

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Servizi socio-sanitari:  
dalla Legge 833/1978 alla *devolution***

A cura di  
Elvira Agazio, Paolo Salerno e Domenica Taruscio  
*Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN**

**04/18**

Istituto Superiore di Sanità

**Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla *devolution*.**

A cura di Elvira Agazio, Paolo Salerno e Domenica Taruscio

2004, iii, 28 p. Rapporti ISTISAN 04/18

Lo scopo del presente rapporto è quello di fornire agli operatori sanitari un quadro informativo sui processi di riforma sanitaria che, a partire dagli anni '80, hanno avviato importanti trasformazioni nella sanità pubblica. La prima riforma attuata con la Legge 833/1978, ha introdotto un nuovo sistema sanitario basato sulla copertura universale, segnando la fine del sistema mutualistico. Altri aspetti fondamentali di questa riforma sono stati l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) e l'avvio del decentramento, affidando la gestione della sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni e agli Enti locali. Un successivo passo è stato realizzato con la seconda riforma (DL.vo 502/1992 e successive modifiche) con la trasformazione delle USL in Aziende (Aziende Sanitarie Locali o ASL) dotate di personalità giuridica e autonomia amministrativa ed economica e condotte da manager, responsabili della gestione delle ASL. Altro aspetto innovativo è stata l'introduzione del sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie, consentendo al cittadino di scegliere liberamente la struttura pubblica o privata (dotata dei prescritti requisiti) in cui curarsi. Tutte le novità introdotte dalle precedenti riforme vengono confermate nella terza riforma sanitaria (DL.vo 229/1999) con l'introduzione dei fondi integrativi da parte di sindacati, aziende, associazioni, Regioni ed Enti locali allo scopo di intervenire a completamento delle prestazioni escluse dal sistema sanitario, rimborsi di cure odontoiatriche, cure termali e altri tipi di prestazioni non convenzionali.

*Parole chiave:* Servizi socio-sanitari, Legge 833/1978, Politica sanitaria.

Istituto Superiore di Sanità

**Health and social system: from the Law 833/1978 to *devolution*.**

Edited by Elvira Agazio, Paolo Salerno and Domenica Taruscio

2004, iii, 28 p. Rapporti ISTISAN 04/18 (in Italian)

The main purpose of this report is to give an informative view to the health operators about public health reforms that, since 80s, have been important for transformation processes in the public health area. The first reform, effected by the Italian Law 833/1978, introduced a new public health system based on the universal right, and determined the end of the national health insurance system. Other fundamental aspects of this reform were the institution of the health local units and the beginning of the devolution, submitting the health management not only to the State but also to the Regions and local authorities. A following step was realized with the second reform (DL.vo 502/1992 and following changes) transforming the health local units in company profile, endowed with juridical personality, administrative and economic autonomy and conducted by managers, responsible for the management of the health companies. Another innovative aspect is the introduction of the accreditation of health structures: this allows the citizen to the right of free choice of public or private health structures endowed with specific characteristics. All novelties introduced by the preceding reforms are confirmed in the third healthcare reform (DL.vo 229/1999), with the introduction of integrative funds from labour unions, firms, associations, Regions and local authorities, aimed to cover services excluded from the public health system, reimbursements of odontological treatments, thermal therapies and other non conventional therapies.

*Key words:* Health social system, Law 833/1978, Health regulation

Per informazioni su questo documento scrivere a: [taruscio@iss.it](mailto:taruscio@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sandra Salinetti e Sara Modigliani*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2004

# INDICE

<b>Presentazione</b> .....	iii
<b>MODULO I</b>	
<b>L'assistenza sanitaria dall'unità d'Italia all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	1
Bibliografia .....	3
<b>MODULO II</b>	
<b>La riforma sanitaria: il Servizio Sanitario Nazionale</b> .....	5
Principi fondamentali della Legge 833/1978 .....	5
Principali critiche e innovazioni .....	5
Bibliografia .....	8
<b>MODULO III</b>	
<b>Principali cambiamenti legislativi introdotti dalla riforma Bindi</b> .....	10
Modifiche legislative dopo la riforma Bindi .....	13
Bibliografia .....	14
<b>MODULO IV</b>	
<b>La sanità negli organismi statali e regionali</b> .....	15
Ministero della Salute .....	15
Conferenza Stato-Regioni .....	16
Consiglio Superiore di Sanità .....	17
Istituto Superiore di Sanità .....	17
Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro .....	18
Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali .....	18
Strutture sanitarie .....	19
Aziende ospedaliere .....	19
Aziende sanitarie .....	20
Distretti .....	22
Altri organi .....	24
Bibliografia .....	25
<b>MODULO V</b>	
<b>Elementi di programmazione sanitaria: i piani sanitari</b> .....	27
Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 .....	28
I dieci progetti per la strategia del cambiamento .....	28
Bibliografia .....	28



## PRESENTAZIONE

Le presenti dispense sono di supporto ad interventi di formazione che abbiano l'obiettivo di aggiornare gli operatori sanitari delle aziende territoriali e ospedaliere su argomenti concernenti i servizi sanitari dalla Legge 833 del 1978 alla *devolution*.

A questo scopo vengono presentate alcune unità didattiche a carattere prevalentemente conoscitivo, e unità didattiche a carattere prevalentemente metodologico finalizzate all'acquisizione di competenze nell'ambito specifico.

Per ogni unità didattica verranno forniti:

- *obiettivi formativi*:  
le conoscenze e abilità che al termine di ogni segmento di corso gli operatori sanitari avranno acquisito.
- *contenuti*:  
piano della presentazione dei concetti fondamentali che saranno discussi ed esposti durante il corso.
- *bibliografia*:  
ulteriori elementi di riferimento per gli approfondimenti necessari.

Il materiale che è stato prodotto costituisce la base formativa di un corso generalista; sarà possibile la messa a punto di obiettivi, contenuti, strumenti, griglie di valutazione, materiale didattico, impostazione di *problem solving* o *problem based learning* o quant'altro necessario sulla base di una migliore definizione degli obiettivi formativi.

*Domenica Taruscio*  
Responsabile del Centro Nazionale Malattie Rare  
Istituto Superiore di Sanità



## Modulo I

---

# L'ASSISTENZA SANITARIA DALL'UNITÀ D'ITALIA ALL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) la Legge 883 del 23 dicembre 1978 (1) ha radicalmente mutato l'organizzazione sanitaria nel nostro Paese. Questa legge stabiliva gli indirizzi della riforma.

Le unità base del nuovo sistema sanitario (le USL, Unità Sanitarie Locali) rappresentavano l'elemento di maggiore innovazione in quanto integravano all'interno dello stesso territorio, tutte le fasi del processo assistenziale e le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Inoltre, alle USL venivano demandate l'organizzazione e la gestione degli aspetti sia sanitari che amministrativi.

La prima legge italiana organica sulla sanità è stata la Legge Crispi-Pagliani 5849 del 22 dicembre 1888 "Tutela dell'igiene e della sanità pubblica" (2). Questa individuava gli strumenti necessari per gestire la sanità pubblica: istituiva a livello centrale la Direzione Generale di Sanità, a livello intermedio la figura del Medico Provinciale, mentre a livello periferico individuava la figura del Medico Comunale.

Questa è stata seguita dal RD 636 del 1° agosto 1907 (il primo Testo Unico delle Leggi Sanitarie) (3) e successivamente dal secondo e definitivo "Testo Unico delle Leggi Sanitarie", RD 1265 del 27 luglio 1934 (4).

Detti provvedimenti hanno meglio definito gli aspetti organizzativi a livello centrale, provinciale e comunale. Hanno affermato la competenza e la responsabilità dello Stato nella tutela della salute pubblica. Hanno consigliato norme sull'igiene del suolo e dell'abitato, sulla tutela igienica dell'acqua potabile, degli alimenti e delle bevande, sulla lotta contro le malattie infettive e quelle di interesse sociale e sulla polizia mortuaria, sull'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie.

A livello centrale veniva costituita, presso il Ministero degli Interni, una Direzione Generale della Sanità Pubblica con compiti amministrativi, affiancata da un organo tecnico (Istituto di Sanità Pubblica) e da un organo di consulenza (Consiglio Superiore della Sanità Pubblica).

Nelle singole Province vennero costituiti gli Uffici Sanitari Provinciali (Ufficio del Veterinario Provinciale e Ufficio del Medico Provinciale), aventi come organo consultivo il Consiglio Provinciale di Sanità e come organo tecnico il Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. A livello comunale veniva individuata nel Sindaco la massima autorità sanitaria, affiancata da un amministratore (l'Assessore alla Sanità) e da un tecnico (Ufficiale sanitario). Veniva istituita la figura del Medico condotto, dipendente comunale in grado di garantire l'assistenza medica gratuita ai poveri e un servizio di guardia medica elementare sul territorio affidatogli (Figura 1).

Nel 1945 la Direzione Generale della sanità pubblica fu sostituita dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica presso il Ministero degli Interni (DL.vo Luogotenenziale 417 del 12 luglio 1945 e DL.vo Luogotenenziale 446 del 31 luglio 1945) (5, 6) alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Tra il 1958 e il 1961, costituito il Ministero della Sanità con Legge 296 del 13 marzo 1958 (7), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sostituisce il preesistente Istituto di Sanità Pubblica (DPR 750 dell'11 agosto 1959) (8), e il nuovo Consiglio Superiore di Sanità subentra al Consiglio Superiore della Sanità Pubblica (DPR 257 dell'11 febbraio 1961) (9).



