

ALCUNE RIFLESSIONI SULLA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO ALLA LUCE DELLE RECENTI POSIZIONI DELL'AUTORITÀ ANTITRUST

SOMMARIO: 1. Introduzione; 2. Cenni storici; 3. I decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93 di riordino del Servizio sanitario nazionale; 4. L'adeguamento normativo delle Regioni ai decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93; 5. La situazione antecedente alla legge n. 419/98: necessità di un ulteriore riordino della materia sanitaria; 6. Analisi della legge n. 419/1998; 7. Alcune riflessioni di sintesi alla luce dell'indagine dell'Autorità Antitrust.

Abstract

La sanità italiana è un mondo affollato di soggetti pubblici operanti "a cascata" con frequenti sovrapposizioni, duplicazioni di spesa, scarso coordinamento, operatività iperburocratica, difficile imputazione delle responsabilità, eccesso di ospedalizzazione. Tali inefficienze rendono il Servizio sanitario nazionale incapace di soddisfare i bisogni della società (soprattutto delle fasce più deboli), causando un progressivo aumento della spesa sanitaria privata che risulta essere fra le più alte in Europa.

Dopo un breve excursus storico e una breve panoramica sulla normativa vigente, il lavoro si concentra sull'analisi della legge 30 novembre 1998, n. 419, "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", recentemente approvata dal Parlamento e sulle problematiche che la nuova conformazione del Servizio sanitario lascia ancora irrisolte.

Lo studio tiene anche conto dell'analisi sulla riforma del Servizio sanitario nazionale recentemente condotta dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, che ha messo in luce taluni profili distorsivi della concorrenza: la limitazione dell'accesso al

mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Servizio sanitario nazionale e la coincidenza in capo alle Aziende sanitarie locali della duplice funzione di soggetto acquirente e fornitore di prestazioni sanitarie per conto dei soggetti assistiti dal Servizio.

Tale situazione impedisce, a parere dell'Autorità, la creazione di condizioni favorevoli a un progressivo adeguamento delle tariffe ai costi effettivamente sostenuti nell'erogazione delle singole prestazioni, e allo stesso tempo non introduce incentivi per il miglioramento della qualità dei servizi offerti. e si conclude con alcune riflessioni di sintesi.

Le valutazioni e le proposte dell'Autorità sono state vagliate in sede parlamentare, durante la discussione del disegno di legge, ma considerate non appropriate tenuto conto della particolare natura del rapporto tra domanda e offerta in un sistema sanitario universalistico e solidaristico, dove le prestazioni sono per larga parte pagate direttamente dal servizio sanitario nazionale e non privatamente dai singoli utenti.

In realtà, la legge delega lascia ancora aperte alcune fondamentali problematiche proprio sotto i profili seguiti dall'Autorità Antitrust, con particolare riferimento all'esigenza di basare la riformulazione del Servizio su criteri di costo che da un lato portino al miglioramento dei livelli di qualità e dall'altro perseguano standards più elevati di efficienza.

Nelle conclusioni, il lavoro richiama gli obiettivi su cui l'attuazione della riforma dovrebbe decisamente puntare. Questi dovrebbero essere:

- a) lo snellimento delle strutture programmatiche;*
- b) la "managerializzazione" delle strutture erogatrici, con previsione, tra l'altro, di meccanismi di responsabilizzazione della gestione, di competitività nella qualità delle prestazioni e di valorizzazione della professionalità medica, paramedica e amministrativa;*
- c) l'individuazione di standards di qualità ed efficienza per le prestazioni, costantemente aggiornati;*
- d) la comunicazione sia all'interno delle strutture che con gli utenti.*

Sullo sfondo dell'intera analisi della riforma sanitaria si colloca un ulteriore aspetto: quello del finanziamento. La realizzazione di un sistema sanitario equo necessita di una completa revisione dei rapporti tra i bisogni dei cittadini e ricchezza degli stessi. Occorre delineare sistemi attraverso i quali la copertura sanitaria e il finanziamento del sistema

pubblico siano garantiti tramite il versamento di contributi integrativi della fiscalità generale.

1. Introduzione

La sanità italiana è un mondo affollato di soggetti pubblici operanti "a cascata" con frequenti sovrapposizioni, duplicazioni di spesa, scarso coordinamento, operatività iperburocratica, difficile imputazione delle responsabilità, eccesso di ospedalizzazione. Tali inefficienze rendono il Servizio sanitario incapace di soddisfare i bisogni della società (soprattutto delle fasce più deboli), causando un progressivo aumento della spesa sanitaria privata che risulta essere fra le più alte in Europa.

Dopo un breve *excursus* storico e una breve panoramica sulla normativa vigente, questo lavoro si concentra sull'analisi della legge 30 novembre 1998, n. 419, "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", recentemente approvata dal Parlamento e sulle problematiche che la nuova conformazione del Servizio sanitario lascia ancora irrisolte.

Lo studio tiene anche conto dell'analisi sulla riforma del Servizio sanitario nazionale recentemente condotta dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, che ha messo in luce taluni profili distorsivi della concorrenza e si conclude con alcune riflessioni di sintesi.

