

MONDO SALUTE

L'INGRESSO DELLA SANITÀ IN EUROPA

**Un cammino lungo
più di mezzo secolo**

AIOP GIOVANI/STUDY TOUR LONDRA 2011

**Ipotesi di riforma
Cameron:
uno sguardo da vicino**



NUMERO SPECIALE

1861-2011

**Centocinquanta
anni di Sanità**



Sistemi Informativi
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto
e Cartella Clinica

Sale Operatorie
e percorsi di cura

www.dedalus.eu

**la vita scorre nei
nostri software**

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

Il 2011 è l'anno in cui **i soggetti istituzionali e i maggiori protagonisti** della vita sociale, culturale ed economica del paese si incrociano e fanno i conti con **il 150° anniversario dell'Unità d'Italia**. Torino, prima capitale d'Italia, diventa **il riferimento ideale** per voltarsi indietro a misurare il cammino fatto con la prospettiva di **riprendere con più vigore e consapevolezza lo slancio per il futuro**.

L'Aiop, la maggiore Associazione imprenditoriale della sanità privata italiana, non poteva e non voleva sfuggire a questo appuntamento con la storia, e per questo ha voluto dare appuntamento a Torino a tutti gli associati per la 47 Assemblea annuale (26-28 maggio 2011), per dire la sua, per continuare a dare un servizio al paese secondo la sua sensibilità e competenza. 150 anni di storia unitaria sono stati anche 150 anni di storia del servizio sanitario del Paese. Dalla frammentazione degli Stati pre-unitari si è passati al difficile cammino di impostazione centralistica di una politica sanitaria - inesistente in quel momento

sia in Italia che in Europa - lasciata in precedenza prevalentemente alla sensibilità delle organizzazioni religiose.

Non potevamo eludere questa storia, ed è per questo che abbiamo chiesto al nostro Direttore Generale, dr. Franco Bonanno, di provare a ripercorrerla su queste pagine dal 1861 ad oggi, valorizzandone le tappe più significative, cui l'Aiop, dalla sua nascita (1966), ha dato un apporto non marginale.

Il riferimento storico, poi, è ancora più opportuno poiché siamo alla vigilia del completamento normativo del federalismo, che cambia significativamente i caratteri della forma Stato in Italia. E a Torino, il tema sul quale chiederemo ai nostri associati e a prestigiosi relatori di interrogarsi sarà proprio: "Il federalismo è la ricetta?".

Sembra quasi che dopo 150 anni di storia nazionale si sia esaurita la spinta centralistica che aveva caratterizzato la politica italiana per far posto alla responsabilità e alla sensibilità localistica, nella sua dimensione istituzionale regionale.

Su questi temi il dibattito è stato rovente. Come per ogni rivoluzione ha visto la comparsa sulla scena di entusiasti e scettici. L'Aiop si iscrive alla lista dei moderatamente entusiasti, ma per ragioni diverse di altri compagni di strada. Ritiene infatti che comunque venga declinato, il federalismo debba significare responsabilità di governo, efficienza amministrativa e laicità di approccio.

La responsabilità di governo dovrà essere la disponibili-

tà a confrontarsi con i propri elettori in base alle scelte compiute. Occorre finirla con l'italica abitudine di attribuire ad altri la responsabilità degli insuccessi, a chi c'era prima o ad un bieco potere centrale. E alla responsabilità di governo dovrà far fronte una capacità dei cittadini elettori di giudicare la politica dalla forza dei fatti e non dalla suggestione della chiacchiera; l'efficienza amministrativa sarà la consapevolezza che il welfare non potrà non fare i conti con l'ottimizzazione di costi-benefici, pena la rinuncia all'"irrinunciabile" welfare. Sarà quindi lotta agli sprechi e per la fine della lunga stagione della sanità come settore di clientelari ammortizzatori sociali; laicità di approccio significherà la capacità di vedere la sanità, come altri settori dello Stato, con occhi nuovi. I sistemi sanitari più avanzati delle democrazie occidentali - come racconta la Sezione Aiop Giovani della nostra Associazione, che ha da poco visitato e approfondito a Londra gli sviluppi del sistema inglese e le sue ipotesi di riforma - non solo non rinunciano, ma accolgono con favore l'apporto di partner privati, nella consapevolezza, post ideologica, che non è la natura del soggetto, pubblico o privato, a decretarne la qualità e l'efficienza del suo servizio,

ma solo la professionalità e la competenza delle persone che a vario titolo si occupano di diagnosi e cura.

Insomma, c'è tanta carne al fuoco. Mettiamoci comodi e affrontiamo il piacere della lettura. ■

Enzo Paolini



NEXUS BRIDGE

Nexus Bridge è il ponte informatico sul quale possono transitare con precisione, rapidità e sicurezza tutte le informazioni che Strutture Sanitarie ed Assicurazioni possono doversi scambiare.

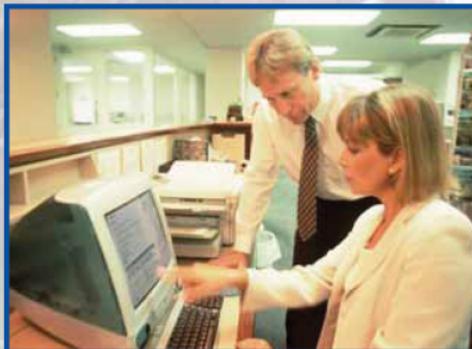


Questo consentirà di evitare errori e malintesi, che si traducono quasi sempre in una dilatazione dei tempi di risoluzione della pratica e

del pagamento delle relative fatture.

Costruito sulla base degli "Standard di comunicazione per l'Assistenza Diretta" creati da A.I.O.P. in collaborazione con A.N.I.A. (l'Associazione delle Imprese Assicuratrici) il

sistema è anche in grado di gestire le diverse modulistiche che ancora oggi ciascuna assicurazione richiede alle



Cliniche, rendendo molto più facile per gli operatori gestire le pratiche dei ricoveri e dei conseguenti sinistri.

sommario



MONDO SALUTE

PERIODICO A CARATTERE TECNICO-INFORMATIVO PROFESSIONALE

Anno VIII - n. 1 - MAGGIO 2011

Editore SEOP s.r.l.
via di Novella, 18 - ROMA

Direttore responsabile
Enzo Paolini

Comitato di direzione
Barbara Cittadini, Fabio Marchi,
Emmanuel Miraglia, Gabriele Pelissero,
Ettore Sansavini, Enzo Schiavone.

Grafica e impaginazione
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n°533 23/12/2003

Direzione
00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703
Internet: www.mondosalute.it
e-mail: uffstamp@aiop.it

Stampa
Eurolit s.r.l.
Via Bitetto, 39 - 00133 Roma

Chiuso in redazione il
13/05/2011

1

EDITORIALE
DI ENZO PAOLINI

4

1861-2011
Centocinquant'anni di Sanità

DI FRANCO BONANNO



L'INGRESSO DELLA SANITÀ IN EUROPA
Un cammino lu ngo più di mezzo secolo

DI ALBERTA SCIACCHI

26



AIOP GIOVANI / STUDY TOUR 2011 LONDON
Ipotesi di riforma Cameron: uno sguardo da vicino

DI GAIA GAROFALO

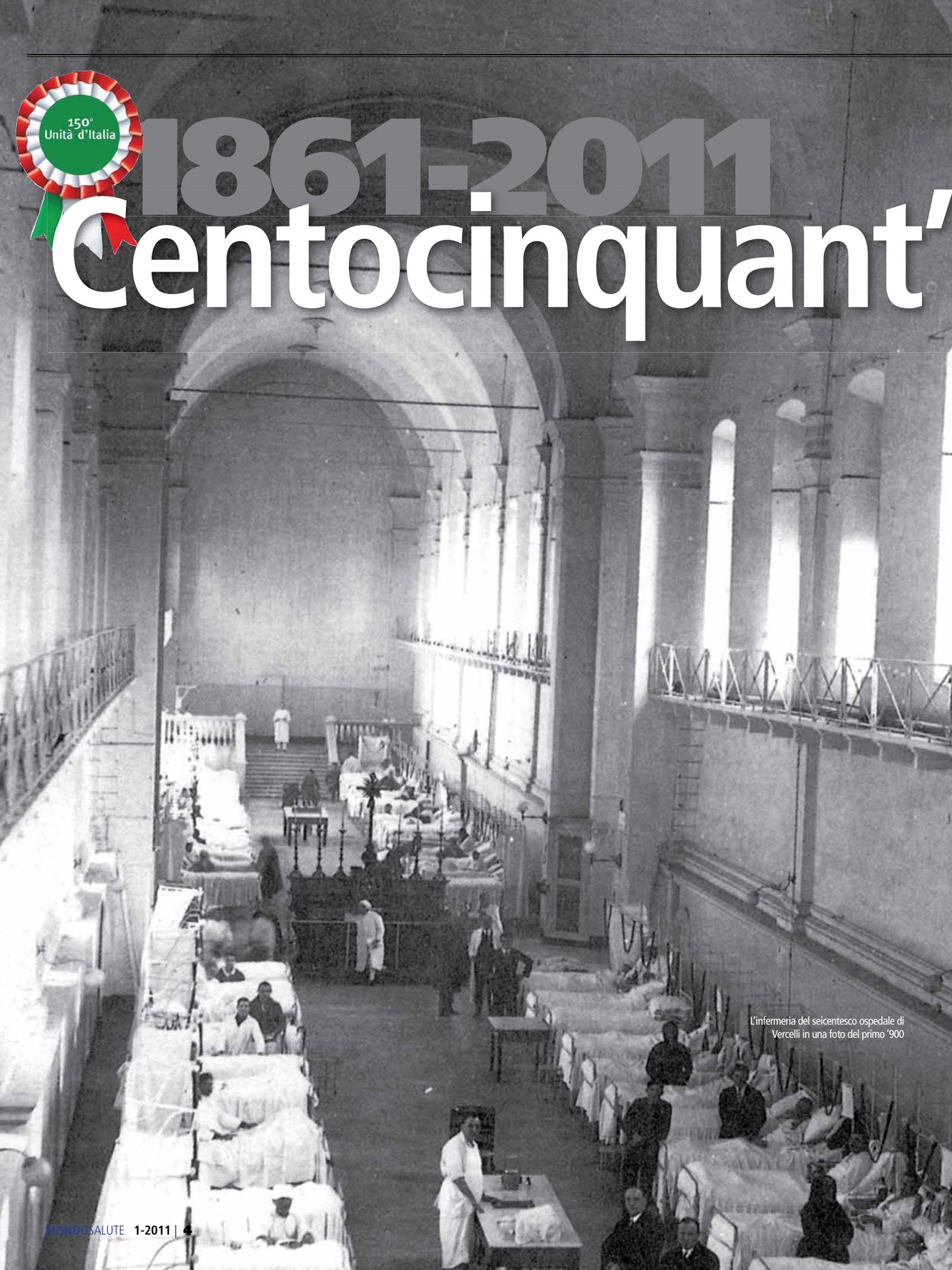
36





1861-2011

Centocinquant'



L'infermeria del seicentesco ospedale di Vercelli in una foto del primo '900



anni di Sanità

La sanità pubblica dall'Unità d'Italia al Decreto legislativo 502/92 e alla parte, ancora in itinere, del decreto per l'attuazione del Federalismo fiscale.

DI FRANCO BONANNO

È il 18 febbraio 1861 la data della prima vera legislatura del Regno d'Italia, quella che si aprì con l'ormai famoso "discorso della corona" di Vittorio Emanuele II che poi, un mese più tardi, il 17 marzo, promulgherà la legge che lo avrebbe autorizzato ad assumere il titolo di Re d'Italia.

In realtà la struttura del nuovo Stato si configurò come un prolungamento del vecchio Piemonte Sabauda più che come un organismo politico veramente nuovo.

Infatti la legislatura apertasi il 18 febbraio 1861 viene numerata come VIII, a seguire, quindi, le precedenti legislature del Parlamento Subalpino sottolineandone, pertanto, la continuità Costituzionale e politica dopo l'annessione di molte Regioni italiane e la scomparsa dei vecchi Stati preunitari. Anche la legge elettorale che fu adottata era quella già vigente in Piemonte dopo il 1848 che, tra l'altro, non concedeva l'esercizio del voto alle donne e nemmeno a tutti gli uomini, ma solo a quelli con una certa "base censuaria".

I cittadini iscritti nelle liste elettorali, su una popolazione di 26 milioni di abitanti, furono solo 417 mila (167 mila al Nord, 55 mila al centro, 129 mila in meridione e 66 mila nelle isole) ma si recarono alle urne, anche per l'astensione dei cattolici per il Non expedit papale, solo 259 mila elettori e diversi deputati furono eletti con poche decine di voti.

I primi Governi si resero conto che era più prudente non varare leggi e decreti per un riordino politico-amministrativo che potesse coinvolgere nello stesso modo le diverse "province" italiane provenienti da zone in condizioni socio-economiche e anche culturali non sovrapponibili tra loro, così, le "diverse province" continuarono ad essere regolate dalle disposizioni vigenti al momento dell'unificazione.

Ovviamente ciò accadde anche per la "sanità" con un aggravante non indifferente, quello della gravità dei problemi determinati dalle ricorrenti epidemie e soprattutto dalle scadenti condizioni igienico-sanitarie in cui si trovavano importanti e vaste "province".

ALCUNE LEGGI E DISPOSIZIONI INERENTI LA SANITÀ NEGLI STATI PREUNITARI

Nel Regno Sabauda la sanità pubblica era regolata dal Regio editto del 30 ottobre 1847 per la istituzione del Consiglio superiore di sanità, da alcuni decreti che regolavano il servizio sanitario marittimo e infine dalla Legge 20 novembre 1859 n. 3793 che fu estesa alla Lombardia, regione nella quale era vigente la legge 13 novembre 1825 sulle professioni sanitarie, all'Emilia, alle Marche e all'Umbria.

Tra le leggi importanti inerenti la sanità,



Villa Rosa, - Salotta della Radiografia.

(Foto archivio personale - gentile concessione Lorenzo Orta)

promulgate negli "Stati preunitari" segnaliamo quelle dello Stato Pontificio con un proprio ordinamento del 1818 (legge generale sulla sanità), del 1824 (ordinamento delle facoltà mediche) e del 1834 (Istituzione della Congregazione per la sanità pubblica) e quella del Regno delle Due Sicilie del 1820 sul regolamento sanitario del Regno.

DOPO LA PROMULGAZIONE DELL'UNITÀ D'ITALIA

I Governi e soprattutto il Parlamento cominciarono quasi subito a porre allo studio la possibilità di fornire all'Italia Unita

leggi, decreti e circolari unitari sia di politica sanitaria che di quella della salute, pur tenendo conto di quegli squilibri esistenti nelle condizioni socio-economiche e culturali presenti nei vari stati esistenti.