**Figura 1. Testo Unico delle Leggi Sanitarie (RD 1265 del 27 luglio 1934)**

In periferia gli Uffici del Medico provinciale e del Veterinario provinciale, divengono organi del Ministero della Sanità. Ad ogni Comune superiore ai 20.000 abitanti viene assegnato l'Ufficiale sanitario che fa riferimento dal punto di vista amministrativo al Sindaco e dal punto di vista tecnico al Medico provinciale.

L'Ufficiale sanitario ha compito di: profilassi delle malattie infettive e vigilanza igienica su suolo e abitato, su alimenti e bevande, su scuole e stabilimenti produttivi. I Comuni inferiori a 20.000 abitanti potevano associarsi tra loro per istituire un Ufficio sanitario consortile, oppure affidare i compiti dell'Ufficiale sanitario al Medico condotto.

L'organizzazione fin qui descritta aveva compiti inerenti la prevenzione delle malattie infettive, la tutela igienico-sanitaria dell'ambiente, la sorveglianza sulle professioni e sulle strutture sanitarie. Gli aspetti assistenziali riguardanti la diagnosi e la cura, sia a domicilio sia in ospedale, e l'assistenza farmaceutica erano garantiti dagli Enti mutualistici anche attraverso il convenzionamento con i medici di base e specialistici. Questi Enti svolgevano una copertura assicurativa in grado di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini lavoratori. Questa organizzazione non garantiva tuttavia il principio dell'equità in quanto l'assistenza sanitaria era assicurata con privilegi differenziati nelle erogazioni delle prestazioni a seconda della cassa mutua di appartenenza. Inoltre non tutti i cittadini erano mutualizzati: da una parte i poveri, assistiti grazie alla copertura da parte dei Comuni di residenza attraverso il Medico condotto o con il rimborso a specialisti e ospedali, dall'altra i ricchi che attingevano liberamente alla sanità privata.

Molti altri Enti si occupavano di specifici problemi sul versante assistenziale ad esempio: l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), le Province che tra l'altro gestivano l'assistenza manicomiale, l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) che assisteva economicamente e medicalmente la maternità e l'infanzia, l'Ispettorato del Lavoro che sorvegliava il rispetto della sicurezza dei lavoratori da parte degli imprenditori, l'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni (ENPI), ecc.



La lotta contro la tubercolosi rappresentava un capitolo aperto e impegnativo, tanto che erano attivi i Consorzi Provinciali Antitubercolari (CPA), uno per Provincia, che si occupavano delle vaccinazioni e della diagnosi (Dispensari) e garantivano il sostegno economico ai malati e ai loro familiari.

Gli ospedali erano organizzati in complessi facenti capo ad Enti di assistenza e beneficenza, (Pii Istituti), Enti locali (Ospedali Provinciali) ed Enti mutualistici (INAIL; Istituto Nazionale di Previdenza Sociale, INPS).

La Legge 12 febbraio 1968, n. 132 “Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera”(10) modificava fortemente gli ordinamenti degli ospedali pubblici, in osservanza all’articolo 32 della Costituzione che considera l’assistenza sanitaria come un diritto del cittadino.

La strutturazione degli Ospedali in Enti ospedalieri veniva definita nel 1969 dal DPR n. 128 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri” (11), dal DPR n. 129 “Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura” (12) e dal DPR n. 130 “Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri” (13).

Gli Enti ospedalieri si avvalevano di un organo tecnico-consultivo (il Consiglio dei sanitari) e di un Consiglio di amministrazione. Erano classificati in ospedali regionali, provinciali e zonalì in relazione alla varietà e complessità delle prestazioni erogate.

Alle Regioni, in anticipo rispetto al loro riconoscimento costituzionale – con l’eccezione di quelle a statuto speciale – veniva affidata la programmazione ospedaliera, la sorveglianza sull’organizzazione, la gestione degli ospedali, nonché la sorveglianza di istituzioni ospedaliere private “classificate” ed equiparate a quelle della rete pubblica.

Nel 1972 con il DPR n. 4 vengono istituite le Regioni a statuto ordinario (14). Alle Regioni viene confermato il trasferimento dell’assistenza ospedaliera già avvenuta nel 1968, e si assiste al trasferimento (con poteri legislativi) o alla delega (con soli poteri amministrativi) di numerosi compiti in precedenza appannaggio del Ministero della Sanità.

Alle Regioni sono trasferiti: prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie; tutela sanitaria nei luoghi di lavoro; tutela sanitaria delle attività sportive; protezione sanitaria materno-infantile; sorveglianza sulle professioni e arti sanitarie; medicina scolastica; assistenza psichiatrica; assistenza zoottrica; farmacie, gabinetti radiologici e di analisi.

Alle Regioni sono invece delegati: l’igiene degli alimenti e delle bevande; la profilassi e la polizia veterinaria; la profilassi delle malattie infettive; l’igiene del suolo e dell’abitato; la vigilanza dell’impiego dei gas tossici e delle sostanze pericolose; la vigilanza sulle sostanze radioattive.

Gli Ufficiali sanitari e i Medici provinciali diventano funzionari delle Regioni e non più organi periferici del Ministero della Sanità. I compiti sanitari di Province e Comuni rimangono, ma devono far riferimento alla Regione.

L’organizzazione sanitaria così delineata, sebbene rappresenti un concreto passo in avanti verso una decentralizzazione organizzativa, gestionale e amministrativa presenta alcuni evidenti punti deboli in quanto i soggetti coinvolti svolgono la propria attività senza una unificazione su base territoriale.

Inoltre, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non sono coordinante tra loro (15).

## Bibliografia

1. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 360, 28 dicembre 1978.
2. Italia. Legge 22 dicembre 1888, n. 5849. Legge per la tutela dell’igiene e della sanità pubblica. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 301, 24 dicembre 1888.

3. Italia. Regio Decreto 1 agosto 1907, n. 636. Testo unico delle leggi sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* del 26 settembre 1907.
4. Italia. Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 186, 9 agosto 1934.
5. Italia. Decreto Legislativo Luogotenenziale 12 luglio 1945, n. 417. Istituzione dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 91, 31 luglio 1945.
6. Italia. Decreto Legislativo Luogotenenziale 31 luglio 1945, n. 446. Ordinamento e attribuzioni dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 99, 18 agosto 1945.
7. Italia. Legge 13 marzo 1958, n. 296. Costituzione del Ministero della sanità. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 90, 14 aprile 1958.
8. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 11 agosto 1959, n. 750. Revisione dei ruoli organici e delle carriere del personale del Ministero della sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 226, 19 settembre 1959.
9. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257. Disciplina degli organi consultivi del Ministero della sanità e dell'Ufficio medico legale. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 99, 21 aprile 1961.
10. Italia. Legge 12 febbraio 1968, n. 132. Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 68, 12 marzo 1968.
11. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 104, 23 aprile 1969.
12. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129. Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 104, 23 aprile 1969.
13. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130. Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 104, 23 aprile 1969.
14. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4. Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e dei relativi personali e uffici. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 15, 19 gennaio 1972.
15. Tomassini A, Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.

## Modulo II

---

# LA RIFORMA SANITARIA: IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

## Principi fondamentali della Legge 833/1978

Nel dicembre 1978 viene approvata la Legge 833 istitutiva dell'SSN, che segna la fine del sistema mutualistico (1). Questo era caratterizzato dalla presenza di una pluralità di enti e organizzazioni che erogavano l'assistenza sanitaria sul territorio. Ciò comportava per i cittadini prestazioni sanitarie diverse dal punto di vista qualitativo oppure il pagamento di somme diverse per ricevere gli stessi servizi sanitari. Inoltre il sistema mutualistico rendeva la spesa sanitaria incontrollata. Questi elementi di debolezza del sistema mutualistico spinsero a riformare radicalmente l'organizzazione sanitaria nel nostro Paese attraverso l'istituzione dell'SSN il cui obiettivo fondamentale era garantire a tutti i cittadini omogeneità e uguaglianza qualitativa dei servizi erogati. Infatti l'articolo 1 della Legge di Riforma Sanitaria definiva l'SSN come: "il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e 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".

Tra gli obiettivi principali dell'SSN si evidenzia la rivalutazione della prevenzione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali, principio già espresso dalla Costituzione (art. 32). Viene introdotto il principio di equità in sanità e senza distinzione per settore assistenziale come in epoca mutualistica. Si cerca un modo più equo per distribuire le risorse, per evitare che i cittadini, anche se abitanti al di fuori dei grandi centri urbani così al Nord come al Sud del nostro Paese, siano discriminati.

Gli aspetti fondamentali dell'SSN sono:

- l'affidamento della gestione della Sanità non solo allo Stato ma anche alle Regioni e agli Enti locali;
- l'istituzione delle USL che gestiscono gli ospedali e tutti i servizi su base territoriale;
- la suddivisione del territorio di ogni USL in Distretti sanitari di base allo scopo di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello;
- la possibilità per le strutture private di erogare servizi sanitari gratuiti, purché convenzionate.

La legge che istituisce l'SSN definisce in modo specifico che la sanità non è solo la "cura" ma anche la "prevenzione" e la "riabilitazione", con particolare riguardo alla patologie cronico-degenerative.

Il tentativo è stato quello di razionalizzare la spesa sanitaria, mediante lo strumento della programmazione nazionale e regionale e della pianificazione locale cui affidare anche il raggiungimento dei relativi obiettivi e nello stesso tempo garantire maggiore uniformità delle prestazioni nelle diverse aree del Paese e maggiore equità tra cittadini indipendentemente dalle differenze di censo, cultura, area territoriale.

Tra i principi ispiratori della Riforma Sanitaria si rileva l'opinione che la spesa debba essere proporzionata alla disponibilità di risorse e non possa rapportarsi unicamente all'entità dei

bisogni. Assume quindi un ruolo centrale il concetto di efficienza nell'erogazione delle prestazioni: il raggiungimento dell'obiettivo utilizzando il minimo delle risorse (2).

