

INTRODUZIONE

1. *Premessa*

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, avvenuta con il Decreto Luogotenenziale 31 luglio 1945, n. 445, al quale è subentrato successivamente il Ministero della Sanità, istituito con legge 13 marzo 1958, n. 296.

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

– la 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 di-

\* *Direttore del Centro Studi Fondazione Smith Kline.*

sposizioni per l'estinzione dei debiti – vertiginosamente aumentati – degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri;

– legge 29 giugno 1977, n. 349, la quale sopprime gli enti mutualistici aventi funzione di assistenza sanitaria e le gestioni di assistenza sanitaria degli enti previdenziali;

– la legge 13 maggio 1978, n. 180, che disciplina l'assistenza psichiatrica.

Oggi il sistema sanitario italiano è regolato essenzialmente da tre provvedimenti:

– la legge 23 dicembre 1978, n. 833, che, come detto, 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».

Sono tre provvedimenti rilevanti, tanto che si definiscono comunemente come tre riforme: l'istituzione del Ssn, la riforma *bis* e la riforma *ter*.

## 2. *Connotazioni fondamentali della riforma del 1978*

La riforma del 1978 (l'unica riforma di un sistema sanitario precedente, basato sugli enti mutualistici) ha fissato alcuni obiettivi tuttora esistenti, quali:

– l'affermazione di un nuovo concetto di tutela della salute fondato non sulla cura delle malattie, ma sulla conservazione dello stato di salute dei singoli;

– l'estensione del diritto alla tutela sanitaria a tutta la popolazione e agli stranieri residenti attraverso misure particolari, senza distinzione di condizioni individuali o sociali;

– l'eguaglianza di trattamento, non più limitato alla diagnosi e alla cura delle malattie, ma in grado di affrontare e risolvere tutti i problemi e le situazioni che in

modo diretto o indiretto incidono sulla qualità della vita e sul benessere fisico e psichico dei cittadini;

– il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese, ereditati dal precedente sistema di assistenza malattia;

– il trasferimento delle responsabilità gestionali agli enti locali, come formula coerente con il disegno di riordinamento istituzionale dello Stato in attuazione di un principio costituzionale privilegiante lo sviluppo delle autonomie locali, perché enti di democrazia attiva;

– l'unificazione delle attività a rilievo sanitario in un tipo di Unità sanitaria locale (strumento operativo di Comuni singoli o associati) che privilegiasse:

- la prevenzione, come intervento strategico, rispettoso della salute considerata valore primario in se stesso, da premiare, nel medio periodo, anche in termini economici;

- la formazione professionale e l'aggiornamento permanente del personale come condizione necessaria per il miglioramento qualitativo dei servizi da rendere ai cittadini;

- l'educazione sanitaria come modalità per guadagnare il consenso dei cittadini ad ottenere la loro partecipazione consapevole ai processi di trasformazione del sistema e il cambiamento del loro stile di vita come contributo individuale autogestito al miglioramento delle condizioni di salute.

Vennero anche introdotti il metodo della programmazione, come metodo di governo dei processi di trasformazione e di sviluppo del sistema sanitario, e gli indicatori socio-sanitari quali fattori di misurazione dell'efficacia degli interventi svolti.

### *3. Contenuti del riordino del 1992/1993*

Il riordino degli anni 1992/1993, resosi necessario dalla generale insoddisfazione nei confronti del Servizio sanitario nazionale, non ha modificato gli obiettivi fissati con la legge del 1978, ma ha interessato soltanto nume-

rosi aspetti dell'organizzazione e della gestione del Ssn ai suoi vari livelli.

Le linee fondamentali riguardano:

a) la separazione delle attività di indirizzo da quelle di gestione con un rafforzamento della competenza regionale (regionalizzazione) e la aziendalizzazione delle Unità sanitarie locali e di alcuni ospedali. Viene, così, previsto 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 degli enti di gestione. Esso compete al Sindaco ovvero alla Conferenza dei Sindaci. Compete anche alla Regione cui spetta, in particolare:

- la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e dell'attività destinata alla tutela della salute,
- il finanziamento delle Ussll,
- le attività di indirizzo, promozione, supporto e controllo nei confronti delle Ussll;

b) l'affidamento della gestione delle attività sanitarie ad Unità sanitarie locali autonome e non più organismi funzionali dei Comuni. Il modello organizzativo assunto è quello dell'azienda regionale a conduzione monocratico-tecnica al fine di realizzare:

- un nuovo, meno polverizzato azionamento 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;

c) il nuovo modello di programmazione che vede la completa delegificazione del Piano sanitario nazionale, già ampiamente avviata con la legge 595 del 1985.