Un importante studio per cui il Parlamento aveva lavorato sin dal 27 aprile 1861 ma che poi si arenò il 3 gennaio 1862, fu quello relativo ad un progetto di riordinamento delle "opere pie" che allora comprendevano quasi tutti gli ospedali e altri istituti preposti al ricovero di malati inabili e alienati. Varare un tale ordinamento era di estrema importanza e così il 3 agosto 1862 fu emanata la legge n. 753 sulle "opere pie" che ne prevedeva l'applicazio-

ne in tutto il Regno a far data dal 1° gennaio 1863 abrogando le singole disposizioni vigenti nelle diverse province.

Gli anni sino a tutto il 1864 possiamo ritenere anni di "stallo" per la politica sanitaria, ci furono solo dei momenti in cui i Governi si preoccuparono del dilagare della "sifilide" nelle nazioni Europee, tanto da prevedere sui bilanci di quegli anni alcuni stanziamenti per la creazione di "sifilicomi" regolamentati, poi, con un Regio Decreto del 25 settembre 1862, abrogato nel 1888 con la conseguente chiusura di alcuni di essi.

GARIBALDI FU FERITO

A dire il vero, quegli anni, 1862-1864, anche se hanno avuto poco significato dal punto di vista di emanazioni di legge, decreti e regolamenti, furono di grande eco europea e anche mondiale per la famosa pallottola che colpì ad una gamba il Generale Garibaldi durante l'agguato in Aspromonte e che, dopo tre mesi, il 23 novembre 1863 il dott. Ferdinando Zanetti, insegnante di anatomia e fisiologia a Firenze, la estrasse con una particolare tecnica e con particolari strumenti che furono anche esposti nel 2007 all'Istituto Italiano di Cultura di New York nell'ambito della mostra "Giuseppe Garibaldi tra storia e mito".

L'intervento effettuato dal dr. Zanetti:

"Immerse in una piccola spugna della cera calda che lasciò raffreddare, poi ne introdusse un filamento lungo e sottile nella ferita. Durante la notte il calore del corpo fece sciogliere la cera e il frammento di spugna si dilatò facendo allargare i bordi della ferita. Soltanto allora, introdusse la pinza e in pochi secondi estrasse la pallottola. La piaga cicatrizzò in poco tempo."



Carretto ambulanza alla fine del XIX secolo

1865

Il primo passo per la costituzione di una vera struttura organizzativa della sanità, lo si trova nella Legge 20 marzo 1865 n. 2248 “per l’unificazione amministrativa del Regno d’Italia” mediante la quale il

Governo, delegando il Ministero dell’Interno, ebbe la facoltà di rendere esecutive in tutte le province alcune leggi riguardanti l’Amministrazione comunale e provinciale, la pubblica sicurezza, il Consiglio di Stato, le opere pubbliche e dedicando un intero allegato, l’allegato “C”, alla “sanità pubblica”.

Viene così istituito in ogni capoluogo di provincia, sotto la Presidenza del Prefetto, il Consiglio Superiore di sanità, quale organo di consulenza del Ministro dell’Interno, per vigilare su gli ospedali, su i luoghi di detenzione, sugli stabilimenti sanitari non dipendenti dai consigli sanitari militari e, soprattutto, con il compito di “vegliare” sulla “conservazione della sanità pubblica”.

L’8 giugno dello stesso anno venne approvato il “Regolamento relativo all’allegato “C” che in un primo tempo stentò ad essere attuato per l’imperversare dell’epidemia del colera.

E’ proprio con la richiamata legge n. 2248/1865 che si inizia a definire l’assistenza sanitaria, quella a domicilio per i poveri, quella per cura dei malati psichici, il mantenimento dei bambini abbandonati e l’attribuzione delle spese ospedaliere ai Comuni.

Medici ed igienisti si impegnano a studiare la realizzazione di ospedali, iniziando dal riadattamento di quei nosocomi rinascimentali esistenti e nella trasformazione di antichi e abbandonati conventi. Con mol-

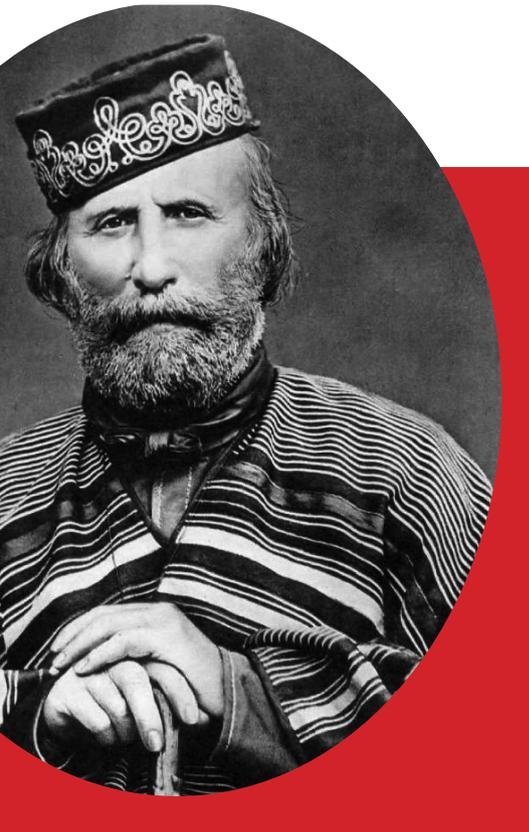
te polemiche e dissonanze, si manifestano valutazioni diverse sul passaggio dell’assistenza pubblica allo Stato.

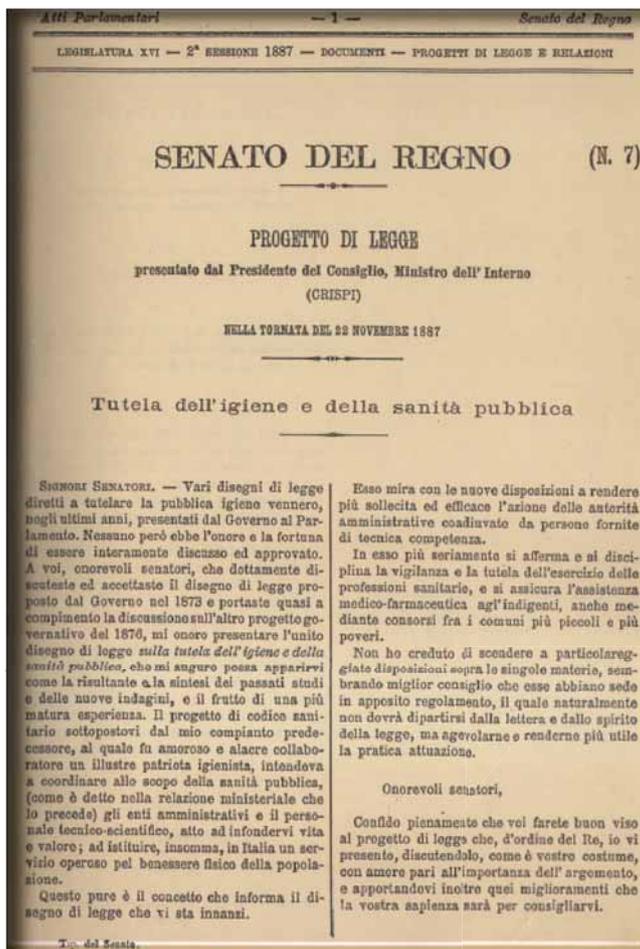
1866 – 1876 IL CODICE SANITARIO

A parte alcune leggi e decreti che non hanno portato grandi mutamenti rispetto a quanto era prescritto nell’allegato “C” alla legge n. 2248/1865, già nel giugno 1866 fu posto allo studio di esperti il “progetto di codice sanitario” che non trovò mai lo sbocco per diventare legge. Il 1° maggio 1873 fu approvato in Senato ma si arenò il 13 maggio alla Camera. Nel dicembre 1876 il “progetto di codice sanitario”, ovviamente riveduto e corretto rispetto a quello proposto da una Commissione di esperti nel lontano 1866, restò insabbiato dopo che nelle 12 sedute in Senato non si trovò un accordo definitivo.

LA PRIMA VERA LEGGE DI RIFORMA SANITARIA LA LEGGE CRISPI-PAGLIANI DEL 22 DICEMBRE 1888

Il vero dibattito sulla questione sanitaria, in realtà era iniziato sin dall’Unità d’Italia. Possiamo affermare che per ben 27 anni, anche se molti tentativi e progetti di legge non fossero andati a buon fine – vedi il progetto di Codice Sanitario - il dibattito sull’argomento era stato vivo soprattutto, tra l’altro, per il sorgere di nuove grandi scoperte inerenti la medicina.





vata in Senato, apportando alcune modificazioni, con 53 voti favorevoli e 21 contrari.

La storia ci insegna che una delle grandi abilità politiche di Francesco Crispi, per l'approvazione della legge, fu quella di non allegare alla legge stessa un "Codice sanitario" con decine di articoli al fine di regolare la materia. Presentò una legge molto semplice, come se fosse un "atto di indirizzo e coordinamento" fissando i principi indispensabili, lasciando al successivo regolamento

le l'esercizio, della medicina e chirurgia, della veterinaria, della farmacia e dell'ostetricia";

- all'art. 35 "Nessuno può aprire e mantenere in esercizio un istituto di cura medico-chirurgica, o di assistenza ostetrica, o stabilimenti balneari, idroterapici o termici, se non con l'autorizzazione del prefetto, sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità"

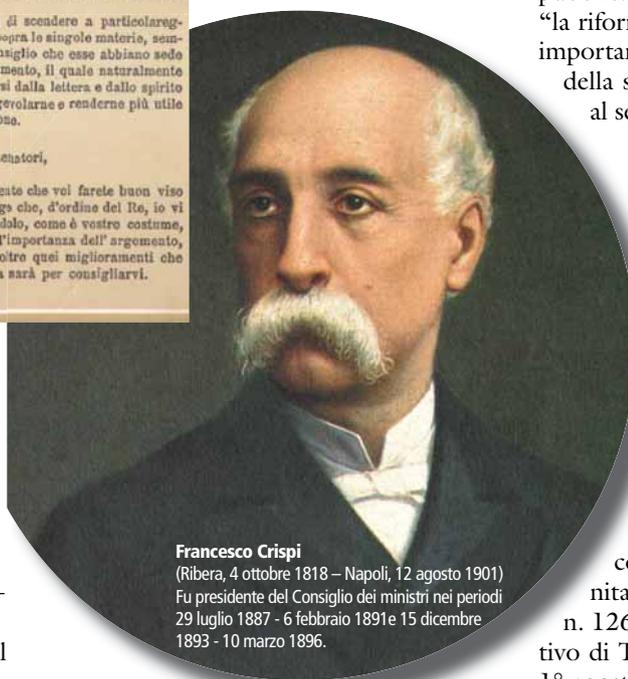
I principi sono tanti ed anche importanti per il Paese Unito e non si può che condividere il giudizio di Benedetto Croce, che colloca la legge Crispi del 1888 tra i fatti memorabili della vita politica e morale italiana agli esordi del governo Crispi e nel 1988 nelle manifestazioni organizzate dal nostro Ministero della Sanità per il "Centenario della prima legge di sanità pubblica" alcuni studiosi affermarono che "la riforma sanitaria del 1888 segna il più importante momento di svolta nella storia della sanità in Italia, quanto meno fino al secondo dopo guerra".

46 ANNI DI LEGGE CRISPI

L'ordinamento sanitario, l'organizzazione dei servizi, l'esercizio delle professioni sanitarie, l'esercizio di attività soggette a vigilanza, le norme sulle condizioni igieniche concernenti gli abitati, il deflusso delle acque e altro che erano previste nella Legge Crispi del 1888 furono variate e/o confermate solo dopo 46 anni con il Testo Unico delle Leggi Sanitarie di cui al R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, dopo che ci fu un primo tentativo di Testo Unico delle leggi sanitarie il 1° agosto 1907 e un secondo Testo Unico, quello del 4 febbraio 1915, ma solo per leggi sanitarie comunali e provinciali.

In questi 46 anni hanno visto alla luce molte leggi, decreti e circolari, circa un centinaio di atti, soprattutto anche per arginare particolari situazioni in base ai vari periodi, alle varie calamità e alle situazioni igienico-sanitarie.

Premesso che sin dall'Unità d'Italia tutte le istituzioni assistenziali erano di proprietà della Chiesa ed erano gestite attraverso i vari ordini religiosi, fu il 17/7/1890 con l'emanazione della Legge n. 6972 sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (le famose I.P.A.B.) che lo Stato iniziava ad appropriarsi dell'assistenza da fornire gratuitamente alla gente più bisognosa, attività questa che era una prerogativa



Francesco Crispi

(Ribera, 4 ottobre 1818 – Napoli, 12 agosto 1901)
Fu presidente del Consiglio dei ministri nei periodi 29 luglio 1887 - 6 febbraio 1891 e 15 dicembre 1893 - 10 marzo 1896.

In verità dal 1861 al 1888, oltre l'importante legge del 1865, furono sempre prese in esame le questioni più impellenti, tipo quelle causate dalle ricorrenti epidemie dovute anche alle gravi condizioni igienico-sanitarie della maggior parte della popolazione proveniente dagli stati preunitari.

Nel novembre del 1887, il Presidente del Consiglio e Ministro dell'interno, Francesco Crispi, dopo aver precisato che gli spunti salienti erano quelli dibattuti per più anni sul progetto di "Codice sanitario" - mai portato a termine - con un brevissimo discorso presentò in Senato la prima vera legge di Riforma Sanitaria, invitando i Senatori, a discuterla con una grande importanza apportando anche "quei miglioramenti che la vostra sapienza sarà per consigliarvi".

La legge, alla quale contribuì nella stesura del progetto governativo, per la parte tecnica, il Prof. Luigi Pagliani, Professore di Igiene all'Università di Torino, fu poi approvata definitivamente alla Camera dei Deputati il 19 dicembre 1888 con 145 voti favorevoli e 69 contrari, dopo che il 1° maggio dello stesso anno era stata appro-

di stabilire le modalità per la realizzazione di tali principi.

Così il 9 ottobre 1889 con il Regio Decreto n. 6442 fu approvato "Il regolamento per l'applicazione della legge sulla tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica".

E' stata sotto tanti aspetti veramente la prima legge di Riforma Sanitaria con dei principi che sono poi stati recepiti nel T.U. del 1934 e anche nella nostra Carta Costituzionale del 1947.

Citiamo per esempio quelli previsti:

- all'art. 16 "L'assistenza medico-chirurgica, farmaceutica ed ostetrica nei comuni, è obbligatoria ed è gratuita per gli indigenti";
- all'art. 22 "è soggetto a vigilanza specia-

gativa della Chiesa. Una legge importante che abbinava il concetto di “beneficenza” a quello di “assistenza”, e costituì le origini del vero sistema sanitario ed assistenziale.