Il finanziamento dell'SSN viene assicurato attraverso l'istituzione del Fondo Sanitario Nazionale. Il Fondo viene ripartito tra le Regioni, che a loro volta ripartiscono le risorse tra le varie USL.

Dal punto di vista istituzionale, l'SSN è stato articolato in tre livelli:

– *livello nazionale*

composto a sua volta da:

- organi di indirizzo: Parlamento, Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità, Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE);
- organi ausiliari tecnico-scientifici, con funzioni di proposta, di studio, di consultazione e di amministrazione attiva: Consiglio Sanitario Nazionale (CSN), ISS, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL);

– *livello regionale:*

per l'esercizio delle funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria (soprattutto sul piano organizzativo) rispettando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e per l'espletamento di funzioni amministrative proprie o delegate dallo Stato;

– *livello locale:*

Comuni, USL e Distretti sanitari di base.

Il livello nazionale ha compiti che si basano sul coordinamento dell'attività all'interno del territorio, determinazione degli obiettivi di salute pubblica e dei livelli delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini e redazione del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni sono anelli di collegamento tra ciò che è elaborato e pianificato dallo Stato e ciò che deve essere tradotto in pratica dagli Enti locali. L'ultimo livello è rappresentato dagli Enti locali: le Province (che hanno compiti di igiene ambientale e di prevenzione) e i Comuni (che operano attraverso le USL).

Uno degli aspetti fondamentali su cui si basa la Legge 833/1978 è l'istituzione delle USL. L'USL può essere definita come l'insieme delle strutture che, in un territorio, si occupano di produrre i servizi sanitari necessari al cittadino. L'USL è organizzata su tre livelli: l'Assemblea Generale, il Comitato di Gestione e il Presidente. L'assemblea Generale è composta dal Consiglio Comunale (se il territorio dell'USL coincide con quello del Comune), dall'Assemblea Generale dell'associazione dei Comuni (se il territorio dell'USL comprende più Comuni), dall'Assemblea Generale della Comunità Montana (se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'USL). L'Assemblea Generale elegge il Comitato di Gestione, il quale nomina il Presidente. Il Comitato di Gestione compie tutti gli atti di amministrazione dell'USL che devono essere poi approvati dall'Assemblea Generale.

## Principali critiche e innovazioni

La Legge 833 del 1978 ha avuto il grande merito di creare un sistema sanitario omogeneo e universale; tuttavia necessitava di ulteriori adempimenti da parte di tutti i livelli coinvolti (Stato, Regioni ed Enti locali). Questi adempimenti avrebbero dovuto riformare un sistema incentrato sull'ospedale non in grado di interagire con i Consultori, i medici di medicina generale, e tutte le strutture presenti sul territorio; avrebbero dovuto contenere il debito pubblico attraverso un sistema che tenesse conto del principio dell'efficacia; avrebbero dovuto considerare la prevenzione, un elemento fondamentale del processo assistenziale. In realtà l'ospedale ha

continuato a rappresentare per il cittadino il “luogo della salute” e il sistema di risanamento del debito prodotto dalle USL da parte dello Stato non limitava gli sprechi.

In definitiva quell’impianto legislativo, realizzato con il fine di “distribuire” la salute in modo omogeneo per tutti realizzando e sviluppando attività a tutti i livelli che tenessero conto dell’importanza delle attività di prevenzione, ha subito forti limitazioni nella fase attuativa. Piani Sanitari Nazionali mai approvati, Piani Sanitari Regionali redatti in ritardo, livelli uniformi di assistenza mai determinati, ecc.

Il punto fondamentale è raffigurato dal Fondo Sanitario Nazionale, posto alla base della programmazione economica, che diventa incerto nello stesso ammontare. Questo doveva essere calcolato annualmente in base al concetto di “spesa storica” riguardante l’anno precedente, ma non è stato mai definito con precisione.

Come conseguenza le contrattazioni che si attivavano fra Stato e Regioni ogni anno per dividere le risorse disponibili, determinavano la fine del principio e dei vantaggi della programmazione economica. Alle Regioni venivano assegnati dei fondi che dovevano costituire il limite per erogare servizi sanitari. Questi limiti puntualmente venivano superati, creando debiti che lo Stato cercava di risanare con apposite leggi (3). Un’altra ipotesi che tenta di spiegare la crisi dell’SSN mette in evidenza una limitatezza legislativa che riguardava la gestione e gli aspetti organizzativi (4).

Questi fenomeni hanno reso evidente la necessità di sostanziali modifiche della Legge 833/1978 che hanno portato alla emanazione di una Legge delega (Legge 421/1992) (5) che aveva come obiettivo prioritario la riforma della previdenza, della finanza locale, della funzione pubblica e della sanità. La riforma è stata realizzata dal Governo con il DL.vo 502/1992 riguardante il “Riordino della disciplina in materia sanitaria” (6) e, insieme alle modifiche introdotte l’anno successivo (DL.vo 517/1993) (8), può essere considerata la seconda riforma sanitaria italiana.

Nel 1992, in obbedienza a quanto previsto dalla Legge 421/1992 (art. 1, comma 1, lettera h) il Governo aveva provveduto, con più decreti legislativi, tutti del 30 giugno 1993, al riordino del Ministero della Sanità (DL.vo 266/1993) (8), dell’ISS (DL.vo 267/1993) (9), dell’ISPESL (DL.vo 268/1993) (10), degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (DL.vo 269/1993) (11) e degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) (DL.vo 270/1993) (12), nonché alla istituzione dell’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR).

I punti principali del DL.vo 502/1992 e successive modifiche hanno riguardato:

- la costituzione delle USL in Aziende – Aziende USL (Aziende Sanitarie Locali o ASL) e Aziende Ospedaliere – cioè aziende a tutela della salute con finalità pubbliche dotate di personalità giuridica e autonomia amministrativa ed economica. Le ASL, condotte da manager, saranno gestite con criteri aziendali; gli organi pubblici potranno tracciare le linee essenziali ma a gestire sarà un’azienda attraverso i propri dirigenti. L’aziendalizzazione dell’USL comporta, per il management, da un lato la possibilità di gestire e coordinare con autonomia l’attività, dall’altro la responsabilità per gli obiettivi pianificati e per la gestione delle risorse assegnategli.
- la riduzione, sentite le Province interessate, del numero di USL, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia;
- il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole Regioni;
- la possibilità, per i grandi ospedali, di costituirsi in aziende, autonome dalle ASL;
- l’istituzione delle figure del Direttore generale e del Direttore sanitario aziendale e del Direttore amministrativo, nominati direttamente dal Direttore generale. Il Direttore

generale viene eletto dalla Regione e deve avere requisiti di professionalità e di età. Al Direttore generale compete la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e riscosse, nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa. Il Direttore sanitario aziendale e il Direttore amministrativo sono nominati dal Direttore generale e sono responsabili rispettivamente della gestione dei servizi sanitari e della gestione dei servizi amministrativi;

- la creazione della dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli: il primo (che unifica le vecchie figure degli assistenti e degli aiuti) e il secondo (gli ex primari) di nomina quinquennale;
- l'introduzione del sistema dell'accreditamento delle strutture sanitarie correlato al diritto di libera scelta del cittadino nell'ambito delle strutture pubbliche e private dotate dei prescritti requisiti;
- l'adozione del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo e della tenuta di una contabilità analitica che consenta l'analisi comparativa dei costi, dei risultati e dei rendimenti;
- l'istituzione dei Dipartimenti di prevenzione cui vengono affidate le prestazioni di igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza in ambienti di lavoro, igiene degli alimenti e della nutrizione (13).

Nel 1994, il Ministero della Sanità attiva l'Agenzia per l'organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali (ASSR) (14) e l'Agenzia Nazionale per la Protezione Ambientale (ANPA) (15).

Le Regioni hanno ridefinito i confini delle USL, riducendone di numero e trasformandole in Aziende con a capo un Direttore generale e hanno identificato gli ospedali di rilievo nazionale e di specializzazione, da trasformare in Aziende ospedaliere con sistemi di gestione analoghi a quelli delle Aziende USL. Le Aziende sanitarie hanno dovuto organizzare la struttura gestionale in base al nuovo sistema di finanziamento, con pagamento a prestazione erogata (DRG/ROD) e non più "a piè di lista", il che è avvenuto in modo repentino e senza adeguata preparazione, con la Legge 724/1994 (16). Comunque nei successivi cinque anni si è data attuazione solo a una parte della seconda riforma, a causa di una serie di difficoltà determinate da provvedimenti di carattere finanziario e occupazionale inseriti nelle varie leggi finanziarie.

Dopo le elezioni politiche dell'aprile del 1996, il Dicastero è stato affidato all'onorevole Rosy Bindi che ha reso possibile la terza riforma sanitaria.

## Bibliografia

1. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale* – *Supplemento Ordinario* n. 360, 28 dicembre 1978.
2. Linee generali del Sistema Sanitario. In: *Guida all'esercizio professionale per i Medici, i Chirurghi e gli Odontoiatri*. Torino: Edizioni medico scientifiche; 2000. p. 383-460.
3. Adinolfi P. *Incentivi e produttività nelle aziende sanitarie. Uno studio sugli ospedali italiani*. Padova: Cedam; 1996.
4. Cazzola G. *La sanità liberata. Il "mercato possibile" per la tutela della salute*. Bologna: Il Mulino; 1997.
5. Italia. Legge 23 ottobre 1992, n. 421. Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale. *Gazzetta Ufficiale* – *Supplemento Ordinario* n. 257, 31 ottobre 1992.

