggere anche operazioni di revisione dei limiti della copertura assistenziale, ove dovessero intervenire, e di adeguarsi flessibilmente al possibile mutare degli obiettivi del sistema.

La normativa della riforma per la "razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" (riforma ter- 1999) riprende quasi tutti gli argomenti trattati nel riordino del 1992, confermando i principi in esso contenuti ed apportando talune modifiche di rilievo.

Viene innanzitutto confermato il modello di programmazione sanitaria, con l'ap-

provazione del Piano sanitario nazionale da parte dell'Esecutivo. Si introduce, però, la possibilità da parte delle Regioni di avanzare proposte per l'elaborazione del Piano sanitario nazionale, mentre si stabilisce che il Ministero della Sanità esprima parere sulle proposte dei Piani sanitari regionali.

Il Piano sanitario nazionale individua, tra l'altro, i livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale contestualmente alla fissazione delle risorse finanziarie da assegnare, le quali sono destinate nel rispetto delle compatibilità finanziarie per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria.

Nel confermare e nel puntualizzare le diverse competenze regionali, si istituisce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale la quale fornisce parere sul progetto di Piano sanitario regionale e partecipa alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale da parte delle aziende ospedaliere e dei Piani attuativi metropolitani.

Viene confermato, infine, il carattere aziendale delle Unità sanitarie locali dichiarando che esse hanno autonomia imprenditoriale al posto delle precedenti autonomie "organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica". Nell'ambito di ciascuna Unità sanitaria locale si istituisce il Collegio di Direzione che coadiuva il Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, la formulazione dei programmi di formazione, la individuazione di soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Il Collegio di Direzione si affianca al preesistente Consiglio dei Sanitari. Sempre riguardo all'Unità sanitaria locale è prevista la partecipazione dei Comuni oltre che per la programmazione delle attività, anche in tema di valutazione delle attività e del lavoro dei Direttori Generali.

Si fissano, poi, puntuali criteri per la disciplina, da parte delle Regioni, dell'articolazione e dell'attività dei distretti sanitari: l'articolazione in distretti dell'Usl deve garantire, per ciascuno, una popolazione minima di sessantamila abitanti, salvo che la Regione disponga diversamente in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione; le funzioni del distretto debbono prevedere l'assistenza primaria, il coordinamento dei medici di medicina generale, il coordinamento delle proprie attività con quelle degli altri presidi e servizi della Usl, l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Per lo svolgimento delle attività distrettuali è previsto uno specifico Programma proposto dal Direttore del distretto e approvato dal Direttore Generale; proposta ed approvazione sono effettuate con il concorso dei Sindaci di distretto. Il Programma deve stabilire la localizzazione dei servizi a gestione diretta e deve determinare le risorse per l'integrazione socio-sanitaria con l'indivi-

duazione delle quote a carico dell'Usl e quelle a carico dei Comuni.

Si definiscono, infine, le prestazioni socio-sanitarie, distinguendo le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Le prime sono individuate nelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria comprendono le 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.

Riguardo alle aziende ospedaliere si stabilisce che possono essere tali solo quelle a rilievo nazionale le quali debbono possedere i seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico-patrimoniale e per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento;
- f) attività di ricovero nell'ultimo triennio superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale;
- g) indice di complessità della casistica, nell'ultimo triennio, superiore di almeno il 20% del valore medio regionale;
- h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare.

Non può, comunque, essere costituito in azienda ospedaliera l'ospedale che sia l'unico presidio pubblico ospedaliero presente nell'Unità sanitaria locale. Viene abrogata la possibilità che le Regioni costituiscano autonomamente altre aziende ospedaliere.

Nel modello di organizzazione dell'Unità sanitaria locale viene anche confermato il nuovo sistema contabile (contabilità economica); viene disciplinato nei dettagli il dipartimento di prevenzione; viene stabilito che l'organizzazione dipartimentale deve costituire il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie; viene precisato che le convenzioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta devono disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio di libera professione prevedendo che il tempo complessivamente dedicato alle attività di libera professione non rechi pregiudizio allo svolgimento degli obblighi del medico nello studio medico o al domicilio del paziente.

Gli aspetti, però, più rilevanti della "razionalizzazione" del Ssn del 1999 riguardano:

- il modello di accreditamento dei produttori di prestazioni sanitarie;

- la disciplina dell'assistenza integrativa;
- la disciplina della dirigenza sanitaria.

Si stabilisce che per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie il Comune acquisisce, in materia di autorizzazioni e concessioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi. L'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento. Analogamente, l'accreditamento istituzionale, rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche e private, ed ai professionisti che ne facciano richiesta, è subordinato alla rispondenza a requisiti ulteriori di qualificazione i cui criteri sono definiti con altro atto di indirizzo e coordinamento, il quale deve stabilire anche:

- a) la verifica periodica della qualità;
- b) la valutazione della rispondenza delle strutture alla programmazione regionale;
- c) la determinazione del fabbisogno complessivo di assistenza;
- d) la verifica periodica dei requisiti;
- e) le procedure e i termini per l'accreditamento;
- f) le modalità e i tempi di adeguamento;
- g) l'estensione delle norme alle attività e alle strutture socio-sanitarie, ove compatibili.

