

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO: PROFILI GENERALI

The Italian National Health Service: general profile

Roberto Egidi
Università degli Studi di Perugia

SOMMARIO

1. Evoluzione normativa. 2. La centralità della persona. 3. Principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale: universalità, uguaglianza, equità. 4. La globalità della copertura assistenziale: i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'appropriatezza delle prestazioni. 5. Il finanziamento pubblico dei livelli di assistenza. 6. I soggetti erogatori delle prestazioni. 7. Valutazioni conclusive

Resumen

Il SSN italiano é considerato dalla Organizzazione mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione. Insomma, il Sistema sanitario italiano, almeno nell'ambito del panorama europeo, si colloca in un' area di assoluta eccellenza, soprattutto con riferimento al rapporto tra risorse utilizzate e crescita in termini di salute della popolazione.

Parole chiave: Italia, Servizio nazionale sanitario, assistenza, finanziamento

Abstract

The Italian National Health Service is considered by the WHO as one of the best in Europe, if not in the World, on the basis of three main indicators: the progress of the state of the population's health; the answer to the health's and clinic assistance expectatives of the citizens; and the guarantee of medical attention to the whole of the population. The Italian health services, at least in the European panorama, can be considered in an area of absolute excellence, specifically, considering the link between employed resources and the growth of the population's health.

Keywords: Italy, National Health Service, assistance, funding

1. Evoluzione normativa

L'evoluzione normativa del Sistema Sanitario Nazionale Italiano —di seguito SSN— ha come punto di riferimento essenziale l'art. 32 della Costituzione. Tale disposizione affida alla Repubblica la tutela del diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.

La norma costituzionale costituisce dunque il perno centrale del sistema, non soltanto per quanto riguarda strettamente il quadro normativo di riferimento del SSN, ma anche, e soprattutto, perché si tratta di una disposizione che ha consentito una rilettura costituzionalmente “orientata” di numerosi istituti civilistici correlati alla tutela del “bene” salute (si pensi alla percorso evolutivo e al dibattito —peraltro ancora *in itinere*— sulla ricostruzione del danno alla salute e del danno esistenziale).

Prima di ripercorrere l'evoluzione normativa che ha portato alla istituzione del SSN, si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione su due aspetti fondamentali e rilevanti, entrambi desumibili dall'art. 32 della Cost. .

Il primo: la norma costituzionale affida espressamente la tutela della salute alla Repubblica Italiana (e non allo Stato Italiano). Il che significa che la cura e la tutela della salute dei cittadini è affidata a tutti i soggetti attori del sistema —che non si esauriscono nel concetto di “Stato” — cioè all'insieme di soggetti pubblici coinvolti nel comparto “sanità” (Stato ed altri enti pubblici, territoriali e non). È noto, infatti, che quando la Costituzione utilizza il termine “Repubblica” non si riferisce al concetto di Stato *strictu sensu* considerato, ma a tutti gli altri soggetti pubblici ed enti che concorrono a costituire la repubblica in base a quanto previsto dall'art. 114, secondo la distribuzione di competenze previste dalla stessa Costituzione e dalla legislazione di settore.

Il secondo: la tutela della salute è un valore costituzionale riferibile non soltanto al singolo cittadino, al singolo individuo, ma alla collettività nazionale, universalmente considerata.

Per una piena attuazione dei principi costituzionali espressi dall'art. 32, si è dovuto attendere quasi trent'anni. Il SSN, infatti, è stato istituito dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, che costituisce ancora oggi, pur con i numerosi interventi di riforma che si sono susseguiti nel tempo, l'impianto base di riferimento.

Prima della istituzione del SSN, il sistema sanitario era affidato ad una serie di enti mutualistici (cosiddette “casse mutue”); il diritto alla salute, quindi, era strettamente connesso allo *status* di “lavoratore” (e, in quanto tale, di iscritto ad un determinato Ente mutualistico) e non di cittadino. In estrema sintesi, si trattava di un sistema basato su di un regime di assicurazione per categorie che garantiva l’assistenza sanitaria ai soli soggetti iscritti (ciò in sostanziale antitesi con il principio di universalità della prestazione posto alla base del SSN). Ciò comportava, peraltro, inevitabili disuguaglianze di trattamento, correlate all’appartenenza dell’assistito ad Enti mutualistici più o meno “ricchi” e, quindi, in grado di erogare servizi qualitativamente e quantitativamente migliori.

Il modello “mutualistico” è stato superato con l’istituzione del SSN avvenuta ad opera della legge 833/78. La norma istitutiva definisce il SSN come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati al mantenimento della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l’uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del servizio.

Secondo la configurazione originaria delineata dalla legge 833/78, l’attuazione del servizio era affidata allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, con la partecipazione dei cittadini. Gli organismi di base del servizio sanitario erano le cosiddette Unità Sanitarie Locali —circa seicento in tutto il territorio nazionale— chiamate a garantire ai cittadini, in modo uniforme, la tutela della salute e l’erogazione diretta —o tramite strutture collegate— di prestazioni di cura e prevenzione.