6. Italia. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 305, 30 dicembre 1992.
7. Italia. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al DL.vo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421". *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 293, 15 dicembre 1993.
8. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 266. Riordinamento del Ministero della Sanità, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
9. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 267. Riordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
10. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 268. Riordinamento dell'Istituto superiore di prevenzione e sicurezza del lavoro, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
11. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 269. Riordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
12. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 270. Riordinamento degli istituti zooprofilattici sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
13. Tomassini A, Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.
14. Italia. Decreto Ministeriale 22 febbraio 1994, n. 233. Regolamento per la organizzazione, il funzionamento e la disciplina delle attività della Agenzia per i servizi sanitari regionali. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 88, 16 aprile 1994.
15. Italia. Decreto Legge 4 dicembre 1993, n. 496. Disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli ambientali e istituzione della Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente. (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 dicembre 1993, n. 285 e convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 21 gennaio 1994, n. 61). *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 21, 27 gennaio 1994.
16. Italia. Legge 23 dicembre 1994, n. 724. Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 304, 30 dicembre 1994.

## Modulo III

---

### **PRINCIPALI CAMBIAMENTI LEGISLATIVI INTRODOTTI DALLA RIFORMA BINDI (DL.vo 229/1999)**

Il Ministero della Sanità per realizzare la terza riforma sanitaria (o riforma Bindi) ha seguito, come era già avvenuto nel 1992 in occasione dell'approvazione della seconda riforma sanitaria, l'iter di presentazione al Parlamento di un Disegno di legge delega.

Questo meccanismo legislativo, previsto dagli articoli 76 e 87 della Costituzione, prevede il varo di una legge delega da parte del Parlamento, contenente i criteri direttivi di uno o più provvedimenti *ad hoc* (i decreti legislativi o decreti delegati) che il Governo può emanare entro un lasso di tempo specificato e per oggetti definiti nella legge delega stessa.

Dopo l'emanazione da parte del Presidente della Repubblica, i decreti legislativi approvati dal Governo diventano a tutti gli effetti leggi dello Stato.

Il 9 ottobre 1997 il Ministro della Sanità presenta alla Camera il disegno di legge delega "la razionalizzazione dell'SSN e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento dell'SSN".

L'iter parlamentare del disegno di legge delega è stato molto tormentato sia perché molti operatori dell'SSN - preoccupati che alcune norme avrebbero potuto mutare le caratteristiche e le condizioni della professione medica e la gestione delle Aziende sanitarie (da un punto di vista organizzativo e di utilizzo delle risorse) - si sono mobilitati, sia anche per una vivace opposizione parlamentare per mezzo di una serie di intenti normativi suggeriti durante la prima stesura della legge delega (abbassamento dell'età pensionabile, esclusività di rapporto, ostacoli alla libera concorrenza delle strutture private con quelle pubbliche, introduzione di una dirigenza del ruolo sanitario prevalentemente a contenuto gestionale), in parte emendati nelle revisioni successive, che hanno fatto ritardare l'approvazione finale del provvedimento al 30 novembre del 1998.

La riconferma al Ministero della Sanità di Rosy Bindi nel nuovo Governo D'Alema, ha reso possibile l'approvazione della legge in tempi rapidi, dando così il definitivo via alla terza riforma sanitaria (1).

I principi generali della riforma sanitaria del 1999, sono da reperirsi nella conferma e nella rivalutazione dell'importanza dell'SSN quale strumento attraverso il quale l'ordinamento possa svolgere quel compito costituzionale garantito nell'art. 32, di tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività. In tal senso, il primo principio espresso nella legge delega è stato quello di perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute, nonché dei principi e degli obiettivi indicati già dalla Legge 833 del 1978.

Si riconferma anzitutto che il compito dell'SSN è quello di assicurare ai cittadini livelli essenziali e uniformi di assistenza in tutto il territorio nazionale, garantendo principi di equità nell'accesso ai servizi e livelli di qualità di cura e di accortezza nell'impiego delle risorse economiche.

Vengono ribaditi i criteri di aziendalizzazione delle strutture dell'SSN, con la responsabilità dei Direttori nella gestione dei bilanci, e del processo di regionalizzazione del sistema.

L'intento esplicito della relazione governativa era il potenziamento del ruolo comunale trascurato nei decreti del 1992/1993, da riportare nella nuova normativa ai procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello sia regionale che locale.

Tra i punti cardini della legge delega sono da sottolineare: l'abbassamento dell'età pensionabile per i medici dell'SSN, la cessazione anticipata dalle mansioni assistenziali del



personale medico universitario, la ridefinizione dei requisiti dei Direttori generali, la riconduzione della ricerca scientifica in materia sanitaria agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Certamente uno dei punti più contestati del decreto riguarda il nuovo rapporto dell'SSN con i medici, soprattutto con quelli ospedalieri. Le nuove norme infatti impongono ai nuovi assunti la scelta dell'unicità del rapporto di lavoro con facoltà di esercitare la libera professione solo all'interno della struttura pubblica, mentre per coloro che sono già dipendenti e che sceglieranno di esercitare anche presso strutture private, sono previsti il divieto di assumere cariche dirigenziali nella struttura pubblica e restrizioni economiche.

Sul rafforzamento dei principi ispiratori dell'SSN, delineati con la riforma del 1978, vi è stato un consenso quasi unanime, mentre su diversi altri aspetti sono sorti vari dubbi sull'effettiva efficacia del provvedimento.

La libera scelta delle strutture sanitarie da parte del cittadino e le modalità di attuazione di tale diritto hanno suscitato moltissime perplessità. Infatti, la legge delega imponeva la garanzia e l'assicurazione "che il suo esercizio da parte dell'assistito, nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati e con i quali l'SSN intrattenga appositi rapporti, si svolga nell'ambito della programmazione sanitaria".

In realtà la libertà di scelta del cittadino e la possibilità di offrire prestazioni da parte delle strutture vengono di fatto negate, in quanto le Regioni fissano volumi massimi di attività per funzione specialistica e livelli insuperabili di finanziamento globale per ciascuna struttura. Per questo le strutture migliori rischiano di non potere, per legge o per contratto, accettare pazienti in eccedenza, con forte limitazione quindi della concorrenza tra strutture sanitarie.

La legge delega ha definito un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del PSN, in applicazione dei criteri posti dall'articolo 2 del DPR 54 del 14 gennaio 1997 (2) che le Regioni devono attuare in coerenza con le proprie scelte di programmazione, distinguendo l'accreditamento sia dalle autorizzazioni alla realizzazione di strutture sanitarie, che all'esercizio di attività sanitarie. La Regione è l'organismo governativo che rilascia l'accreditamento a soggetti pubblici o privati che intendano operare nell'ambito dell'SSN; l'autorizzazione costituisce, per le strutture, prerequisito essenziale per la richiesta di accreditamento; l'accreditamento è condizionato sia dal vincolo della programmazione regionale sia dalla rispondenza a specifici requisiti di qualità, riferiti alle caratteristiche di struttura e all'organizzazione, cioè alle potenziali capacità produttive, nonché alla valutazione dell'attività effettivamente svolta.

La legge delega, pertanto, chiedeva al Governo di precisare il ruolo dei diversi soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, in base alla loro natura: soggetti pubblici o equiparati, privati senza scopo di lucro e privati commerciali. La definizione dei ruoli dei vari soggetti impegnati in questo campo era tesa al raggiungimento degli obiettivi di salute, determinati dalla programmazione sanitaria.

La delega impone la massima valorizzazione del personale dell'SSN, sia attraverso la riconferma della scelta dell'esclusività del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria e l'estensione ad essa del regime privatistico, sia attraverso la ridefinizione dei requisiti dei Direttori generali, sia prescrivendo al decreto di dettare norme per "garantire la razionalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione e di aggiornamento del personale sanitario"(3).

Rispetto alle varie esigenze poste dalla legge delega, la risposta del Governo è stata in taluni punti molto articolata. Per questo motivo è stata contestata in più di una circostanza la legittimità costituzionale del provvedimento per eccesso di delega, mentre per altre materie si è rimandata la definizione ad una serie di provvedimenti *ad hoc*, soprattutto di matrice statale.

L'attuazione della Legge delega 419/1998 (4) è avvenuta attraverso l'emanazione di un unico decreto legislativo, approvato dal Consiglio dei Ministri il 18 giugno 1999, firmato dal Presidente della Repubblica il 21 giugno (giorno di scadenza della delega) e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999 (supplemento ordinario. n. 132/L) come DL.vo 229/1999.

Il provvedimento di legge definitivo, costituito da 19 articoli che vanno ad integrare o sostituire norme contenute nel DL.vo 502/1992 è entrato in vigore il 31 luglio 1999. Il decreto individua gli ambiti di autonomia e i corrispondenti livelli di responsabilità di ciascun soggetto istituzionale, le diverse categorie di operatori dell'SSN.

Con il nuovo sistema alle Regioni si attribuisce la funzione di tutela garantita dall'SSN attraverso le Aziende USL, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS.

L'articolo 1 riafferma il principio costituzionale della tutela della salute come diritto fondamentale del singolo e interesse della collettività e l'attuazione di questo principio è affidata proprio all'SSN che assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della Legge 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il ruolo di tutela della salute proprio dell'SSN è riconfermato, attribuendo visibilità e rilevanza al Distretto e al Dipartimento di prevenzione e ribadendo inoltre la necessità di garantire continuità di cura fra livelli, particolarmente nell'area della medicina di base, incentivando la costituzione di centri di salute con il coinvolgimento dei medici e pediatri di base e dei medici di guardia medica.