Ricordiamo altri atti che hanno lasciato un segno non indifferente per la sanità pubblica:

29/9/1895 Regolamento della sanità marittima;

14/2/1904 Disposizioni sui manicomi e successivo Regolamento del 1909;

19/7/1906 Regolamento sull'assistenza sanitaria;

25/3/1917 Protezione e assistenza agli invalidi di guerra (causa quella mondiale);

3/12/1922 Ricerca e utilizzazione delle sostanze radioattive;

25/3/1923 Profilassi delle malattie veneree e sifilitiche;

15/8/1925 Scuole-convitto professionali per infermiere;

10/12/1925 Protezione e assistenza della maternità e infanzia (ONMI);

17/6/1926 Riforma dei decreti sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

29/3/1928 Lotta contro le mosche;

21/1/1929 Statuto Organico della Croce Rossa;

24/10/1929 La Cassa Nazionale di malattia per gli addetti al commercio;

24/10/1930 La federazione Nazionale della Cassa Mutua di malattia per i lavoratori agricoli;

7/11/1932 Regolamento del servizio sanitario territoriale;

15/2/1934 Costituzione dell'Istituto di malariologia;

per arrivare al 27 Luglio 1934 con il R.D. n. 1265.

DAL 1934 AL 1947

Tra la fine degli anni “trenta” e inizio degli anni “Quaranta” non tutti i cittadini italiani potevano contare sulla stesse modalità assistenziali:

- c'erano gli indigenti non lavoratori e i familiari di lavoratori che venivano assistiti dalla Condotta medica, infatti erano il Medico Condotta e la Levatrice Condotta che avevano il dovere di assicurare l'assistenza gratuita ai non abbienti;
- c'erano quelli iscritti alle mutue le quali garantivano ai propri iscritti alcune modalità assistenziali;
- c'erano quelli assistiti dalle varie previdenze assicurative a carattere obbligatorio e, a volte anche, volontario;
- c'erano quelli che non potendo usufruire di alcuna forma di assistenza sanitaria

era costretti a pagare i relativi servizi di tasca propria.

In questi 13 anni riscontriamo due periodi importanti e rilevanti per la sanità pubblica, quello compreso tra il richiamato T.U. di cui al R.D. n. 1265 del 1934 e il famoso 8 settembre 1943 dell'armistizio, e il successivo periodo sino alla Costituzione della Repubblica Italiana promulgata il 27 dicembre 1947 ed entrata in vigore il 1° gennaio 1948.

Ricordiamo:

- il “Regolamento per gli impianti radiologici” del 28 gennaio 1935;

- la Costituzione dell'INPS del 4 ottobre 1935;

- l'istituzione dell'ECA (Ente Comunale

Assistenza) del 3 giugno 1937;

- le norme per i servizi sanitari degli ospedali del 30 settembre 1938 (bisognerà attendere 30 anni perché fosse emanata la così detta “Riforma Ospedaliera”);

- la tessera sanitaria per gli addetti ai lavori domestici del 22 giugno 1939;

- il mansionario degli infermieri del 2 maggio 1940;

- l'istituzione dell'ENPAS del 19 gennaio 1942;

- l'istituzione dell'INAM dell'11 gennaio 1943.

Dal 1943 al 1944 vigono le disposizioni che vengono emanate durante l'occupazione della Sicilia da parte degli Alleati.

In tale periodo, il capo degli Affari civili





La clinica pediatrica De Marchi

della Sicilia, il tenente colonnello Charles Poletti, a nome del Governo Militare alleato, istituì, il 23 ottobre 1943, “gli uffici provinciali di sanità pubblica” e il 6 gennaio 1944 la “Direzione Regionale di sanità pubblica”.

Conseguentemente, lo stesso Governo Militare, con proprio Decreto dell'8 febbraio 1944, disponeva che tutte le attribuzioni che il T.U. del 1934 demandava alla competenza del Prefetto e delle Amministrazioni provinciali si intendevano conferite ai singoli medici provinciali e tutte le attribuzioni che il T.U. demandava alle competenze del Ministero degli Interni venivano conferite al Direttore Regionale della sanità pubblica in Sicilia (bisogna poi attendere il 1° luglio 1952 perché in Sicilia venissero a cessare quali Enti Autonomi gli Uffici Provinciali della Sanità pubblica e il 13 settembre 1955 perché in Sicilia fosse soppressa la relativa Direzione regionale quale servizio autonomo confermandola nelle sue funzioni ma quale organo dell'Ente Regione).

Gli anni durante i quali vengono emanati significativi decreti inerenti la Sanità Pubblica, sono quelli successivi al marzo del 1945 quando il Consiglio dei Ministri aveva istituito la “Consulta Nazionale” per sopperire in qualche modo al vuoto legislativo che si era creato e per attuare il proclama del Governo Militare Alleato che, con il Generale Alexander, si era autonomamente nominato quale “L'armata della ricostruzione” e, in considerazione dell'espulsione definitiva dei tedeschi, “aveva decretato fi-

nito il periodo della guerriglia”.

Importante è stato il Decreto luogotenenziale del 12 luglio 1945 perché, contestualmente alla soppressione della Direzione Generale di Sanità del Ministero degli Interni, si è passati all'istituzione dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica facente capo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Significativi, furono anche gli altri decreti emanati nell'anno 1945 e quelli emanati nel 1946, riferiti alle disposizioni in merito all'assicurazione obbligatoria contro le malattie dei lavoratori dell'industria e quell'8 febbraio 1946 quando fu emanato un decreto che, tra l'altro, estendeva il diritto al ricovero in ospedale anche agli impiegati dell'industria.

L'anno 1946 ovviamente è da ricordare in modo particolare dato che ancora oggi, tutta l'Italia è legata agli avvenimenti politici ed istituzionali di quell'anno:

- il **9 maggio**, Vittorio Emanuele III abdicò in favore del figlio Umberto;
- il **2 giugno** si votava per il referendum, “Monarchia” o “Repubblica”;
- il **10 giugno** la Corte di Cassazione proclamò i risultati: 12.672.767 voti per la “Repubblica” e 10.688.905 voti per la “Monarchia”;
- il **25 giugno**, prima riunione dell'Assemblea nel palazzo Montecitorio;
- il **28 giugno** viene eletto capo provvisorio dello Stato, Enrico De Nicola.

Si è subito iniziato a lavorare per promulgare la “Costituzione della Repubblica Italiana” che poi fu definitivamente

te approvata il 16 dicembre 1947, diciotto mesi terribili di battaglie politiche anche per quelle relative alla “tutela della salute” che, quasi in extremis, trovò, tra i vari partiti politici di allora, l'accordo per l'attuale articolo 32:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se

non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

DAL 1948 AL 1968

Con i due principi fondamentali dell'art. 32: il diritto del cittadino alla tutela della salute e l'interesse della collettività ad eliminare le principali cause di malattie, gli addetti all'istituzione della politica sanitaria iniziano ad acquisire l'importanza dell'utilità della prevenzione, anche se sarà necessario attendere la Legge per l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale la n. 833 del 1978 per leggere alcune indicazioni sull'attività di “prevenzione” che, peraltro, possiamo affermare, senza timore di essere smentiti, che la vera politica di prevenzione non è mai stata realizzata.

Altri principi importanti della nostra Costituzione per lo sviluppo della politica sanitaria li ritroviamo negli articoli 117 e 118. Quelli che hanno attribuito alle Regioni a Statuto Ordinario, oltre alle funzioni amministrative tutte le competenze in molte materie tra le quali quelle relative alla “beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera”. Tutta la politica sanitaria veniva così demandata alle Regioni attraverso le loro norme legislative, anche se dovevano essere emanate nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato. Come vedremo più avanti il decreto per l'attuazione di tali principi Costituzionali fu emanato dopo ben 24 anni con il Dpr n. 4 del 14 gennaio 1972.

Questa è una data molto importante perché dall'entrata in vigore del Dpr 4/1972 gli Uffici del medico e del veterinario Provinciali furono trasferiti alle Regioni a Statuto Ordinario, attribuendo loro, quindi, tutte le competenze inerenti l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, la vigilanza igienica e quella relativa alla profilassi.

Premesso che le norme di interesse sanitario emanate dal 1948 al 1968 sono state circa 130, tra quelle più significative per la politica sanitaria e il suo sviluppo, crediamo sia opportuno evidenziare, oltre quella del 26 febbraio 1948 quando furono approvati gli Statuti speciali per la Sardegna, la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige (quello per la Regione Sicilia era già stato approvato il 15 maggio 1946), tra l'altro, le norme con le quali si estendeva l'assistenza malattia a quasi tutte le categorie di lavoro:

- La tutela delle lavoratrici madri, norma del **26 agosto 1950**;
- L'estensione dell'assicurazione malattia

agli addetti ai servizi domestici ausiliari, norma del **18 gennaio 1952**;

- L'estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati statali, norma del **30 ottobre 1953**;
- L'estensione dell'assistenza malattia ai coltivatori diretti, norma del **22 novembre 1954**;
- L'estensione dell'assistenza malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia, norma del **4 agosto 1955**;
- L'assicurazione obbligatoria contro le malattie per gli artigiani, norma del **29 dicembre 1956**;
- L'assicurazione obbligatoria contro le malattie per i commercianti, norma del **27 novembre 1960**;
- T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro infortuni sul lavoro e malattie professionali, norma del **30 giugno 1965**;
- Programma di interventi per costruzioni ospedaliere, norma del **10 novembre 1965**;
- Estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie ai religiosi e religiose che prestano attività lavorativa,

norma del **24 giugno 1966**;

- La c.d. "Riforma Ospedaliera", la legge **12 febbraio 1968** n. 132 avente per oggetto: "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera";
- La riforma dell'assistenza psichiatrica, norma del **18 marzo 1968** che anticipò di 10 anni la legge 180 del 1978 sui Servizi di Assistenza Psichiatrica;
- L'inquadramento e trattamento degli ospedali gestiti da religiosi, norma del **12 novembre 1968**.

Tra l'elencazione degli atti e delle norme di maggior rilievo prima indicate, quelle dall'anno 1948 all'anno 1968, è stata omessa una data altrettanto storica per la sanità in genere, il 21 settembre 1966 anno di costituzione dell'AIOP che abbiamo indicato con il riquadro "L'AIOP".

La legge che promulgò la "Riforma Ospedaliera" la n. 132/68, merita senz'altro uno specifico commento per le novità apportate alla materia e avendo determinato un passaggio storico sul tipo di assistenza ospedaliera, non più intesa quale assistenza "caritatevole" bensì assistenza come "servizio".

Il "passaggio storico" dell'attività dell'assistenza ospedaliera era già stato auspica-

1966: L'AIOP

Con l'estensione, nell'Italia del dopo guerra, dell'obbligatorietà della previdenza contro le malattie per molte categorie di lavoratori e quindi il formarsi di molteplici Enti mutualistici che cominciarono a fornire anche l'assistenza ospedaliera, alcuni medici, che per loro scelta non operavano negli stabilimenti ospedalieri pubblici, trasformandosi in imprenditori **realizzano strutture di ricovero private** che furono chiamate "Case di cura" (già il T.U. delle leggi sanitarie del 1934 prevedeva la formazione di "case o istituti di cura medico-chirurgiche" e "le case per gestanti"). In molte Regioni si formarono Associazioni di Case di cura e molte di esse facevano parte di una Federazione con sede a Roma, la **F.N.A.C.C.** (Federazione Nazionale Associazioni Case di cura) che insieme all'**ANCIP** (Associazione Nazionale Istituti Privati), con sede a Milano le comprendevano quasi tutte. Gli organi dell'Ancip, della Fnacc e di altre Associazioni Regionali non federate ebbero l'intuizione, anche perché sembrava ormai alla dirittura d'arrivo la "Riforma Ospedaliera", di formare un'unica Associazione di categoria, e, come detto prima, il **21 settembre 1966** presso il Notaio Cinnirella di Roma, il prof. **Clemente Catalano Nobili**, il dr. **Luciano Chiandussi**,

il dr. **Marino Segantini**, il prof. **Alberto Cuchia**, il dr. **Dino Bellussi**, il prof. **Gabriele Brogi** e il dr. **Mario Garofalo**, sottoscrissero l'atto Costitutivo dell'**Associazione Italiana Ospedalità Privata** (A.I.O.P.) con il primario e principale scopo di seguire l'iter Governativo e parlamentare – era uno dei primi Governi di centro-sinistra, Presidente del Consiglio, Aldo Moro, Ministro della sanità il socialista on. Mariotti – della istituenda legge inerente la "Riforma Ospedaliera" che, peraltro, negli atti Parlamentari all'art. 1 si leggeva: "**L'assistenza Ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri**" e con il 2° e 3° comma tale assistenza veniva estesa anche agli Istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, alle cliniche e Istituti Universitari di ricovero e cura mentre nulla veniva innovato per il regime giuridico-amministrativo degli Istituti ed Enti ecclesiastici civilmente riconosciuti.

L'AIOP, quindi, iniziava la sua attività associazionistica con un vitale problema da risolvere e, dopo un anno più che travagliato, al comma 2° dell'art. 1 della Legge 132/68 è stato inserito, a proposito delle strutture che erano chiamate a svolgere l'assistenza ospedaliera, la frase, per la quale ancora oggi tutte le strutture sanitarie private di ricovero e cura, associate e non, debbano essere riconosciute verso l'AIOP, "**nonché dalle case di cura private, previste dal titolo VII della presente legge**". Ovviamente erano state poi riservati tre articoli della legge, gli articoli 51, 52 e 53 sui requisiti necessari per l'esercizio dell'attività, sull'autorizzazione, sulle convenzioni e sui requisiti del Direttore Sanitario. **Grazie a questo inciso di pochissime parole ottenuto dagli organi centrali dell'AIOP e inserito nella legge di "Riforma Ospedaliera", le Case di cura hanno potuto proseguire**, a tutti gli effetti, le convenzioni prima con gli Enti mutualistici e dopo con le Regioni ed oggi **mediante l'accreditamento** possono sempre svolgere assistenza ospedaliera pubblica.



che furono chiamate "Case di cura" (già il T.U. delle leggi sanitarie del 1934 prevedeva la formazione di "case o istituti di cura medico-chirurgiche" e "le case per gestanti"). In molte Regioni si formarono Associazioni di Case di cura e molte di esse facevano parte di una Federazione con sede a Roma, la **F.N.A.C.C.** (Federazione Nazionale Associazioni Case di cura) che insieme all'**ANCIP** (Associazione Nazionale Istituti Privati), con sede a Milano le comprendevano quasi tutte. Gli organi dell'Ancip, della Fnacc e di altre Associazioni Regionali non federate ebbero l'intuizione, anche perché sembrava ormai alla dirittura d'arrivo la "Riforma Ospedaliera", di formare un'unica Associazione di categoria, e, come detto prima, il **21 settembre 1966** presso il Notaio Cinnirella di Roma, il prof. **Clemente Catalano Nobili**, il dr. **Luciano Chiandussi**,



L'ingresso del Policlinico di Milano

to nel 1909 dal prof. Alessandro Serafini, docente di Igiene presso l'Università di Padova, nella prefazione al volume di Enrico Ronzani "del governo tecnico-sanitario degli ospedali" (Edizione F.lli Druker – Padova 1910): *"L'ospedale non deve essere più quel luogo di semplice beneficenza dove l'ammalato povero, accolto da una pietà crudele per le preponderanti pratiche religiose, trovava con un salubre ricovero, un letto e un'assistenza tale che, se non veniva proprio fatta perché non si dicesse che un povero guariva o moriva senza l'ausilio del medico, prendeva di mira in ogni modo il singolo malato indipendentemente dagli altri ricoverati e quindi dell'influenza che questi possono per tanti diversi motivi spiegare reciprocamente tra loro"*.