Il modello di organizzazione delineato dalla legge 833/78 affidava la maggior parte dei compiti operativi del servizio ai Comuni, mentre le funzioni di coordinamento, e soprattutto di programmazione e finanziamento, erano attribuite alle Regioni. Ben presto, però, tale modello ha mostrato e palesato non poche criticità ed evidenti punti di debolezza. Innanzitutto, l’indeterminatezza e l’ambiguità organizzativa della USL: non essendo ben definiti i ruoli e i rapporti tra enti e soggetti pubblici coinvolti, ne scaturiva un intreccio di competenze e funzioni tra stato, regioni e comuni, a tutto discapito della efficienza ed efficacia dell’azione amministrativa.

Le Unità Sanitarie Locali si presentavano, di fatto, come centri (autonomi) di potere locale, attuando una gestione spesso orientata a finalità prevalentemente politico/clientelari. L'eccessiva politicizzazione delle USL e dei relativi organi comportava, inevitabilmente, una sostanziale inefficienza gestionale, caratterizzata da comportamenti non sempre ineccepibili (frequenti erano gli episodi di malcostume di tipo corruttivo, soprattutto nel settore degli appalti e delle forniture di beni e servizi).

Tali criticità, unitamente all'assenza di un'attività di pianificazione e programmazione finanziaria hanno comportato l'aumento incontrollato dei costi di gestione, divenuti ben presto insostenibili, tanto da richiedere costanti interventi pubblici per il ripianamento dei disavanzi di bilancio.

A fronte della preoccupante situazione venutasi a creare dopo neanche un decennio di esperienza, è stata avvertita l'improcrastinabile esigenza di avviare una serie di interventi correttivi ed integrativi del modello introdotto dalla legge 833/78. Così, a partire dall'inizio degli anni 90, è stata avviata una lunga stagione di riforme – peraltro caratterizzata da numerose tappe – finalizzata a neutralizzare e migliorare le numerose discrasie e criticità che il SSN, così come congegnato dalla legge 833/78, aveva ben presto palesato.

Il progetto di riforma prevedeva alcuni mirati interventi correttivi e integrativi dell'impianto normativo base, ispirati dalla esigenza assolutamente prioritaria di realizzare un efficace sistema di controllo e di riduzione della spesa. Le linee guida di tali interventi possono essere così sintetizzate: potenziamento della compartecipazione dei cittadini alla spesa per alcune prestazioni (ad esempio, con l'introduzione dei cosiddetti "ticket"); aumento dei contributi sanitari da parte dei lavoratori; contrazione delle prestazioni erogabili a carico del SSN; provvedimenti limitativi su aspetti organizzativi e gestionali (ad esempio, blocco delle assunzioni, limiti di spesa più rigorosi per l'acquisto di beni e servizi).

Il riassetto e il riordino del SSNI è stato delineato, in una prima fase, nel biennio 1992-1993, con il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e con il D. Lgs. 517/1993.

I punti cardine di questa prima fase del processo di riforma, possono essere così sintetizzati: estromissione, praticamente totale, dei Comuni dalla gestione della sanità;

- forte riduzione delle numero della USL sul territorio nazionale (da 600 a 200 circa);
- trasformazione delle unita sanitarie in Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere), dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale- contabile, gestionale e tecnica (l'aziendalizzazione delle USL ha come primo obbiettivo quello di isolare, o, quantomeno, arginare, i fenomeni di eccessiva politicizzazione, garantendo, al contempo, una maggiore responsabilizzazione finanziaria delle regioni);
- introduzione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accREDITAMENTO delle strutture private nell'ambito del SSN e un sistema di finanziamento mediante pagamento delle prestazioni erogate sulla base di tariffe definite dalle singole regioni, tenendo conto del costo delle prestazioni;
- introduzione del principio di libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino (la spesa viene pagata secondo un tariffario nazionale individuato dal ministero e dalle regioni);
- adozione di adeguati sistemi di verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Si può senza dubbio affermare che l'aspetto più saliente della prima fase del processo di riforma del SSN è rappresentato dall'avvio della c.d. aziendalizzazione delle USL che ha portato sostanzialmente ad una profonda trasformazione dei criteri di gestione dei soggetti erogatori del SSN. Le aziende sanitarie assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria per conto della Regione, assumendo, quindi, un ruolo determinante rispetto all'esigenza di tutela della salute, valore costituzionalmente garantito.

L'introduzione del principio di aziendalizzazione nel SSN risale al riordino del 1992 e trova origine nelle già accennate difficoltà incontrate dal modello collegiale delle USL come strutture operative dei Comuni.