Altro principio cardine della riforma sono i fondi integrativi: sindacati, aziende, associazioni, Regioni ed Enti locali possono istituire fondi integrativi per rimborsi di cure odontoiatriche, prestazioni termali, terapie non convenzionali, ticket di esami e visite specialistiche, prestazioni in libera professione entro la struttura ospedaliera con determinate regole prefissate, assistenza domiciliare e ricoveri in residenze assistenziali.

In coerenza con l'evoluzione in senso federale dello Stato e in attuazione del principio di delega, il DL.vo 229/1999 si propone di completare il processo di regionalizzazione con un SSN caratterizzato come il complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali, in quanto alle Regioni compete principalmente la responsabilità di assicurare il sistema delle garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e delle disabilità, definito nei livelli essenziali di assistenza.

Sull'effettiva regionalizzazione della materia sanitaria sono stati registrati pareri divergenti tra il Ministero della Sanità e alcune Regioni al momento della raccolta dei pareri consultivi. Ad alcune di queste Regioni, e soprattutto alle Province autonome di Trento e Bolzano, infatti, il Decreto Bindi è parso un provvedimento di legge "centralista e statalista", ispirato ad una visione burocratica e accentrata della funzione amministrativa, in conflitto con l'indirizzo governativo in materia di federalismo e semplificazione amministrativa.

In pratica il decreto Bindi ha tentato di rendere omogenei i servizi e le prestazioni su tutto il territorio nazionale, in modo da evitare tra Regione e Regione disparità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, disparità derivanti essenzialmente dalle diverse condizioni economiche dovute al reddito pro capite della popolazione, rendendo ancora più evidente il divario tra il Nord e il Sud d'Italia.

Al fine di assicurare, al tempo stesso, le prestazioni e i servizi inclusi nei livelli essenziali di assistenza e il rispetto delle compatibilità economiche generali, il comma 3 dell'articolo 1 prevede che l'individuazione di tali priorità sia contestuale alla determinazione delle risorse

finanziare da assegnare alla tutela della salute, mettendo così le stesse su di un piano reale e di piena operatività. (3)

## Modifiche legislative dopo la riforma Bindi

Il Governo con la Legge 59/1997 e successive modificazioni, nota come “Legge Bassanini” (5), ha esercitato la delega di riformare il Governo, approvando un Decreto legislativo (DL.vo 300/1999) (6).

Questo prevedeva, a decorrere dall’inizio della successiva legislatura, di ridurre i ministeri a 12 con importanti accorpamenti. Le funzioni in capo al Ministero della Sanità, secondo tale provvedimento, venivano attribuite al nuovo “Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali”, questo ultimo costituito da quattro aree funzionali, delle quali due riguardanti la sanità e in particolare:

– *Ordinamento sanitario*

Indirizzi generali e coordinamento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie umane, ivi comprese le malattie infettive e diffuse; prevenzione, diagnosi e cura delle affezioni animali, ivi comprese le malattie infettive e diffuse e le zoonosi; programmazione sanitaria di rilievo nazionale, indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività regionali; rapporti con le organizzazioni internazionali e l’Unione europea; ricerca scientifica in materia sanitaria.

– *Tutela della salute umana e sanità veterinaria*

Tutela della salute umana anche sotto il profilo ambientale, controllo e vigilanza sui farmaci, sostanze e prodotti destinati all’impiego in medicina e sull’applicazione delle biotecnologie; adozione di norme, linee guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria, relative anche a prodotti alimentari; organizzazione dei servizi sanitari; professioni sanitarie; concorsi e stato giuridico del personale dell’SSN; polizia veterinaria; tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Dopo le elezioni del 13 maggio 2001, il Consiglio dei Ministri ha ritenuto di estendere da 12 a 14 i Ministeri, ridando così autonomia alla Sanità e alle Comunicazioni.

Nella conversione del Decreto Legge, lo stesso Governo ha presentato alla Camera un emendamento che ha previsto la trasformazione del Ministero della sanità in Ministero della salute. La Legge di conversione (Legge 317/2001) (7) ha lasciato immutate le aree funzionali già previste dal DL.vo 300/1999 prevedendo però la possibilità di istituire fino a quattro Dipartimenti.

Dalle Regioni emerge la richiesta di una politica sanitaria volta al federalismo. Questo implicherà alcune modifiche al DL.vo 229/1999 nei mesi successivi soprattutto laddove si prevede un intervento attivo e non solo di indirizzo e controllo del livello statale.

L’art. 11 della Legge 833/1978, ribadendo che la materia dell’assistenza sanitaria e ospedaliera viene attribuita alle Regioni dall’art. 117 della Costituzione, aveva stabilito, in via generale, che le Regioni esercitassero le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nonché una serie di funzioni amministrative. Alle Regioni è perciò costituzionalmente riservata la generalità delle funzioni sanitarie, salvo la funzione statale di indirizzo e coordinamento e le funzioni “di interesse esclusivamente locale” identificate in base all’art. 118 della Costituzione stessa. Nell’autunno del 2001 questi articoli della Costituzione sono stati modificati lasciando allo Stato solo un ruolo riferito ai principi fondamentali mentre tutta la rimanente legislazione spetta direttamente alle Regioni.

Le Regioni espletano in campo sanitario quella stessa funzione di sintesi tra esigenze locali ed esigenze generali che è loro attribuita per l'insieme delle politiche sociali. Da ciò discende la necessità di concedere alle Regioni una completa autonomia organizzativa, in modo da adeguare le soluzioni alle realtà locali.

La Regione emana norme che hanno forza e valore di legge; essa ha quindi potestà legislativa primaria, con il potere di introdurre innovazioni nell'ordinamento legislativo preesistente; tale potestà è subordinata alle sole norme costituzionali. Le leggi regionali devono, inoltre, rispettare tutti i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato; non possono essere mai in contrasto con l'interesse nazionale, né con quello di altre Regioni. Devono cioè ispirarsi alla normativa primaria statale, qualora questa contenga in modo completo ed esauriente i principi fondamentali ovvero ai principi delle leggi-quadro e in particolare nello specifico, al motivo ispiratore della Riforma Sanitaria: assicurare cioè l'eguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla salute.

Il ruolo delle Regioni si è andato rafforzando tanto che l'Organo che le rappresenta a livello nazionale (Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano) ha assunto un'importanza fondamentale in tutte le decisioni sanitarie fino alla modifica costituzionale.

## Bibliografia

1. Italia. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 165, 16 luglio 1999.
2. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, n. 54. Regolamento recante attuazione delle direttive 92/46 e 92/47/CEE in materia di produzione e immissione sul mercato di latte e di prodotti a base di latte. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 59, 12 marzo 1997.
3. Tomassini A, Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.
4. Italia. Legge 30 novembre 1998, n. 419. Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al DL.vo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 286, 7 dicembre 1998.
5. Italia. Legge 15 marzo 1997, n. 59. Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 63, 17 marzo 1997.
6. Italia. Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 300. Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 203, 30 agosto 1999.
7. Italia. Legge 3 agosto 2001, n. 317. Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. 12 giugno 2001, n. 217, recante modificazioni al DL.vo 30 luglio 1999, n. 300, nonché alla Legge 23 agosto 1988, n. 400, in materia di organizzazione del Governo. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 181, 6 agosto 2001.

## **Modulo IV**

---

### **LA SANITÀ NEGLI ORGANISMI STATALI E REGIONALI**

Nell'ambito del livello centrale dell'SSN sono sicuramente da considerare gli Organi costituzionali che sovrintendono i poteri sia legislativi sia esecutivi dello Stato (rispettivamente Parlamento e Governo) che, espletando i loro compiti istituzionali, forniscono un indirizzo all'intera vita politica ed economica del Paese. Nell'ambito del Governo, il Ministero maggiormente coinvolto all'organizzazione sanitaria è quello della Salute, ma anche altri ministeri partecipano in misura minore a tale compito: tra questi il Ministero dell'Ambiente, il Ministero del Lavoro, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ex Ministero Università e Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST), e altri ancora.

Compito principale del Parlamento è quello di fissare i principi generali con la sua attività legislativa, nonché di determinare gli obiettivi e gli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale mediante l'approvazione, ogni tre anni, del PSN, proposto dal Governo. Nell'ambito dell'attività legislativa, il Parlamento riveste un ruolo molto rilevante nella politica sanitaria allorché approva la Legge finanziaria che include la quota spettante al Fondo Sanitario Nazionale.

I compiti del Governo (e in particolare del Ministero della Salute) riguardano: la predisposizione degli atti di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative delle Regioni (sia quelli trasferiti che quelli delegati); la predisposizione del PSN ogni triennio; il controllo dell'uso delle risorse; la promozione della ricerca sanitaria applicata; la formazione degli operatori sanitari.

Al livello centrale sono anche affidate competenze amministrative in una serie di materie che è impossibile ricondurre sotto un aspetto unitario per la complessità e la varietà del loro contenuto, ma che si possono genericamente definire di interesse generale. I temi interessano tutti i cittadini, indistintamente considerati, nei confronti dei quali debbono essere adottate forme di tutela della salute indifferenziata, al fine di evitare disequilibri che sarebbero in contrasto con i principi dell'eguaglianza e della parità di dignità sociale enunciati dalla Costituzione e ribaditi dalla Riforma sanitaria.

Spetta allo Stato anche la competenza di riconoscere il carattere scientifico agli Istituti di Ricovero e Cura, nonché le funzioni relative all'ordinamento e alle nomine degli organi di amministrazione degli stessi.

Alle dipendenze o in stretto contatto con il Ministero della Salute vi sono organi tecnici che lo coadiuvano nei suoi innumerevoli compiti.