QUALI LE NOVITÀ APPORTATE DALLA LEGGE 132/1968?

La risposta a tale interrogativo è facile da dare: un concetto sull'ospedale e sull'attività ospedaliera più qualitativo rispetto a quello che era in atto.

Le norme sull'organizzazione ospedaliera in atto, come già accennato, erano quelle di cui al R.D. 30 settembre 1938, che classificava gli Ospedali in "generali" o "specializzati" distinguendoli in categorie (prima seconda e terza) a seconda della media giornaliera delle degenze. La nuova legge distingueva gli ospedali in generali e specializzati, per lungodegenti e per convalescenti ed erano classificati nelle seguenti categorie:

Ospedali generali di zona dotati di reparti di medicina e chirurgia, pediatria, ostetricia e ginecologia;

Ospedali generali provinciali dotati di divisioni con tutte le specialità;

Ospedali generali regionali, quelli che con caratteristiche di alta specializzazione devono servire una popolazione di almeno un milione di abitanti;

Ospedali specializzati provinciali e regionali in base alle indicazioni del piano regionale ospedaliero;

Ospedali per lungodegenti e per convalescenti, classificati come ospedali di zona.

La legge aveva anche dettato norme sul-

la Programmazione Ospedaliera indicando un piano ospedaliero nazionale e uno regionale e creando, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie, il Fondo Nazionale Ospedaliero da comprendere nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

L'art. 43 è stato il precursore dell'attività del medico ospedaliero. Aveva previsto il "tempo definito" e su richiesta del medico anche la possibilità del "tempo pieno", l'incompatibilità con l'esercizio professionale nelle case di cura private, e anche "l'intramoenia", infatti gli veniva consentito "nelle ore libere" l'esercizio professionale anche nell'ambito dell'ospedale stesso con la previsione che una parte del compenso fosse dovuta all'Ente ospedaliero.

DAL 1969 AL 1977

L'inizio dell'anno 1969 era stato impegnato per l'emanazione dei decreti attuativi richiamati nella legge 132/68, tra questi ricordiamo i famosi tre Dpr del 27 marzo 1969: il Dpr 128 inerente l'Ordi-

namento interno dei servizi ospedalieri, il Dpr 129 sull'Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura e il Dpr 130 che stabiliva lo stato giuridico del personale ospedaliero.

La maggiore importanza di questi tre decreti la si riscontra nel 128, che tra l'altro ha trovato la sua applicazione integrale sino all'emanazione del D.Lgv 502/92 che con l'art. 4 lo teneva in vita ancora per un triennio abrogandolo definitivamente solo dal 1996. Il Dpr 128 aveva distinto i servizi ospedalieri in:

- servizi igienico-sanitari;
- servizi di diagnosi e cura;
- servizi amministrativi e generali;

e aveva indicato, in riferimento ai tre servizi, le attribuzioni, oltre a quelle specifiche della Direzione amministrativa, quelle di competenza del Direttore sanitario, dei primari, degli aiuti e degli assistenti e la loro dotazione minima a seconda del numero dei posti letto non solo riferita ai reparti di degenza, ma altresì riferita anche per le attività del servizio di analisi, di radiologia, di accettazione e di anestesia.

Altro importante decreto attuativo della legge 132/68 è stato il Dm della Sanità del 13 agosto 1969 sugli obiettivi e criteri per la formulazione del Piano nazionale ospedaliero transitorio che, tra l'altro, mirava a raggiungere, entro il termine quindicennale previsto dal piano economico, una disponibilità di circa dodici posti-letto

per mille abitanti così ripartiti:

per ammalati acuti, per infortunio e per maternità	5,5 per mille
per lungodegenti e convalescenti	3,0 per mille
per tubercolotici	0,5 per mille
per ammalati psichiatrici e minorati psichici	3,0 per mille

Il Decreto ha anche fissato gli obiettivi che dovevano essere raggiunti dai Piani Regionali ospedalieri uniformandosi, ovviamente, ai criteri fissati dal Ministero della sanità in campo nazionale.

Come già prima accennato, ricordiamo tra le norme significative emanate nel periodo 1969-1978, il Dpr del 14 gennaio 1972 n. 4 inerente il "trasferimento alle Regioni a Statuto ordinario delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e di acque minerali e termali". Di importanza diremmo strategica soprattutto per l'avvio della Riforma Sanitaria si evidenzia il DL 8 luglio 1974 n. 264, come convertito nella Legge 17 agosto 1974 n. 386, recante norme per "l'estinzione dei debiti degli Enti mutualistici nei confronti degli Enti ospedalieri e il finanziamento della spesa ospedaliera".

Questa è la prima legge che anticipa l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (la cd. Riforma Sanitaria), in molti articoli che demandano alle Regioni o ad altri Enti specifiche attività viene previsto che

le norme che vengono demandate abbiano un periodo limitato, infatti, sono state virgolettate con la frase: "norma valevole sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria".

Una data molto significativa per tutte le istituzioni private che esercitano l'attività ospedaliera è quella del 30 giugno 1975 con l'emanazione del Decreto Ministeriale relativo agli schemi di convenzione tra "le Regioni e le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico, gli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, gli istituti ed enti di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 (gli ospedali religiosi non cattolici) e le case di cura private".

Con il Dm del 27 gennaio 1976 ci fu una specie di sanatoria per il personale sanitario che era in servizio presso organismi diversi dagli enti ospedalieri equiparando le loro qualifiche a quelle ospedaliere vere e proprie. Così ebbe il medesimo inquadramento dei dipendenti ospedalieri, tra l'altro, il personale dei Centri per la cura e la prevenzione delle malattie sociali e del lavoro, il personale dei consorzi provinciali antitubercolari, il personale dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, e di altri enti diversi da quelli ospedalieri.

Un altro Decreto delegato ai sensi dell'art. 51 della Legge 132/68 che ci riguardava particolarmente è stato emanato il 5 agosto 1977 e pubblicato il 31 agosto. Quel-

Il primo schema di convenzionamento regioni/case di cura

Per tale convenzionamento con le Regioni, le Case di cura, a seconda delle loro caratteristiche e a seconda dei loro requisiti igienico-edilizi, dell'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura e alla dotazione di personale, ai fini della corresponsione della "diaria di degenza" e dell'eventuale compenso ai sanitari curanti, venivano assegnate alle fasce funzionali A-B-C-D.

Lo schema di convenzionamento di cui sopra, differenziava le Case di cura, in funzione dell'indirizzo dell'attività sanitaria svolta da ciascuno, in:

- MEDICHE E SPECIALITÀ MEDICHE;
- CHIRURGICHE E SPECIALITÀ CHIRURGICHE;
- POLISPECIALISTICHE (MEDICINA, CHIRURGIA E RELATIVE LORO SPECIALITÀ);
- NEUROPSICHIATRICHE;
- PNEUMO-TISIATRICHE;
- RIABILITATIVE;
- PER LUNGODEGENTI.

In base al costo annuale di gestione delle strutture, adeguamento del contratto di lavoro dei dipendenti, indice del costo della vita e altri parametri, annualmente, presso il Ministero della sanità, veniva determinata la diaria di degenza con riferimento alla "fascia C", differenziata in base all'indirizzo nosologico, lasciando alle Regioni stabilire gli incrementi o decrementi percentuali a seconda delle fasce di appartenenza.

Per differenziare l'importo della diaria di degenza in base ai singoli indirizzi nosologici si utilizzò il metodo della parametrizzazione concordato con Aiop: furono fatti uguali a 100 gli importi delle diarie relative alle strutture mediche e a quelle neuropsichiatriche, uguale a 110 per le strutture ad indirizzo chirurgico, uguale a 120 per le strutture poli-specialistiche e per quelle riabilitative e uguale a 80 per le strutture pneumo-tisiatriche e per lungodegenti.

lo relativo alla “Determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private” al fine di ottenere la relativa autorizzazione all’apertura, composto di quarantaquattro articoli e riguardava le “norme costruttive”, i requisiti di “carattere tecnico-sanitario”, i “servizi generali”, il “personale”, e “i requisiti necessari per l’esercizio della funzione del Direttore Sanitario”, dando, alle strutture in esercizio, 8 anni di tempo dalla data di pubblicazione per l’adeguamento ai requisiti previsti nel decreto (31 agosto 1985).

[Non ci soffermiamo a descrivere le conseguenze associative dovute alla pubblicazione del decreto che fissava requisiti da rispettare ai fini dell’autorizzazione, molto penalizzanti rispetto alle strutture esistenti, perché ci siamo prefissati di scorrere le vicende sanitarie dal 1861 al 2011 e non quelle dell’Aiop dal 1966 ad oggi. Riprenderemo l’argomento dell’attuazione del decreto, quando saranno trattate le norme sanitarie relative all’anno 1985.]

Chiediamo il 1977 facendo riferimento a un Dpr che sembra non avere niente a che vedere con la sanità, quello del 24 luglio

1977 n. 616 inerente l’attuazione della delega di cui all’art.1 della legge 22 luglio 1975 n. 382, legge, questa, che aveva per titolo “Norme sull’ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione”.

Il Dpr 616/77, come vedremo più avanti ha avuto una rilevante importanza nei tempi per l’approvazione definitiva della legge che istituiva il Servizio sanitario nazionale.

DAL 1978 AL 1988

L’anno 1978 possiamo definirlo l’anno della “rivoluzione” dei sistemi sanitari e dell’assistenza sanitaria in genere, ma soprattutto della politica sanitaria.

La prima “rivoluzione” si ebbe con la legge 13 maggio 1978 n. 180 che portò alla revisione della normativa della legge sui manicomi del 1904 e al relativo regolamento del 18 agosto 1909. La legge che ebbe per titolo “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” ha posto fine alle strutture degenziali manicomiali proponendo, per la cura della malattia mentale,

appositi centri ambulatoriali e nei casi di malattia grave anche strutture degenziali ma “non segreganti”. Una legge, questa, che è stata esaltata da molti quale momento di un vero rinnovamento ed è stata anche disapprovata da altrettanti soprattutto perché non si era pronti ad affrontare una siffatta “rivoluzione”. In realtà è stata emanata quale “legge quadro” nazionale perché competeva poi alle Regioni emanare tutte le norme di attuazione e molti dei principi espressi nella legge sono stati poi trasferiti nella legge di Riforma Sanitaria. Le Regioni hanno adottato i “dipartimenti di salute mentale” e in ognuno di questi operavano le unità operative psichiatriche con i loro centri psico-sociali, con i loro centri residenziali di terapia psichiatrica con il preciso scopo della “risocializzazione” sino, ovviamente per quei soggetti dove era possibile, di dare loro una vita autonoma.

La “rivoluzione” più importante è stata senz’altro quella avvenuta il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (La Riforma Sanitaria), approvata da un Parlamento che



**LOCALI AMPI E LUMINOSI
CINQUE VASTE TERRAZZE**

**Ascensore • Riscaldamento
: centrale • Bagni • Doccie :**

Ogni mezzo per qualsiasi indagine
:: e per qualsiasi cura ::

1^a 2^a 3^a CLASSE

Nel reparto popolare (3^a classe) la diaria è di Lire **20 con due posti gratuiti anche per le cure.**

Riduzione del 10% per gli appartenenti al Dopolavoro • Convenzioni speciali con Enti Assistenziali e con Comuni

CASA DI SALUTE “POLICLINICA,, BOLOGNA

PIAZZA UMBERTO I N. 9 • Telefono 21.148

Direttore Dott. Comm. **FRANCESCO ORTA**

DIRIGENTI

CHIRURGIA GENERALE
Prof. Comm. **CALABRESE**

ORTOPEDIA
Prof. Dott. **AFRICO SERRA**

MALATTIE VIE URINARIE
Dott. Cav. **G. ZARDA**

MALATTIE DEGLI OCCHI
Oculista **D. PALMIERI**
Prof. Dott. **S. TRIOSSI**
Dott. **STEFANO CECCOLI**

OSTETRICIA
Dott. **SILVIO TASSINARI**

CHIRURGIA DELLA BOCCA
Dott. **G. MACCAPERRI**

MEDICINA GENERALE
Prof. Comm. **LANZERINI**

MALATTIE DEI BAMBINI
Prof. Dott. **P. BUSACCHI**

Malattie Naso-Gola-Orecchi
Dott. Cav. **L. BUTTAFOCHI**
Dott. **GIORGIO VANCINI**

RAGGI X
Gabinetto di Terapia Fisica, Cure Elettiche, Diatermia, Raggi ultravioletti etc. - RADIUM
Dott. Comm. **A. ROVERSI**
Telefono 24-119

Esami Chimici e Microscopici
Dott. **A. BUSACCHI**, Dirett.
Dott. **ZANOTTI**, Comprim.