2. Cenni storici

Nel 1978, l'Italia è passata da un sistema sanitario mutualistico, (che non offriva adeguate garanzie di assistenza a tutti i cittadini) al Sistema sanitario nazionale, basato sui principi dell'universalità del servizio, dell'uguaglianza delle prestazioni, del decentramento delle funzioni nelle

Unità sanitarie locali, della preminenza della programmazione sanitaria al livello sia nazionale che regionale.

Il nuovo sistema rappresentò un'alternativa indubbiamente valida al sistema mutualistico ma, nello stesso tempo, evidenziò una serie di problematiche per le quali non costituì una risposta risolutiva. Inoltre, lo sviluppo tecnologico, il maggiore benessere e il progressivo invecchiamento della popolazione italiana portarono ad un aumento della richiesta di prestazioni sanitarie sempre più ampie e qualificate e al conseguenziale aumento delle spese sanitarie.

Tali problematiche, si inserirono in fenomeni a più ampio spettro, che in tutte le democrazie occidentali spingevano per un ripensamento dei meccanismi propri dello Stato Sociale.

Si rese pertanto necessario un riordino della materia sanitaria, che sfociò nei decreti legislativi degli anni 1992 e 1993.

3. I decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93 di riordino del Servizio sanitario nazionale

Il Sistema sanitario si caratterizzava come un sistema pubblico a partecipazione obbligatoria, finanziato con denaro pubblico e soggetto ad un vincolo di bilancio predeterminato. Nello stesso tempo, esso rappresentava il primo tentativo di passare ad un sistema di tipo contrattualistico. In questo nuovo sistema, l'ente pubblico si limitava solamente alla determinazione dei bisogni generali ed alla successiva ricerca dei fornitori in grado di erogarli.

La libertà di scelta del luogo di cura e del soggetto erogatore delle prestazioni e il principio della competizione nell'erogazione dei servizi sanitari iniziarono ad entrare nella normativa nazionale, in primo luogo, con i decreti di riordino 502/92 e 517/93; in seguito, con la legge finanziaria del 1994 (art. 6, c. 7, legge 23.12.1994 n.724) e con il dpcm 19 maggio 1995 (schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari").

I principali settori toccati dai decreti di riordino furono i seguenti:

- 1) *gli ordinamenti*: venivano stabiliti gli ambiti e le competenze dello Stato e delle Regioni. Allo Stato spettava la pianificazione nazionale e il compito di stabilire gli obiettivi fondamentali, i livelli di assistenza da assicurare e i conseguenti relativi finanziamenti. Alle Regioni, invece, spettavano le funzioni legislative ed amministrative, nonché l'emanazione dei piani sanitari regionali che attuino il piano nazionale;
- 2) *le prestazioni sanitarie*: si definivano le linee-guida dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali;
- 3) *il finanziamento*: veniva prevista la regionalizzazione dei contributi sanitari. Si introduceva il sistema del finanziamento a tariffe predeterminate per prestazioni. I criteri di articolazione del sistema tariffario (contenuti nel decreto ministeriale 15 aprile 1994 emanato in attuazione dell'articolo 8 del decreto 502/92) erano i seguenti: lo Stato determina i criteri generali per la fissazione delle tariffe; le Regioni stabiliscono le tariffe sulla base del costo standard di produzione; le aziende USL contrattano con i produttori le migliori condizioni di fornitura. Le prestazioni ospedaliere venivano misurate non più in giornate di degenza ma in "episodi" di ricovero, determinandosi *a priori* una tariffa forfetaria.
- 4) *la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini*: veniva prevista l'adozione di indici di qualità dei servizi e il loro controllo da parte delle regioni. Rimaneva fermo, tuttavia, un potere di vigilanza generale da parte del Ministero della sanità.
- 5) *il personale*: veniva riformata la disciplina della dirigenza sanitaria, articolata su due livelli: il primo, al quale si accede attraverso i concorsi pubblici; il secondo, dove la scelta del personale avviene su singoli incarichi.

4. L'adeguamento normativo delle Regioni ai decreti legislativi nn. 502/92 e 517/93

Il riordino della materia sanitaria avviato con i decreti nn. 502/1992 e 517/1993 richiedeva numerosi adempimenti, sia governativi che regionali, per la sua attuazione.

La questione del riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni tra l'altro, diede luogo ad accese discussioni, in ordine alla legittimità costituzionale di alcune disposizioni del decreto legislativo n.502/92. Tale

disputa portò all'intervento della Corte Costituzionale (sentenza n. 355/93) che accolse alcune problematiche sollevate dalle regioni, poi risolte dal successivo decreto legislativo n. 517/93.

Per quanto riguarda la ridefinizione delle Aziende sanitarie locali, questa si realizzò solo verso la fine del 1994, comportando numerose decretazioni d'urgenza per prorogare l'efficacia della normativa preesistente.

La disciplina di dettaglio di gran parte del Sistema Sanitario Nazionale necessitava di una normativa regionale soprattutto in campo organizzativo. Il processo di adeguamento regionale non si è ancora concluso in tutte le regioni.