Uno dei momenti più significativi della seconda fase della riforma, attuata con l'emanazione del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, è senza dubbio rappresentato dal rafforzamento del ruolo delle Regioni, attraverso l'ampliamento delle competenze e delle attribuzioni in materia di programmazione e di gestione di servizi. In particolare, con la razionalizzazione del 1998-1999, la conferma della personalità giuridica di diritto

pubblico delle aziende sanitarie è accompagnata dall'assorbimento delle sei autonomie originariamente previste (organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile) nella più pregnante e onni-comprendiva autonomia imprenditoriale.

L'esigenza del legislatore era triplice: riaffermare la natura di aziende pubbliche all'interno del SSN, dotare tali enti di maggiore autonomia al fine di favorire una più efficiente utilizzazione delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda, consolidamento del processo di regionalizzazione del SSN.

Con il D. Lgs. 229/99, in sostanza, da un lato è stata attribuita alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo in materia di sanità, dall'altro sono stati recuperati significativi spazi di intervento dei Comuni in alcuni settori della gestione regionale. Più in particolare, diversamente da quanto previsto dalla legge istitutiva del SSN, il Comune non è più coinvolto nella gestione diretta del servizio sanitario, ma assume un importante ruolo di collaborazione con la Regione nella formulazione delle strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione locale, nonché nella valutazione della congruità dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di intervento.

2. La centralità della persona

In un sistema sanitario che pone a riferimento essenziale la tutela della salute come valore costituzionalmente garantito, il principio cardine del sistema stesso non può che essere quello della "centralità" della persona (persona, intesa come utente e destinatario del servizio). La centralità della persona nell'ambito del SSN si manifesta e si concretizza attraverso il riconoscimento, nei confronti dei cittadini-utenti, di una serie di diritti e prerogative fondamentali.

Il primo di questi diritti è quello della "libera scelta" del medico o del pediatra di base.

Il cittadino deve poter scegliere liberamente e consapevolmente il medico di base —denominato anche medico di famiglia— in ossequio alla ineludibile esigenza di stabilire tra assistito e medico un rapporto fiduciario, il cui venir meno può comportare anche la revoca della scelta. Il rapporto con il medico di base comprende numerose prestazioni (ad es.

visite in ambulatorio, assistenza domiciliare, prescrizione di farmaci e/o accertamenti diagnostici, certificazioni, ecc.) e, normalmente, rappresenta la prima forma di contatto tra cittadino e SSN.

Il medico di base, d'altra parte, costituisce una figura di riferimento spesso determinante per l'evoluzione delle scelte che l'utente deve compiere proprio in tema di salute e che devono essere supportate con professionalità, coscienza e consapevolezza. Il rapporto tra il medico di base e il paziente è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale. In particolare, il diritto di opzione da parte degli utenti —che può essere esercitato entro il tetto massimo di assistiti riconosciuto al singolo medico— ha una validità annuale ed è tacitamente rinnovabile.

Il secondo diritto riconosciuto all'utente del SSN è rappresentato dalla libertà di scelta del luogo di cura, alle condizioni previste dalla normativa vigente. Per consentire un esercizio consapevole ed "informato" del diritto di scelta del medico e del presidio di cura, l'art. 14, comma 6, del D. Lgs. 502/92 prevede la pubblicazione, a cura del Ministero della Sanità, dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione, nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti.

La centralità della persona, quale principio cardine del SSN, è tutelata anche attraverso strumenti ed istituti finalizzati a garantire la più ampia informazione e partecipazione del cittadino utente, rispetto alla tipologia dei servizi erogati.

In tale direzione, appare sicuramente significativa l'introduzione, fin dal 1992, della Carta dei servizi sanitari. Si tratta di un documento finalizzato, in particolare, a realizzare un miglioramento complessivo del SSN che consenta, attraverso il monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate agli assistiti, anche il raggiungimento di una sostanziale uniformità dei livelli di qualità dei servizi erogati in tutto il territorio nazionale.

Con l'introduzione di meccanismi di misurazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie —veri e propri indicatori della qualità— si è voluto, in un certo senso, riqualificare e valorizzare il rapporto tra cittadino-utente e SSN, non soltanto in ossequio al diritto di

informazione dell'utente, ma soprattutto per consentire un costante controllo sul raggiungimento degli obiettivi.

Gli indicatori per la verifica dello stato di attuazione dei diritti di cittadini e della qualità dei servizi resi, vengono utilizzati dalle Regioni anche per esigenze connesse alla programmazione, nonché per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Sotto il profilo della partecipazione del cittadino, le Regioni promuovono consultazioni con i cittadini, le organizzazioni sindacali, nonché con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere utili informazioni sull'organizzazione dei servizi.

Sempre in tale ottica, le strutture sanitarie territoriali (Aziende sanitarie locali e ospedaliere), al fine di agevolare l'orientamento dei cittadini nel SSN, devono attivare efficaci sistemi di comunicazione e informazione, sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi.

La centralità della persona nell'ambito del SSN è ulteriormente confermata dal riconoscimento ai cittadini-utenti dei cosiddetti Diritti di opposizione e del c.d. "Consenso informato".