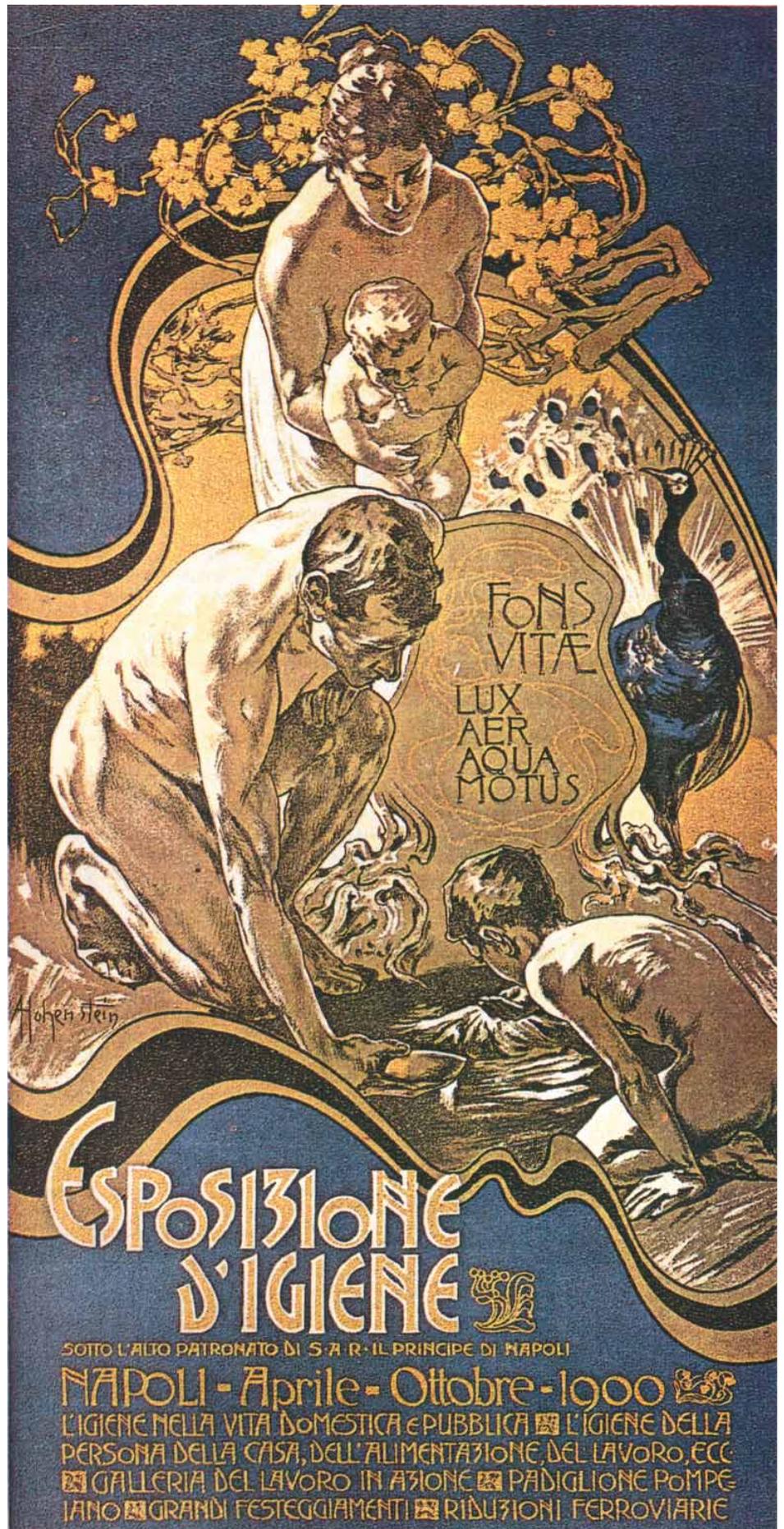
MEDICI INTERNI PERMANENTI

(Archivio personale - gentile concessione di Lorenzo Orta)

proprio in quell'anno aveva espresso un Governo supportato da una larga maggioranza che, tra l'altro, si era prefissata l'approvazione della Riforma in tempi stretti soprattutto per l'approssimarsi dell'entrata in vigore del Dpr n. 616/1977, prima richiamato, che indicava i tempi per l'attuazione delle deleghe a Regioni ed Enti locali. Se la legge di "Riforma", che dà attuazione a queste deleghe, non fosse stata approvata entro il 31 dicembre 1978 sarebbero scaduti i termini e, pertanto, l'entrata in vigore del Dpr 616 avrebbe creato il caos. Così il 23 dicembre si arrivò alla travagliatissima approvazione definitiva con un dibattito finale durante il quale tutti i Partiti dell'arco costituzionale, presenti in Parlamento, si dichiararono disponibili in qualsiasi momento nelle fasi attuative della legge a riesaminare quei punti che nella precipitosa approvazione dell'articolato non avessero risposto agli indirizzi e alla volontà che avevano animato la Riforma, anche se in realtà fu approvata dopo circa 20 anni di studi e di proposte, nonostante che il processo innovativo, come già detto, di fatto era iniziato con la legge 386/1974 che aveva visto lo scioglimento degli Enti Mutualistici che erano sempre stati intesi quali centri di un certo potere politico ed economico. Con la legge di Riforma tale potere politico era passato dagli Enti Mutualistici alle Unità Sanitarie Locali (le USL) che erano governate dai famosi Comitati di gestione, politicizzati al massimo anche perché erano composti più che da politici da "politicanti di piccolo cabotaggio", che avevano solo ed esclusivamente un unico scopo quello di cercare di non farsi sfuggire il vero potere.

Questa realtà del potere politico e dei politicanti in sanità era stata lamentata già nel 1910. Infatti nel volume sul "Governo tecnico-sanitario degli ospedali" - già prima richiamato - il prof. Enrico Ronzani, cattedratico all'Università di Padova, a proposito delle amministrazioni ospedaliere del tempo, scriveva: "Sarebbe desiderabile che una nuova legge meglio uniformasse i Consigli di amministrazione ospedaliera, stabilendo anche a chi spetta l'elezione dei consiglieri, evitando con oculati provvedimenti che anche nelle amministrazioni ospedaliere si faccia della politica più o meno larvata, la quale va sempre a detrimento dell'Opera pia".

Ma cosa è cambiato con l'approvazione della legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ponendo le premesse per un'azione globale di promozione e di protezione della salute pubblica? Sono cambiati i criteri e il concetto dell'as-





sistenza. Questa deve essere erogata non più su base assicurativa ma come diritto di qualsiasi cittadino a prescindere dalla sua qualifica.

Per una siffatta assistenza sanitaria erano necessarie nuove strutture mediante le quali bisognava riorganizzare la Sanità pubblica.

Bisogna dar atto ai Parlamentari, che approvarono la legge 833/1978, di non aver dimenticato i principi costituzionali, soprattutto quelli dell'art. 32 con la sua dichiarazione "solenne" che è stata inserita all'art. 1 della legge specificando che il "*bene salute* quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività" viene tutelato dalla Repubblica italiana mediante il servizio sanitario nazionale, e che la "tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana".

Scorrendo tutto l'articolato rimane chiaro che i soggetti di questa "tutela" sono, da un lato, "l'individuo" e dall'altro la "collettività". L'individuo con un diritto fon-

damentale, quindi un diritto basilare, essenziale e primario che comprende anche quello della libera scelta del medico e del luogo di cura.

La legge 833/78 ha fatto tesoro anche di tale diritto, infatti l'art. 19 stabilisce, nel secondo comma, che "*ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari*". Quest'ultimo riferimento poteva anche non essere evidenziato perché ovvio o addirittura pleonastico ma, pur troppo, in molte occasioni è stato adoperato contro l'ospedalità privata convenzionata, e alcune USL hanno dato singolari interpretazioni scardinando le preziose norme della nostra Carta costituzionale, quelle che garantiscono la libertà e la dignità della persona umana, mediante la garanzia di diritti fondamentali e perciò inviolabili.

I primi tempi di applicazione della legge, furono molto "duri" anche perché la gestione era stata affidata alle USL che in realtà erano organizzate con un loro

specifico ordinamento, ma che era stato progettato dai tecnici negli anni sessanta, vent'anni prima che si costituissero. E, a questo proposito, negli anni che seguirono si iniziò subito ad emanare norme per portare alcuni aggiustamenti per la sua applicazione, ma con il passar del tempo, tutte le forze politiche presentavano in Parlamento oltre che disegni di legge per tali aggiustamenti e/o chiarimenti ai fini di una corretta applicazione di alcune norme, anche disegni di legge che miravano ad un cambiamento sostanziale della legge non nei principi, ma soprattutto nell'organizzazione della tutela alla salute, proponendo nuovi assetti istituzionali finalizzati a realizzare una gestione che potesse muoversi con più agilità, con più efficacia, tenendo anche conto degli aspetti economici. In poche parole una migliore organizzazione a fronte di un ottimale rapporto costi/benefici.

L'anno seguente, il 1979, a parte alcuni articoli (17,18, 21, 26 e 33) posti nella legge dell'8 febbraio sulla cooperazione



con i Paesi in via di sviluppo, che riguardavano la sanità, il 27 luglio fu emanata la legge relativa al finanziamento della spesa degli enti locali per il servizio sanitario, il 20 dicembre il Dpr n. 761 (poi pubblicato il 15 febbraio del 1980) inerente lo stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali e il 30 dicembre il Decreto legge n. 663 che poi fu convertito con la Legge 29 febbraio 1980 n. 33, recante “provvedimenti per il Servizio sanitario nazionale, per la previdenza, per il contenimento del costo del lavoro e per la proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni sull’occupazione giovanile”. Dal 1980 la maggior parte delle norme emanate erano inerenti gli aspetti economici, la spesa sanitaria e la fissazione di alcune indicazioni relative alla formazione dei bilanci delle Unità sanitarie locali, oltre ad alcuni decreti riguardanti la sanità marittima, l’assistenza al personale navigante, quella per i cittadini italiani all’estero, l’assistenza sanitaria in forma indiretta in casi eccezionali. Indichiamo alcune di queste

norme, molte delle quali sono decreti per l’applicazione di norme previste nella legge 833/78, sul contenimento della spesa, sul blocco – poi sospeso – degli organici delle Unità sanitarie locali e norme sui loro controlli, i ripiani sui loro disavanzi e prime indicazioni sulla loro riforma istituzionale:

- Dpr 14 luglio 1980 n. 595, Norme sulla classificazione economica e funzionale della spesa, sulla denominazione dei capitoli delle entrate e delle spese, nonché sui relativi codici, delle Unità sanitarie locali (questo Dpr è stato poi applicato il 5 dicembre del 1980 con una Circolare del Ministero del Tesoro che non è stata pubblicata in Gazzetta);
- Dpr 31 luglio 1980 n. 617, Ordinamento, controllo e finanziamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- Legge 23 aprile 1981 n. 153, Provvedimenti finanziari per gli Enti Locali;
- D.L. 30 aprile 1981 n. 168, convertito con la Legge 27 giugno 1981 n. 331, recante “Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria”;
- D.L. 29 luglio 1981 n. 632, convertito con la Legge 26 settembre 1981 n. 537, recante: “Contenimento della spesa previdenziale e adeguamento delle contribuzioni”;
- D.L. 7 novembre 1981 n. 678, convertito con la Legge 26 gennaio 1982 n. 12 recante: “Blocco degli organici delle Unità sanitarie locali”;
- D.L. 25 gennaio 1982 n. 16, convertito con la Legge 25 marzo 1982 n.98, recante: “Misure urgenti in materia di prestazioni integrative erogate dal Servizio sanitario nazionale”;
- D.L. 2 luglio 1982 n. 402, convertito con la Legge 3 settembre 1982 n. 627, recante: “Disposizioni urgenti in materia di assistenza sanitaria”;
- Legge 7 agosto 1982 n. 256 – “Provvedimenti urgenti per lo sviluppo dell’economia”;
- Dm 9 novembre 1982: “Approvazione degli schemi tipo di convenzione tra Regione e Università e tra Università e Unità sanitarie locali”;
- Circolare Ministero del Tesoro 2 maggio 1983 n. 1313325 sul consolidamento dei conti pubblici per la rilevazione dei bilanci di previsione dei conti consuntivi delle Unità sanitarie locali e rilevazione dei dati fisici;
- Dm 22 luglio 1983: “Approvazione dello schema tipo di convenzione tra le Unità sanitarie locali e le Case di cura

private di cui all’art. 44, secondo comma, lettera a) della legge 833/78;

- Dpcm 17 ottobre 1983 “Norme di indirizzo e coordinamento per l’esercizio delle funzioni regionali in materia di deroga al divieto di assunzione del personale del Servizio sanitario nazionale”;
- Legge 27 dicembre 1983 n. 730 (Legge finanziaria 1984): erano previste una molteplicità di norme sanitarie e a questo proposito furono emanati molti decreti delegati e varie circolari ministeriali;
- Circolare Ministero della Sanità 2 gennaio 1984 n. 2: “Controlli sulle Unità sanitarie locali”;
- Dpcm 17 maggio 1984: “Atto di indirizzo e coordinamento per la disciplina dei flussi informativi sull’attività gestionale ed economica delle Unità sanitarie locali sia nei confronti delle Regioni che dello Stato”;
- Deliberazione del CIPE, 20 dicembre 1984 mediante la quale veniva ripartito il Fondo sanitario di parte corrente per l’anno 1985 (la evidenziamo perché è l’unica ripartizione del FSN che viene deliberata l’anno precedente – anche se solo a dicembre - della sua applicazione);
- D.L. 25 gennaio 1985 n. 8 convertito con la Legge 27 marzo 1985 n. 103, recante: “Ripiano dei disavanzi di amministrazione delle Unità sanitarie locali al 31 dicembre 1983 e norme in materia di convenzioni sanitarie”;
- Dpcm 8 agosto 1985: “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province Autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell’art. 5 della legge 833/78”;
- Legge 15 gennaio 1986 n. 4: “Disposizioni transitorie nell’attesa della riforma istituzionale delle Unità sanitarie locali”;
- Circolare Ministero sanità 8 marzo 1986 n. 100/SCPS/1.7./1142: “Applicazione delle disposizioni della legge finanziaria 1986, in materia di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini sulle prestazioni farmaceutiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, specialistiche ed idrotermali, nonché in materia di esenzioni dalla partecipazione alla spesa stessa”;
- D.L. 19 settembre 1987 n. 382 convertito con la Legge 29 ottobre 1987 n. 456, recante: “Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle Unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 nonché per il ripianamento dei debiti

- degli ex enti ospedalieri”;
- D.L. 8 febbraio 1988 n. 27 convertito con la Legge 8 aprile 1988 n. 109, recante: “Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria;
- Dm 19 marzo 1988: “Nuovi modelli di rilevanza delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali”;
- Dm 13 settembre 1988 “Determinazione degli standards del personale ospedaliero.