I principali adempimenti normativi rimessi alle regioni riguardano la programmazione che si articola su due livelli: quello regionale e quello locale (nell'ambito delle aziende sanitarie locali).

Attualmente sono nove le regioni che hanno un piano regionale attuativo del piano sanitario nazionale. In altre, il procedimento di pianificazione è ancora in atto. In altre ancora, sono in vigore i documenti di programmazione adottati in base alla legge n. 833/78.

5. La situazione antecedente alla legge n. 419/98: necessità di un ulteriore riordino della materia sanitaria

All'inizio della XII legislatura, il processo di riordino del Servizio Sanitario era solo agli inizi e gli interventi normativi realizzati avevano soprattutto lo scopo di correggere gli squilibri del sistema e di ottenere un risanamento economico generale. Tali interventi, cioè, erano diretti ad ottenere l'immediato effetto del contenimento della spesa sanitaria (in tale ottica vanno lette anche tutte le manovre finanziarie degli ultimi anni).

I risultati non sempre soddisfacenti e la generale mancanza di organicità del sistema sanitario hanno da ultimo fatto sorgere l'esigenza di una ulteriore razionalizzazione della materia sanitaria.

In prima istanza, tale esigenza ha trovato voce all'interno del processo di riordino del sistema di *Welfare state* che il Governo ha assunto tra i suoi obiettivi. In secondo luogo, essa ha ricevuto una compiuta analisi da

parte della c.d. "Commissione Onofri" sulle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, e nella Prima *relazione sullo stato sanitario del paese* (1996) che metteva in luce le incongruenze esistenti.

La Commissione Onofri ravvisava la necessità di un complessivo disegno di riforma dello stato sociale che garantisse risparmi della spesa e permettesse il finanziamento di nuovi istituti nell'ambito sia assistenziale che delle politiche del lavoro. In tale quadro, è stata posta l'esigenza di correggere e integrare alcuni punti dei decreti nn. 502/92 e 517/93.

Il problema centrale era quello di creare un Sistema sanitario che in nome del principio del benessere generale e della salute dei cittadini rispondesse alle esigenze di una maggiore regionalizzazione, aziendalizzazione e razionalizzazione dei costi.

Era inoltre necessario che il Sistema sanitario fosse posto in grado di assicurare un sempre più elevato livello di assistenza ed un elevato grado di efficienza.

L'idea di fondo era quella di ottimizzare le risorse del servizio sanitario favorendo il processo di aziendalizzazione ed il coordinamento tra i diversi operatori pubblici.

Per lo studio delle problematiche citate fu costituita una commissione presso il Ministero della sanità, volta ad analizzare criticamente la materia, la quale produsse un disegno di legge (poi divenuto la legge 30 novembre 1998, n. 419) che, in primo luogo, conferiva una delega al Governo per la razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale e, in secondo luogo, statuiva direttamente su alcuni aspetti fondamentali del sistema, integrando e correggendo i decreti legislativi nn. 502/1992 e 517/1993.

Attesa la complessità e la tecnicità della materia, la scelta dello strumento giuridico della delega è da considerarsi corretta.

I principali profili su cui il provvedimento si sofferma riguardano:

- 1) il rafforzamento del ruolo dei comuni nella programmazione ospedaliera;
- 2) l'estensione del processo di privatizzazione del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria;
- 3) la definizione vincolativa dei livelli di assistenza essenziali;
- 4) le nuove misure per il controllo della spesa;

5) la ridefinizione dei rapporti tra la sanità e le università.

6. Analisi della legge n. 419/1998

La legge delega n. 419/98, in origine articolata in quattro parti ⁽¹⁾, si compone ora di sei articoli.

L'articolo 1 conferisce una delega al governo per l'emanazione di ulteriori decreti legislativi recanti modifiche e integrazioni del d.lgs n. 502/92 e successive modifiche, sulla base di principi e dei poteri direttivi previsti dall'art.2.

I maggiori punti della legge sono:

L'articolo 2 che si articola in 38 lettere (commi).

Nella lettera **a)** si enuncia il principale criterio direttivo dei decreti legislativi da emanare, rappresentato dalla piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e obiettivi di cui alla legge istitutiva del S.S.N.

Nelle lettere da **b)** a **h)** sono inoltre enunciati i seguenti principi:

- il completamento del processo di aziendalizzazione e di regionalizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale;
- il maggiore coordinamento di tutti i soggetti pubblici interessati, e la regolazione del ruolo dei soggetti privati, con particolare riferimento a quelli privati non a scopo di lucro;
- garanzia della libertà di scelta, perchè il suo esercizio si svolge nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale regionale e aziendale;

⁽¹⁾ Il disegno di legge n. 4230 presentato dal Ministro della Sanità di concerto col Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica e col Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali è stato approvato dalla Camera dei deputati il 26 maggio 1998 e trasmesso al Senato della Repubblica il 27 maggio 1998. Approvato dal Senato in data 15 settembre e di nuovo dalla Camera nel novembre successivo, è divenuto legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicata in G.U. n. 286 del 7 dicembre 1998.