L'art. 14, comma 6, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, prevede l'adozione, a richiesta degli assistiti, delle misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza, da parte del direttore sanitario e del dirigente sanitario del servizio.

Tale strumento para "oppositivo", in pratica, consente al cittadino di tutelarsi rispetto ad atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, attraverso osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, su cui è chiamato a decidere il Dirigente generale della USL o dell'azienda, sentito il direttore sanitario.

La *ratio* posta, invece, alla base del c.d. "Consenso informato" è ravvisabile nella esigenza da parte del cittadino di essere preventivamente informato circa le caratteristiche delle prestazioni sanitarie cui deve essere sottoposto e, soprattutto, le loro conseguenze, consentendo in tal modo all'assistito una scelta libera e consapevole rispetto al *trattamento* sanitario prospettato nel caso specifico. Il diritto al consenso informato è stato oggetto di interessanti elaborazioni a livello giurisprudenziale.

La Corte di Cassazione ha più volte affermato che l'omissione di un'adeguata informazione preventiva al paziente, vizia alla radice il contratto e fa sorgere una precisa responsabilità per danni a carico del medico. Più in particolare, è stato affermato il diritto del paziente ad ottenere una pronuncia di attribuzione di responsabilità del medico che abbia omesso di raccogliere il consenso informato anche qualora la prestazione sanitaria venga eseguita senza errori. In sintesi, secondo tale indirizzo, il consenso del paziente fungerebbe da presupposto di liceità del trattamento medico, con la conseguenza che la mancanza di un consenso opportunamente "informato" del malato, o la sua invalidità per altre ragioni, determinerebbe l'arbitrarietà del trattamento medico e la sua rilevanza penale, salvo le ipotesi in cui ricorra lo stato di necessità, ovvero se specifiche previsioni di legge autorizzino il trattamento sanitario obbligatorio ai sensi dell'art. 32 Cost.

Si segnala, peraltro, che, ad arricchire il panorama giurisprudenziale, è intervenuta recentemente una nuova sentenza della Corte di Cassazione, con cui la stessa ha adottato un diverso percorso interpretativo (Cfr. Sentenza n. 2437 del 20 gennaio 2009). In tale occasione la Suprema Corte ha, infatti, affermato che ove "*... il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle leges artis, si sia concluso con esito fausto, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative ipotizzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale...*" .

3. Principi fondamentali del servizio sanitario nazionale: universalità, uguaglianza ed equità di accesso alla prestazione

La normativa istitutiva del SSN (legge 833/1978) prevede che "Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

La portata innovativa di tale disposizione rispetto al previgente sistema basato sui soppressi enti mutualistici appare evidente: l'assistenza sanitaria non può essere erogata soltanto a favore di particolari categorie di soggetti (ad esempio, gli iscritti agli enti mutualistici), ma a tutta la popolazione. Attraverso il principio di universalità viene sostanzialmente riconosciuto il diritto ad un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza alcuna distinzione.

Occorre, peraltro, segnalare che tale principio generale è stato progressivamente migliorato con l'introduzione di alcuni correttivi quali, ad esempio, la situazione reddituale dei beneficiari o la previsione della compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli assistiti, se non, addirittura, l'esenzione totale dalla spesa. Ulteriori correttivi al principio dell'accessibilità generalizzata alle prestazioni sanitarie, sono stati apportati intervenendo sulla appropriatezza e l'adeguatezza delle prestazioni sanitarie richieste.

Tale processo evolutivo ha determinato il passaggio da un concetto di universalità "forte" e incondizionata —rispondente al modello del "tutto a tutti a prescindere dai bisogni"— contraddistinto da una sostanziale uniformità organizzativa sull'intero territorio nazionale, ad un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha effettivamente bisogno; modello, quest'ultimo, non necessariamente ancorato, almeno in una fase iniziale, alla sussistenza di una uniformità organizzativa su tutto il territorio nazionale.

Con il nuovo riassetto costituzionale derivato dalla riforma del titolo V, i principi di universalità e uguaglianza caratterizzanti il SSN sono stati correlati non tanto alla uniformità organizzativa sul territorio, quanto al concetto di eguaglianza rispetto ai livelli essenziali di assistenza che, come verrà di seguito precisato, sembra rispondere in modo più adeguato e soddisfacente alle esigenze e alle finalità di un Servizio Sanitario cui è demandata la tutela della salute di tutti i cittadini che rappresenta, come accennato, un valore costituzionalmente garantito.

Dunque, nella selezione delle prestazioni da erogarsi a carico del SSN, il criterio-guida non può che essere quello dell'appropriatezza; criterio riferibile non soltanto all'aspetto "clinico" (prestazioni più idonee ed efficaci a fronte delle necessità cliniche accertate), ma anche al profilo

più strettamente gestionale; con la conclusione che deve ritenersi “appropriata” la prestazione più efficace sotto il profilo clinico che comporti il minor dispendio possibile di risorse.

