

2. Il settore (socio)sanitario italiano

In questo capitolo viene prima presentata una sintesi della storia del settore sanitario italiano, articolata nelle diverse fasi in cui è logicamente distinguibile (§ 2.1), successivamente si discutono i principali dati che caratterizzano l'attuale configurazione del settore sanitario italiano (§ 2.2), i principali modelli di governance dei servizi sanitari regionali in cui si articola oggi il SSN (§ 2.3) e infine viene ripercorsa la storia del processo di aziendalizzazione attraverso gli occhi di un professionista e le vicende degli ultimi 40 anni del servizio sanitario regionale della Lombardia (§ 2.4). Il titolo mette volutamente in evidenza nella parentesi il tema del sociale dato che l'integrazione socio-sanitaria è una delle frontiere su cui è impegnato lo sviluppo del settore sanitario italiano. Solo molto recentemente (ultimo decennio) la politica sanitaria ha concretamente avviato una evoluzione in chiave socio-sanitaria attraverso i nuovi Piani Socio-Sanitari Regionali, l'integrazione tra servizi sociali gestiti dai Comuni e quelli delegati alle ASL e più in generale con un accrescimento delle dotazioni di strutture e meccanismi per le cure intermedie e di transizione nelle quali trova collocazione l'attività a carattere socio-sanitario.

2.1 Breve storia della sanità italiana

Dai tempi del medioevo e fino alla fine del secolo XIX le uniche vere strutture sanitarie saranno rappresentate dagli ospedali, all'epoca più luoghi di confino e lungodegenza che di cura. Gli ospedali erano di proprietà dei Comuni o degli Stati ed erano pensati per accogliere malati e confinare i problemi di natura sociale. La cura intesa come soluzione di problemi acuti emerge in effetti già nel corso del XVIII secolo, quando si progettano i primi veri ospedali per malati acuti¹, ma

¹ Per esempio Pavia all'inizio del '800 l'ospedale si organizzava nella Clinica Medica, Chirurgica, Oculistica e Ostetrica. Anche la Toscana, sotto il governo del granduca Pietro Leopoldo, riforma gli ospedali nel corso degli ultimi due decenni del diciottesimo secolo, promulgando regolamenti estremamente avanzati, indirizzando gli ospedali alle attività di cura dei malati e classificandoli in tre tipologie, in relazione al numero dei posti letto. Più arretrata la situazione del

è solo tra la fine dell'Ottocento e i primi Novecento che nascono i grandi policlinici nazionali. La medicina assurge a scienza, e dalle specialità originarie mediche e chirurgiche emergono nuove specialità e si sviluppano le professioni sanitarie². L'ospedale non è più il luogo dove accogliere i senza dimora o famiglia, fare la carità, isolare gli appestati, confinare i matti, e dare risposta a ogni tipo di bisogno sociale. Diventa luogo di cura e assistenza del malato, soprattutto sotto la spinta di medici illuminati che assumono spesso il controllo diretto della gestione, pur sotto la supervisione di consigli di amministrazione od enti esterni.

sud Italia e in particolare delle isole. Sebbene il Regno delle Due Sicilie avesse alle spalle una lunga tradizione giuridica in ambito di sanità pubblica, gli intenti riformatori non avevano permeato la corte e la situazione, in termini sia di regolamentazione che di edilizia ospedaliera, era più arretrata.

In ogni caso l'ospedale è un "bene cittadino", della comunità locale, e come tale risente delle fortune, della fama, delle difficoltà finanziarie, delle disgrazie politiche. La bellezza dell'edificio, la qualità delle cure, la ricchezza del patrimonio artistico dello Spedale erano, per la popolazione e il governo cittadino, elemento di fama agli occhi dei "turisti" che, nel corso del settecento, non di rado includono l'ospedale tra le attrazioni da visitare (Geddes 2011).

² Per professioni sanitarie si intende l'infermiere, l'ostetrica, il tecnico di laboratorio ecc. Ai sensi della legge sono professioni sanitarie quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale. Le professioni sanitarie oggi riconosciute sono: Farmacista; Medico chirurgo; Odontoiatra; Veterinario; Psicologo – Psicoterapeuta; Infermiere; Ostetrica /o Infermiere Pediatrico; Podologo; Fisioterapista; Logopedista; Ortottista – Assistente di Oftalmologi; Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva; Tecnico Riabilitazione Psichiatrica; Terapista Occupazionale; Educatore Professionale; Tecnico Audiometrista; Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico; Tecnico Sanitario di Radiologia Medica; Tecnico di Neurofisiopatologia; Tecnico Ortopedico; Tecnico Audioprotesista; Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare; Igienista Dentale; Dietista; Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro; Assistente Sanitario; Massofisioterapista. Non è invece un professione riconosciuta come tale quella dell'Operatore Socio Sanitario. L'operatore socio-sanitario, sinteticamente OSS, è una figura professionale codificata dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 ("accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero per la solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano"). Tale operatore sostituisce progressivamente le precedenti figure professionali che si occupavano di assistenza, sia nell'area sanitaria (OTA), che nell'area sociale (ASA, OSA, ADEST ecc.), integrando funzioni, compiti e competenze delle due aree, in un unico contesto professionale. L'OSS non afferisce alle professioni sanitarie e, avendo caratteristiche specifiche di ausiliarità all'ambito assistenziale infermieristico, nello svolgimento della sua attività, non ha potere decisionale e si attiene alle indicazioni e prescrizioni dell'infermiere che ne è il responsabile diretto. Il suo compito è quello di svolgere attività che aiutino le persone a soddisfare i propri bisogni fondamentali, finalizzate al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere, promuovendone l'autonomia e l'autodeterminazione. L'ambito lavorativo riguarda sia strutture sanitarie (come ospedali, cliniche, ASL), che strutture sociali (centri diurni integrati, case di riposo, assistenza domiciliare, comunità di recupero, case famiglia, comunità alloggio, servizi di integrazione scolastica ecc.), si trova quindi a lavorare in collaborazione con professionisti dell'area sociale (assistenti sociali, educatori, ecc.) e dell'area sanitaria (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) a seconda dell'area di intervento.

2.1.1 Primi anni del XX secolo

Con la legge Crispi³ emanata nel 1890, dal titolo “Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza”, tutti gli enti ospedalieri, qualsiasi fosse il loro carattere originario pubblico o privato, vengono ricondotti sotto il controllo pubblico. La legge definisce precisamente l'intervento dello Stato nel merito stesso dell'attività assistenziale e trasforma le Opere Pie (Enti che hanno finalità diverse ma tutte riconducibili all'assistenza al bisognoso: ospedali, asili, istituti, orfanotrofi, ecc.) in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Ipab). Sono create in IPAB le opere Pie e ogni altro Ente che abbia il fine di assistere i poveri in stato di indigenza, di malessere e di infermità e di procurare l'educazione e l'istruzione ai bisognosi (Geddes 2011). Nella legge Crispi si può intravedere una prima affermazione della natura collettiva e pubblica che l'Italia associa al bene salute, e che si concretizza nella fine dell'autonomia locale e privatistica di molti enti ospedalieri che sono riportati sotto il controllo pubblico diretto od indiretto (Preti 1984).

Verso la fine dell'800 avviene anche una trasformazione nell'architettura degli ospedali, con l'avvento della struttura a padiglioni collegati con un corpo centrale o comunque attraverso percorsi protetti (numerose esempi sono sopravvissuti fino ai giorni nostri, il Galliera di Genova, Il Niguarda di Milano, il Mauriziano di Torino, 1884, i Riuniti di Bergamo, molto sanatori tra cui il Sacco di Milano, Il S. Camillo Forlanini di Roma ecc.) e con la trasformazione delle grandi corsie di degenza, come mutuato a suo tempo dai conventi, a favore di una articolazione in reparti, come già precorso negli ospedali anglosassoni del tempo e come rimarrà sostanzialmente immutato quasi fino ai giorni nostri (Geddes 2011).

Lo sviluppo dell'organizzazione degli ospedali procede di pari passo con quello della tecnica medica, che in quegli anni vede l'emergere della chirurgia moderna a seguito della scoperta dell'anestesia e delle nuove conoscenze maturate in materia di infezioni:

Con l'avvento del fascismo, l'ospedale acquista ulteriore importanza come struttura sanitaria di riferimento (molti dei grandi ospedali ancora in funzione saranno costruiti durante il periodo fascista), anche se affiancata ormai da tempo da altre due figure di rilievo:

- l'ufficiale sanitario, che era il funzionario preposto all'ufficio sanitario (detto anche ufficio d'igiene) di un comune o di più comuni riuniti in consorzio, incaricato del servizio di vigilanza igienica e profilassi. La figura dell'ufficiale sanitario, introdotta nell'ordinamento italiano dalla legge 22 dicembre 1888, n. 5849 (Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, nota come Legge

³ Si fa riferimento a Francesco Crispi, Presidente del Consiglio dei Ministri del Regno d'Italia che promulgò la legge.

Crispi-Pagliani) è stata soppressa dalla legge 833/1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e le sue funzioni trasferite all'unità sanitaria locale (USL), ora azienda sanitaria locale (ASL), che le esercita attraverso il proprio dipartimento di prevenzione;

- il medico condotto, punto di riferimento per l'assistenza territoriale. Esso era dipendente dal comune, e in generale prestava assistenza sanitaria gratuita ai poveri e dietro pagamento dei compensi stabiliti in apposite tariffe, agli altri cittadini. La figura è stata in seguito sostituita dal medico di famiglia, convenzionato con la mutua, e più recentemente dal 1978 con il medico di medicina generale convenzionato con il SSN. Il medico condotto doveva avere obbligatoriamente la residenza nel comune nel quale aveva la cosiddetta condotta, ed era tenuto a fornire obbligatoriamente la propria assistenza 24 ore al giorno.

Verso la fine degli anni '40 si affermano nuove idee nell'architettura dell'ospedale, che si ispira adesso alle strutture monoblocco adottate già in altri paesi, in particolare negli USA (ne è un buon esempio l'ospedale Civile di Brescia). Tuttavia, accanto a tali punte di innovazione, l'organizzazione media degli ospedali rimane ancorata ai vecchi modelli, e l'uso della grande camerata invece del reparto a stanze di pochi posti letto resta in uso diffuso⁴.