La delegificazione, cioè l'adozione del Piano con atto

dell'Esecutivo e non più con atto del Parlamento ancorché non legislativo, dà certezza e concretezza al principale momento di indirizzo delle attività del Servizio sanitario nazionale.

Non a caso, sono stati finalmente approvati ed emanati tre Piani sanitari nazionali: quello per il triennio 1994-1996, quello relativo al triennio 1998-2000 e quello riguardante il triennio 2003-2005, i quali, tra l'altro, hanno dato indicazioni sui livelli uniformi di assistenza (il primo) e sui livelli essenziali di assistenza (il secondo e il terzo);

d) il nuovo sistema di finanziamento che sancisce l'adozione di un criterio di ripartizione (quota capitaria) non più legato prevalentemente al lato dell'offerta, quanto piuttosto ai livelli di domanda attesa, legati alla numerosità della popolazione residente e ai livelli uniformi di assistenza da garantire ai cittadini;

e) il nuovo sistema di erogazione e di pagamento delle prestazioni sanitarie finalizzato a realizzare un radicale recupero della qualità delle prestazioni stesse in un quadro di ricerca della massima efficienza.

I principi ispiratori sono:

– creare un sistema di soggetti – pubblici e privati – che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale, scelti liberamente dal cittadino e retribuiti esclusivamente sulla base delle prestazioni rese;

– conseguentemente superare nel settore dell'assistenza ospedaliera e di quella specialistica l'istituto della convenzione e favorire, invece, soggetti dotati di requisiti stabiliti dallo stesso Ssn (accreditamento).

#### 4. *Normativa della riforma per la razionalizzazione del Ssn*

La normativa della riforma per la «razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale» (riforma *ter*) riprende quasi tutti gli argomenti trattati nel riordino del 1992/1993, confermando i principi in esso contenuti ed apportando talune modifiche di rilievo.

Più precisamente:

– si conferma il modello di programmazione sanitaria, con l'approvazione 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 assicurata dal Ssn, contestualmente alla fissazione delle risorse finanziarie da assegnare al Ssn, le quali sono destinate nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria;

– si conferma anche 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 Usl si istituisce, poi, 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 puntuali criteri per la disciplina, da parte delle Regioni, dell'articolazione e delle attività dei distretti sanitari. 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;

– si definiscono le prestazioni socio-sanitarie, distinguendo le prestazioni sanitarie a rilievo 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;

– si conferma la necessità del nuovo sistema contabile (contabilità economica) e si precisa che la remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale è determinata in base a funzioni assistenziali e attività svolte. Le attività sono remunerate in base a tariffe predefinite; le funzioni in base al costo standard di produzione del programma di assistenza;

– si disciplina in maniera nuova l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rappresentate da:

- prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli di assistenza, erogate da professionisti e da strutture accreditate,
- prestazioni erogate dal Ssn comprese nei livelli di assistenza, per la parte a carico dell'assistito,
- prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate o a domicilio, per la parte a carico dell'assistito;

– si statuisce una nuova disciplina per la dirigenza sanitaria che viene collocata in un unico livello e per la quale viene prevista l'esclusività del rapporto con il Servizio sanitario. In aggiunta alla nuova disciplina si introduce la «formazione continua» del personale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze ed il comportamento professionale in funzione della garanzia di efficacia, appropriatezza, sicurezza, efficienza delle prestazioni erogate dal Ssn.

Il tentativo di questo volume è cercare di comprendere, sia pure in maniera molto sintetica, gli sviluppi verificatisi nei vari settori dell'assistenza sanitaria a seguito dell'attuazione delle indicazioni legislative citate, nonché i risultati di salute ottenuti nei confronti della popolazione durante i primi trent'anni del Ssn.