Nel periodo sopra indicato sono state emanate due norme essenziali per la sopravvivenza delle Case di cura private e un provvedimento qualificante per la loro attività in convenzionamento:

- il DM del 5 settembre 1985 che rinviava l'applicazione del Decreto del 5 agosto 1977 sui nuovi requisiti delle Case di cura che era stato emanato quale decreto delegato dalla legge 132/68 e che sarebbe dovuto entrare in vigore il 31 agosto 1985. Un decreto di rinvio molto sofferto al quale i responsabili dell'Aiop avevano concentrato la loro attività sin dal mese di maggio;
- il Dpcm del 27 giugno 1986 inerente l'Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti delle Case di cura private, che all'art. 38 imponeva alle Regioni di emanare le leggi sui requisiti, sulla base degli indirizzi contenuti nel decreto, entro e non oltre il 31 dicembre 1989. Termine che non fu rispettato

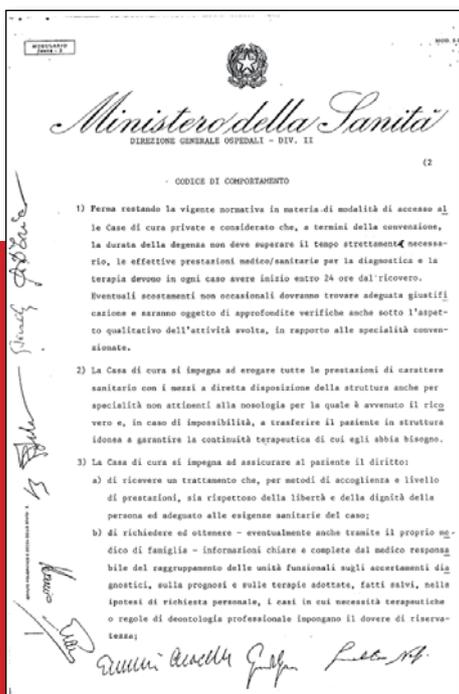
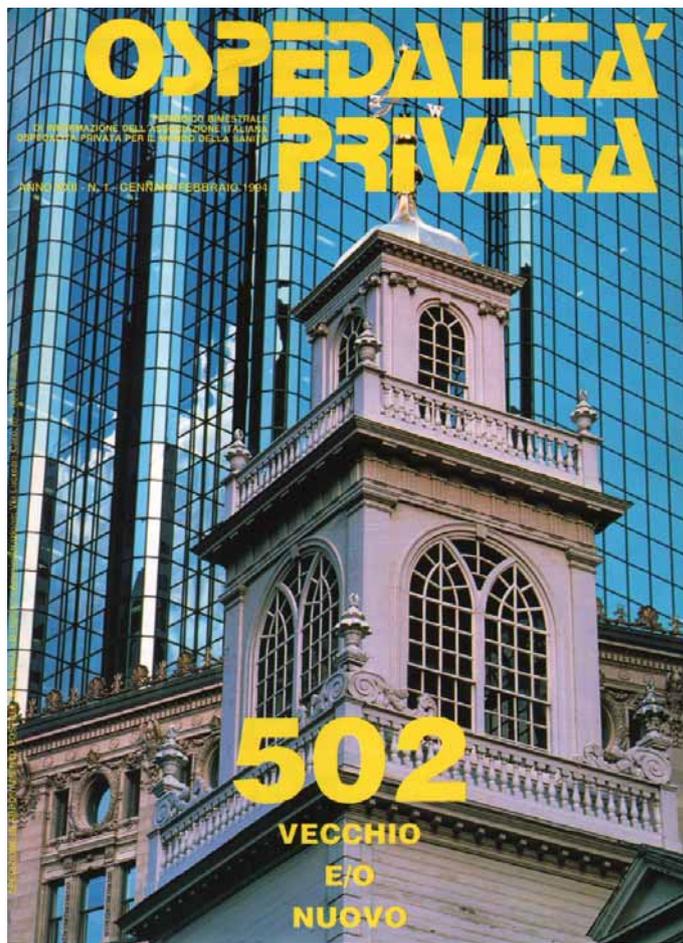
da tutte le Regioni e che il Consiglio Sanitario Nazionale prorogò sino al 31 dicembre 1990. Con il Sottosegretario alla Sanità, Sen. Gualtiero Nepi, fu concordato e sottoscritto il 28 aprile 1987, un Codice di comportamento, che riportiamo integralmente, che doveva essere scrupolosamente osservato dalle parti, Ministero della sanità e strutture di ricovero e cura private convenzionate, quale utile strumento per la determinazione di qualificati ambiti di collaborazione.

DAL 1989 AL 1991

In questi tre anni si cominciava a recepire sempre più la necessità di rivedere la Legge 833/78 che aveva istituito il Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando, ovviamente, il carattere universalistico e solidaristico del sistema.

Invero, la Riforma del 1978 era stata anche voluta per giungere ad una razionalizzazione della spesa che oltre ad essere incontrollata si era dimostrata male utilizzata e dopo la sua approvazione le speran-

ze accese furono intense, anche se qualche “addetto ai lavori” non mancò di avvertire, con un minimo di prudenza, che la fase di rodaggio avrebbe sicuramente presentato, come generalmente avviene, qualche difficoltà. Ormai siamo a dodici anni dalla sua emanazione e, in questo periodo, la gestione mise in luce alcune deficienze, contraddizioni e lacune che, forse, avrebbero potuto essere rimossi con



Codice di comportamento e dichiarazione integrativa

PREMESSO

- che in forza dell'art. 25 della legge 833/78 l'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti sul territorio della regione di residenza dell'utente;
- che in forza dell'art. 19 della legge 833/78, ai cittadini è assicurata la libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- che pertanto le parti considerano di interesse generale l'utilizzazione ottimale dei posti letto e dei servizi specialistici dell'Ospedalità privata convenzionata, attesa la funzione oggettivamente pubblica e complementare che essa svolge nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che i rapporti tra le Case di cura e le Unità Sanitarie Locali sono regolati da convenzioni stipulate in conformità allo schema tipo approvato con D.H. 22/7/83 (pubblicato sulla G.U. 10/8/83 n. 218);
- che le Parti stesse riconoscono la necessità di determinare ambiti programmati di collaborazione affinché la predetta funzione complementare risulti qualificante e non meramente residuale;
- che il miglioramento della qualità delle prestazioni e l'accrescimento dell'efficienza dei servizi tecni-

pochi aggiustamenti purché, ovviamente, approfonditamente studiati e valutati alla luce dell'esperienza compiuta e mirati per il fine che si intendeva raggiungere con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Ma, subito dopo la sua emanazione, le varie forze politiche hanno preferito invece, imboccare la strada delle "leggine", dei decreti, dei provvedimenti contingenti, i quali a poco a poco hanno eroso le fondamenta della Riforma, fino al punto di fare dell'applicazione di essa una cosa del tutto diversa rispetto al contenuto originario.

DAL 1992 AL 2005 13 ANNI DI UN'IDEA MAI REALIZZATA

Questo è uno dei periodi più importanti e significativi sotto molti aspetti per l'assetto della politica sanitaria in Italia, periodo che possiamo distinguere nel prima del 1992 e nel dopo il 1992.

L'anno 1992 lo troviamo citato ancora oggi in tutte le norme e leggi sia in quelle nazionali che in quelle regionali, soprattutto per indicazioni inerenti la programmazione e l'organizzazione sanitaria. Infatti il riferimento politico e giuridico temporale è sempre quello dell'anno 1992, menzionando il DLgs 30 dicembre n.502 che vide la luce quell'anno.

Tale Decreto Legislativo recante il "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421" fortemente voluto dal Governo presieduto allora dall'On. Giuliano Amato, sull'onda dell'opinione di schiere di esperti e operatori del settore molto critici sull'applicazione della legge n.833 del 1978 che aveva istituito il SSN, fonda la nuova politica sanitaria su due principali cardini, anche se poi hanno visto

la luce dopo ben tre anni, nel 1995:

- i nuovi rapporti con le istituzioni sanitarie, pubbliche e private, fondati sul criterio dell'accreditamento;
- le nuove modalità di pagamento con tariffe relative alle prestazioni individuate quali episodi di ricovero, come documentati dalla scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) e specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (R.O.D.), i c.d. DRG (Diagnosis Related Groups). ripercorrendo tutte le tappe che avrebbero dovuto portare a quei principi di razionalizzazione e riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale voluti dal Parlamento con la Legge Delega 23 ottobre 1992, n.421.

Crediamo sia opportuno ripercorrere le varie tappe che hanno portato al Decreto "del riordino in sanità", "alla novità dell'istituto dell'accreditamento sia per le strutture pubbliche che per quelle private" e "al pagamento a prestazione".

1992: annus terribilis. Ma venne una grande intuizione.

Ma il 1992 non è stato un anno come gli altri. Il 1992 è stato senz'altro uno degli anni in cui il nostro Paese ha vissuto uno dei momenti più gravi della sua Storia repubblicana.

Inizia il periodo di "mani pulite" con una pesante crisi politica, con disastrose conseguenze economiche, con la svalutazione della lira, con l'uscita dal Sistema monetario europeo e con un deficit pubblico ormai fuori controllo.

Il Governo di allora, presieduto dall'On. Giuliano Amato, aveva individuato nel sistema pensionistico, in quello sanitario, nel sistema del pubblico impiego e nel sistema

della finanza territoriale, quattro settori in cui era necessario intervenire per controllare e contenere la crescita della spesa pubblica. Così, il 14 luglio dello stesso anno, veniva presentato al Senato il ddl delega per la razionalizzazione e la revisione dei quattro settori.

Il Presidente del Consiglio, nella relazione introduttiva inerente il "Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale", tra l'altro, precisava:

"L'azione economica non deve smantellare, né compromettere lo stato sociale, ma rivigorislo ed ammodernarlo con il fine di conseguire maggiore giustizia distributiva, migliore efficienza e più saldi equilibri finanziari. In concreto si stabilisce che spetta allo Stato determinare quanta parte del reddito nazionale può essere destinata alla funzione di tutela della salute, e, una volta stabilita tale variabile indipendente, spetta parimenti ad esso fissare livelli di assistenza coerenti con tale determinazione, da rispettare in tutto il Paese per il principio dell'uguaglianza di trattamento dei cittadini, all'uopo distribuendo le entrate tra le Regioni in rapporto alla popolazione da assistere."

Proseguendo nella sua relazione dava alle Regioni la possibilità di affiancare alle Unità Sanitarie Locali altri incaricati di servizi ai quali affidare l'erogazione dei livelli di assistenza, abolendo i monopoli o "le preferenzialità obbligate", prevedendo che, ai fini della destinazione e della personalizzazione delle responsabilità, le Unità Sanitarie Locali, organizzando e garantendo l'assistenza sanitaria, dovevano essere tenute distinte dai presidi e servizi che fornivano direttamente ai cittadini le prestazioni. Pertanto, affermava che "per accrescere la qualità assistenziale e contenere i costi, deve

ci è condizione essenziale del contenimento dei ricoveri, oltre che legittima aspettativa degli utenti;

tra la Parte Pubblica (Ministero Sanità e Ministero Tesoro - Regioni - ANCI - UNCEM) e la Parte Privata (AIOP e ARIS) è stato concordato il seguente:

CODICE DI COMPORTAMENTO

- 1) Ferma restando la vigente normativa in materia di modalità di accesso alle Case di cura private e considerato che, a termini della convenzione, la durata della degenza non deve superare il tempo strettamente necessario, le effettive prestazioni medico/sanitarie per la diagnostica e la terapia devono in ogni caso avere inizio entro 24 ore dal ricovero. Eventuali scostamenti non occasionali dovranno trovare adeguata giustificazione e saranno oggetto di approfondite verifiche anche sotto l'aspetto qualitativo dell'attività svolta, in rapporto alle specialità convenzionate.
- 2) La Casa di cura si impegna ad erogare tutte le prestazioni di carattere sanitario con i mezzi a diretta disposizione della struttura anche per specia-

lità non attinenti alla nosologia per la quale è avvenuto il ricovero e, in caso di impossibilità, a trasferire il paziente in struttura idonea a garantire la continuità terapeutica di cui egli abbia bisogno.

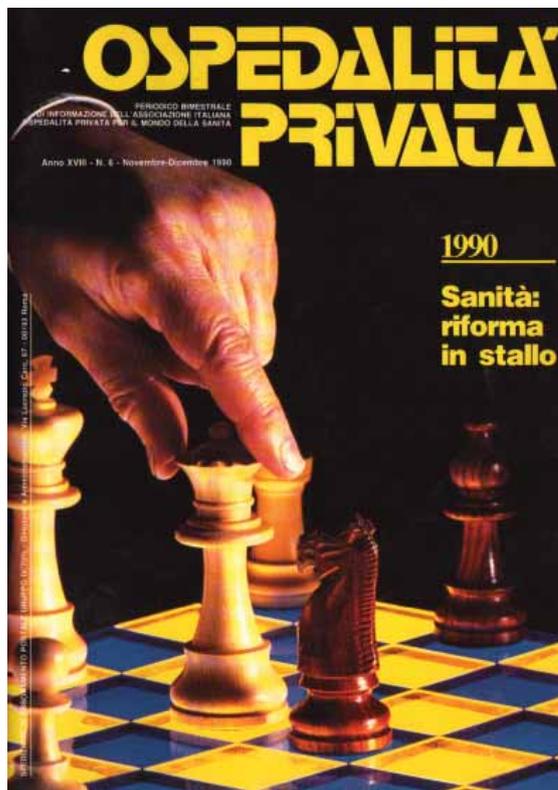
- 3) La Casa di cura si impegna ad assicurare al paziente il diritto:
 - a) di ricevere un trattamento che, per metodi di accoglienza e livello di prestazioni, sia rispettoso della libertà e della dignità della persona ed adeguato alle esigenze sanitarie del caso;
 - b) di richiedere ed ottenere - eventualmente anche tramite il proprio medico di famiglia - informazioni chiare e complete dal medico responsabile del raggruppamento delle unità funzionali sugli accertamenti diagnostici, sulla prognosi e sulle terapie adottate, fatti salvi, nella ipotesi di richiesta personale i casi in cui necessità terapeutiche o regole di deontologia professionale impongano il dovere di riservatezza;
 - c) di individuare il personale medico e non medico addetto al raggruppamento di unità funzionale nel quale è degente, o addetto ai servizi sanitari dove si svolgono gli accertamenti di diagnostica strumentale o di laboratorio, mediante cartellini di identificazione (con nome, cognome e

essere previsto che cessino progressivamente le situazioni di monopolio nella gestione dei servizi pubblici, reintroducendo pluralità di soggetti operativi, competizione ed emulazione, nonché assegnando ai cittadini ampie possibilità di scegliere e di condizionare con il loro gradimento il successo o meno di servizi e presidi.”

Il 23 ottobre 1992, il ddl delega venne definitivamente approvato con la legge n.421, delegando, in materia sanitaria, il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi con l'osservanza di 21-quante sono le lettere dell'alfabeto italiano – principi e criteri direttivi.

Così il 30 dicembre 1992 veniva emanato il richiamato Decreto Legislativo n.502, prevedendo che le Unità Sanitarie Locali avrebbero dovuto intrattenere con i soggetti, pubblici e privati, erogatori di prestazioni sanitarie “appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, ferma restando la facoltà di libera scelta da parte dell'assistito”. All'art.8, co. 7, precisava inoltre che “entro il 30 giugno 1994 le Regioni e le Unità Sanitarie Locali per quanto di loro competenza adottano i provvedimenti necessari per l'instaurazione dei nuovi rapporti fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.”

Tre, pertanto, i nuovi punti di riferimento



per il riordino del Servizio Sanitario Nazionale:

- l'accreditamento delle istituzioni sanitarie pubbliche e private;
- le modalità di pagamento a prestazione;
- l'adozione di verifica e revisione della qualità delle prestazioni.

Si era, quindi, convinti che già a decorere dal 2° semestre del 1994 si sarebbero abbandonati sia il criterio del convenzionamento che il metodo di pagamento delle prestazioni ospedaliere a giornata di degenza, facendo subentrare il nuovo criterio dell'accreditamento con l'annesso

pagamento a prestazione valevole sia per le strutture pubbliche che per quelle private. Il tutto, come vedremo più avanti, è poi slittato al 1° gennaio 1995, anche se, nel mese di aprile del 1994, le norme per l'adozione dei nuovi istituti erano già state fissate.