Inoltre, resta da osservare come la distribuzione territoriale degli ospedali è sostanzialmente dipendente dalle capacità di pressione politica e dalle risorse economiche delle varie aree, con un drammatico squilibrio fra le regioni e, in particolare, fra il Centro-Nord e il Sud (si va dai 6,4 posti letto per 1000 abitanti della Liguria ai 0,6 della Basilicata). Le origini dello squilibrio che ancora oggi abbiamo in Italia nella qualità e struttura della rete ospedaliera ha origine in questi anni. Forte enfasi infine è data alla creazione di strutture di ricovero per i tubercolotici e di manicomi (poi ospedali psichiatrici, chiusi formalmente a seguito della legge Basaglia del 1976, sostanzialmente solo negli anni più recenti a seguito dello smaltimento degli ospiti verso strutture residenziali e semi-residenziali sul territorio).

2.1.2 *Gli anni del dopoguerra*

Abbattuto il fascismo, con la Costituzione il governo Italiano affronta i temi sanitari e sociali attraverso due distinti articoli: il 32, il 38. L'art. 38 tratteggia il sistema previdenziale e assistenziale e insieme all'art. 32 garantiscono costituzionalmente un sistema di sicurezza sociale. L'art. 32 definisce il diritto alla tutela della salute: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e

⁴ NdA: ancora nel 1990, per un intervento chirurgico effettuato presso l'ospedale civile di Moncalieri fui ricoverato in una camerata di 12 posti letto. Oggi le camerate sono sostanzialmente scomparse dal panorama degli ospedali italiani, ma fino a metà degli anni '90 erano ancora diffuse.

interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

L'art. 38 afferma il diritto all'assistenza sociale: “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera”.

La Costituzione prevedeva poi che fossero le Regioni ad assumere il ruolo centrale nella gestione del settore della salute. Tuttavia ciò rimane inattuato fino all'istituzione delle amministrazioni regionali nel 1970, e in ogni caso pur demandando alle Regioni il potere di legiferare in materia di assistenza, la stessa Costituzione ne limitava comunque la potestà vincolandone e subordinandone l'esercizio all'interesse nazionale e a quello di altre Regioni. Un ruolo centrale viene assunto quindi dal Ministero della Sanità, anche se, proprio per la lunghezza della catena istituzionale (dal Ministero a singolo ente) fino alla fine degli anni '70 l'assistenza rimane sostanzialmente in mano a enti e istituzioni pubbliche e private (per lo più sovvenzionate dallo Stato), le IPAB, che non di rado diventano burocrazie oggetto di clientelismo e corruzione a vantaggio dei partiti governativi, che li usano per soddisfare le proprie lobby politiche, economiche e finanziarie⁵.

Tra gli anni '50 e gli anni '70 si afferma anche il ricorso prevalente all'utilizzo dell'assistenza mutualistica, da cui scaturì una molteplicità di enti mutualistici presenti sul territorio, con la conseguente separazione tra la responsabilità dell'assistenza (terzo pagante) e quella dell'erogazione dei servizi (ospedale od altro ente). Infatti, il metodo di pagamento degli istituti di produzione delle prestazioni sanitarie era caratterizzato da relazioni contrattuali tra coloro che erogano i servizi e il soggetto “terzo” pagante (lo Stato, gli enti mutualistici e gli enti territoriali) che liquida le prestazioni per conto del paziente. Le prestazioni venivano fornite nella maggior parte dei casi in forma diretta, cioè senza che l'assicurato ne anticipasse il costo, e secondo una logica di assistenza di malattia che si limitava all'intervento diagnostico e terapeutico, tralasciando ogni attività nel campo della prevenzione. Inoltre, gli ospedali erano convenzionati con gli enti mutualistici sulla base di un pagamento “a piè di lista” che non poneva praticamente limiti al prez-

⁵ Tangentopoli prende proprio avvio nel 1992 dall'arresto di Mario Chiesa, presidente dell'IPAB Pio Albergo Trivulzio di Milano, la quale è stata negli anni oggetto di una gestione deviata che è specchio di molte distorsioni clientelari (quando non criminali) subite dal settore sanitario nel corso del XX secolo.

zo dei servizi ospedalieri. La conseguenza è che nei primi anni settanta comincia a rilevarsi una dilatazione della spesa sanitaria, dovuta al forte indebitamento nei confronti degli ospedali e solo parzialmente bilanciata da aumenti dei contributi.

Pertanto, sul finire degli anni settanta, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria si dimostrava inadeguata sotto diversi profili (Maciocco 2009):

- la sua inefficacia come sistema di tutela della salute, in particolare con riguardo alla mancanza di ogni attività seria nel campo della prevenzione;
- la sua natura corporativa, in quanto consolidava forti sperequazioni tra le varie categorie di cittadini rispetto alla quantità e qualità delle prestazioni erogate e all'incidenza dell'onere contributivo;
- la natura essenzialmente burocratica dei soggetti cui competeva l'erogazione dei servizi, in quanto le mutue non perseguivano obiettivi fissati da un piano e comportamenti dettati da una politica sanitaria (Guzzanti 2006);
- l'inadeguatezza di un sistema di finanziamento che impediva il controllo della spesa sanitaria.

Da queste considerazioni prese avvio il primo vero processo di riforma del sistema di assistenza sanitaria, processo che si concretizzò nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a opera della legge n. 833/78.

2.1.3 Il Servizio Sanitario Nazionale

La riforma del 1978 rappresentava un punto di rottura completo con il passato, introducendo un'evoluzione nel pensiero a fondamento dell'assistenza sanitaria che, da quel momento in poi, si sarebbe concretizzata nel perseguimento di obiettivi di equità sociale attraverso l'estensione del diritto alla tutela della salute a tutta la popolazione e in condizioni di parità.

Proprio l'articolo primo della legge n. 833/78 sancisce questo diritto: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale". Questa estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, in quanto diritto riconosciuto a ciascuno e, almeno nella fase iniziale di attuazione, senza alcuna partecipazione finanziaria al suo finanziamento da parte degli utenti, rappresentava uno degli aspetti più qualificanti della riforma.

Il fulcro della riorganizzazione del sistema sanitario consisteva nella realizzazione a livello territoriale di un centro unitario di gestione di tutte le competenze preventive (dato che la legge di riforma aveva anche inteso ri-orientare l'attività sanitaria verso la prevenzione), diagnostico-curative e riabilitative costituito dalle Unità Sanitarie Locali (USL). Nell'ottica del clima delle politiche pubbliche e della strategia di decentramento organizzativo prevalenti negli anni settanta, al centro del sistema venivano posti i Comuni, cui spettava, tramite le assemblee delle

rinuncia
to nei
ibuti.
anita-

iguar-

le va-
eroga-

zione
iano e

o della

siste-
Servi-

to, in-
ia che,
oiettivi
utta la

La Re-
e della
ll'assi-
o e, al-
aria al
quali-

alizza-
etenze
attività
o dalle
e del-
al cen-
e delle

USL e i comitati di gestione, il controllo delle USL, concepite quindi come loro strumenti operativi.

Nelle USL, vere e proprie strutture di coordinamento dell'offerta di servizi sanitari, confluivano fino a trentadue diversi enti attraverso o il loro conferimento fisico completo o il trasferimento della sola funzione che li competeva.

I livelli di governo del sistema individuati dalla legge, erano tre (Citoni e Di Biase 1992):

- a livello nazionale il Governo, il Parlamento e il Consiglio Sanitario Nazionale avevano il compito di definire il quadro giuridico, operativo e finanziario entro il quale doveva svolgersi l'attività di tutela della salute in modo da assicurare l'universalità dell'assistenza, l'eguaglianza e uniformità sul territorio nell'erogazione delle prestazioni;
- a livello regionale, il ruolo degli organismi regionali consisteva nel valutare le esigenze locali e nel ripartire, di conseguenza, le risorse tra le USL. Le Regioni dovevano inoltre predisporre Piani Sanitari Regionali e controllare l'efficienza dei servizi offerti dalle USL;
- a livello locale, le competenze delle USL erano di tipo amministrativo e operativo e riguardavano la gestione dei servizi e il loro concreto funzionamento.

Il sistema di finanziamento previsto dalla legge istitutiva del SSN si basava sulla creazione di un Fondo Sanitario Nazionale (FSN) annuale da destinare alla sanità. Tale fondo, che doveva rappresentare una percentuale del P.I.L. (inizialmente si stabilì il 6%) ritenuta sufficiente e coerente con l'affermazione del diritto alla salute, veniva formalmente definito nella legge finanziaria annuale.

Le finalità assegnate al FSN erano riconducibili alle seguenti (Citoni e Di Biase 1992):

- predeterminare il fabbisogno annuale di risorse;
- contenere la spesa sanitaria;
- riequilibrare le situazioni regionali-territoriali;
- indirizzare l'attività delle Regioni.

Nei fatti il sistema si concretizzava in un meccanismo finanziario a cascata, dove la legge finanziaria determinava il fondo annuale, il Governo ripartiva alle Regioni i rispettivi fondi regionali, le quali allocavano le risorse presso le USL, in modo che queste ultime potessero iscrivere nel proprio bilancio di previsione le risorse assegnate.

Questo meccanismo di finanziamento, che aveva come obiettivo primario il contenimento della spesa, nella realtà ha fatto registrare costantemente evidenti scostamenti tra previsioni e consuntivi di spesa, dato che, al di là dei pronunciamenti di principio della legge, la filosofia dominante nel settore Sanità vedeva (Longo 1999):

- i bisogni come la variabile indipendente (autodeterminata);
- la spesa come variabile dipendente (determinata dal grado di soddisfacimento dei bisogni).

In altre parole il SSN, ignorando la logica economico-istituzionale alla base della legge, cercava di soddisfare tutti i bisogni socio-sanitari che si era in grado di curare con le conoscenze e le tecnologie disponibili e questo determinava ex-post l'ammontare della spesa.

In conseguenza di questo meccanismo di finanziamento si sono registrati scostamenti tra previsioni e consuntivi di spesa che hanno costretto a ripianare con pagamenti a piè di lista i crescenti disavanzi di gestione delle USL.

Dunque, il problema del contenimento della spesa sanitaria nazionale era tutt'altro che risolto, ma piuttosto veniva ulteriormente aggravato da un sistema che indirettamente premiava le USL che in misura maggiore avevano superato le assegnazioni del FSN, creando squilibri territoriali poi consolidatesi con l'adozione della "spesa storica" come base per il finanziamento.