### **Ministero della Salute**

Il Ministero della Salute (Ministero della Sanità fino all'agosto 2001) è l'organo centrale dell'SSN preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale. Il Ministero della Salute si articola in tre Dipartimenti, ognuno dei quali suddiviso in Direzioni Generali, per meglio rispondere alle

esigenze di tutela e di promozione della salute dei cittadini nell'ambito dell'attuale contesto devolutivo: Qualità, Innovazione, Prevenzione e Comunicazione.

Al conseguimento degli obiettivi concorrono:

- le Regioni, che organizzano sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute, programmano gli interventi da compiere, coordinano l'azione delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere e ne verificano l'operato;
- le Aziende sanitarie (USL e ospedaliere), che provvedono ad assicurare i livelli di assistenza nel proprio ambito territoriale attraverso i propri servizi o "acquistando" le prestazioni presso altre strutture pubbliche o private.

Il Ministero è coadiuvato nelle sue funzioni da organi e istituti con funzioni di ricerca, consulenza, proposta e supporto in materia tecnica e scientifica.

## Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (detta Conferenza Stato-Regioni) è stata costituita nel 1993 (DL.vo 266/1993) (1) e ha formalmente soppresso il CSN, organo collegiale di matrice tecnico-consultiva, istituito dalla Legge 833/1978 al fine di favorire i rapporti tra Stato e Regioni.

La Conferenza Stato-Regioni ha funzioni di consulenza per il Governo e in particolare il compito di determinare le linee generali della politica sanitaria nazionale. Il suo "peso politico" è andato crescendo negli ultimi anni per il maggior peso delle Regioni sulle decisioni in materia sanitaria, tanto che il DL.vo 229/1999 prevede obbligatoriamente una serie di compiti consultivi tra i quali:

- fabbisogno per l'SSN, anche suddiviso per Regioni, in ordine al personale sanitario;
- programma di ricerca sanitaria;
- determinazione dei principi in base ai quali la Regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate;
- intervento sostitutivo per atti regionali necessari per dare attuazione nella Regione al PSN;
- corsi di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria per direttori generali;
- accordi di programma con le Regioni e con altri soggetti pubblici interessati per le procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie;
- stipulazione di protocolli d'intesa tra le Regioni, le Università e le strutture dell'SSN per lo svolgimento delle attività assistenziali e le strutture per la formazione specialistica;
- accordo quadro per il coordinamento e la integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta e i relativi programmi operativi;
- criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima;
- autorizzazione allo svolgimento di programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture dell'SSN e soggetti privati.

La Conferenza Stato-Regioni, unificata con la Conferenza Stato-Città e Autonomie locali (di cui all'articolo 8 del DL.vo 281 del 28 agosto 1997) esprime parere consultivo su:

- progetti obiettivo previsti dal PSN;
- profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria;
- prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati (art. 9, comma 4 lettera a, DL.vo 229/1999);
- prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare per la quota posta a carico dell'assistito (art. 9, comma 4 lettera c, DL.vo 229/1999).

Le prestazioni aggiuntive sono specificatamente riportate nell' art. 9 comma 5 lettere a, b, c, del DL.vo 229/1999.

Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese :

- a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico dell'SSN;
- c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico dell'SSN e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

## Consiglio Superiore di Sanità

Il Consiglio Superiore di Sanità (CSS) è un organo consultivo-tecnico del Ministero che esprime pareri e proposte in merito ai vari ambiti relativi alla tutela e al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Esso svolge le funzioni descritte nell'art. 4 del DL.vo 266 del 30 giugno 1993, mentre la composizione e l'ordinamento sono stati nuovamente disciplinati con il Decreto n. 76 del 27 febbraio 1997 (2).

Il CSS è stato istituito con Legge 1865 del 20 marzo e da quella data ha svolto la sua attività fino al 1944, anno in cui la interrompe per cause belliche, per riprenderla successivamente, nel 1950.

Rinnovato nella composizione ogni tre anni, è attualmente articolato in cinque Sezioni ed è composto da 50 componenti di nomina e dai componenti di diritto, che sono i Dirigenti Generali preposti ai Dipartimenti e Servizi del Ministero della Sanità, il Direttore dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, il Direttore dell'ISS, il Direttore dell'ISPESL.

## Istituto Superiore di Sanità

L'ISS, costituito nel 1924 a seguito della raccomandazione della Commissione d'Igiene della *Société des Nations* sulla costituzione di Istituti sperimentali di sanità, ha ricevuto, dopo un cinquantennio, una rinnovata struttura organizzativa con la Legge 519/1973 (3) che è stata sostanzialmente confermata, con alcune modifiche, dalla Legge 833/1978. Più recentemente l'ordinamento interno è stato rivisto con il DPR 20 gennaio 2001, n. 70, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 71 del 26 marzo 2001 (4).

In base a quest'ultima normativa l'ISS è un Ente di diritto pubblico, dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile. Allo stesso tempo svolge funzioni di organo tecnico scientifico dell'SSN, sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute per tali funzioni.

Esso è dotato di strutture e ordinamento particolari e di una notevole autonomia scientifica; svolge opera di consulenza nei riguardi dello Stato, delle Regioni e anche delle Aziende USL che lo richiedano. Per l'assolvimento dei propri compiti istituzionali l'ISS ha facoltà di accedere agli impianti produttivi nonché ai presidi e servizi sanitari per compiervi gli accertamenti e i controlli previsti dall'art. 1 della Legge 519/1973 (5).

## **Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro**

L'ISPESL è un ente pubblico che esercita, nelle materie di competenza del Ministero della Salute, funzioni e compiti tecnico-scientifici e di coordinamento tecnico. È organo tecnico scientifico dell'SSN ed è centro di riferimento nazionale di informazione, documentazione, ricerca, sperimentazione, controllo e formazione in materia di tutela della salute e della sicurezza e benessere nei luoghi di lavoro.

## **Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali**

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) è stata istituita con il DL.vo 266/1993 e svolge funzioni di supporto delle attività regionali, di valutazione comparativa dei costi e rendimenti dei servizi resi ai cittadini e di segnalazione di disfunzioni e sprechi nella gestione delle risorse personali e materiali e nelle forniture, di trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria.

L'ASSR, istituita in funzione delle profonde modifiche introdotte con il DL.vo 502/1992, ha l'obiettivo primario di valutare la qualità e i costi della assistenza sanitaria e di promuovere l'innovazione nella organizzazione dei servizi.

È responsabile nei confronti del Ministro della Sanità e delle Regioni, che nominano il Presidente, il Consiglio di amministrazione e il Direttore dell'Agenzia. Le risorse professionali di cui si avvale hanno specifiche competenze in organizzazione e gestione dei servizi sanitari, epidemiologia, economia sanitaria e modelli matematici.

Le sue funzioni, riviste con il DL.vo 229/1999, riguardano principalmente:

- l'esame di schemi o progetti di piani sanitari regionali;
- i criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima;
- la formulazione di pareri consultivi sulla compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza, i principi in base ai quali la Regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata;
- la formulazione di pareri consultivi su numerosi atti ministeriali.

Inoltre presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, è stata istituita la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari che determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle Regioni gli eventuali scostamenti osservati.



## Strutture sanitarie

### Aziende ospedaliere

L'articolo 4 del DL.vo 229/1999 ridefinisce i criteri per la costituzione dei presidi in Aziende ospedaliere relativi all'individuazione delle caratteristiche organizzative minime e al rilievo nazionale o interregionale delle Aziende ospedaliere. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le Regioni possono proporre la costituzione o la conferma in Aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso dei seguenti requisiti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, in coerenza con l'articolo 17-*bis*;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della Sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1 febbraio 1992, e successive modificazioni (6);
- d) Dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'Atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992 (7) e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17 maggio 1996;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale (PSR) e in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;
- g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento del valore medio regionale;
- h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

I requisiti di cui alle lettere *c)* e *d)* non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 127 del 2 giugno 1995 (8). In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in Azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella ASL. Tali requisiti sono molto più numerosi e restrittivi di quelli che erano stati previsti dalla precedente legge di riforma (502/517) e, qualora applicati, avrebbero determinato il rientro nelle ASL di un numero elevato di Aziende ospedaliere.

La Legge 405 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" del 16 novembre 2001 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 17 novembre 2001 ha modificato l'articolo 4 della 229/1999, potendo le Regioni autonomamente istituire le proprie Aziende ospedaliere (9).

Questo è un altro elemento di diversità rispetto alla riforma precedente dove le caratteristiche da possedere per individuare un ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione erano

solo due: presenza di minimo tre strutture di alta specialità e organizzazione di tipo dipartimentale.

L'articolo 5 del DL.vo 229/1999 modifica l'articolo 5 del DL.vo 502/1992, dettando norme in materia di gestione economico-finanziaria delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere. Le Aziende ospedaliere e le USL hanno un proprio patrimonio, del quale possono disporre liberamente per svolgere la propria attività; solo nel caso in cui si voglia realizzare un atto di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili bisogna ottenere l'autorizzazione della Regione. Il patrimonio è formato da tutti i beni mobili e immobili, trasferiti dallo Stato alle ASL, acquisiti durante l'attività o frutto di donazioni. Inoltre ogni ASL deve dotarsi di un sistema di contabilità, per centri di costo e responsabilità, che consenta una facile verifica di ciò che è stato realizzato, deve redigere il bilancio preventivo pluriennale e relativo all'anno successivo, deve tenere il libro delle deliberazioni del Direttore generale, deve rendere pubblici i bilanci e tutte le analisi dei costi, dei rendimenti e qualsiasi documento economico redatto, ed è responsabile per la valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare che deve essere gestito attraverso dismissioni e conferimenti.