D'altra parte, se la pressione della domanda di prestazioni sanitarie non è opportunamente filtrata attraverso il criterio guida dell'appropriatezza e, quindi, è soggetta ad un aumento incontrollato —come purtroppo è avvenuto spesso, soprattutto nella prima fase della riforma— il sistema potrebbe non rivelarsi più in grado di assicurare adeguate prestazioni a tutti coloro che ne hanno effettivamente bisogno. Senza considerare che un carente controllo sulla quantità e qualità della spesa sostenuta per le prestazioni erogate, non consente di utilizzare e dirottare le necessarie risorse verso le aree più bisognose (insomma, l'equilibrata ed oculata gestione economica della spesa sanitaria rappresenta una delle condizioni essenziali per garantire l'effettività dei principi di universalità e uguaglianza).

Sul tema può dunque conclusivamente affermarsi - come sottolineato da molti commentatori - che pur costituendo il principio di uguaglianza un vero e proprio limite esterno (ed invalicabile) rispetto al principio di universalità del SSN, entrambi costituiscono, però, un presupposto ineludibile per contrastare le conseguenze negative delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche delle singole aree geografiche.

4. La globalità della copertura assistenziale: i lea e l'appropriatezza delle prestazioni

La globalità della copertura assistenziale rappresenta un altro principio cardine del SSN. In estrema sintesi, sulla base di tale principio, gli obiettivi del Sistema sanitario sono ravvisabili non soltanto nella erogazione di assistenza nei confronti del singolo utente, ma nella cura del benessere psico-fisico della persona (e della popolazione); sotto tale profilo, quindi, il SSN deve garantire adeguati interventi in ottica di prevenzione, cura e riabilitazione. Ciò in perfetta sintonia con le esigenze di tutela della salute che la stessa Costituzione, come più volte sottolineato, qualifica come diritto del singolo e interesse della collettività.

Il principio di globalità, dunque, implica che il SSN svolga non soltanto funzioni erogative di servizi assistenziali, ma anche interventi a carattere autoritativo e di indirizzo generale, in materia di igiene, di sanità pubblica, di sicurezza sul lavoro, di tutela dagli inquinamenti, e così via.

Il principio di globalità ha trovato piena attuazione nell'ordinamento italiano attraverso l'introduzione dei cosiddetti livelli essenziali di assistenza (LEA), che costituiscono il perno centrale su cui ruota il funzionamento del SSN.

I LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I livelli essenziali di assistenza, individuano, in altri termini, i bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero della salute e il loro livello di adeguatezza rispetto alle esigenze della popolazione. Ciò in perfetta sintonia con l'esigenza di tutela della salute quale valore costituzionalmente garantito.

I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che i predetti livelli, anche se non esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili, in astratto, al singolo e alla collettività, debbano prevedere comunque, una soglia minima (irrinunciabile) di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

I livelli di assistenza, da individuarsi tenendo conto anche dei dati epidemiologici e clinici della popolazione, vengono definiti dallo Stato in sede di adozione del Piano sanitario nazionale, nel rispetto di cinque fondamentali principi: la dignità della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria, la qualità ed appropriatezza delle cure, con riguardo alle specifiche esigenze, l'economicità nell'impiego delle risorse.

I livelli essenziali di assistenza, per caratteristiche e finalità proprie, non costituiscono un dato "statico", storicamente immutabile; ed invece, i livelli di assistenza che potevano valere venti anni fa non possono

essere certamente più attuali, se non altro in considerazione della evoluzione della ricerca e del progresso scientifico.

Si tratta, dunque, di parametri dinamici soggetti a continui aggiornamenti, adeguamenti, che non possono non tenere conto dell'evolversi delle condizioni di salute della popolazione, dei relativi bisogni sanitari, dello sviluppo scientifico, dei progressi della ricerca, nonché del miglioramento delle conoscenze scientifiche.

Sotto tale profilo, si giustifica l'attribuzione al Ministero, insieme alle Regioni, del compito di promuovere, attraverso un costante monitoraggio, l'aggiornamento periodico dei LEA, provvedendo, se necessario, a superare e risolvere le eventuali disomogeneità sul territorio nazionale per quanto attiene il livello e la qualità di erogazione delle prestazioni.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie definite essenziali è garantita dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente. La possibilità di introdurre vincoli di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, non sembra porsi in contrasto con il principio di solidarietà; d'altra parte, è proprio attraverso un sistema di esenzioni equo e razionale —per certi versi “redistributivo”— che si può consentire anche ai cittadini meno abbienti di accedere al servizio senza oneri di spesa.

Sul piano concreto-operativo, i livelli essenziali di assistenza comprendono le varie tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal piano sanitario nazionale —ricondotte genericamente nell'accezione “assistenza sanitaria”— e vengono garantiti attraverso le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e i soggetti privati accreditati.