Le cause di questa situazione erano riconducibili a due ordini di motivazioni, interne ed esterne al sistema.

Tra le prime vanno sicuramente ricordate:

- a. la cronica sottostima, da parte delle autorità centrali, delle risorse necessarie per gestire la sanità pubblica a livello locale; probabilmente, data l'ineadeguatezza dei sistemi di monitoraggio, si intendeva in questo modo mettere sotto pressione le Regioni e le USL al fine di indurre risparmi e maggiore efficienza;
- b. l'assenza di adeguati strumenti di controllo di gestione a livello di USL;
- c. la deresponsabilizzazione delle unità operative nel governo della spesa sanitaria.

Tra le motivazioni di ordine esterno rientravano alcuni fenomeni strutturali in grado di determinare una crescita sempre più sostenuta della spesa sanitaria. Tra questi ricordiamo:

- lo sviluppo delle conoscenze tecniche e tecnologiche, che allarga l'area delle possibili cure mediche rendendo, inoltre, i processi di cura più sofisticati e costosi;
- l'invecchiamento della popolazione, che incrementa il bisogno di servizi e cure;
- la destrutturazione del tessuto familiare e urbano, che crea maggiori bisogni per particolari fasce di bisogno quali gli anziani, gli handicappati, i minori...
- l'aumento del tasso culturale della popolazione, direttamente correlato alla capacità di conoscere i propri bisogni sanitari e i relativi percorsi di accesso.

In risposta a questa situazione di aumento progressivo, sperequato e tendenzialmente illimitato della spesa sanitaria si è provveduto a riorganizzare il settore Sanità e il SSN attraverso l'emanazione del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni.

2.1.4 Le riforme degli anni '90: aziendalizzazione e regionalizzazione

Con il decreto 502/92 (poi integrato dal 517/93) si intende ribadire la logica economico-istituzionale già prevista dalla legge 833/78, ma che poi, come si è cercato di spiegare, era stata tradita nella realtà (Longo, 1992):

- la spesa è la variabile indipendente (definita annualmente dal decisore politico);
- il soddisfacimento dei bisogni è la variabile dipendente (massimizzazione dei benefici ottenibili dai finanziamenti a disposizione).

Con questa impostazione, che appare inevitabile in ogni moderno stato di welfare nel quale il livello dei bisogni percepiti superiore alle risorse sociali disponibili impone la ricerca delle priorità che massimizzino il beneficio sociale, si introduce un'ulteriore evoluzione nel concetto a fondamento della politica sanitaria nazionale: dal diritto alla salute al servizio a tutela concreta del diritto, considerando la disponibilità di risorse e la loro alternatività rispetto ad altri impieghi i limiti di tale tutela. In questa fase l'amministrazione pubblica si caratterizza in modo sempre più evidente come "strumento" tramite cui si deve ricercare e attuare la migliore combinazione di risorse (limitate) per soddisfare i bisogni (sempre più numerosi e crescenti).

L'implementazione di questo nuovo approccio richiedeva la messa in opera di specifiche misure di contenimento della spesa comportanti la piena responsabilizzazione economica di ogni livello istituzionale e l'abolizione di qualsiasi meccanismo di finanziamento a piè di lista.

In particolare, due principi sembrano ispirare le nuove regole di finanziamento del SSN riordinato:

- a. posto che lo Stato fissa annualmente all'interno della legge finanziaria l'ammontare del fondo sanitario nazionale, i meccanismi di riparto tra le Regioni si basano su un parametro capitaro di finanziamento, calcolato sulla base dei costi standard stimati necessari per assicurare dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) che le Regioni devono garantire sul proprio territorio⁶;

⁶ I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) vedranno concretamente la luce solo il 29 novembre 2001 con un DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri) che fissa in modo generale tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio Sanitario

- b. le Regioni vengono responsabilizzate tramite l'obbligo di provvedere con risorse proprie al finanziamento sia di eventuali deficit rispetto ai trasferimenti dal centro sia di livelli di spesa superiori generati dalla volontà di garantire ai cittadini livelli di servizi superiori ai LEA.

La regionalizzazione

Risulta quindi evidente come questi due principi, e in particolare la logica della quota capitaria, rendano compiuto e stringente il sistema di responsabilizzazione finanziaria delle Regioni, che riceveranno annualmente dallo Stato un fondo fisso pari al numero dei propri cittadini moltiplicato per la quota capitaria. Ciò comporterà ovviamente un aumento delle capacità di programmazione e controllo da parte delle Regioni che dovranno ridistribuire le risorse ricevute tra le unità ero-

Nazionale (SSN), garantite in condizioni di uniformità, a tutti e su tutto il territorio. Sono livelli essenziali in quanto racchiudono tutte le prestazioni, le attività che lo Stato, ritiene così importanti da non poter essere negati ai cittadini. Si intende l'impegno a garantire le cure appropriate. Il sistema dei Livelli Essenziali di Assistenza prevede tre ambiti di intervento:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro (la prevenzione);
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro include le attività e delle prestazioni svolte per la promozione della salute della popolazione: profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività da rischi sanitari connessi agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, tutela della collettività e del singolo dai rischi infortunistici connessi agli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria (sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali, farmacovigilanza veterinaria, vigilanza dei mangimi, ecc.), tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

L'assistenza distrettuale include i servizi sanitari e sociosanitari, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoria, fornitura di protesi ai disabili, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi: consultori familiari, SER.T, servizi per la salute mentale, servizi per la riabilitazione dei disabili ecc...; strutture semiresidenziali e residenziali: residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche.

L'assistenza ospedaliera include i servizi di: Pronto soccorso, ricovero ordinario, day hospital (esami medici in un giorno) e day surgery (operazioni chirurgiche in un giorno), la lungo-degenza e la riabilitazione.

Infine, con lo stesso DPCM stata definita a livello nazionale, per le prestazioni di ricovero, una lista di 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropriatazza in regime ordinario» (Allegato 2C del DPCM), per i quali è possibile il trattamento dei pazienti in regimi assistenziali alternativi, a minor impiego di risorse, senza pregiudicarne la qualità o l'efficacia. Il provvedimento ha inoltre assegnato alle Regioni il compito di indicare una soglia di ammissibilità, ovvero la quota parte dei ricoveri riferibili a tali DRG che è possibile erogare in regime di degenza ordinaria, sulla base di rilevazioni locali. Questa responsabilità coincide di fatto con l'avvento in Italia del cosiddetto "governo clinico", cioè dell'idea di entrare maggiormente nel merito e nell'autonomia del come cure e assistenza sono erogate dai professionisti, al fine di aumentarne qualità, efficienza, appropriatezza organizzativa.

ganti servizi, le Aziende Sanitarie Locali (ASL - nuova denominazione delle vecchie USL) e gli ospedali azienda (aziende ospedaliere).

A livello infraregionale il modello di finanziamento non è stato definito chiaramente dal legislatore, coerentemente con la scelta di responsabilizzare in materia le Regioni e di lasciare loro l'autonomia di decidere come finanziarie le proprie aziende sanitarie.

Accanto alla regionalizzazione, gli altri due pilastri della riforma del 1992 sono la creazione nel servizio sanitario nazionale di cosiddetti "quasi mercati" e il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie. La riforma non tocca invece il settore sociale⁷.

I quasi mercati nascono dalla previsione di costituire alcuni ospedali, precedentemente gestiti dalle USL, in aziende ospedaliere autonome. Già la legge 412/91 aveva assegnato alle regioni il compito di ristrutturare, accorpate e disattivare gli ospedali per raggiungere alcuni parametri: utilizzo medio annuo dei posti letto non inferiore al 75%, 6 posti letto per mille abitanti, riconversione degli ospedali inferiori a 120 posti letto. La riforma del 1992 prevede la costituzione in azienda ospedaliera (con personalità giuridica pubblica, autonomia e organi come le Aziende Sanitarie Locali) degli ospedali con certe caratteristiche (di regola quelli di grande dimensione e rilevanza regionale): presenza di tre strutture di alta specialità, organizzazione in dipartimenti, assistiti provenienti da altre regioni, collegamento alla rete di emergenza con eliporto. Automaticamente diventavano aziende ospedaliere (AO) autonome dalla ASL i policlinici universitari, in attesa di una specifica normativa che si fece attendere per altri vent'anni quasi⁸. Tutti gli altri ospedali restano Presidi dell'Azienda Sanitaria Locale. Si parla di quasi-mercati perché si prevede che le AO vengano remunerate a sistema DRG⁹ (cosa che avviene dal 1995 in poi, in tempi diversi nelle varie Regioni e con soluzioni operative diverse), e quindi debbano stipulare accordi o contratti con le ASL che pagano per conto dei propri assistiti le tariffe DRG dei ricoveri effettuati dalle AO. In questo senso le AO sono sul "mercato", in quanto l'attrazione di pazienti determina il loro fatturato: si dice infatti che in questo tipo di sistema "money follow patient". Nasce in questo modo anche il tema per le ASL della mobilità (attiva se relativa all'attrazione di pazienti dal di fuori della proprio territorio di competenza, passiva se relativa alle "fughe" di cittadini residenti nel proprio territorio che si curano in altre realtà) infraregionale e interregionale, cioè in ossequio al principio di libera scelta della struttura dove ricoverarsi, il cittadino può scegliere qual-

⁷ Solo con la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" verrà affrontata in modo organico la materia del sociale.

⁸ Che arriverà solo nel 1999, con il D.Lvo 517/99, che ha introdotto il modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU). La suddetta normativa, ripresa anche dai Protocolli d'intesa Regione-Università, prevedeva che la responsabilità per l'assistenza ricadesse sul SSR, mentre quella per la didattica e la ricerca rimanesse attribuita all'Università.

⁹ Sul tema dei DRG si cfr. l'ultimo paragrafo del capitolo 1.

siasi ospedale italiano, e la sua ASL di residenza provvede poi a pagare la relativa tariffa alla AO od alla ASL se il ricovero avviene in un ospedale direttamente gestito dalla ASL. La compensazione per la mobilità interregionale avviene dal 2011 con la TUC (tariffa unica di compensazione), cioè con un tariffario unico a livello nazionale che dovrebbe evitare controversie tra Regioni quando i sistemi tariffari regionali riconoscono valori economici diversi per la stessa prestazione sanitaria. Per ovviare ai rischi di opportunismo che un sistema di quasi mercati può generare, nel tempo le Regioni hanno comunque fissato tetti massimi di rimborsabilità o di budget per le AO (per evitare l'inflazione delle prestazioni), posto incentivi per favorire le cure alla popolazione residente rispetto a quella in attrazione, usato le leve tariffarie per orientare la produzione di ricoveri.