L'articolo 5 bis, prevede e disciplina la possibilità di stipulare accordi di programma fra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province Autonome e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie (9).

Sotto il profilo organizzativo, le ASL hanno i seguenti organi direttivi: il Direttore generale e il Collegio sindacale, affiancati dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario. Il Collegio di direzione (articolo 14 del DL.vo 229/1999 ) concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Direttore generale si avvale del Collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, l'organizzazione dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e dell'utilizzo delle risorse umane e lo sviluppo dei servizi. L'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali rappresenta una innovazione organizzativa prevista dal decreto, volta a potenziare le responsabilità dirigenziali e professionali. Il Dipartimento viene individuato come centro di responsabilità sia dal punto di vista economico, sia per quanto riguarda la elaborazione dei programmi di attività e la valutazione sistematica e continuativa della qualità dell'assistenza prestata.

Saranno le Regioni a disciplinare l'attività e la composizione del Collegio di direzione, (art. 15 che modifica l'art. 17 del DL.vo 502/1992) prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e amministrativo, di Direttori di Distretto, di Dipartimento e di Presidio.

## **Aziende sanitarie**

Una delle novità più rilevanti della seconda riforma sanitaria è stata la trasformazione delle USL in Aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile gestionale e tecnica. Erano state previste le Aziende ospedaliere, proposte dalle Regioni al Consiglio dei Ministri ovvero costituite direttamente ai sensi del comma 4 dell'art. 4 del DL.vo 502/1992, modificato dal DL.vo 229/1999. Le ASL attraverso la loro attività assicurano i livelli essenziali di assistenza. Inoltre, l'art. 3 del decreto classifica ulteriormente l'assistenza sanitaria, distinguendola in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono tutte quelle attività tese alla promozione della salute e alla prevenzione, mentre le

prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono quelle attività che hanno l'obiettivo di aiutare la persona in stato di bisogno (per disabilità o emarginazione).

Gli articoli 3 e 4 del DL.vo 229/1999, riprendendo i principi già espressi nella precedente legge di riforma 502/1992 così come modificata dalla 517/1993, delineano una Azienda sanitaria che deve essere in grado di soddisfare efficacemente e contestualmente tutti i requisiti fondamentali richiesti ad una unità economica destinata ad operare nel sistema sanitario: la garanzia di equità nell'accesso ai servizi in ragione delle necessità assistenziali; l'efficacia negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione; l'efficienza nella produzione e nella distribuzione delle prestazioni e dei servizi necessari e appropriati secondo le condizioni di ciascuno. La necessità di qualificare le Aziende come unità economiche, dotate di risorse proprie e di autonomia imprenditoriale, ha indotto a creare un modello di organizzazione delle Aziende sanitarie che non è sovrapponibile ad alcuna delle forme di azienda conosciute nel nostro ordinamento. Sotto il profilo giuridico, le ASL sono confermate aziende pubbliche a cui viene attribuita "autonomia imprenditoriale" e "la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con Legge regionale". Uno dei nodi irrisolti di questa riforma è proprio la natura giuridica delle Aziende sanitarie: di diritto pubblico o privato? Le strutture sanitarie utilizzano strumenti propri del diritto privato (es. i contratti) e altri propri del diritto pubblico (es. la formalizzazione delle decisioni).

Le Aziende sanitarie inoltre sono chiamate a rispondere del raggiungimento degli obiettivi di salute imposti dalla programmazione nazionale e regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Tali Aziende improntano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, attraverso l'equilibrio tra costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie, sempre nel pieno rispetto del raggiungimento del pubblico interesse, quale quello della salute della popolazione nell'ambito dei livelli uniformi, essenziali, efficaci e appropriati di assistenza. Del resto la loro peculiarità principale, come già anticipato, è quella di agire mediante atti di diritto privato e di contrattazione di forniture di beni e servizi, ove il valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, direttamente secondo le norme di diritto privato, indicate nell'atto aziendale.

A questo scopo, si prevede che le Aziende sanitarie abbiano personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, auto-organizzandosi con un atto aziendale di diritto privato, assunto dal Direttore generale nel rispetto delle indicazioni regionali.

Il tema della nuova norma giuridica e configurazione delle Aziende sanitarie è motivo di dibattiti, in quanto si configurano come aziende sui generis dal momento che esse :

- sono soggetti pubblici e in quanto tali sono tenuti ad agire in funzione del pubblico interesse che nella fattispecie consiste nella tutela della salute della popolazione nell'ambito dei livelli uniformi di assistenza;
- agiscono e si organizzano secondo criteri privatistici di responsabilità rispetto al rapporto fini/mezzi e di flessibilità nella gestione dei mezzi;
- esprimono l'interesse pubblico non tanto nella pedissequa valutazione degli atti amministrativi quanto nei risultati raggiunti (10).

La nuova disciplina non include alcun riferimento sulle dimensioni delle Aziende che, secondo il DL.vo 502/1992, dovevano invece coincidere di norma con il territorio della Provincia.

Il comma 1-quater dell'articolo 3 individua nel Direttore generale e nel Collegio sindacale gli organi della Azienda sanitaria, prevedendo che il Direttore generale possa avvalersi del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, lasciando alle Regioni la disciplina di forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il comma 1-quinquies prevede il coinvolgimento del Direttore amministrativo e del

Direttore sanitario, entrambi nominati dal Direttore generale alla direzione dell'Azienda, assumendo responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale. L'articolo aggiuntivo 3-bis disciplina i requisiti di cui tali figure apicali devono essere in possesso, le procedure per la loro nomina, la valutazione periodica e l'eventuale revoca.

Il Direttore generale, nominato dalla Regione, deve possedere una serie di requisiti richiesti: diploma di laurea e una lunga e consolidata esperienza nella gestione di aziende, pubbliche o private. Le sue funzioni non sono mutate rispetto a quelle stabilite nel DL.vo 502/1992. Un importante elemento di novità rispetto alla riforma precedente è dato dall'obbligo per i Direttori generali di presentare, entro 18 mesi dalla nomina, un certificato che attesti la loro partecipazione e frequenza al corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, organizzati dalle Regioni.

La norma attribuisce inoltre alla Regione la responsabilità di stabilire i criteri generali di valutazione dell'operato dei Direttori generali, definendo gli specifici obiettivi di salute e di funzionalità dei servizi, nell'ambito dei vincoli di bilancio, in base ai quali devono essere periodicamente valutati.

Nel momento in cui avviene la nomina del Direttore generale, le Regioni definiscono gli obiettivi di salute, di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari e dopo 18 mesi dalla nomina viene valutata e verificata l'attività svolta dal direttore generale e i risultati conseguiti. Ove ricorrano gravi motivi, violazione delle leggi, violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità della gestione, si può procedere alla sostituzione del Direttore generale. La Regione deve però ascoltare il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale. Non meno importante è il Collegio sindacale che sostituisce il Collegio dei revisori quale organo di controllo dell'Azienda.

Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci. Per le Aziende ospedaliere questo ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei Comuni. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei Revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di Revisori dei conti o di componenti dei Collegi sindacali.

Il Collegio sindacale verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

## **Distretti**

Il DL.vo 19 giugno 1999 n. 229 di modificazione e integrazione del DL.vo 502/1992, diversamente dalla precedente normativa, dedica ampio spazio ai Distretti (art. 3-quater, 3-quinquies, 3-sexies), disciplinando le linee emerse nella normativa regionale e le indicazioni contenute nel PSR 1998 -2000 e adeguandole alla nuova configurazione delle aziende USL (11). Il decreto individua le caratteristiche, le funzioni, le risorse e le attività. Esso ha la funzione di garantire accessibilità, continuità e tempestività della risposta assistenziale e di favorire un approccio intersettoriale alla promozione della salute, garantendo in particolare l'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Accanto alla funzione di produttore di prestazioni nell'ambito dell'assistenza primaria, tramite strutture organizzate in forma dipartimentale in cui sono organicamente inseriti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, il Distretto assume un ruolo di governo per l'integrazione dell'attività dei servizi e dei Dipartimenti della Azienda USL, inclusi i presidi ospedalieri, fra di loro e con l'assistenza sociale (di competenza comunale), in attuazione delle strategie aziendali, formalizzate nel Piano territoriale della salute che viene elaborato di intesa con le amministrazioni comunali.

Quanto alle dimensioni territoriali il DL.vo 229/1999 prevede che sia garantita una popolazione di almeno 60.000 abitanti (salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa del territorio, disponga diversamente).

A capo del Distretto è preposto un Direttore, figura essenziale di raccordo organizzativo con la comunità locale. L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore generale a un dirigente dell'Azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Il Direttore di Distretto è coadiuvato nel suo lavoro da persone rappresentanti i vari servizi distrettuali: un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto.

Secondo l'articolo 3-quinquies comma 2 del decreto il Distretto deve garantire:

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Il decreto prevede, infine, che trovano collocazione funzionale nel Distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Il Distretto rappresenta, pertanto, sia una struttura operativa per la produzione dei servizi relativi all'assistenza di base e specialistica ambulatoriale, sia il promotore di progetti per la salute che interessano più strutture operative, incluse quelle dei Comuni che, per la parte di integrazione socio-sanitaria, convergono in tali progetti.

I tre articoli da 3-septies a 3-octies disciplinano il complesso processo dell'integrazione socio-sanitaria, per quanto riguarda la distinzione fra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle sociali a rilevanza sanitaria; le responsabilità distinte sotto gli aspetti del finanziamento, ma interconnesse dal punto di vista gestionale e operativo di Comuni e Aziende sanitarie, l'integrazione sul piano professionale (9).