La definizione (individuazione) dei livelli essenziali di assistenza è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

La Corte costituzionale ha di recente ribadito come la determinazione dei LEA in materia riconosce allo Stato il potere di fissare la quantità, la qualità e la tipologia delle prestazioni cui tutti gli utenti hanno diritto nell'intero territorio nazionale. Nel porre tali livelli essenziali, lo Stato ha facoltà di dettare norme di principio o di dettaglio, avendo cura di

operare con legge le scelte di carattere generale, all'interno delle quali la legge stessa deve stabilire adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori.

In pratica, il DPCM che definisce e individua i livelli essenziali di assistenza deve anche elencare le prestazioni non fornite dal SSN o perché non hanno come fine diretto la tutela della salute o perché la loro efficacia non è stata riconosciuta a livello scientifico.

A titolo esemplificativo, non sono riconducibili nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, gli interventi di chirurgia estetica, le medicine non convenzionali, le vaccinazioni per soggiorni all'estero, le certificazioni mediche per interessi privati. Devono, invece, ritenersi parzialmente escluse dai livelli essenziali, le prestazioni che possono essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa; ad esempio: che il regime di erogazione della prestazione (ricovero, day hospital, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più efficiente delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente.

Sono considerate, invece, prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza (organizzativa) alcuni interventi chirurgici che molto spesso vengono eseguiti in ricovero ordinario pur potendo essere eseguiti, in considerazione della loro relativa semplicità di esecuzione, in regime di day hospital (ad esempio asportazione delle tonsille, ecc.). In tali particolari casi, le Regioni devono adottare, attraverso una attenta valutazione complessiva, gli interventi più opportuni per ricondurre il numero degli interventi entro una soglia ragionevole.

Sotto tale profilo, dunque, appare evidente come per garantire una gestione finalizzata all'appropriatezza e all'adeguatezza dei livelli essenziali di assistenza, il ruolo delle Regioni sia da ritenere assolutamente primario e fondamentale. In altri termini, le Regioni sono chiamate ad adottare le misure organizzative, strutturali e gestionali necessarie a garantire che le prestazioni sanitarie vengano erogate nei regimi più appropriati ed adeguati tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte della aziende sanitarie ed ospedaliere, ovviamente senza sacrificare

l'appropriatezza e adeguatezza dell'intervento sotto il profilo della efficacia clinica.

Per concludere il quadro sin qui delineato in tema di livelli essenziali di assistenza, appare interessante evidenziare, sinteticamente, le criticità e le anomalie che, con maggiore frequenza, possono avere un impatto negativo in termini di accesso alle prestazioni sanitarie riconducibili nei livelli essenziali di assistenza:

- carente diffusione di servizi sanitari in alcune aree del territorio (sia per l'assistenza domiciliare che residenziale);
- onerosità della quota di compartecipazione alla spesa connessa all'adozione di criteri non idonei a selezionare correttamente gli assistiti (ad esempio sistemi e parametri di esenzione non adeguati);
- disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche di alta complessità nelle diverse aree territoriali, con frequenti disparità di trattamento tra i cittadini seconda delle aree geografiche di residenza);
- liste di attesa: l'eccessiva lunghezza delle liste rappresenta, di fatto, la negazione del diritto ai livelli essenziali di assistenza.

5. Il finanziamento pubblico dei livelli essenziale di assistenza

Passiamo ora ad esaminare, sia pure sinteticamente, i criteri, le modalità e le forme di finanziamento del SSN e dei livelli essenziali di assistenza che lo stesso deve garantire in modo omogeneo e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il SSN attualmente è finanziato attraverso entrate proprie, provenienti dalla fiscalità generale, e, per una parte residuale, da trasferimenti erariali. Le entrate di natura fiscale sono rappresentate da quote di compartecipazione al gettito proveniente dal settore impositivo diretto (Imposte sui redditi delle persone fisiche e Imposta sulle Attività Produttive) e indiretto (compartecipazione al gettito IVA, alle accise sulla benzina).

Alle entrate provenienti dal sistema fiscale, vanno aggiunti, quali ulteriori fonti di finanziamento, i proventi derivanti dalle varie forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti, come ad esempio le prestazioni sanitarie rese a pagamento. Il gettito annuale corrispondente alle quote di partecipazione al costo delle prestazioni

dovute dagli assistiti concorre, quindi, a formare le disponibilità finanziarie complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'attuale sistema di finanziamento rappresenta senza dubbio un'evoluzione rispetto al previgente meccanismo fondato sul riparto di un Fondo sanitario nazionale (praticamente una sorta di contenitore a destinazione vincolata, che lo Stato distribuiva tra le Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza).

In estrema sintesi, il sistema di finanziamento pubblico del SSN, oltre ai proventi derivanti dai servizi a pagamento e dai ticket, è prevalentemente costituito da entrate proprie delle Regioni —sia pure provenienti dal sistema della fiscalità (come l'IRAP, l'addizionale IRPEF, la compartecipazione all'IVA, le accise sulla benzina e altre entrate minori)— e da una quota assolutamente residuale di interventi statali, provenienti dal Fondo sanitario nazionale (come le quote necessarie per finanziare le spese connesse ad accordi internazionali).