L'aziendalizzazione

Per aziendalizzazione si intende invece il processo di maggiore responsabilizzazione delle ASL e delle AO sulla propria gestione. La riforma del 1992 qualifica ASL e AO come aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica. Divengono un distinto soggetto di diritto e non più una struttura strumentale di un altro ente (il Comune), come era il caso delle USL. Agli enti territoriali, nella persona del sindaco o della Conferenza dei Sindaci, resta però il diritto-dovere di esprimere il bisogno sociosanitario della comunità locale (come atto di indirizzo per le ASL), ma ASL e AO hanno totale autonomia di conduzione manageriale.

Sono legate alla Regione per organizzazione, finanziamento, controlli, e per la nomina del Direttore Generale. Viene prevista la rideterminazione dell'articolazione territoriale delle aziende sanitarie locali, di norma in coincidenza con l'ambito provinciale, salvo diverse determinazioni regionali per condizioni territoriali particolari (si passa quindi dalle oltre 600 USL del 1992 alle circa 150 ASL attuali).

Sono organi il Direttore Generale e il Collegio dei Revisori. A essi si affiancano altri soggetti rilevanti: il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Coordinatore dei servizi sociali (o Direttore Sociale), che coadiuvano il Direttore Generale. In questo modo si sostituisce un organo monocratico e non più politico al precedente comitato di gestione delle USL.

La riforma affronta anche il tema della macrostruttura organizzativa delle Aziende Sanitarie. Dal punto di vista organizzativo i criteri cui devono essere improntate le Aziende Sanitarie sono: integrazione dei servizi, organizzazione flessibile nell'uso delle risorse professionali, utilizzo delle risorse da parte di tutti i servizi, accesso alle informazioni da parte di tutte le unità operative. La struttura deve prevedere soluzioni che raggruppino operatori appartenenti a unità operative e servizi diversi per favorire flessibilità nell'impiego delle risorse, riducendo e senza creare doppioni di attività. Le concrete modalità di organizzazione

spettano alle indicazioni legislative regionali e soprattutto alle Aziende Sanitarie, che sono appunto dotate anche di autonomia organizzativa. In ogni caso il DL.vo 502/92 fissa i principi organizzativi che ispireranno molte delle riorganizzazioni ancora in atto nelle aziende sanitarie, definendo i quattro piloni portanti di una ASL: i dipartimenti ospedalieri, il dipartimento di salute mentale, il dipartimento di prevenzione, il distretto. Di questo si tema si discuterà approfonditamente nel capitolo cinque.

Il distretto è articolazione territoriale funzionale dell'azienda ed è l'area funzionale in cui: si realizza la ricomposizione delle attività sanitarie, di assistenza sociale e delle diverse attività settoriali; si razionalizza l'uso delle risorse; si assume il controllo dei fattori di rischio ambientale e delle cause di emarginazione e disadattamento sociale; si sviluppa la partecipazione della popolazione e degli enti locali nell'attività di prevenzione ed educazione sanitaria. Ogni Azienda Sanitaria Locale organizza il proprio territorio in distretti.

La riforma del 1992 è la pietra miliare del processo di managerializzazione della sanità italiana, ed è ancora oggi l'architrate del SSN Italiano. La seguente figura 2.1 descrive l'impianto di funzionamento generale del SSN attuale, quale frutto del disegno originario del 502/92 poi integrato e aggiornato successivamente. Infatti, seguiranno da fine anni '90 ulteriori provvedimenti di modifica all'impianto del sistema sanitario italiano.

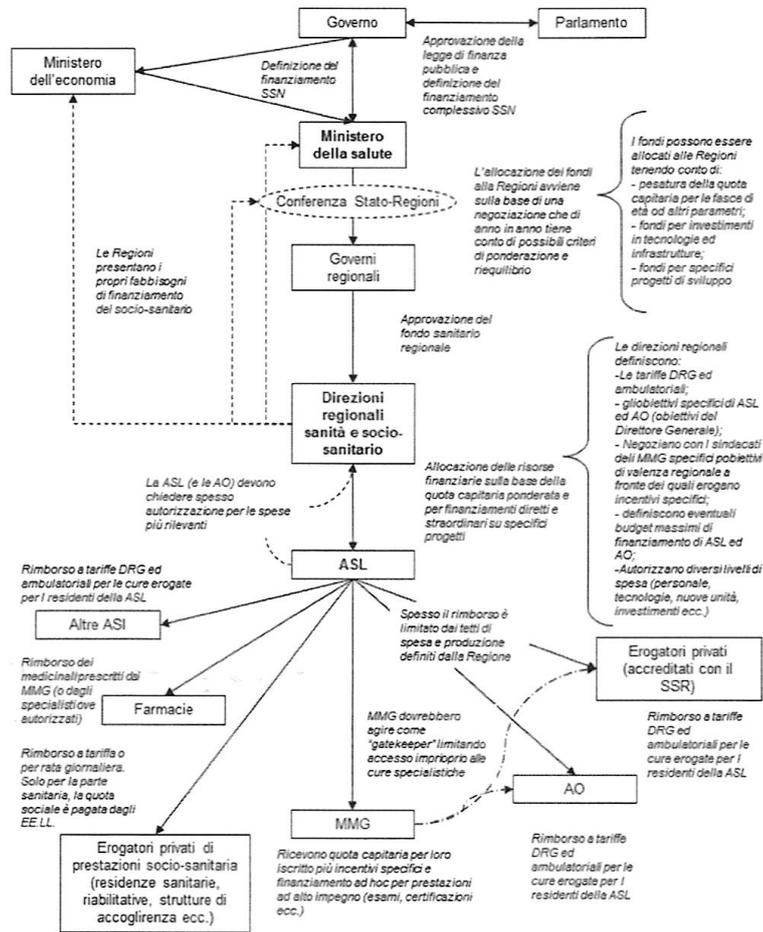
Il più importante è stato il D.Lvo 229/99, conosciuto anche come Legge Bindi o Riforma-Ter (il 502/92 venne etichettato riforma-bis, essendo l'istituzione del SSN del 1978 considerata la prima originaria riforma della sanità italiana).

Esso mantiene inalterati i principi fondanti della legge 833/78 e del 502/92, rafforzandone alcuni aspetti. In particolare spingerà il sistema a velocizzare l'adozione del modello dipartimentale e affronterà per la prima volta in modo esplicito il tema dell'esclusività rapporto del medico pubblico, sancendo l'obbligo di esclusività nel rapporto di lavoro dei medici, assunti a partire dal 1° gennaio 2000, nei confronti delle strutture del SSN. Per i medici già in servizio, rimane invece la possibilità di scegliere tra l'attività libero-professionale svolta all'esterno della struttura (privatamente) o all'interno (intraoemia) nell'ambito della struttura di appartenenza.

Questo è un tema molto critico nel sistema italiano, dove vi era la sensazione che i medici usassero l'attività privata per favorire le strutture private, oppure la posizione nel pubblico per aumentare la propria attrattività nello studio privato (e poi come conseguenza favorire il paziente nel ricovero pubblico rispetto a chi non ricorreva allo studio privato), e infine che molta attività libero professionale fosse fatta "in nero". A tutt'oggi la norma ha avuto parziale applicazione dato che le strutture pubbliche non sono in grado di garantire gli spazi adeguati per la libera professione intraoemia e vi è stata molta resistenza da parte della classe medica. Nel capitolo quattro il tema è ulteriormente approfondito.

Sempre con il 229/99 si introduce il principio dell'appropriatezza per l'erogabilità dei servizi da parte del SSN e dei SSR. L'appropriatezza è il grado di con-

Figura 2.1: L'architettura del sistema sanitario italiano post riforma del '92



Fonte: Adattamento da Lega (2008)

guenza tra interventi ritenuti necessari ed effettivamente realizzati e criteri di scelta degli interventi stessi, definiti come adeguati a priori in sede di scelta tecnica (ed almeno in parte politica). Rappresenta quindi l'espressione della qualità tecnica della prestazione sanitaria e si traduce nel grado di utilità della prestazio-

ne stessa rispetto alla soluzione del problema sanitario e allo stato delle conoscenze.

Dal punto di vista organizzativo viene previsto l'atto aziendale di diritto privato, una sorta di statuto societario che dovrà regolare organizzazione e funzionamento delle ASL.

Infine, tra i provvedimenti importanti vanno annoverati l'insieme di atti che hanno di fatto reso la sanità il primo settore federalista nel nuovo impianto previsto dalla modifica del titolo V della costituzione datata 2001, con la quale si è trasferito alle Regioni la competenza diretta a normare e gestire in modo autonomo la sanità, organizzando il proprio servizio sanitario regionale (SSR) e rispondendo in modo totale per l'andamento finanziario. Pur rimanendo i trasferimenti/assegnazioni sulla base dei fabbisogni concordati tra Stato e Regioni il meccanismo fondamentale di finanziamento della sanità, alle Regioni viene permesso di attivare alcune leve autonome di aumento delle entrate proprie, tra cui una maggiorazione dell'addizionale IRPEF, una maggiorazione dell'IRAP, una maggiorazione del bollo auto, fino a operazioni di finanza straordinaria quali la cartolarizzazione dei crediti interni al sistema tra Regione e aziende (ad oggi effettuata da Abruzzo, Lazio, Campania e Sicilia, quattro Regioni con le maggiori criticità economiche).

La tabella 2.1 sottostante riporta i principali provvedimenti che hanno concretizzato il "federalismo sanitario" di pari passo alla accresciuta responsabilità gestionale delle Regioni.

Tuttavia, le Regioni hanno incontrato molte difficoltà nel gestire la responsabilità finanziaria assegnata loro. La seguente tabella 2.2 mostra come nel periodo 2001-2010 la maggior parte delle Regioni abbia accumulato disavanzi, con il 60% del disavanzo totale del SSN concentrato tra Lazio, Campania e Sicilia, data la popolosità di tali regioni.