- la partecipazione degli utenti e dei programmatori alla valutazione e alla programmazione sanitaria e piena attuazione alle carte dei servizi anche mediante verifiche sulle prestazioni;
- la razionalizzazione delle strutture e delle attività connesse alla prestazione dei servizi sanitari ai fini del contenimento della spesa sanitaria;
- il perseguimento della efficacia e della efficienza nei servizi e dell'equità distributiva;
- la verifica e il controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni e prestazioni mediche preventive, diagnostiche, curative e riabilitative e definire linee-guida per il controllo e la verifica, da attuare secondo il principio di sussidiarietà istituzionale.

Nella lettera **D**) si prevede il potenziamento del ruolo dei Comuni e dei loro organismi di rappresentanza in ambiti di ampio respiro per la politica sanitaria locale: la programmazione sanitaria, quella socio-sanitaria e la valutazione dei risultati dell'attività delle Aziende Sanitarie Locali. Si prevede inoltre la partecipazione di rappresentanti nelle agenzie per i servizi regionali. Si dà inoltre ai Comuni la facoltà di assicurare, con risorse proprie, livelli di assistenza sanitaria aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla programmazione sanitaria. Con tale norma, verrebbe arricchito l'assetto istituzionale odierno (regolato dagli artt. 1, 2, e 3, del D. Lgs. n. 502/1992) che prevede la seguente ripartizione delle competenze: al Governo, la programmazione sanitaria nazionale; alle Regioni, l'emanazione dei piani sanitari regionali e le funzioni legislative ed amministrative per la concreta attuazione del sistema sanitario; a livello locale, alle ASL l'assistenza sanitaria nell'ambito territoriale (il decreto ha previsto la ristrutturazione delle USL ed una loro diminuzione e suddivisione in distretti sanitari).

Trova un'altra implicita affermazione il principio delle sussidiarietà istituzionale nella lettera **n**), in cui si sottolinea la necessità di pervenire ad una effettiva integrazione, a livello distrettuale, dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando anche la partecipazione dei comuni alle spese relative alle prestazioni sociali. Si reputa necessaria, inoltre, l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'art. 8, legge 15 marzo 1997, n. 59, per assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie. Il potenziamento di forme di assistenza integrativa rispetto a quelle ospedaliere può favorire la riduzione della domanda di ricoveri ospedalieri e il conseguente risparmio sia

dei costi umani che di quelli economici. Attualmente, la situazione del sistema assistenziale nazionale è regolata dal DPR 616/1977 che, per la prima volta, ha delineato una netta ripartizione di compiti tra Stato e Regioni ed enti locali. In seguito al DPR 616/1977, molte regioni si sono dotate di una legge sull'assistenza sociale, anche in assenza della legge-quadro nazionale. Recentemente, il Piano Sanitario Nazionale (1994-1996) ha istituito il "Distretto Sanitario di Base" con l'obiettivo finale dell'integrazione tra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali. Si ha presente, tra l'altro, che recentemente è stato presentato un disegno di legge recante disposizioni per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, il cui fine è quello di creare un sistema di interventi e servizi sociali che siano anche occasione di sviluppo e di innovazione. Recenti ricerche del C.N.R., infatti, hanno rivelato che le iniziative del terzo settore hanno determinato un incremento sia dell'occupazione che dell'intera economia del paese.

La lettera **o**) evidenzia la necessità di tener conto nella disciplina della dirigenza, del carattere interdisciplinare delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale prevedendo adeguati requisiti per l'accesso all'area dirigenziale. Le figure non dirigenziali, invece, saranno individuate da un regolamento che dovrà essere emanato dal Ministro della sanità di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la solidarietà sociale.

La lettera **p**) intende estendere il regime privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria, delineando inoltre criteri generali per la disciplina dell'organizzazione del lavoro con particolare riferimento al modello dipartimentale. Sembra anche questo un elemento importante per conseguire una effettiva managerializzazione del vertice burocratico del Servizio.

La lettera **q**) evidenzia l'opportunità di pervenire all'esclusività del rapporto di lavoro, anche attraverso incentivi economici aggiuntivi.

Le lettere **r**) e **s**) attribuiscono la facoltà alle aziende sanitarie di stipulare contratti di lavoro a tempo determinato per l'attribuzione di incarichi di carattere dirigenziale a personale dotato di particolari requisiti e esclusivamente per progetti finalizzati e non sostitutivi dell'attività ordinaria.

La lettera **v)** si riferisce alla formazione professionale e all'aggiornamento del personale sanitario e si pone come fonte primaria al fine di realizzare una maggiore razionalizzazione e un migliore coordinamento di tutta la materia riguardante la formazione. La lettera prevede che il Governo elabori periodicamente, sentita la Federazione degli ordini, linee guida per le varie amministrazioni competenti. Essa realizza inoltre, una ulteriore forma di coordinamento tra il Ministro della Sanità, la Conferenza Stato-Regioni e il Ministro dell'Università, ai fini della programmazione dei flussi di accesso alle specializzazioni e ai corsi di laurea coordinandole con le effettive richieste di personale sanitario, della previsione di posti aggiuntivi dirigenziali, della previsione di protocolli con i quali individuare le strutture universitarie delle quali ASL si avvalgono per lo svolgimento delle attività assistenziali, sulla base di linee guida e di parametri predeterminati.