Le entrate derivanti dalle varie fonti di finanziamento devono servire a finanziare tutte le prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza. Sotto tale profilo, dunque, appare assolutamente determinante l'adozione, da parte delle Aziende facenti parte del SSN, di criteri di gestione prudenti ed equilibrati, al fine di evitare che una sostanziale inefficacia gestionale possa precludere il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In ogni caso, per le Regioni che si trovino nell'impossibilità di finanziare il fabbisogno sanitario attraverso le sole entrate regionali provenienti dalla fiscalità generale —che, ovviamente, sono proporzionali alla capacità contributiva e produttiva di ogni singola regione— è tuttavia previsto l'intervento da parte di un "Fondo perequativo nazionale", alimentato con parte del gettito della compartecipazione all'IVA.

Si ritiene opportuno fare, infine, un cenno ai cosiddetti Patti di stabilità con cui, periodicamente, a partire dall'anno 2000, lo Stato e le Regioni definiscono gli impegni finanziari dei diversi livelli territoriali di governo della sanità, promuovendo una sorta di responsabilità condivisa in merito al rispetto degli equilibri di bilancio.

In pratica, con i Patti di stabilità viene concordata, in relazione ad un determinato intervallo temporale (normalmente il triennio), l'entità dei

trasferimenti statali alle Regioni per il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza. Sulla base dei patti di stabilità, le Regioni si impegnano a finanziare, con risorse proprie, le eventuali eccedenze di spesa derivanti da accresciute esigenze connesse all'aumento della richiesta di servizi o dei livelli di assistenza, oppure da eventuali e (responsabili) inefficienze gestionali.

Con la stipula di tali Patti, in altri termini, le Regioni sono chiamate ad assumere una maggiore responsabilità di gestione del bilancio, con riferimento sia all'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da recuperi di efficienza del sistema sanitario regionale, sia agli interventi finalizzati al ripianamento di eventuali disavanzi.

6. I soggetti erogatori delle prestazioni

Il SSN italiano, fin dalla sua istituzione, ha previsto la possibilità di avvalersi, nella erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, oltre che dei vari soggetti pubblici che ne fanno parte integrante (*in primis* aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere), di soggetti privati e privati senza scopo di lucro, ovviamente a condizioni che questi ultimi siano in grado di garantire determinati standard.

I soggetti privati, una volta inseriti e integrati nel sistema, vengono considerati a tutti gli effetti attori essenziali del SSN; in effetti, l'erogazione di livelli essenziali e uniformi di assistenza viene garantita non solo attraverso i presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere, dalle aziende universitarie e dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma anche attraverso soggetti "accreditati" (strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, strutture private lucrative e non lucrative e professionisti che ne facciano richiesta), nel rispetto di particolari accordi contrattuali.

La scelta di un sistema sanitario di tipo "integrato" (pubblico/privato) è stata sostanzialmente confermata dal legislatore in sede di riforma del 1998-99. In tale occasione, infatti, il modello convenzionale è stato superato appunto da un sistema integrato fondato su meccanismi di relazione tra soggetti erogatori privati e SSN, utilizzando i seguenti meccanismi selettivi: le autorizzazioni alla realizzazione delle strutture e all'esercizio dell'attività e l'accreditamento istituzionale.

Le autorizzazioni costituiscono il requisito di base per l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie e sottendono la presenza di standard minimi di sicurezza e qualità delle prestazioni; le autorizzazioni si applicano, in particolare, alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione.

L'accreditamento istituzionale, invece, rappresenta il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale. Una volta ottenuto l'accreditamento, la disciplina dell'attività sanitaria svolta dal soggetto accreditato viene affidata ad appositi accordi contrattuali. In pratica, con la stipula di tali accordi, i soggetti accreditati acquisiscono la qualifica di erogatori (concessionari) del pubblico servizio sanitario (per conto del SSN).

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, alle strutture private lucrative e non lucrative e ai professionisti che ne facciano richiesta, verificata la presenza di ulteriori requisiti di qualificazione, di adeguata funzionalità delle strutture rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, nonché previa verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture da accreditare.

7. Considerazioni conclusive

Il SSN italiano è considerato dalla Organizzazione mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione. Insomma, il Sistema sanitario italiano, almeno nell'ambito del panorama europeo, si colloca in un'area di assoluta eccellenza, soprattutto con riferimento al rapporto tra risorse utilizzate e crescita in termini di salute della popolazione.