Per questo motivo, a partire dal 2007 è stato previsto il meccanismo dei piani di rientro. Nel 2006, in particolare, al fine di supportare le Regioni che presentavano deficit strutturali consistenti, la legge finanziaria per il 2007 aveva disposto un incremento straordinario del fondo sanitario nazionale a carico dello Stato, pari a 1000 milioni di euro, destinato a concorrere al ripiano dei disavanzi dei SSR, in deroga all'obbligo per le Regioni di raggiungere il pareggio con risorse interamente a loro carico. L'accesso a tale fondo transitorio, però, era subordinato alla stipula di uno specifico accordo tra Stato e Regione, comprensivo di un piano di rientro (PdR) di durata non superiore al triennio. Il PdR deve prevedere una ricognizione delle cause e contemplare un programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del SSR, che individui obiettivi e modalità per il contenimento della dinamica dei costi, al fine della riduzione strutturale del disavanzo e del perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti. I piani di rientro come meccanismo di responsabilizzazione vera delle Regioni hanno funzionato solo parzialmente, ma rimangono il meccanismo principale con cui il governo (tramite Ministero del-

Tabella 2.1: Quadro dei principali provvedimenti in materia di "federalismo" del SSN

Normativa	Contenuto
Accordo Governo-Regioni 8 agosto 2001	Il finanziamento dell'assistenza sanitaria è condizionato dall'adempimento di numerosi obblighi, in primis il ripiano delle quote di deficit a carico dei bilanci regionali.
Finanziaria 2005 L. 311, 30 dicembre 2004	Lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi regionali, tramite un finanziamento integrativo, il cui accesso è subordinato alla stipula di uno specifico accordo, finalizzato al contenimento dei costi. A tal fine è autorizzata una spesa di 2000 milioni di euro per l'anno 2005.
Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005	Definisce una serie di doveri a cui le Regioni devono adempiere, in particolare in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera, garanzia di equilibrio economico-finanziario e processo per Piano di Rientro.
Finanziaria 2006 L. 266, 23 dicembre 2005	Il livello complessivo di spesa del SSN è incrementato di 1000 milioni di euro annui dal 2006, da ripartirsi tra le Regioni che hanno stipulato specifico accordo con lo Stato; l'accesso a tale Fondo è subordinato anche alla presenza di un livello di disavanzo medio predefinito. Per verificare che tali finanziamenti si traducano in servizi per i cittadini, viene realizzato un sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS).
Patto per la Salute 28 settembre 2006	Ribadisce l'obbligo di perseguire l'equilibrio economico-finanziario e garantire l'erogazione dei LEA; espone le modalità e i criteri del concorso transitorio dello Stato alle Regioni in difficoltà, per il rientro strutturale dal disavanzo.
DM Salute 26 ottobre 2006	Individua i criteri per il riparto di 1000 milioni di euro tra le regioni che stipulano accordi diretti al contenimento della spesa sanitaria.
Finanziaria 2007, L. 296, 27 dicembre 2006	Istituisce un Fondo transitorio di 1000 milioni di euro per l'anno 2007 da ripartirsi tra le Regioni che hanno registrato elevati disavanzi, il cui accesso è subordinato alla stipula di un Piano di Rientro dai disavanzi, il cui azzeramento deve realizzarsi entro il 2010.
Legge 3 maggio 2007	Conversione in legge del DL 20/03/2007, recante "Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario". Previsione dei Piani di Rientro.

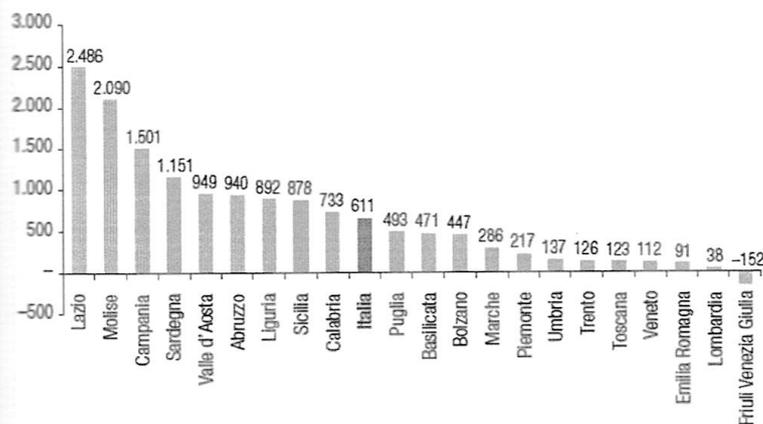
Fonte: Rapporti OASI 2000-2010

la Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) può avere un certo "grip-back" sulla autonomia totale delle Regioni.

Gli anni dal 2001 al 2012 sono stati anche anni di molteplici evoluzioni del SSN e in generale del settore sanitario, che meriterebbero ampia trattazione per la loro eterogeneità e complessità. Si richiamano qui solo tre dinamiche di fondo che hanno caratterizzato questo decennio, accanto alla centralità della dimensione economica che lo ha fortemente caratterizzato:

1. le regioni, tramite i piani sanitari regionali, hanno impresso traiettorie di sviluppo dei SSR fortemente differenziati. Oggi è impossibile parlare di SSN, quanto piuttosto abbiamo un servizio composto da 20 SSR (o 21 se consideriamo il Trentino Alto Adige scomposto nelle due province autonome che agiscono in modo indipendente);
2. Le aziende hanno vissuto diverse fasi di integrazione, sono state accorpate su dimensioni via via crescenti, e il processo è tutt'ora in corso. Molte Regioni hanno istituito le cosiddette "aree vaste" od altri livelli di integrazione sovra-

Tabella 2.2: Disavanzi cumulati per Regione nel decennio 2001-2010



Fonte: Armeni (2011) - Rapporto OASI 2011 (Elaborazioni su dati RGSEP (2010) e ISTAT (2011))

ziendale per gli ospedali (e non solo), e stanno altresì accorpando le funzioni amministrative su scala interaziendale;

3. L'aziendalizzazione ha vissuto e sta vivendo, pur con le critiche e attacchi ricevuti nel corso degli anni, una fase di ulteriore sviluppo con tentativi di raffinare diversi strumenti e competenze, quali quelle di pianificazione, di gestione delle risorse umane, di finanza innovativa, di gestione operativa.

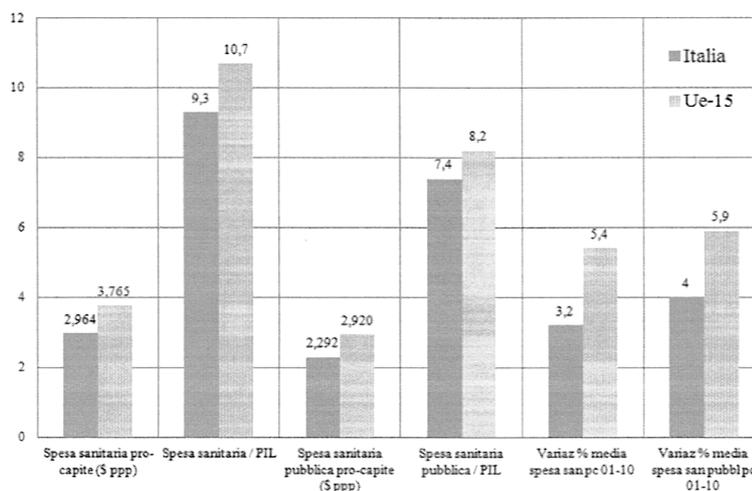
2.1.5 Un presente incerto

Nonostante tutti gli sforzi compiuti negli ultimi anni per consolidare le fondamenta gestionali dei SSR e delle aziende sanitarie, il SSN nel complesso sta vivendo forse dal 2011 il suo momento più difficile di sempre.

Il confronto a livello internazionale in tabella 2.3 ci mostra un SSN che in tutti gli indicatori di spesa è inferiore ai dati UE-15. Se da un lato questo può essere visto come un dato positivo, sottolineando la natura "parsimoniosa" del SSN, dall'altro lato indica una sofferenza nel finanziamento che inevitabilmente mette a dura prova il presente e gli sviluppi futuri, pur tenendo conto di tutti i possibili spazi di recupero di efficienza e appropriatezza che indubbiamente esistono.

Le recenti manovre finanziarie 2011-2012 hanno previsto tagli ai fondi per il SSN che raggiungeranno nel 2014 un valore pari a circa mezzo punto di PIL, cioè quasi 8 miliardi di euro. Ai tagli nel settore sanitario si aggiunge il quasi totale azze-

Tabella 2.3: Il confronto internazionale sui livelli di spesa tra Italia e Ue-15



Fonte: Elaborazione da Armeni e Ferre (2012) – Rapporto OASI 2012

ramento dei fondi statali per gli interventi sociali che nel 2013 saranno pari a circa un decimo di quelli stanziati nel 2008. In molti casi l'aumento della compartecipazione alla spesa, cioè i tickets maggiorati (con valori spesso superiori a 30, 40 o perfino 50 euro nelle regioni in piano di rientro, si veda la tabella 2.4) rischia di rendere più conveniente rivolgersi alla sanità privata a pagamento piuttosto che alle strutture pubbliche, soprattutto con l'emergere del fenomeno del privato "low cost"¹⁰.

E vi sono previsioni di un ulteriore forte aumento dei ticket per 2 miliardi dal 2014 (anche se al momento il governo sembra intenzionato a dilazionare questa ulteriore manovra), un onere per gli assistiti quasi doppio rispetto all'attuale¹¹.

¹⁰ Per esempio a Milano il fenomeno si sta diffondendo rapidamente. Alcune strutture offrono prestazioni specialistiche a 25 euro o pacchetti annuali a 600 euro per quattro specialisti: cuore, reni, fegato e occhi. La proposta è di una nuova società medica e si trova sul web. Una volta che hai pagato il pacchetto, puoi andare per un anno nello studio dei professionisti ogni volta che pensi di averne bisogno. Centro Medico Sant'Agostino, Welfare Italia (franchising fondato da cooperative sociali), Medici Per Tutti, (nato all'interno del Centro Medico Ambrosiano, l'unico ambulatorio che differenzia le tariffe a seconda del reddito) sono alcuni dei soggetti emergenti in questo mercato "low cost", ma con aspirazione a garantire comunque qualità. Per approfondimenti si veda Del Vecchio M., Rappini V. Low cost in sanità, in Rapporto OASI 2011, EGEA, Milano.