La lettera **aa)** prevede la ridefinizione del ruolo del Piano sanitario nazionale, nel quale procedere all'individuazione dei livelli di salute e dei livelli assistenziali essenziali, nonché delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, poste a carico del Fondo Sanitario Nazionale. Ai sensi del D.lgs 502/92 il Piano Sanitario Nazionale deve prevedere: le aree di intervento al fine di configurarsi una più equa distribuzione territoriale; i livelli uniformi di assistenza sanitaria; gli obiettivi da realizzare; gli indicatori per la verifica dello svolgimento delle attività, dei costi e dei rendimenti sanitari. La seconda parte della lettera demanda ad appositi organismi scientifici l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie. Di tali organismi scientifici faranno parte anche società scientifiche accreditate. Si prevede anche il ricorso a sistemi di certificazioni della qualità. Attualmente la legge 662/96 prevede l'introduzione di terapie standards per particolari patologie alle quali i medici di medicina generale, nel rispetto della propria autonomia, dovranno uniformarsi.

La lettera **bb)** da un lato, ravvisa la necessità di stabilire tempi e criteri generali per l'attivazione dei distretti sanitari e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione.

La lettera **cc)** ravvisa la necessità di procedere al riordino dei sistemi integrativi di assistenza sanitaria, precisando la loro natura aggiuntiva rispetto a livelli di assistenza uniformi ed essenziali definiti dal piano sanitario. E' prevista, inoltre, la possibilità di partecipare alla gestione dei fondi integrativi

da parte delle regioni e degli enti locali. Al proposito, si ricorda che l'articolo 9 del D.Lgs. 502/92 sancisce l'istituzione di fondi integrativi sanitari per prestazioni aggiuntive rispetto a quelle generali per consentire forme di assistenza sanitarie differenziate.

La lettera **dd)** indica l'esigenza di stabilire le modalità e i criteri per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie e di semplificare le procedure per gli interventi di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento. La disciplina odierna è regolata dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 che predispone un programma di interventi di ristrutturazione edilizia finanziati con mutui a carico dello Stato.

La lettera **ee)** ravvisa l'esigenza di un intervento degli operatori nella valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, rafforzando il ruolo del Consiglio dei sanitari istituito dal D.Lgs. 502/92 nelle varie strutture sanitarie con funzioni di consultazione. Si ricorda che l'art. 10 dello stesso decreto, tra l'altro, ha previsto il metodo della verifica e della revisione della qualità delle prestazioni, affidando alle regioni e alle province la verifica e il controllo sulle strutture e sulla qualità delle prestazioni. Al Ministro della Sanità spetta, invece, una supervisione e un controllo generale.

La lettera **ff)** esprime l'esigenza che le regioni elaborino criteri per la partecipazione dei cittadini e delle formazioni sociali alla programmazione ed alla valutazione delle attività delle aziende sanitarie, secondo quanto previsto dall'articolo 13, legge 23 dicembre 1978, n. 833, il quale stabilisce che "i comuni...assicurano la più ampia partecipazione degli operatori della sanità e delle formazioni sociali, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione delle ASL nonché al loro controllo" e dall'art 14 del d.lgs 502/92, il quale regola i diritti dei cittadini alla personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni definendo gli indicatori di qualità delle prestazioni. Le aziende dovranno, sempre secondo questo articolo, individuare modalità di raccolta ed analisi dei disservizi favorire la presenza e l'attività all'interno delle strutture sanitarie degli organismi rappresentativi dei cittadini.

La lettera **gg)** prevede un modello generale di accreditamento i cui caratteri saranno: l'essere coordinato rispetto al piano sanitario nazionale e a quelli regionali; l'essere regolamentato con regimi di concorrenzialità tra pubblico e privato; l'essere seguito da un monitoraggio che renda immediati ed evidenti gli effetti, le prestazioni erogate e le rispettive liste d'attesa. L'accredimento consiste in un'operazione nella quale la regione dopo una

attenta analisi di alcuni requisiti inserisce un soggetto in un elenco al quale, poi, tutti gli assistiti possono attingere per usufruire delle prestazioni sanitarie.

Collegata alla lettera **gg)** e` la lettera **ii)** che ravvisa la necessita` di definire standards minimi di strutture, attrezzature e personale ai fini dell'accreditamento, che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento;

Le lettere **ll)** ed **mm)** prevedono la ridefinizione del sistema di remunerazione dei soggetti erogatori tenendo conto anche della specificita` delle strutture private non a fini di lucro. Esse si inseriscono nell'ottica dell'aziendalizzazione e presuppongono una maggiore autonomia sia organizzativa che finanziaria e contabile. Le lettere inoltre si riferiscono ai soggetti erogatori classificati ai sensi dell'art. 8, comma 4, lettera f, d.lgs 502/92 che prevede l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili.