Le Regioni, infine, definiscono il sistema regionale degli accordi contrattuali con i soggetti interessati, precisando la individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle Unità Sanitarie Locali, nonché gli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate.

Le strutture accreditate che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito negli accordi contrattuali e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte. Le funzioni assistenziali sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza e comprendono:

- a) programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale;
- b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione;
- c) attività svolte per programmi di prevenzione;
- d) programmi di assistenza a malattie rare;
- e) attività con rilevanti costi di attesa;
- f) programmi sperimentali di assistenza;
- g) programmi di trapianti.

Le altre attività assistenziali, comprendenti gli episodi di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, sono remunerate in base a tariffe predefinite.

Per rendere uniformi le regole sull'accreditamento, è istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi, con i seguenti compiti:

- a) definire i requisiti di base con i quali le Regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
- b) valutare l'attuazione del modello di accreditamento;
- c) esaminare i risultati delle attività di monitoraggio.

Circa la nuova disciplina dell'assistenza integrativa, è prevista l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, e con queste comunque direttamente integrate, mediante la istituzione di fondi integrativi finalizzati proprio a potenziare la erogazione di prestazioni eccedenti i livelli di assistenza. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi è rappresentato da:

- a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli di assistenza, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- b) prestazioni erogate dal Ssn comprese nei livelli di assistenza, per la parte posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria;
- c) prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate, residenziali e semi-residenziali, o in forma domiciliare, per la parte posta a carico dell'assistito.

Tra le prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli di assistenza sono contemplate:

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
 - b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn;
 - c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn.
- Queste prestazioni e quelle socio-sanitarie sono individuate con decreto del Ministro della Sanità.

Altro aspetto significativo è la nuova disciplina della dirigenza sanitaria che è sottoposta alla disciplina generale del pubblico impiego e collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. I dirigenti medici e sanitari devono scegliere tra il rapporto esclusivo che consente l'attività all'interno della struttura di appartenenza, e quello non esclusivo che consente la libera pro-

fessione extramuraria. Con i decreti del “riordino” e della “razionalizzazione” la figura del medico – prima considerato esclusivamente quale professionista sanitario – ha assunto particolare importanza perché è stata coinvolta anche nelle strategie operative dell’amministrazione di appartenenza e nella stessa gestione aziendalistica.

6. LEGGE COSTITUZIONALE DEL 18 OTTOBRE 2001, N. 3

La legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3 ha modificato alcuni articoli del Titolo V della Costituzione. In particolare, per la parte che qui interessa, vanno ricordate le modifiche apportate agli artt. 117 e 118.

Il nuovo articolo 117 stabilisce che “la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni” ed elenca, poi, numerose materie nelle quali lo Stato legifera in via esclusiva. Nell’elenco, per quanto riguarda la sanità, figura soltanto la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Non c’è dubbio che tra questi ci sono i livelli essenziali dell’assistenza sanitaria.

Lo stesso articolo prevede anche le materie di legislazione concorrente e tra queste vengono menzionate “la tutela della salute”, “le professioni”, “la ricerca scientifica” e “l’alimentazione”. La potestà legislativa delle Regioni deve essere, comunque, esercitata osservando i principi fondamentali determinati dalla legge statale. Viene così confermato il precetto già contenuto nell’originario art. 117. Il nuovo articolo 118 riguarda le funzioni amministrative che, in via generale, sono attribuite ai Comuni.

È da menzionare, infine, che il nuovo articolo 120 regola anche il potere sostitutivo del Governo in caso di inadempienze delle Regioni e degli Enti locali.

7. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Qualsiasi discorso sul Servizio sanitario nazionale non può sottrarsi ad una valutazione, sia pure sintetica, sullo stato del processo di cambiamento iniziato nel 1978 per sottolineare le più importanti modifiche realizzate ed evidenziare, al tempo stesso, le criticità emerse e gli obiettivi non ancora raggiunti.

È da ricordare, innanzitutto, che dal 1° gennaio 1980 l’assistenza sanitaria è stata estesa a tutti i cittadini con la parificazione dei livelli di prestazione, senza alcuna distinzione tra le varie categorie. Tali livelli sono considerati tra “i più avanzati del mondo”, sia pure in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale. La situazione è certificata anche dall’Organizzazione Mondiale della Sanità che con puntualità colloca l’Italia ai primi posti nella relativa graduatoria internazionale.

A livello istituzionale è stato operato il più profondo decentramento con l’affi-

damento alle Regioni delle maggiori responsabilità di gestione. Non c'è altro settore della vita pubblica oggi in Italia nel quale si possa riscontrare un simile decentramento.