¹¹ Al punto che l'ex Ministro della Salute, on. Balduzzi, aveva ipotizzato un addio ai ticket e l'introduzione di una franchigia dal 2 al 4 per mille (o anche più) sui redditi lordi familiari per tut-

Tabella 2.4: Il quadro dell'applicazione dei ticket nel SSN

Eterogeneità dei ticket sulla specialistica ambulatoriale	
Tariffa delle singole prestazioni fino a max di 36,15 euro per ricetta (pre 2011)	"Superticket" 10 euro a ricetta
Aumento del tetto (Cal: 45 euro + 1 euro di quota fissa, Sar: 46,15 euro, Sic: pagamento 10% della differenza tra tariffe e tetto)	Applicazione norma nazionale (Laz, Lig, Cal, Pug, Sic, Cam, FVG, Mar, Mol)
Aggiunta quota fissa (Cam: 10 euro per ricetta, Laz, Mol: quota per ricetta di importo diverso in base alla prestazione)	Mancata applicazione (VdA, Bz, Tn) (Sar: aumento tetto di 1 euro)
Tariffario (Ven: tariffario per calcolo ticket inferiore a quello per erogatori)	Modulazione in base al reddito (Ven, Abruzzo, ER-Tos-Umb)
	Modulazione in base al valore delle prestazioni (Lom, Pie, Bas)

Fonte: Elaborazione da Cantu e Ferre (2012)

Sta crescendo la spesa privata (tabella 2.5), arrivata a 30,6 miliardi di euro, contro un finanziamento complessivo del SSN nel 2011 di 107 miliardi di euro. La spesa di tasca propria dei cittadini per la salute (in particolare per farmaci, prestazioni specialistiche, assistenza agli anziani non-autosufficienti) è salita del 8% nel periodo di crisi 2007-2010. La tabella 2.5 riporta un dato molto interessante sulle modalità con cui viene sostenuta la spesa in tre aree a forte impatto di *out-of-pocket* puro o tramite libera professione.

Inoltre, aumenta l'insoddisfazione, soprattutto nelle Regioni dove i tagli sono maggiori. Secondo il Censis, per il 31,7% degli italiani il Servizio sanitario della propria Regione è peggiorato negli ultimi due anni (lo pensava il 21,7% nel 2009).

Il futuro è quindi davvero incerto. Per la prima volta nel 2011 il SSN è stato complessivamente finanziato meno di quanto originariamente previsto, e per gli anni a venire sono previsti ulteriori tagli sulle previsioni¹². Così come sono pre-

te le prestazioni sanitarie, anche spazzando via le esenzioni per patologia. E poi una tassa da 3 centesimi su ogni bottiglietta (da 33 cl) di bibite zuccherate e gassate per un incasso annuo di 250 milioni, ma nessuna *tax food*. Entrambe le proposte non hanno avuto seguito.

¹² La legge 191/2009 (legge finanziaria 2010) ha dato attuazione al Patto per la salute 2010-2012 ed ha previsto, per gli anni 2010 e 2011, un incremento di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro, da aggiungere al livello di finanziamento determinato dalla legislazione previgente, pari a 104.564 milioni di euro per il 2010 e 106.884 milioni di euro per l'anno 2011. Lo Stato si impe-

Tabella 2.5: La composizione della spesa out-of-pocket in Italia

	Modalità con cui si è sostenuta la spesa					Totale
	Completamente gratuita	A pagamento con rimborso parziale dell'assicurazione	A pagamento con rimborso totale dell'assicurazione	Ha pagato il ticket / parzialmente a pagamento	Completamente a sue spese	
Visite specialistiche	27,9	1,6	1,1	14,9	54,6	100
Accertamenti diagnostici	45,1	2,0	0,7	34,0	18,2	100
Riabilitazione	33,5	2,1	2,1	22,1	40,2	100

Fonte: Cavazza e De Pietro (2011) - Rapporto OASI 2011 (Elaborazione su dati ISTAT 2007)

visti riduzioni ulteriori nella dimensione della rete ospedaliera e nel personale dipendente o contrattato dal SSN. A titolo di esempio il rapporto tra spesa del Personale su spesa totale del SSN è cambiato così: 41.9% nel 1995, 36.5% nel 2000, 32.8% nel 2005, 32.9% nel 2011¹³.

gna inoltre ad assicurare, con provvedimenti legislativi successivi, l'importo delle risorse aggiuntive del Patto per la salute 2010-2012, pari a 550 milioni di euro per il 2010 e 834 milioni di euro per il 2011.

Il decreto legge 78/2010 ha disposto i seguenti interventi: per il 2010, la copertura di 550 milioni di euro; per il 2011, una riduzione di 418 milioni di euro, e a decorrere dal 2012, una riduzione di 1.132 milioni di euro, per le economie di spesa del personale dipendente e convenzionato del SSN. Contestualmente viene stabilito, a decorrere dal 2011, la riduzione di 600 milioni di euro annui, per lo spostamento di un identico volume di spesa farmaceutica, dalla ospedaliera a quella farmaceutica territoriale. Di conseguenza, il livello di finanziamento per il 2011-2012, è ridotto di 1.018 e 1.732 milioni di euro. La legge 220/2010 (legge di stabilità per il 2011) ha incrementato il livello di finanziamento 2011 di 347,5 milioni di euro, a parziale copertura dei suddetti 834 milioni di euro, limitatamente ai primi cinque mesi del 2011. Successivamente, a seguito dell'Intesa Stato-regioni del 21 dicembre 2011, sono stati erogati altri 105 milioni di euro, in applicazione dell'articolo 17, comma 6 del D.L. 98/2011, con riferimento al periodo compreso tra il 1 giugno 2011 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del D.L. 98/2011 (17 luglio 2011). Conseguentemente, il livello del finanziamento del SSN per il 2011 è risultato di 106.905.300 euro.

Il decreto-legge 98/2011 stabilisce un incremento del livello di finanziamento per il biennio 2013-2014, dello 0,5 per cento del livello 2012 e dell'1,4 per cento del livello 2013, riducendo la spesa di 2.500 milioni e di 5.450 milioni. Il livello di finanziamento del SSN risulta quindi di 109.294 milioni per il 2013 e di 110.786 milioni per il 2014.

¹³ Da segnalare che gli ultimi dieci anni sono già stati anni di "smagrimento" importanti del SSN, a dispetto della percezione di immobilismo che spesso viene riportata nei media. Al contrario, l'azione del management è stata più incisiva di quanto non si pensi. Per esempio nel periodo 2000-2008 i posti letto per ricovero ordinario pubblici ed equiparati sono calati del 20%, quelli dei

Fare di più, con meno, più velocemente, in modo appropriato, coordinandosi con il privato, con operatori che hanno stipendi bloccati fino al 2015. Un missione impossibile senza una Politica responsabile (quella con la P maiuscola), capacità manageriali e coinvolgimento dei professionisti sanitari. Queste le vere sfide, di cui si discuterà nuovamente nell'epilogo.

2.2 L'attuale configurazione del SSN

Come anticipato nel precedente paragrafo, nell'attuale configurazione istituzionale del SSN, tutte le regioni, in qualità di capogruppo, devono individuare le aziende sanitarie pubbliche di cui si compone il proprio SSR. Quindi devono:

1. ridefinire l'articolazione del territorio regionale in ASL;
2. eventualmente costituire in aziende autonome (AO) gli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, quelli individuati come meritevoli dalla regione stessa.

Tale autonomia organizzativa si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale in termini di:

- numero e dimensione media delle ASL e delle AO;
- numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle ASL e conseguente estensione dei meccanismi di "quasi mercato".

La seguente tabella 2.6 presenta l'evoluzione del numero di aziende sanitarie territoriali (ASL) e ospedaliere nelle diverse regioni dal 1992 a oggi e le loro dimensioni medie.

La tabella mette in luce i numerosi processi di accorpamento che hanno caratterizzato le ASL, alla ricerca di economie di scala, scopo e *know-how* che permettessero guadagni di efficienza e di qualità (partendo dal presupposto che volumi di attività più alti e concentrati in pochi professionisti ed erogatori garantiscono migliore qualità delle cure per effetto dell'aumento della *expertise* e competenza tecnica).

privati accreditati dell'8%. Di converso nello stesso periodo sono aumentati i posti letto per day hospital da 24.065 a 31.623. La dotazione media nazionale di posti letto (RO e DH) per acuti è pari a circa il 3,5 per mille abitanti e a 0,6 per non acuti, contro un dato del 5 per mille e del 0,1 per mille degli anni novanta. Sempre nel periodo 1998-2009 le dimissioni ospedaliere sono calate del 3,6%, le giornate di degenza del 16,4%, la degenza media è passata da 7,1 al 6,7 giornate. Dati tratti dalle relazioni annuali del Ministero della Salute e dai rapporti OASI e CEIS.

Tabella 2.6: Le aziende sanitarie alla data del 2011

	ASL					AO							
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/96	Numero al 30/06/01	Numero al 30/09/2011	Popolazione media 2011	N medio presidi a gest. diretta 2010	PL utilizzati medi per presidi a gest. diretta 2008	Numero al 31/12/1992	Numero al 30/06/01	Numero al 30/09/11	N medio stabilimenti AO-2010	PL utilizzati medi per AO-2008	PL utilizzati medi per stabilimento AO-2008
Fiorenzo	63	22	22	13	342.872	1,7	148	7	7	8	1,9	600	300
Valle d'Aosta	1	1	1	1	128.230	1,0	400	-	-	-	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	691.181	0,1	218	16	27	28	3,3	714	205
FA. Bolzano	4	4	4	1	507.657	7,0	242	-	-	-	-	-	-
FA. Trento	11	1	1	1	529.457	7,0	142	-	-	-	-	-	-
Veneziab	36	22	21	21	235.135	1,0	201	2	2	2	1,5	1384	923
Friuli VG	12	6	6	6	205.908	1,8	146	3	3	3	1,3	753	595
Liguria	20	5	5	5	323.368	1,2	327	3	3	1	1,0	422	422
Emilia Romagna	41	13	13	11	402.947	1,9	233	5	5	5	1,0	983	983
Toscana	40	12	12	12	312.484	2,7	294	4	4	4	1,0	804	804
Umbria	12	5	4	4	226.622	2,0	133	2	2	2	2,0	623	311
Marche	24	13	13	12	1.695.336	28,0	105	3	4	2	2,0	623	448
Lazio	51	12	12	12	477.391	4,1	127	3	3	5	1,6	785	448
Abruzzo	19	6	4	4	305.562	5,3	104	-	-	-	-	-	-
Abile	7	4	4	1	319.790	5,0	140	-	-	-	-	-	-
Campania	61	13	13	7	833.437	5,6	140	7	8	7	1,3	473	421
Puglia	55	12	12	6	681.877	4,7	283	4	6	2	1,5	1015	675
Basilicata	7	5	5	2	293.765	3,5	72	1	1	1	2,0	797	200
Calabria	31	11	11	6	535.238	5,3	78	4	4	4	2,0	420	210
Sicilia	62	5	5	9	661.231	6,1	77	10	17	5	2,4	354	210
Sardegna	22	8	8	8	209.420	3,5	122	1	1	1	1,0	475	475
IT ALMA	659	229	197	146	445.250	2,9	169	81	97	81	2,2	631	298

Fonte: Rapporto OASI 2011

NdA: Ulteriori accorpamenti sono avvenuti nel 2013 e previsti nel 2014, tra cui per esempio l'unificazione delle aziende umbre e la creazione della ASL unica della Romagna

2.2.1 Le strutture di erogazione pubbliche

Tra i principali soggetti di erogazione pubblici del sistema sanitario distinguiamo:

- Le aziende sanitarie locali (ASL)¹⁴;
- Le aziende ospedaliere;
- Le aziende ospedaliere universitarie;
- Gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico.