Il Dpr 1° marzo 1994, con il quale era stato approvato il Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, precisava inoltre: “Si rende impellente l'avviamento di appropriate procedure per l'accreditamento delle singole strutture o di singoli servizi, pubblici e privati, che vogliono esercitare attività sanitaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. La omologazione ad esercitare può essere acquisita se la struttura o il servizio dispongono effettivamente di dotazioni strumentali, tecniche e professionali corrispondenti a criteri definiti in sede nazionale. Si dovrà pertanto provvedere, a livello regionale, ad adottare strumenti normativi con i quali si prevedono le modalità per la richiesta dell'accreditamento, la concessione, la eventuale revoca e gli accertamenti periodici”.

Il passo indietro delle regioni e l'azione del ministero.

Il decreto del Ministero della Sanità del 15 aprile 1994, avente per oggetto “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”, aveva previsto che dovevano essere le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano a determinare le tariffe delle prestazioni “da applicare nel proprio ambito territoriale”, fissandole sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali e avrebbero dovuto provvedere annualmente a verificare, ed

qualifica), dei quali il predetto personale dovrà essere munito.

4) Al fine della scrupolosa attuazione del VI comma dell'art.3 del D.M. 22 luglio 1983, le Case di cura dovranno verificare l'effettiva insussistenza di situazioni di incompatibilità previste per il personale medico comune operante presso la struttura. In particolare dovranno essere verificate le posizioni dei sanitari, che abbiano rapporti di dipendenza o convenzionali con le Unità Sanitarie Locali.

In caso di modificazione della dotazione organica del personale sanitario non medico, la Casa di cura ne darà comunicazione, entro 15 giorni, all'Unità Sanitaria Locale competente.

DICHIARAZIONE INTEGRATIVA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO

Tra la Parte Pubblica (Ministero Sanità e Ministero Tesoro - Regioni - ANCI - UNCEM) e la Parte Privata (AIOP e ARIS)

PREMESSO

- che le Case di cura convenzionate esplicano una funzione oggettivamente pubblica e complementare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- che esse pertanto sono tenute ad assicurare livelli di prestazioni, su tutto il territorio nazionale, corrispondenti a quelli delle strutture pubbliche; che ferma rimanendo l'autonomia legislativa ed amministrativa delle singole regioni, le Parti riconoscono l'esigenza di raggiungere sull'intero territorio nazionale per quanto possibile e con l'opportuna gradualità una disciplina uniforme ed una consimile interpretazione della normativa vigente;
- che per quanto concerne le prestazioni di ricovero è stato concordato in data odierna un codice di comportamento;

eventualmente a rettificare, il sistema dei pesi relativi sulla base dei costi di produzione e con periodicità triennale avrebbero dovuto provvedere all'aggiornamento delle tariffe "tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi".



Quasi tutte le Regioni e le Province Autonome pur avendo a disposizione le indicazioni necessarie per attuare il "Riordino" nulla fecero.

Così il Governo, con il decreto legge 29 ottobre 1994, n.603, dispose che qualo-

ra le Regioni e le Province Autonome non avessero adottato il nuovo metodo di pagamento delle prestazioni, il Ministero della Sanità avrebbe avocato il compito di fissare con proprio decreto le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Tutto questo mentre il Parlamento, con la Finanziaria 1995 (legge 23 dicembre 1994, n.724), così legiferava: "A decorrere dalla entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accreditamento. (...) La facoltà di libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Fermo restando il diritto all'accreditamento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'art.8 del D.Lgs 502/92, per il biennio 1995-1996 l'accreditamento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta..."

Il Ministro della Sanità, On. Raffaele Costa, il 14 dicembre 1994 emanava un proprio decreto, pubblicato nella G.U. del 24 dicembre, avente per titolo "Tariffe delle

prestazioni di assistenza ospedaliera" da adottare dal 1° gennaio 1995, a solo sette giorni dalla pubblicazione.

1978, 1992, 1999: giravolta e punto e a capo.

Ma perché questo paragone tra il nuovo istituto dell'accreditamento, con il conseguente pagamento a prestazione del 1995, e la promulgazione della legge 833 del lontano 1978?

I motivi sono molteplici, ne esemplifichiamo solo due, che costituiscono due tappe importanti nella storia della sanità:

- Il 1978 come è stato detto ha rappresentato l'istituzione del SSN con i suoi importanti principi: l'universalismo dei destinatari, la solidarietà nel finanziamento e l'uguaglianza delle prestazioni.

Tre pilastri che hanno fatto del SSN una conquista di civiltà e che costituiscono uno dei patrimoni più preziosi del nostro Paese.

L'istituto dell'accreditamento con il conseguente metodo di "pagamento a prestazione" voluto dal Parlamento con la legge delega n.421/92 ed attuato dal Decreto legislativo n.502 del 1992, il così detto "riordino del Servizio Sanitario Nazionale", ha innovato profondamente il modello di erogazione delle prestazioni, prevedendo un ampio allargamento dei soggetti erogatori introducendo un sistema uniforme per il pagamento delle stesse.

Quando nel 1992 fu approvata la legge delega n.421 veniva sottolineato che il riordino del Sistema Sanitario Nazionale, varato poi con il D.Lvo 502/92, aveva, tra l'altro, il fine "di accrescere la qualità assistenziale e contenere i costi ospedalieri". E quando, dal 1° gennaio 1995, è stato introdotto il "pagamento a prestazione" fu-

- che, ai sensi dell'art. 1 del D.H. 22 luglio 1983, possono essere effettuate dalle Case di cura convenzionate prestazioni di day-hospital e, in base ad apposita convenzione prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- che, infine, a termini dell'art. 43 della legge 833/1978, le Case di cura che ne facciano richiesta, in relazione alle previsioni del Piano Sanitario regionale, e che ne abbiano i requisiti, possono divenire presidi delle Unità Sanitarie Locali;
- che le Parti stesse riconoscono l'esigenza di dare completa attuazione alle disposizioni della predetta legge 833/1978;

SI CONVIENE CHE

1) nell'interesse dei cittadini di scegliere liberamente il luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari, è opportuno riaffermare che la regolamentazione dell'accesso alle Case di cura convenzionate debba essere uniformato su tutto il territorio nazionale nei tempi e nei modi che le singole regioni stabiliranno nella loro autonomia e secondo le indicazioni del Ministero della Sanità;

- 2) quale mezzo adeguato e razionale per il contenimento dei ricoveri, va tenuto conto della esigenza di realizzare il criterio della continuità diagnostico/terapeutica mediante prestazioni ambulatoriali specialistiche finalizzate alla preospedalizzazione, al day-hospital e alla dimissione protetta;
- 3) è opportuna la più sollecita emanazione del decreto governativo previsto dall'art. 43 della legge 833/1978, in merito allo schema tipo di convenzione per i presidi;
- 4) lo schema di convenzione previsto nell'art. 3, VII comma, del Decreto Ministeriale 22 luglio 1983 deve essere sollecitatamente predisposto al fine di rendere completa e razionale la disciplina delle incompatibilità;
- 5) il pagamento nei tempi convenzionalmente stabiliti dei corrispettivi dovuti alle Case di cura costituisce elemento essenziale per la, corretta attuazione del rapporto convenzionale
- 6) è necessario costituire apposite commissioni miste tecnico professionali V.R.Q. (Verifica Revisione Qualità), sia a livello centrale che a livello delle regioni per l'esame, valutazione e validazione dei flussi informativi riguardanti il settore.



rono molte le aspettative per un vero contenimento dei costi, anche se, come nel 1978, alcuni “addetti ai lavori” avvertirono che il contenimento dei costi si sarebbe potuto realizzare dopo un certo periodo di rodaggio. Il rodaggio avrebbe dovuto occupare un tempo molto limitato anche perché l’obiettivo del sistema di pagamento a prestazione era semplice da raggiungere: le strutture sanitarie di ricovero e cura, pubbliche e private, sarebbero state remunerate solo in proporzione alla attività effettivamente svolta e, ottimizzando i loro processi produttivi, avrebbero contenuto i costi unitari mantenendo adeguati standard qualitativi. In realtà il passaggio a questo nuovo modello di finanziamento mirava ad introdurre, anche all’interno del SSN, dei meccanismi di competitività tra i vari erogatori che avrebbero consentito un miglioramento del livello di efficienza complessivo nell’utilizzo delle risorse.

Anche in questo caso si è proceduto, prima con la legge delega 30 novembre 1998, n.419 (delega al Governo per la razionalizzazione del SSN), presentata dal Governo Prodi, poi con il DLgs 22 giugno 1999, n.229, approvato dal I Governo dell’On. Massimo D’Alema a cura del Ministro della Sanità On. Rosy Bindi, ad annullare, di fatto, l’importante presupposto del “contenimento dei costi ospede-

dalieri”, prevedendo che il valore del DRG per gli ospedali a diretta gestione delle Asl e per le Aziende Ospedaliere, fosse solo ed esclusivamente un indicatore di spesa preferendo, quindi, continuare a finanziarli a piè di lista.

Sino ad oggi, pertanto, nulla è mutato per quanto concerne la spesa ospedaliera pubblica, si è continuato e si continua ancora oggi a finanziare la struttura, ma non le singole prestazioni. Il nuovo pagamento per la singola prestazione effettuata ha valore solo ed esclusivamente per le Istituzioni sanitarie private accreditate che, tra l’altro, come specificato nella “Relazione Tecnica” redatta nel 2010 dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria dell’attuale Governo Berlusconi in riferimento allo

schema di decreto per l’aggiornamento delle tariffe, “*formano la componente di attività la cui remunerazione costituisce una spesa a carico del Servizio sanitario nazionale, mentre la remunerazione dei ricoveri erogati dalle strutture ospedaliere pubbliche costituisce una forma di trasferimento di risorse finanziate tra enti del Ssn*”.

LE TAPPE DEGLI ULTIMI ANNI

L’emanazione del DLgs n.229 del 19/6/99, la cd. riforma ter del Sistema sanitario nazionale porta ad evidenziare alcune tappe fondamentali:

dal 1992 fino alla sentenza della Corte Costituzionale la n. 465/95, in cui si giunge alla definizione dell’accreditamento istituzionale così come era stato concepito dal decreto di riordino e in cui si completa, a livello regionale, la determinazione delle tariffe delle prestazioni;

dalla proposta di linee-guida dell’Agenzia per i servizi sanitari del 1996 alla legge delega n.419/98, in cui, dapprima attraverso l’interpretazione ministeriale e poi attraverso i vari collegati alle leggi finanziarie, si erodono i principi dell’accreditamento istituzionale fissati nella fase precedente e si determinano le tariffe penalizzando l’attività privata in accreditamento, in varie forme e misure;

la terza fase introdotta dal nuovo DLgs n.229 del 19/6/99, così come voluto dal I° Governo dell’On. Massimo D’Alema che sancisce normativamente il ritorno del regime del convenzionamento ma in forme nuove e peggiori.

DAL 2006 AL 2010

Questo è stato il periodo che ha visto l’emanazione di alcune norme in funzione di quanto previsto nel DLgs 502/92 come innovato dal DLgs 517/93, e per ultimo con le integrazioni e modificazioni del DLgs 229/99. Importanti da segnalare sono le integrazioni e modificazioni apportate nel 2008 con l’emanazione del D.L. 25 giugno n. 112 convertito dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, recante: “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria”, dedicando il Cap. IV alla spesa sanitaria, alla programmazione delle risorse. Venivano fissati gli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 confermando il finanziamento del Servizio sanitario nazionale in 102.683 milioni di euro per l’anno 2009, in 103.945 milioni per l’anno 2010 e in 106.265 milioni per l’anno 2011 che, tra l’altro, non ha ancora trovato l’accordo definitivo in Conferenza Stato/Regioni per il suo riparto.

Questa Legge ha inciso in modo non indifferente sui piani di rientro, sulla determinazione dei costi standard, negli accordi sulle tariffe e su alcuni aspetti dell’accreditamento. ■

A completamento di questo excursus di 150 anni di sanità dal 1861 al 2011 non ci rimane che segnalare – senza alcun commento - anche la norma in itinere sulla determinazione dei costi standard nel settore sanitario prevista al Cap IV dello Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province (Atto n. 317), che la Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale ha approvato nella seduta del 24 marzo 2011, esprimendo “parere favorevole” con la seguente condizione: “provveda il Governo a riformulare il testo dello schema di decreto legislativo sulla base del seguente articolato”. Noi ci limitiamo ad indicare, ovviamente, solo il CAP IV (nelle pagine seguenti).

Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario

Art. 20

1. Il presente capo è diretto a disciplinare a decorrere dall'anno 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto adottati ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996, così come integrati da quanto previsto dagli Accordi tra Stato e Regioni in materia sanitaria.

1-bis. Il fabbisogno sanitario standard, determinato ai sensi dell'articolo 21, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, costituisce l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

2. I costi e i fabbisogni sanitari standard determinati secondo le modalità stabilite dal presente Capo costituiscono il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica.

Art. 21

(Determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard).

1. A decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle Regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996 e successive modificazioni, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni.

2. Per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale standard corrisponde al livello di finanziamento determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2010, n. 191, attuativo dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, così come rideterminato dall'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Art. 22

(Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali).

1. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto n. 1997, n. 281, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni di cui all'articolo 3 dell'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, determina annualmente, sulla base della procedura definita nel presente articolo, i costi e i fabbisogni standard regionali.

2. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

3. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal DPCM di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale



per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- a) 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 - b) 51 per cento per l'assistenza distrettuale;
 - c) 44 per cento per l'assistenza ospedaliera.
4. Il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. In sede di prima applicazione è stabilito il procedimento di cui ai commi dal 5 al 10.
5. Sono regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria del 23 marzo 2005, sono individuate in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza definiti con decreto del Presidente del Consiglio, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentita la Struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni di cui all'articolo 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, sulla base degli indicatori di cui agli allegati 1, 2 e 3 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle Regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica.
6. I costi standard sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e

assistenza ospedaliera. Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni di riferimento:

- a) è computato al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale;
 - b) è depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione è operata proporzionalmente sulle tre macroaree;
 - c) è depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali;
 - d) è depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriori rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica.
7. Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento.
8. Il fabbisogno sanitario standard regionale è dato dalle risorse corrispondenti al valore percentuale come determinato in attuazione di quanto indicato al comma 6, rispetto al fabbisogno sanitario nazionale standard.
9. Il fabbisogno standard regionale determinato ai sensi del comma 8, è annualmente applicato al fabbisogno sanitario standard nazionale definito ai sensi dell'articolo 21.
- 9-bis. La quota percentuale assicurata alla migliore Regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto, l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione.
11. Qualora nella selezione delle migliori cinque regioni di cui al comma 5 del presente articolo, si trovi nella condizione di equilibrio economico come definito al medesimo comma 5 un numero di regioni inferiore a cinque, le regioni di riferimento sono individuate anche tenendo conto del miglior risultato economico registrato nell'anno di riferimento, depurando i costi della quota eccedente rispetto a quella che sarebbe stata necessaria a garantire l'equilibrio ed escludendo comunque le regioni soggette a piano di rientro.
12. Resta in ogni caso fermo per le regioni l'obiettivo di adeguarsi alla percentuale di allocazione delle risorse stabilite in sede di programmazione sanitaria nazionale, come indicato al comma 3.
13. Eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse.