La popolazione è abbastanza soddisfatta di questo sistema. I sondaggi compiuti in quest'ultimo periodo da più organismi hanno messo in evidenza che, indipendentemente dai casi di "mala sanità" che pure esistono, i cittadini sono favorevoli alla conservazione dell'attuale Ssn.

Esistono, però, ancora aspetti che necessitano di essere considerati per l'adozione di interventi tesi al miglioramento dei servizi. E non può essere diversamente in un settore – la sanità – che è in continua evoluzione e che è costantemente influenzato da diversi fattori esogeni ed endogeni. Solo per ricordare, tra i fattori esogeni sono da menzionare:

- l'invecchiamento della popolazione;
- il mutamento del quadro epidemiologico;
- il mutamento del quadro socio-economico con le nuove emarginazioni e le nuove povertà;
- il progressivo incremento delle innovazioni tecnologiche.

Tra i fattori endogeni sono compresi:

- la generalizzazione del culto della salute;
- il desiderio di partecipare alle scelte in campo sanitario;
- la modifica degli stili di vita a fini igienico-estetici;
- l'interesse crescente per l'automedicazione;
- il ricorso a forme alternative di tutela della salute rispetto a quelle tradizionali.

A fronte di tale situazione, alcune priorità meritano di essere evidenziate.

La legge 833 – e le leggi successive di "riordino" e di "razionalizzazione" – hanno previsto il superamento degli squilibri territoriali nella dotazione di presidi e servizi, e "il collegamento e il coordinamento nel Ssn 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". Ora, il riequilibrio territoriale, come già in precedenza evidenziato, ha visto pochi segnali positivi. Le differenze di strutture e servizi sono ancora molto forti tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali e insulari tanto da far ritenere che alcune modifiche essenziali nelle prestazioni assistenziali non possono essere realizzate in quei territori nei quali sono carenti servizi per l'attività assistenziale territoriale. La disciplina dell'integrazione tra sociale e sanitario, poi, voluta dalla legge 833 e ribadita solennemente dalla "riforma ter" del 1999, stenta a trovare attuazione. I rapporti tra Unità Sanitarie Locali e Comuni risultano ancora fortemente critici e la qualità delle prestazioni "a elevata integrazione socio-sanitaria" (in particolare nell'assistenza domiciliare integrata e nell'assistenza residenziale per an-

ziani e disabili) ne risulta, in molte aree del Paese, fortemente compromessa. Altro aspetto da considerare sono i Lea. Questi non sono esigibili in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e all'interno delle stesse regioni esiste uno squilibrio pesante tra i diversi livelli di assistenza, con un eccesso di offerta per l'assistenza ospedaliera e con una significativa scarsità di assistenza nell'area della prevenzione e in quella distrettuale. Occorre una definizione operativa dei Lea e delle regole di accesso alle prestazioni in virtù delle condizioni sanitarie dei singoli e della collettività che mutano in continuazione. Occorre anche prendere in considerazione la molteplicità e le diversità dei nuovi bisogni. Ne consegue la necessità, da un lato, di aggiornare costantemente i Lea e, dall'altro, di utilizzare lo strumento dell'appropriatezza (anche di tipo organizzativo) per ottenere prestazioni vantaggiose sul piano dell'efficacia e su quello dell'economicità. Infine preme qui sottolineare che gli aspetti della prevenzione e della promozione della salute sono stati trascurati e considerati del tutto marginali. Nonostante i numerosi provvedimenti legislativi e amministrativi intercorsi dal 1978 ad oggi che hanno tutti indicato come obiettivo prioritario il "promuovere comportamenti e stili di vita per la salute", non si riesce ancora a spendere per la prevenzione la quota del 5% del Fondo sanitario, prevista per legge. Occorre uno sforzo notevole da parte di tutti i professionisti per impostare, con la partecipazione diretta dei cittadini, interventi e azioni volti a consentire un elevato grado di salute, aumentando le conoscenze e influenzando il modo di vita delle singole persone e dell'intera collettività.

8. IL FEDERALISMO E IL SSN

Il Ssn, come altri servizi pubblici, oggi è attraversato anche da un profondo e vasto dibattito intorno all'attuazione del "federalismo fiscale" voluto dalla legge delega 5 maggio 2009, n. 42. Al dibattito partecipano politici, studiosi, operatori sanitari e sociali, istituzioni centrali e locali. Tutti evidenziano che in sanità il processo del federalismo è stato avviato da tempo e che, di conseguenza, l'attuazione della legge n. 42 non può non interagire con l'esperienza fin qui maturata. Con tale esperienza dovranno confrontarsi le soluzioni che verranno prese in ordine all'entità e alla sufficienza del finanziamento dei Lea, alla scelta del criterio di calcolo dei costi standard dei Lea e alla esplicitazione del significato del previsto superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento del Ssn che, come visto, è già in atto da tempo.



Gino Severini *Il treno della Croce Rossa attraversa un villaggio*
1916, olio su tela, *Solomon R. Guggenheim Museum, New York*