L'ASL

Nell'ordinamento italiano l'azienda sanitaria locale (ASL) è un ente pubblico locale. In passato ente strumentale dei comuni, al quale competeva l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie, dal 1993, secondo prevalente giurisprudenza (Tar Toscana sentenza 17 settembre 2003 n. 5101), ha perso il carattere di organo della Regione, acquisendo una propria soggettività giuridica con un'autonomia che ha poi assunto, stante il disposto dell'art. 3, c. 1 bis del D.Lvo. 502/92 (comma introdotto dal D.Lvo. 19.6.99 n. 229), anche carattere imprenditoriale ("in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale"). Da un punto di vista organizzativo le ASL sono strutturate in distretti sanitari di base, dipartimenti e presidi ospedalieri. In particolare una ASL è un sistema integrato di offerta a più livelli di assistenza che può comprendere:

- Presidio ospedaliero,
- Continuità assistenziale (guardia medica);
- Consultorio;
- Dipartimento di prevenzione e la veterinaria;
- Servizio per le dipendenze patologiche;
- Visite ed esami specialistici;
- Assistenza a casa (domiciliare) e in residenze socio sanitarie;
- Dipartimento della salute mentale;
- Servizi di Psicologia;
- Servizi prenotazione prestazioni (CUP);
- Medico di famiglia.

¹⁴ Che ha seconda del SSR possono assumere denominazioni differenziate, tipo aziende sanitarie provinciali, aziende sanitarie regionali, aziende unità sanitaria locale ecc.

L'azienda ospedaliera

L'azienda ospedaliera è una struttura di ricovero formata da uno o più presidi ospedalieri accorpatis tra loro dal punto di vista giuridico. Può essere costituita autonoma rispetto all'ASL se sussistono i seguenti requisiti:

- un'organizzazione dipartimentale;
- un sistema di contabilità suddivisa per centri di costo;
- vi devono essere almeno tre unità operative di alta specializzazione¹⁵;
- occorre la presenza del reparto di emergenza e accettazione di secondo livello;
- vi devono essere programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale dove osserva il ruolo di ospedale di riferimento;
- deve risultare un'attività di ricovero in degenza ordinaria per pazienti residenti in regioni diverse di almeno il 10% superiore rispetto ai valori medi della regione di appartenenza (si contano gli ultimi 3 anni);
- deve risultare un indice di complessità della casistica dei pazienti in ricovero ordinario di almeno il 20% superiore rispetto ai valori medi della regione di appartenenza (si contano gli ultimi 3 anni);
- un proprio patrimonio immobiliare che permette lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

Anche nel caso che questi requisiti fossero verificati, vi era la previsione che se la costituzione della AO avesse privato la ASL del medesimo territorio della gestione di almeno un ospedale (confluendo quindi l'unico o più presidi ospedalieri nella AO), l'AO non potesse essere costituita per permettere alla ASL di svolgere il compito di garantire direttamente per i propri cittadini, secondo quanto previsto dai LEA, l'assistenza ospedaliera. La Regione Lombardia per prima violò questa indicazione andando a costituire in AO autonome tutti gli ospedali del proprio territorio, dando luogo a un conflitto istituzionale con il governo (Ministero) che si è risolto di fatto con il riconoscimento alla regione della piena competenza in materia a seguito della modifica del titolo V della costituzione.

A titolo illustrativo la seguente figura 2.2 riporta l'organigramma della Azienda Ospedaliera Niguarda di Milano, da cui si evince la struttura organizzativa di una AO.

¹⁵ Sono unità di alta specializzazione quelle originariamente definite con il D.M. 29 gennaio 1992.

- strutture cliniche a gestione diretta universitaria;
- strutture cliniche delle USL convenzionate con le Università;
- strutture cliniche di proprietà privata, convenzionate con l'Università.

Il D.Lvo. 502/1992 ha definito un quadro parzialmente diverso, con la distinzione tra due tipologie di strutture ospedaliere sede di attività accademiche:

1. i policlinici universitari a gestione diretta, caratterizzati da una piena integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia che ne influenzava in maniera rilevante una serie di processi decisionali;
2. gli ospedali clinicizzati, strutturalmente indipendenti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia e con la quale regolavano le attività di ricerca e di didattica sulla base di accordi e convenzioni.

Il D.Lvo 517/99, allo scopo di risolvere i problemi posti dalla "duplicità" di tipologie di ospedali universitari (principalmente di finanziamento, governance e gestione del personale), ha introdotto il modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU). Tale decreto prevedeva, comunque, una fase transitoria di quattro anni durante la quale le AOU si distinguevano in due categorie: i) le AOU integrate con l'Università - ex ospedali clinicizzati; ii) le AOU integrate con il SSN - ex policlinici universitari a gestione diretta.

La suddetta normativa, ripresa anche dai Protocolli d'intesa Regione-Università, prevedeva che la responsabilità per l'assistenza ricadesse sul SSR, mentre quella per la didattica e la ricerca rimanesse attribuita all'Università.

Lo sforzo legislativo per riorganizzare il sistema degli ospedali di insegnamento italiani non riguarda, tuttavia, l'intero universo di aziende sanitarie che svolgono contemporaneamente attività di ricerca, didattica e assistenza: tra tali strutture, infatti, si annoverano anche alcuni presidi ospedalieri di ASL, una serie di AO e qualche struttura di ricovero privata accreditata. Tali categorie di strutture, su cui insiste solo in minima parte l'università, ricadono in un "limbo" normativo che non consente di reiterare formalmente le "storiche" convenzioni con le Facoltà di Medicina locali (ex D. Lgs. 502/92), sebbene di fatto continuino a essere sedi di attività di didattica e di ricerca. Questo è certamente uno dei diversi nodi che rimane ancora da sciogliere nel complesso rapporto tra università e SSN.

Gli IRCCS pubblici

Parallelamente all'evoluzione delle AOU, nel SSN si è affermata un'altra importante categoria di ospedali di ricerca e di insegnamento: gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La disciplina di riferimento degli IRCCS ha le sue origini nella legge 833/1978 (art. 42), successivamente integrata dal D.P.R. 617.1980 e dal D.Lvo 269/1993, poi modificato dal D.Lvo 288/2003

di riordino della disciplina degli IRCCS. Storicamente gli IRCCS dipendevano dal Ministero, ma a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 23 giugno 2005 è stato stabilito che la potestà regolamentare sugli IRCCS rimanga in capo alle Regioni, essendo tali strutture parte integrante della rete di offerta regionale, pur con attrazione e rilevanza spesso sovra-regionale. Alcune di esse hanno sfruttato appieno tale autonomia con la promulgazioni di normative regionali di riordino degli IRCCS (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Veneto, Liguria, Campania, Marche, Lazio e Puglia).

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico si caratterizzano per essere strutture assistenziali d'eccellenza dotate di tecnologie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative particolarmente avanzate. In ogni Istituto è in corso pertanto un complesso processo d'integrazione fra ricerca scientifica e attività assistenziale. Un IRCCS, infatti, deve istituzionalmente produrre conoscenze trasferibili a tutto il SSN. Il decreto legislativo 288/2003 definisce gli IRCCS come enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Sono quindi IRCCS gli ospedali a cui viene dato dal Ministero della Salute, in accordo con la Regione, il "riconoscimento del carattere scientifico". Tale riconoscimento è la procedura attraverso cui queste realtà ospedaliere che trattano particolari patologie di rilievo nazionale, vengono qualificate come IRCCS: ciò conferisce il diritto alla fruizione di un finanziamento statale (che va ad aggiungersi a quello regionale) finalizzato esclusivamente allo svolgimento della attività di ricerca relativa alle materie riconosciute.

Attualmente, gli Istituti che hanno ottenuto tale riconoscimento scientifico sono in totale 43 dei quali 19 di diritto pubblico e 24 di diritto privato¹⁶. La loro attività ha per oggetto aree di ricerca ben definite sia che abbiano ricevuto il riconoscimento per una singola materia (IRCCS monotematici) sia che l'abbiano ricevuto per più aree biomediche integrate (IRCCS politematici). I settori nei quali gli Istituti svolgono la loro attività di ricerca e assistenza riguardano: auxologia, biotecnologie e tecnologie biomediche, cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, geriatria, malattie genetiche ed eredo-familiari, malattie immunodegenerative, malattie infettive, malattie metaboliche, medicina occupazionale, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, patologie croniche, degenerative, disabilitanti, pediatria, psichiatria, riabilitazione, trapianti d'organo.

¹⁶ La lista completa degli IRCCS è scaricabile dal sito del Ministero della Salute.