Le lettere **nn)** e **oo)** prefigurano un diverso ruolo per le istituzioni centrali. La prima, specifica la necessita` di definire le modalita` con cui l'Agenzia per i servizi sanitari regionali svolge il suo ruolo di rilevazione delle varie discrasie del sistema sanitario regionale, e individua gli interventi per il recupero dell'efficienza e dell'economicita` e della funzionalita` della gestione dei servizi sanitari fornendo alle regioni stesse e al governo un supporto tecnico. La seconda, impone di prevedere le modalita` e le garanzie con le quali il Ministro della sanita`, in seguito alle segnalazioni dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, ne sosterra` i programmi, applicando le adeguate penalizzazioni, secondo meccanismi automatici di riduzione e dilazione dei flussi finanziari in caso di inerzia o ritardo delle regioni nell'adozione e nell'attuazione di tali programmi. 'Agenzia per i servizi sanitari regionali, attualmente ha i seguenti compiti: costituisce una banca dati sulla qualita` e costi delle varie prestazioni per analisi comparativa; cura e promuove rilevazioni su beni largo consumo, farmaci e apparecchiature ospedaliere; promuove iniziative per la sperimentazione e l'innovazione; svolge un ruolo di consulenza tecnica alle regioni.

L'articolo 3 delega il Governo ad emanare un testo unico sul servizio sanitario che coordini tutte le leggi e le successive modificazioni.

* * *

In generale, il testo risulta ancora poco organico e carente nell'ordine espositivo. Nei sei articoli che lo compongono, principi di carattere generale coesistono con aspetti particolari della disciplina sanitaria. Trattandosi di una legge-delega, sarebbe stato opportuno che essa si limitasse a esporre i principi veramente generali della materia, assumendo anche posizioni più coraggiose su alcuni punti-cardine, quali la valutazione e il controllo dei risultati, il rapporto tra sanità pubblica e privata, l'organizzazione e il ruolo delle istituzioni pubbliche coinvolte.

Per quanto riguarda, in particolare, le singole norme, si osserva quanto segue.

All'articolo 2 lettera **l)**, laddove si evidenzia la necessità di un potenziamento del ruolo dei Comuni, si nutrono perplessità sulla parte riguardante il maggior ruolo di tali enti e dei loro rappresentanti nella programmazione sanitaria: resta da specificare, in concreto, il livello del coinvolgimento nella programmazione e, in particolare, se si tratti di vera e propria progettualità operativa ovvero di partecipazione agli atti programmatori dei livelli istituzionali superiori (in questo caso, si pone un problema di chiara individuazione dei limiti di tale partecipazione e di necessaria garanzia dei meccanismi di coordinamento).

Inoltre, l'attribuzione ai comuni della facoltà di conferire risorse proprie alle strutture per assicurare livelli superiori di assistenza pone il dubbio se non si venga in tal modo a determinare un eccessivo dislivello delle prestazioni tra i comuni più o meno facoltosi, con conseguente spostamento degli utenti verso le strutture più ricche.

Con riferimento alla lettera **n)**, non è chiaro se nel termine "prestazioni sociali" siano comprese anche le attività delle associazioni di volontariato e del c.d. terzo settore. In realtà, il ruolo di tali istituzioni è fondamentale non solo socialmente, ma anche perché è fonte di risparmio sia di risorse umane che di costi. Occorrerebbe allora dare costruita con maggiore chiarezza le relazioni tra le strutture sanitarie e le associazioni di volontariato e, soprattutto, "enfaticamente" il coordinamento a livello distrettuale.

In relazione alla lettera **u)**, che si occupa della formazione sanitaria, si ritiene importante l'attenzione (a livello scolastico, universitario e post-

universitario) alla creazione di specifiche professionalità, con particolare riferimento alle figure dirigenziali del direttore sanitario, del direttore generale ed del direttore amministrativo. Professionalità che necessitano, per la loro corretta esplicazione, di conoscenze sia mediche che economiche e che devono ispirarsi sempre più alla figura professionale manageriale. La distinzione tra dirigenza a contenuto professionale e a contenuto gestionale, presente nella formulazione originaria della legge ma eliminata nel testo definitivo, avrebbe potuto essere utile per chiarire la natura e i limiti dei compiti e delle responsabilità affidate a ciascun ambito.

Sempre a proposito della formazione, la lettera u) parla della necessaria definizione di linee-guida, da parte del governo, alle varie amministrazioni: la norma non specifica, però, le modalità di controllo dell'effettiva aderenza dell'azione amministrativa in materia sanitaria a tali linee-guida e, soprattutto, le misure in cui incorreranno le amministrazioni in caso di inadempienza.