A fronte di questo dato "incoraggiante", non mancano, tuttavia, situazioni di estrema inefficienza soprattutto in alcune aree geografiche del Mezzogiorno che si contrappongono ad esempi di assoluta eccellenza riscontrabili in altre aree geografiche, soprattutto del centro nord. Un

Italia, dunque, a due velocità, anche per quanto riguarda l'erogazione dei servizi sanitari. Quali sono le possibili cause? Certamente queste non possono essere ravvisate esclusivamente nella carenza di mezzi e risorse; è molto più verosimile pensare che le difficoltà riscontrabili in certe aree geografiche siano più verosimilmente correlate a inefficienti modalità gestionali, certamente non ispirate ad una corretta logica aziendalistica.

Ad esempio, molte Regioni del mezzogiorno, nonostante il processo di aziendalizzazione consolidatosi alla fine degli anni novanta, hanno mantenuto, se non addirittura implementato (effettuando anche cospicui investimenti), modelli organizzativi assolutamente superati e non più in linea con gli standards attuali, con la conseguenza che agli elevati livelli di spesa raggiunti non è corrisposta un'adeguata qualità dei servizi erogati, spesso scadenti o comunque al di sotto degli standards attesi.

Tale delicata situazione favorisce sempre più consistenti flussi di mobilità di pazienti, tendenzialmente dal Sud verso il Nord, alla ricerca di prestazioni e livelli essenziali di qualità non fruibili presso le strutture delle Regioni di appartenenza (i cosiddetti fenomeni di “migrazione sanitaria” da regione a regione che pongono non soltanto questioni etiche, ma anche di governo della finanza pubblica).

I costi operativi sono ancora profondamente diversificati tra Regione e Regione; la necessità di assicurare gli stessi livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale viene spesso utilizzata come alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché molto spesso non risultano attivati efficaci meccanismi di monitoraggio e controllo. Mancano strumenti informativi e valutativi in grado di far emergere le anomalie e le asimmetrie tra domanda e offerta di salute per arrivare ad un loro progressivo riallineamento.

La spesa sanitaria —che rappresenta circa i due terzi del bilancio pubblico sia a livello statale che regionale— va dunque razionalizzata e riequilibrata; gli attori protagonisti del sistema sanitario italiano devono acquisire gradualmente la capacità ad “autosostenersi” senza contare, sistematicamente e “ineluttabilmente”, su interventi economici aggiuntivi *ex post*, (tramite ripianamento con fondi pubblici). L'aumento della spesa sanitaria *ex se* non garantisce un automatico miglioramento della

performance, che va, invece, verificata sia sotto l'aspetto dell'appropriatezza e adeguatezza dei servizi forniti e degli erogatori, anche facendo ricorso, se necessario, ad una maggiore flessibilità nell'organizzazione.

Una delle possibili soluzioni in tal senso, è ravvisabile nella forte incentivazione e nell'ulteriore potenziamento del processo di aziendalizzazione (ancora in corso), orientando le aziende sanitarie locali ad una cultura della responsabilità economico-finanziaria, anche attraverso una crescita della capacità di governo della propria azione e l'adozione di strumenti di controllo gestionali più efficaci e penetranti.

Le conclusioni di questa sintetica, e certamente non esaustiva, ricognizione sui principi e sui caratteri generali del SSNI, vengono affidate alle parole, eloquenti e significative, pronunciate da un primario di un pronto soccorso di un piccolo ospedale di provincia, in occasione del suo collocamento a riposo per raggiunti limiti di età. Il medico, chiamato ad esprimere una sintetica valutazione dei suoi quaranta anni di attività, ha affermato: “...*in tutti questi anni la professione medica è cambiata, ma l'umanizzazione resta un valore assoluto...un elemento irrinunciabile che ho tenuto presente in tutti questi anni; da quando cioè la sanità non era ancora un'azienda, il malato non era un utente e il personale medico e infermieristico non erano ancora risorse umane. I budget e i numeri non possono essere tutto, semmai occorre sempre guardare prima alla qualità dei servizi offerti e al modo di rapportarsi con la gente.*”.

Bibliografia

- LUCA ANSELMINI - ORESTE VOLPATO, *L'azienda pubblica sanitaria*, in *L'azienda salute*, ed. Giuffré, Milano, 1990;
- RENATO BALDUZZI, *La sanità italiana tra i livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di Devolution*, ed. Giuffré, Milano, 2004;
- ROBERTO BUCCI, *Etica e mercato nella sanità*, ed. Ediesse, Roma, 1996;
- GIUSEPPE CLERICO - GUIDO MARIA REY, *Efficacia ed efficienza nella produzione di servizi sanitari*, ed. Franco Angeli, Milano, 1988.

AVEDIS DONADEBIAN, *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, ed. La nuova Italia scientifica, Firenze, 1990;

RAFFAELLA GIORGETTI, *Legislazione e organizzazione del Servizio sanitario*, Maggioli Editore, Rimini, 2007

DONATELLA MORANA, *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, ed. Giuffrè, Milano 2002;

GIUSEPPE VENANZONI, *Evoluzione e costo del Servizio sanitario nazionale*, in "Rivista di politica economica", 1994.