2.2.2 Le strutture di erogazione private

Tra i soggetti privati possiamo distinguere per tipologia e per natura del finanziamento. Per natura di finanziamento distinguiamo i soggetti privati accreditati, cioè autorizzati a operare per conto del SSN/SSR, da quelli privati pure le cui prestazioni sono pagate direttamente dal cittadino o tramite assicurazione privata.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le aziende private accreditate sono:

- gli ospedali privati accreditati (o Case di Cura private accreditate);
- gli IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) di diritto privato;
- i Policlinici privati a gestione diretta dell'Università;
- gli ospedali classificati¹⁷;
- gli ospedali qualificati presidio di ASL¹⁸.

Tali soggetti rappresentano a livello nazionale il 28% dei posti letto (PL) del SSN con un'elevata differenziazione tra i vari SSR: in Lazio circa il 51% dei posti letto è allocato presso strutture private accreditate; in Liguria, Umbria, Basilicata e Valle D'Aosta meno del 10%. Dal 2007 al 2008 si è registrata una crescita media di PL pari ad 1 punto percentuale, con l'eccezione della Lombardia che è cresciuta di 3 punti percentuali e della Calabria dove, specularmente, i posti letto privati accreditati sono diminuiti di 3 punti.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, i distretti delle ASL si avvalgono di una pluralità di strutture intermedie che oltre che pubbliche possono essere private, e che sono classificabili come segue:

- strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- strutture semiresidenziali come per esempio i centri diurni psichiatrici;
- strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le case protette;
- strutture territoriali come i centri dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute termale, i consultori materno-infantili ecc.

In generale, l'offerta di servizi territoriali è gestita prevalentemente dal pubblico, con però una quota di "strutture territoriali" che a livello nazionale complessivo si attestava intorno al 12% nel 2008. Analizzando il dettaglio regionale, la situazione risulta comunque essere piuttosto diversificata (Carbone *et al.* 2010):

¹⁷ Gli ospedali classificati (ex art. 41 L. 833/1978) sono generalmente strutture di proprietà di Enti religiosi.

¹⁸ Gli istituti qualificati presidio di ASL (ex art. 43 L. 833/1978) rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di Enti religiosi o di soggetti privati.

- nel caso di “Ambulatori e Laboratori”, Lombardia, Puglia, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania e Sicilia si caratterizzano per un contributo del privato accreditato superiore alla media, compreso tra il 62% di Lombardia e l’82% della Sicilia. Tutte le altre regioni, al contrario, presentano valori inferiori alla media nazionale, segnando, i valori più bassi in Piemonte (19%) e Umbria (22%);
- con riferimento alle strutture “Semiresidenziali” e “Residenziali”, sono soprattutto le regioni del Nord Italia (oltre a Molise e la Puglia), a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate che detiene rispettivamente il 73% e quasi il 58% di tali strutture. Anche l’offerta della riabilitazione da parte di strutture territoriali (istituti di riabilitazione ex art. 26) è prevalentemente privata accreditata (78,3% nel 2008)¹⁹;
- per quanto riguarda le “Altre strutture territoriali”, il contributo del privato accreditato è molto limitato a eccezione di Veneto e Campania, che si caratterizzano per un’offerta del privato accreditato pari rispettivamente al 25% e al 27%.

2.2.3 Il mix di finanziamento tra pubblico e privato

La tabella 2.7 presenta la spesa sanitaria pubblica e privata del periodo 1990-2010. Della situazione odierna e del futuro programmato della spesa pubblica si è già detto nei precedenti paragrafi.

Rimane interessante osservare come in termini longitudinali la quota della spesa sanitaria complessiva italiana sul PIL sia cresciuta complessivamente dal 1990 a oggi con un tasso del +27% per il frutto di dinamiche complesse, quali l’invecchiamento della popolazione, l’evoluzione tecnologica, il consumismo dei cittadini, oltre che le inefficienze del sistema sanitario.

Va evidenziato però che tale andamento di crescita positivo è legato maggiormente al trend di incremento della spesa sanitaria privata, ovvero l’insieme delle risorse pagate dai cittadini direttamente (“*out of pocket*”) o attraverso l’intermediazione di soggetti terzi (come per esempio, enti assicuratrici/fondi integrativi) in caso di fruizione di prestazioni sanitarie (+59% rispetto al dato dello 0,3% relativo all’andamento di crescita della spesa sanitaria pubblica, ovvero). Va, inoltre, sottolineato che nell’ultimo anno la spesa sanitaria privata, che rappresenta il 21,6% della spesa sanitaria complessiva, mostra un trend di crescita che si pone in controtendenza rispetto agli andamenti storici: essa è, infatti, cresciuta tradizionalmente con tassi di crescita bassi per lo più speculari a quelli della spesa pubblica fino al 2001 e decisamente contenuti tra il 2003 e il 2007; nel 2010 si è registrato invece un significativo tasso di crescita (2,8%), più del triplo rispetto al

¹⁹ Ministero della Salute “Annuario Statistico del SSN 2008”.

Tabella 2.7: Spesa sanitaria pubblica e privata anni 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
Spesa sanitaria pubblica corrente	41.466	48.752	70.173	96.797	111.168
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	6,1%	0,9%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	74,2%	78,0%	78,4%
- % sul PIL	5,9%	5,1%	5,9%	6,8%	7,2%
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	24.373	27.285	30.591
- variazione %	-	13,0%	2,7%	2,5%	2,8%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	25,8%	22,0%	21,6%
- % sul PIL	1,2%	1,8%	2,0%	1,9%	2,0%
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	94.546	124.081	141.759
- variazione %	-	2,7%	8,8%	5,3%	1,3%
- % sul PIL	7,2%	7,0%	7,9%	8,7%	9,2%
PIL	701.352	947.339	1.191.057	1.429.479	1.548.816
- variazione %	-	7,9%	5,7%	2,7%	1,9%

Fonte: Armeni (2011) - Rapporto Oasi 2011

tasso di crescita della spesa pubblica corrente calcolato sullo stesso periodo (che si è attestato allo 0,9%).

Peraltro anche nell'ambito della spesa sanitaria pubblica, una parte della spesa è legata all'azione di soggetti privati che contribuiscono in qualità di erogatori di beni e servizi al fine istituzionale di tutela della salute del SSN del nostro Paese: il 40% della spesa sanitaria pubblica è legato al finanziamento di soggetti privati accreditati/convenzionati che erogano in nome e per conto del SSN prestazioni sanitarie. La spesa ai soggetti accreditati è la seguente: 8,1% ospedaliera accreditata, 3,9% specialistica convenzionata, 9,1% altra assistenza territoriale convenzionata²⁰. Poi ci sono il 5,9% per la medicina gene-

²⁰ La spesa privata accreditata rappresenta quindi in media il 20-21% della spesa complessiva del SSN (dato 2011) con una forte differenziazione a livello interregionale con un massimo rappresentato dalla Lombardia (28%) e un minimo dalla Valle D'Aosta (6%). Rispetto a questo dato è importante evidenziare due aspetti:

- (i) in termini di composizione, la spesa sanitaria per l'assistenza ospedaliera privata accreditata rappresenta più del 40% (149 euro pro-capite) del totale della spesa sanitaria privata accreditata;
- (ii) in termini longitudinali, la spesa sanitaria privata accreditata ha registrato nel periodo 2002-2008 un incremento del 16% con ruolo rilevante della voce "Altra assistenza privata accredita-

rale convenzionata; quasi il 10% per il finanziamento delle farmacie convenzionate.

Inoltre da segnalare come circa il 30% della spesa pubblica vada alle imprese fornitrici che offrono beni e servizi acquistati in un secondo momento dalle aziende sanitarie pubbliche (29,6% spesa per beni e servizi).

In generale, considerato l'ammontare complessivo della spesa sanitaria corrente (pubblica e privata) pari nel 2010 a 141 miliardi di Euro, circa il 90% si incanala verso soggetti privati in qualità di riceventi l'*out-of-pocket* dei cittadini (21,6%²¹), di erogatori di prestazioni sanitarie per conto del SSN/SSR (40%) e di imprese fornitrici di beni e servizi (30%).

Dell'*out-of-pocket* dei cittadini, oltre l'80% è pagato direttamente, il resto mediato dal sistema assicurativo privato. Questo dato fa intendere come sia contenuto il ricorso in Italia al mercato assicurativo privato, almeno fino a oggi, sebbene non bisogna cadere in inganno e pensare che il mercato assicurativo sanitario del nostro paese sia insignificante o in una fase di stagnazione. Per quanto la crescita del mercato delle polizze sanitarie private non sia tanto visibile quanto quella della spesa sanitaria privata, si registrano degli incrementi circa la sottoscrizione di queste polizze. Nel 1991 il totale dei premi pagati per la stipula di assicurazioni sanitarie private si aggirava intorno ai 405 milioni di euro con un importo medio per famiglia assicurata di 405 euro; nel 2002 si era arrivati a 900 milioni di euro, con un importo medio di 607 euro. Nel 1991 erano 900.000 (il 4,6% del totale) le famiglie ad aver sottoscritto dei contratti di assicurazione sanitaria privata mentre nel 2002 tale numero ha raggiunto quota 1,6 milioni (il 7,5 % del totale). La crescita è continuata, anche se a ritmi contenuti, per tutto l'ultimo decennio (Dati Ania 2010; Cavazza e DePietro 2011).

2.3 Gli archetipi di sistema sanitario regionale

Il Dlgs 502/92 disegnava un assetto del sistema sanitario che a livello regionale vedeva la ASL come soggetto centrale.

La seguente figura 2.3 descrive il modello generale di SSR che poteva risultare dall'applicazione del decreto.

ta" (+40%), quale spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture sanitarie private accreditate dedicate alla lungodegenza (per esempio, strutture residenziali sanitarie assistenziali - RSA). Lo sviluppo del settore privato per quanto riguarda l'assistenza territoriale (in particolare, quella alla lungodegenza) è stato legato anche a una crescita in termini di aumento del numero delle strutture (cfr. infra): nel periodo 1997-2007 le strutture territoriali semiresidenziali e residenziali private accreditate sono passate rispettivamente dall'8% e dal 5% al 57% e al 73% spostando l'offerta da prevalentemente pubblica a prevalentemente privata (Longo e Tanzi; 2010; Lecci e Liotta, 2006).

²¹ Le stime prodotte dal CeRGAS indicano che l'*out-of-pocket* copre circa il 57% delle visite specialistiche (tra cui il 92% delle visite odontoiatriche, il 64% delle visite ostetrico-ginecologiche e il 57,1% delle visite dietologiche), il 21% degli accertamenti e il 5% dei ricoveri.