Alla lettera z), riguardante i criteri per la valutazione delle attività delle aziende sanitarie da parte di organismi scientifici, sarebbe stato opportuno, da un lato, prevedere, la partecipazione dei cittadini e delle associazioni rappresentative degli stessi alle attività di valutazione, dall'altro, istituire meccanismi ed organismi di valutazione delle politiche adottate e del loro impatto sociale con la previsione di specifiche responsabilità delle stesse amministrazioni agenti (ad es. penalizzazioni di carattere finanziario per inefficienze o gravi ritardi). La norma evidenzia difetti di coordinamento con quelle di cui alle lettere **dd)** e **ee)** e, più in generale, potrebbe essere ulteriormente sviluppata, in sede di attuazione della delega, delineando un vero e proprio "manuale per il controllo di gestione e la valutazione dei risultati nel settore sanitario", in cui far confluire anche le esperienze delle carte dei servizi. Dovrebbe trattarsi di un sistema di norme e parametri di qualità e di efficienza ed economicità, di cui occorrerebbe studiare a fondo l'eventuale carattere vincolante per le amministrazioni e le relative misure in caso di inosservanza. Al momento, sembrano delinearci, in vari punti del disegno di legge, momenti di valutazione della qualità demandati a soggetti diversi. La formulazione della problematica del controllo appare, nel complesso, non organica e disordinata.

Generica appare anche la parte riguardante la partecipazione agli organismi scientifici deputati alla valutazione quali-quantitativa delle società

scientificamente accreditate, atteso il rischio di adozione di criteri non oggettivi, ovvero non omogenei, nella valutazione delle prestazioni.

Infine, laddove si prevede l'intervento governativo in caso di inadempienza delle amministrazioni, le forme di penalizzazione e di sostituzione in caso di inefficienze e inadempienze andrebbero estese a tutti i livelli delle amministrazioni e definite più precisamente. Uno dei più gravi problemi della sanità italiana è quello delle responsabilità: è auspicabile che si delinei chiaramente la distinzione tra la responsabilità relativa al finanziamento delle prestazioni sanitarie e quella collegata alla produzione. Gli interventi in caso di emersione di specifiche responsabilità dell'uno o dell'altro tipo dovrebbero essere coerentemente diversificati.

7. Alcune riflessioni di intesi, alla luce dell'indagine dell'Autorità Antitrust

La legge di riforma del Servizio sanitario nazionale è stata oggetto di analisi da parte dell'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato, che ha messo in luce taluni profili distorsivi della concorrenza presenti nell'attuale assetto: la limitazione dell'accesso al mercato delle prestazioni sanitarie offerte in regime di Servizio sanitario e la coincidenza in capo alle Aziende sanitarie locali della duplice funzione di soggetto acquirente-pagatore di prestazioni sanitarie per conto dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale.

Il documento elaborato dall'Antitrust richiama la necessità di individuare meccanismi in grado di garantire il contenimento della spesa, la parità tra gli erogatori di prestazioni sanitarie e la piena libertà di scelta da parte dei cittadini del medico curante e del luogo di cura.

Gli effetti distorsivi della concorrenza risiedono, a parere dell'Antitrust, nell'utilizzazione arbitraria o non trasparente, a livello regionale, dell'istituto dell'accreditamento, nonché nel fatto che coesistano nelle Aziende sanitarie il compito di acquistare le prestazioni per conto dei cittadini e quello di provvedere in proprio alla erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso i presidi ambulatoriali e ospedalieri amministrati direttamente. Ciò indurrebbe le Aziende a privilegiare le prestazioni più specializzate e in grado di remunerare i propri costi e a ricorrere, in prima battuta, ai propri presidi,

trattati come fornitori privilegiati, e, solo in via residuale, ad altri operatori. Ne deriverebbe una selezione e riduzione arbitraria degli operatori abilitati a erogare prestazioni sanitarie e, per conseguenza, una riduzione della libertà di scelta dei cittadini.

A tali valutazioni, l'Antitrust aggiunge anche il fatto che molte Regioni hanno aggiunto alla remunerazione delle prestazioni basate su tariffe predeterminate stanziamenti aggiuntivi per i soli erogatori pubblici, sotto la denominazione di fondi di riequilibrio o di ristrutturazione, che costituiscono forme di finanziamento integrativo delle strutture inefficienti o che impediscono processi di riaggiustamento aziendale.

Risulta pertanto ostacolata, a parere dell'Autorità, la creazione di condizioni favorevoli a un progressivo adeguamento delle tariffe ai costi effettivamente sostenuti nell'erogazione delle singole prestazioni e, nello stesso tempo, l'introduzione di incentivi al miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Le soluzioni proposte dall'Autorità sono tre:

- a) una separazione strutturale tra la figura dell'Azienda sanitaria quale soggetto erogatore delle prestazioni sanitarie e la figura dell'Azienda sanitaria quale soggetto acquirente-pagatore di prestazioni. Occorre cioè distinguere le funzioni di programmazione, che devono spettare alle Regioni, quelle di erogazione, che devono competere a tutte le strutture (pubbliche e private) accreditate, e le funzioni di pagamento, affidate esse sole alle Aziende, per incentivarle a ridurre la spesa e ad alimentare la concorrenza di prezzo tra le strutture accreditate;
- b) un utilizzo dell'accreditamento e degli accordi secondo criteri equi, oggettivi e trasparenti, in modo che vengano selezionati e controllati gli operatori più efficienti nell'offerta dei servizi, anche nell'ottica di fissare tariffe più vicine ai costi effettivi di erogazione delle singole prestazioni;
- c) la determinazione di "meccanismi di abbattimento" delle remunerazioni.