Le strutture sanitarie non ospedaliere sono strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; le strutture territoriali quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili; le strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le case protette, ecc.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero.

Infatti l'ADI è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di:

- medicina generale;
- medicina specialistica;
- infermieristica domiciliare e di riabilitazione;
- aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- assistenza sociale.

In generale, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture agli anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente.

Il modello organizzativo prevalente del Distretto sembra essere quello della responsabilità per materie e discipline sanitarie. In questo modello divengono prevalenti le conoscenze medico-scientifiche. Il Distretto è diviso in unità operative, ognuna delle quali rappresenta un'attività sanitaria omogenea retta da un responsabile sanitario. Con questo modello, il Distretto viene considerato come un'agenzia di coordinamento. "La linea organizzativa forte è quella verticale, specialistica per materie e discipline, la linea debole è quella orizzontale, per presidi e strutture territoriali, responsabili del coordinamento dell'offerta settoriale specializzata" (12).

## Altri organi

Secondo la definizione data dall'articolo 42 della Legge 833/1978, sono attribuiti al livello centrale dell'SSN gli IRCCS che "insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica", la cui dislocazione sul territorio nazionale è indicata nella Tabella 1. Il riconoscimento del carattere scientifico di detti Istituti è effettuato con Decreto del Ministero della Sanità d'intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione, sentite le Regioni interessate e il CSN. Con il DPR 617/1980 (13) è stato disciplinato l'ordinamento, il controllo e il finanziamento di dette strutture, che possono essere di diritto pubblico o di diritto privato.

**Tabella 1. Dislocazione sul territorio nazionale degli IRCCS**

IRCCS	Città															
	PN	TS	LC	BS	MI	PV	GE	BO	PI	AN	RM	IS	NA	FG	BA	EN
Dermatologia											2					
Gastroenterologia							1								1	
Geriatria										1						
Malattie genetiche ed eredo-familiari														1		
Malattie infettive											1					
Neurologia e psichiatria				1	1	1			1			1				1
Oncologia	1				2		1				1		1		1	
Ortopedia								1								
Patologie cardiovascolari					1											
Pediatria		1					1				1					
Politematici																
Riabil. neuromotoria e malattie professionali			1		1						1					

Gli IZS sono Enti sanitari di diritto pubblico dotati di autonomia gestionale e amministrativa. Rappresentano lo strumento tecnico e operativo dell'SSN per assicurare la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e

la diagnostica nell'ambito del controllo ufficiale degli alimenti. La funzione di raccordo e coordinamento delle attività degli IZS è svolta dalla Direzione generale della Sanità Pubblica Veterinaria, Alimenti e Nutrizione del Ministero della Salute che ne definisce, mediante il lavoro della Commissione Scientifica Nazionale, le linee guida e le tematiche principali.

La Commissione Unica del Farmaco (CUF) coadiuva il Ministero nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e regolamentazione in materia farmaceutica. In particolare fornisce indicazioni sulla classificazione dei medicinali, esprime parere vincolante sul valore terapeutico e sulla compatibilità finanziaria delle prestazioni farmaceutiche e valuta la rispondenza delle specialità medicinali ai requisiti di legge e alle direttive UE, esprimendo pareri sulle procedure comunitarie. La CUF è nominata con Decreto del Ministro che la presiede ed è composta da 12 esperti, dei quali 7 nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni. La CUF resta in carica per un biennio e i suoi membri possono essere rinnovati per un solo mandato. Sono inoltre componenti il Direttore del Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza e il Direttore dell'ISS (o il Direttore di laboratorio da questo ultimo designato).

Infine, presso il Ministero della Sanità operano alcuni organi collegiali di consulenza e una serie di comitati e commissioni tecniche che trattano materie importanti in campo sanitario quali:

- Commissione oncologica nazionale;
- Commissione nazionale AIDS e altre malattie infettive;
- Commissione nazionale per la formazione;
- Commissione nazionale per l'accreditamento.

## Bibliografia

1. Italia. Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n. 266. Riordinamento del Ministero della Sanità, a norma dell'art. 1, comma 1, lettera h), della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 180, 3 agosto 1993.
2. Italia. Decreto Ministeriale 27 febbraio 1997, n. 76. Regolamento recante sostituzione del regolamento concernente la composizione e l'ordinamento del Consiglio Superiore di Sanità, adottato con DM 21 dicembre 1993, n. 583. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 73, 28 marzo 1997.
3. Italia. Legge 7 agosto 1973, n. 519. Modifiche ai compiti, all'ordinamento e alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 219, 25 agosto 1973.
4. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 20 gennaio 2001, n. 70. Regolamento di organizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità, a norma dell'articolo 9 del DL.vo 29 ottobre 1999, n. 419. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 71, 26 marzo 2001.
5. Italia. Legge 7 agosto 1973, n. 519. Modifiche ai compiti, all'ordinamento e alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 219, 25 agosto 1973.
6. Italia. Decreto Ministeriale 29 gennaio 1992. Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 26, 1 febbraio 1992.
7. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 76, 31 marzo 1992.
8. Italia. Decreto Ministeriale 31 gennaio 1995. Criteri di classificazione degli ospedali specializzati. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 127, 2 giugno 1995.

9. Tomassini A, Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.
10. Linee generali del Sistema Sanitario. In: *Guida all'esercizio professionale per i Medici, i Chirurghi e gli Odontoiatri*. Torino: Edizioni medico scientifiche; 2000.
11. Claudi MC. Profilo storico del Distretto nell'organizzazione sanitaria italiana. *Igiene e Sanità Pubblica* 2002;59(4):208-28.
12. Caccia C, Longo F. L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico. *Mecosan* 1994;10:24.
13. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617. Ordinamento, controllo e finanziamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 275, 7 ottobre 1980.



## Modulo V

---

### **ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA: I PIANI SANITARI**

Il primo PSN approvato risale al triennio 1994-97, circa 15 anni dopo la prima disposizione in ordine alla adozione del PSN ad indirizzo delle attività di programmazione sanitaria, come indicato dalla Legge 833/1978.

Nell'autunno del 1998 è stato definitivamente emanato il PSN 1998-2000, approvato con il DPR 199 del 23 luglio, che vuole rappresentare nella sua impostazione "un patto di solidarietà per la salute tra Stato e cittadini" e che quindi non si limita all'organizzazione dei servizi ma indica azioni attraverso cui raggiungere specificati obiettivi di salute.

L'evidenza che l'SSN di fatto è articolato in servizi regionali ha reso evidente la necessità di superare la mera condivisione del PSN da parte delle Regioni, attraverso un confronto che abbia per oggetto le strategie che devono essere messe in atto a tutti i livelli per il raggiungimento degli obiettivi (1).

Il DL.vo 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario in Italia" (2) individua le modalità con cui le Regioni concorrono all'elaborazione del PSN. Infatti, nel comma 5 dell'art. 1 si legge: "le Regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del PSN, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente".

Analoga funzione partecipativa viene attribuita alle Regioni con riferimento alla determinazione del fabbisogno di risorse finanziarie complessivo dell'SSN e alla valutazione della sua compatibilità con la programmazione socio-economica nazionale.

La relazione annuale sullo stato di attuazione del PSR, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo, rappresentano ulteriori strumenti attraverso cui le Regioni concorrono alla predisposizione del PSN adottato di intesa con la Conferenza unificata. Il Decreto 299/1999 prevedeva che anche le organizzazioni sindacali degli operatori pubblici e privati, oltre alle commissioni parlamentari competenti per materia, offrano il loro parere prima che il Governo, su proposta del Ministero della Sanità, predisponga il PSN.

Il PSN ha durata triennale e il Governo lo dovrebbe adottare entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del PSN precedente.

Il comma 10 dell'art. 1 del DL.vo 229/1999 indica i contenuti del PSN. Il PSN deve indicare le aree prioritarie di intervento ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute, anche attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Deve inoltre fornire indirizzi per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali. Inoltre deve essere considerata la ricerca biomedica e sanitaria, la formazione e l'elaborazione di linee guida per percorsi diagnostico-terapeutici.

Il PSR si propone come piano strategico di interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche con il riferimento al PSN.

Il Decreto 229/1999 (comma 14 dell'articolo 1) prevede che le Regioni e le Province Autonome trasmettano al Ministero della Sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del PSN.

## Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il PSN 2003-2005 (3) si articola in due parti: la prima specifica gli obiettivi strategici di salute, la seconda individua le linee di sviluppo per gli altri obiettivi generali di salute.

L'efficacia del Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità e, per quanto di competenza, Comuni e Province chiamati a:

- trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli;
- investire nella qualificazione delle risorse umane;
- adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci;
- adeguare gli standard quantitativi e qualitativi;
- garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

### I dieci progetti per la strategia del cambiamento

1. Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali e appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa.
2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili:
  - la cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie;
  - le sfide per l'SSN.
3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche.
4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità.
5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità.
6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere.
7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari.
7. bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza.
8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari.
9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute.
10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.

### Bibliografia

1. Tomassini A, Signorelli C. *La terza riforma sanitaria: il decreto Bindi e le normative collegate*. Roma: Società Editrice Universo; 1999.
2. Italia. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 165, 16 luglio 1999.
3. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003. Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 139, 18 giugno 2003.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN  
deve essere preventivamente autorizzata.*

*Stampato da Ditta Grafiche Chicca & C. snc  
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

*Roma, settembre 2004 (n. 3) 6° Suppl.*