Le valutazioni e le proposte dell'Autorità sono state vagliate in sede parlamentare, durante la discussione della legge-delega, ma considerate non appropriate tenuto conto della particolare natura del rapporto tra domanda e offerta in un sistema sanitario universalistico e solidaristico, dove le prestazioni sono per larga parte pagate direttamente dal servizio sanitario nazionale e non privatamente dai singoli utenti.

In realtà, avendo presenti i profili seguiti dall'Autorità si è del parere che la legge avrebbe dovuto tenere in maggior conto l'esigenza di basare la riformulazione del Servizio sanitario su criteri di costo che da un lato portassero al miglioramento dei livelli di qualità e dall'altro perseguissero standards più elevati di efficienza.

Attesa la sua formulazione definitiva e stanti i principi da essa enunciati, gli obiettivi su cui l'attuazione della riforma e, in particolare, i futuri decreti legislativi dovranno puntare dovrebbero essere:

- a) lo snellimento delle strutture programmatiche;
- b) la "managerializzazione" delle strutture erogatrici, che, a sua volta, implica: la responsabilizzazione della gestione; la piena autonomia nella gestione dei fattori produttivi; l'introduzione di meccanismi di concorrenza basati sulla qualità delle prestazioni; la valorizzazione della professionalità medica, paramedica e amministrativa, anche con appositi meccanismi incentivanti; la qualificazione della spesa sanitaria.
- c) il riferimento delle prestazioni a standards di qualità ed efficienza costantemente aggiornati;
- d) la comunicazione, sia interna che esterna. La prima implica la valorizzazione del ruolo di tutti i centri elementari del sistema (medici di base, poliambulatori, laboratori diagnostici, strutture per l'ospedalizzazione diurna, assistenza domiciliare, residenze sanitarie assistenziali, centri riabilitativi, ecc.) e la promozione di reti di assistenza. La seconda si riferisce all'azione informativa verso i cittadini-utenti, alla realizzazione di banche dati e alla pubblicizzazione dei programmi.

Sullo sfondo della intera materia si colloca un ulteriore aspetto, capace di influenzare enormemente l'intero assetto del costituendo sistema: quello del finanziamento.

La realizzazione di un sistema sanitario realmente equo necessita di una complessiva revisione dei rapporti tra i bisogni dei cittadini e ricchezza degli stessi. Se è ovvio che ai cittadini di fascia debole occorre assicurare comunque e gratuitamente la copertura sanitaria pubblica, per gli altri occorre delineare sistemi attraverso i quali la copertura sanitaria e il finanziamento del sistema pubblico siano garantiti tramite il versamento di contributi integrativi della fiscalità generale.

Appare importante l'individuazione di regole sulle forme di finanziamento dei fondi sanitari integrativi e il regime fiscale cui sottoporre la partecipazione dei cittadini alle forme complementari di assistenza.

A parte l'assistenza alle fasce più deboli, con la fiscalità generale, agli altri cittadini la stessa fiscalità generale deve offrire una quota comunque rilevante di assistenza.

Tale quota, peraltro, non può e non deve essere esaustiva. Ciò significa che i cittadini devono contribuire, per la restante parte, in maniera correlata alle rispettive possibilità.

La previdenza sanitaria integrata appare dunque destinata a ricoprire un ruolo crescente e nuovo per incanalare la spesa privata.

Forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni e per assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta sono attualmente previste dall'art. 9 del d.lgs 502/92, che prevede che possono essere istituiti fondi integrativi sanitari per prestazioni aggiuntive al S.S.N. Tali fondi possono avere, come fonti istitutive, contratti o accordi collettivi; accordi tra lavoratori autonomi; regolamenti di enti o aziende.

Occorre ora definire regole semplici e chiare su quali debbano essere il campo e le forme di operatività della sanità complementare, in particolare, indicando con certezza quali servizi e quali prestazioni debbano ritenersi "aggiuntivi", quali le regole di adesione dei destinatari in particolare coniugando le esigenze di concorrenzialità con quelle di equità, quali le fonti di finanziamento ed il regime fiscale da applicare.

Su quest'ultimo profilo, se si vuole che i cittadini partecipino alle forme complementari di assistenza, occorre prevedere meccanismi di incentivazione fiscale.

La legge-delega, sui temi appena trattati, compie alcuni passi importanti ma parziali: definisce solo in termini generali le forme integrative di assistenza e si occupa unicamente della partecipazione alla gestione dei fondi da parte di enti locali o loro consorzi. A quest'ultimo riguardo, peraltro, non vengono previste né i modi né i limiti delle accennate forme di partecipazione.

Con riferimento ai punti finora esposti, e tenendo presente l'esigenza l'esigenza fondamentale di salvaguardare l'impianto universalistico del Servizio sanitario, riqualificando meccanismi di funzionamento e la qualità dei

servizi, si auspica che il governo si muova consapevolmente nella formulazione dei decreti legislativi e nella redazione di un testo unico delle leggi in materia sanitaria, in un'ottica di reale razionalizzazione della materia e, soprattutto, delle fondamentali funzioni in essa previste e del loro concreto svolgimento.

Pia Maria Funari