Art. 22-bis (Interventi strutturali straordinari in materia di sanità).

1. In sede di attuazione dell'articolo 119, quinto comma, della Costituzione, nel rispetto dei principi stabiliti dalla citata legge n. 42 del 2009, sono previsti specifici interventi idonei a rimuovere carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle prestazioni. Le carenze strutturali sono individuate sulla base di specifici indicatori socio-economici e ambientali, tenendo conto della complementarità con gli interventi straordinari di edilizia sanitaria previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Art. 23 (Revisione a regime dei fabbisogni standard).

1. In coerenza con il processo di convergenza di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b), della legge n. 42 del 2009, a decorrere dal 2013, al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui all'articolo 22 possono essere

rideterminati, con cadenza biennale, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale come definito all'articolo 21.

2. Le relative determinazioni sono trasmesse, dal momento della sua istituzione, alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica di cui all'articolo 5 della citata n. 42 del 2009.

Art. 24 (Disposizioni relative alla prima applicazione).

1. In fase di prima applicazione:
 - a) restano ferme le vigenti disposizioni in materia di riparto delle somme destinate al rispetto degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ad altre attività sanitarie a destinazione vincolate, nonché al finanziamento della mobilità sanitaria;
 - b) restano altresì ferme le ulteriori disposizioni in materia di finanziamento sanitario non disciplinate dal presente decreto.
2. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, implementa un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le Regioni ed effettua un monitoraggio costante dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi, anche al fine degli adempimenti di cui all'articolo 22, comma 10.

Art. 24-bis (Disposizioni particolari per Regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Nei confronti delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano rimane ferma l'applicazione dell'articolo 1, comma 2, e degli articoli 15, 22 e 27 della citata legge n. 42 del 2009, nel rispetto dei rispettivi statuti.
2. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono la comunicazione degli elementi informativi e dei dati necessari all'attuazione del presente decreto nel rispetto dei principi di autonomia dei rispettivi statuti speciali e del principio di leale collaborazione.
- 2-bis. È estesa sulla base della procedura prevista dall'articolo 27, comma 2, della legge n. 42 del 2009, agli enti locali appartenenti ai territori delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione, a fini esclusivamente conoscitivi e statistico-informativi, delle disposizioni relative alla raccolta dei dati, inerenti al processo di definizione dei fabbisogni standard, da far confluire nelle banche dati informative ai sensi degli articoli 4 e 5 del decreto legislativo 26 novembre 2010, n. 216.

Art. 24-ter (Misure in materia di finanza pubblica).

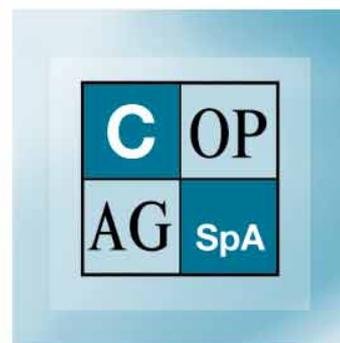
1. L'autonomia finanziaria delle regioni, delle province e delle città metropolitane deve essere compatibile con gli impegni finanziari assunti con il patto di stabilità e crescita.
2. La Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica prende parte alla definizione del patto di convergenza di cui all'articolo 18 della citata legge n. 42 del 2009, concorre alla definizione degli obiettivi di finanza pubblica per comparto, con specifico riguardo al limite massimo di pressione fiscale e degli altri adempimenti previsti dal processo di coordinamento della finanza pubblica con le modalità previste dalla legge 31 dicembre 2009, n. 196.
3. In caso di trasferimento di funzioni amministrative dallo Stato alle province e alle città metropolitane, ai sensi dell'articolo 118 della Costituzione, è assicurato al complesso degli enti del comparto l'integrale finanziamento di tali funzioni ove non si sia provveduto contestualmente al finanziamento e al trasferimento.
- 3-bis. A decorrere dal 2012, lo Stato provvede alla soppressione dei trasferimenti statali alle regioni relativi al trasporto pubblico locale e alla conseguente fiscalizzazione degli stessi trasferimenti.

PERCHÉ RESTARE IN BILICO

SUMATE - foto © Alex Sironi/Beck - Fotolia



Meglio affidarsi ad un partner
forte, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E G L O B A L I P E R L E C A S E D I C U R A

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - www.copag.it - info@copag.it
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996



L'INGRESSO DELLA SANITÀ IN EUROPA

Un cammino lu

L'idea di un'Europa unita è **pressoché contemporanea a quella dell'unità d'Italia**: è stato, infatti, un italiano, **Giuseppe Mazzini** ad istituire in Svizzera nel 1834 la **Giovine Europa**, allo scopo di riunire i popoli europei che aspiravano all'indipendenza nazionale... come tutti abbiamo studiato a scuola! La Giovine Europa rappresentò l'**interessante esperimento di un'associazione internazionale**, che si proponeva di abbattere i governi reazionari, affinché le nazioni europee potessero collaborare **in piena unità d'intenti**.



ngo più di mezzo secolo

DI ALBERTA SCIACCHI

Sarebbe stato necessario però attendere più di cento anni e attraversare due guerre mondiali perché quell'idea profetica prendesse forma. Storicamente, le radici più direttamente collegabili all'integrazione europea risalgono, infatti, alla fine della seconda guerra mondiale in un'Europa, che tuttavia era destinata a restare divisa in due blocchi ancora per quarant'anni.

Nel 1949, le nazioni dell'Europa occidentale crearono il Consiglio d'Europa, un primo passo verso la cooperazione fra Stati. Il 9 maggio 1950, il ministro degli esteri francese Robert Schuman presentò un piano di cooperazione più stretta e il 18 aprile 1951 sei paesi firmarono un trattato per gestire in comune le rispettive industrie siderurgiche e del carbone. In tal modo nessuno Stato avrebbe potuto fabbricare armi proprie da rivolgere contro gli altri. Questi primi sei Stati membri erano Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo e Paesi Bassi. Tra i "padri fondatori" figuravano due italiani: Alcide De Gasperi e Altiero Spinelli.

Nel **Trattato CECA** (che istituiva la Comunità europea del carbone e dell'acciaio) del 1951 e nel **Trattato di Roma del 1957** che ha fondato la **CEE** (Comunità economica europea) la protezione della salute e l'assistenza non comparivano come obiettivi dichiarati e ci si limitava ad alludere alle condizioni sanitarie in ambito occupazionale. Se il cammino verso questi primi passi è stato molto lungo, altrettanto si può dire di quello che ha condotto all'inserimento della sanità tra le politiche comunitarie, il quale ha richiesto altri quarant'anni e viene tuttora rallentato dagli Stati membri, gelosi dei loro poteri nazionali in campo sanitario.

Alla fine degli anni '70 cominciava, tuttavia, a manifestarsi un crescente coinvolgimento dei Ministri della sanità dei Paesi membri, decisi ad incontrarsi nel Consiglio europeo per affrontare le questioni

d'interesse comune. Nel 1977 si tenne il primo degli incontri ufficiali, che sarebbero continuati fino al **2002**, anno in cui il Consiglio sanità venne inglobato nel **Consiglio Occupazione, politiche sociali, sanità e consumatori**. Un cammino non legislativo, sollecitato dall'importanza delle questioni sanitarie, ha preparato, dunque, i passi successivi.

Negli anni '80 questa tendenza veniva confermata nel Consiglio europeo del 1985, in cui i Capi di stato e di governo sottolinearono l'importanza del lancio di un programma di azione contro il cancro, che fu adottato con una Risoluzione nel 1986 e ricevette adeguata attuazione da parte della Commissione e degli Stati membri. Nello stesso periodo, il Parlamento europeo cominciò a preoccuparsi concretamente delle problematiche collegate alla sanità ed alla salute pubblica.

Finalmente si poté registrare un primo sostanziale progresso nell'**Atto Unico Europeo**, firmato nel 1987, che segnò la **nascita dell'Europa dei cittadini**, inserendo, tra l'altro, la libertà di circolazione nel quadro della tutela dell'ambiente, della salute e della protezione dei consumatori. Si trattava ancora di spunti indiretti, che costituivano però il primo passo verso una più ampia assunzione di competenze, con particolare riferimento alla costituzione del mercato unico (art. 100a) ed al rafforzamento della coesione economico-sociale (art.130). Più in particolare, all'art. 118a del testo si prevedeva l'impegno degli Stati membri "per promuovere il miglioramento dell'ambiente di lavoro, per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori". Non fu, però, discusso un mandato generale alle istituzioni comunitarie per sviluppare



Winston Churchill



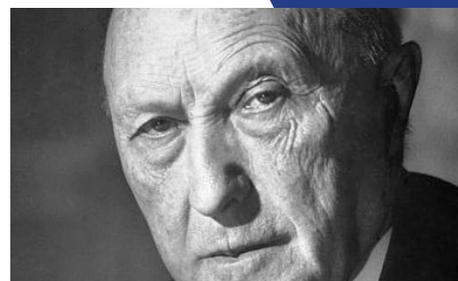
Robert Schuman



Jean Monnet



Alcide De Gasperi



Konrad Adenauer

I trattati, base per una cooperazione democratica e fondata sul diritto

1952

Comunità europea del carbone e dell'acciaio

1958

Trattati di Roma:
Comunità economica europea
Comunità europea dell'energia atomica (EURATOM)

1987

Atto unico europeo:
nasce il Mercato unico

1993

Trattato sull'Unione europea - Maastricht

1999

Trattato di Amsterdam

2003

Trattato di Nizza

2009

Trattato di Lisbona

una politica sanitaria europea o la tutela della salute pubblica. In effetti, i successivi programmi relativi alla lotta contro il cancro, il tabagismo e l'AIDS furono varati senza un fondamento specifico nei Trattati, ma solo in riferimento all'obiettivo generale di un costante miglioramento nelle condizioni di vita e di lavoro.

L'approccio risultava indubbiamente troppo fragile, quanto a base legislativa, e troppo frammentario per affrontare questioni di fondamentale importanza. Tale presa di coscienza condusse agli inizi degli anni '90 alla creazione di un **Comitato ad alto livello sulla sanità**, costituito dai rappresentanti degli Stati membri e della Commissione europea per concordare un approccio più coerente di politica sanitaria, pur rispettando le competenze nazionali. Su questa linea, la **Risoluzione del Consiglio europeo del 1991** affrontò il tema della scelte fondamentali di politica sanitaria, con un linguaggio prudente, elencando alcuni temi trattabili a livello comunitario: la raccolta di dati sullo stato di salute della popolazione e sull'efficienza dei servizi medici; l'attuazione di programmi specifici e di strategie volte ad agevolare la scelta delle priorità nelle politiche sanitarie degli Stati membri; l'analisi del possibile contributo comunitario nel superare la disparità tra offerta e domanda di assistenza sanitaria a livello transfrontaliero; l'esame dell'impatto del Mercato interno sulla sanità.

LA SANITÀ NEI TRATTATI EUROPEI

E' stato proprio il costituirsi del Mercato Unico ad ampliare l'ambito d'interven-

to di Bruxelles, accentuando però anche una preoccupazione difensiva, tesa a limitare eventuali ingerenze. In tale contesto, le realizzazioni più importanti sono state: la determinazione degli standard di protezione dalle radiazioni, l'armonizzazione dei sistemi nazionali di approvazione dei farmaci, la certificazione UE e la farmacovigilanza, la sicurezza dei presidi medici, il riconoscimento delle qualifiche professionali, tra cui quelle di medico ed infermiere.

In questo processo, il **Trattato di Maastricht sull'Unione europea del 1992** (ratificato nel '93) e il **Trattato di Amsterdam del 1997** (ratificato nel '99) hanno rappresentato una tappa fondamentale, poiché hanno determinato un cambiamento nella cornice costituzionale dell'Unione in riferimento alla sanità.

A Maastricht, infatti, per la prima volta è stato inserito il titolo "**Sanità pubblica**" (art. 129) e di conseguenza è stata prevista una cooperazione formale degli Stati membri in questo settore. La protezione della salute diventava finalmente un obiettivo delle politiche comunitarie (art. 3). Il **Trattato di Amsterdam** ha poi inserito alcune aggiunte significative: un **alto livello di protezione della salute è richiesto in tutte le politiche comunitarie**, è introdotta la **tutela dell'ambiente, della salute e dei consumatori**, estendendo altresì le competenze comunitarie in sanità (art.152). Se, inoltre, il Trattato di Maastricht prevedeva strumenti attuativi "soft", come la promozione della ricerca, l'informazione, l'educazione, il coordinamento tra Stati membri e le raccomandazioni del Consiglio, quello di Amsterdam

stabiliva l'esigenza di una legislazione europea in materia di organi, sangue e sostanze di origine umana.

IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETÀ

Tali cambiamenti tentavano di rispondere alle sfide derivanti dalla costituzione di un mercato interno nonché alla maggiore sensibilità dell'opinione pubblica per le problematiche sanitarie. Di fronte al coinvolgimento dell'UE in questo settore, si sono manifestate nel contempo a livello nazionale perplessità e resistenze, che hanno reso sempre necessario confermare il **principio di sussidiarietà**, in base a cui **le istituzioni europee nella loro attività sono tenute a "rispettare pienamente le responsabilità degli Stati membri per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari per l'assistenza medica"** (art.152).

Il successivo **Trattato di Nizza del 2001** (ratificato nel 2003) ha assunto un certo rilievo in questo percorso, in quanto ha determinato un riconoscimento legislativo della **Carta dei diritti dei cittadini europei**, tra i quali l'accesso all'assistenza sanitaria. L'inserimento della Carta dei diritti all'interno dei Trattati, confermato ancora nel 2010, manifestava la preoccupazione di garantire ai cittadini europei l'accesso a servizi di qualità e la sicurezza dei trattamenti, aprendo così nuovi ambiti all'intervento comunitario.

Il ruolo dell'Unione Europea è stato infine consolidato nel **Trattato di riforma di Lisbona**, approvato dai capi di Stato e di Governo il 19 ottobre 2007 (ratificato nel 2009), nel quale ci si è proposti di raf-

forzare l'importanza della sanità pubblica come politica di competenza comunitaria. Sono stati previsti un nuovo obiettivo generale a favore del benessere dei cittadini e un invito alla cooperazione fra Stati membri nell'ambito della salute e dei servizi sanitari. Più in dettaglio, il **Trattato** ha introdotto una riforma dell'articolo 152 - **Sanità pubblica** - divenuto **articolo 168**, inserendo due punti innovativi rispetto all'ambito tradizionale d'intervento:

“La Comunità incoraggia in particolare la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera”. La Commissione può prendere in stretto contatto con gli Stati membri *“iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi di migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici. Il Parlamento europeo è pienamente informato.”*

COMPETENZE FONDAMENTALI

Come orientamenti fondamentali, riaffermati costantemente da tutti i Trattati fino ad ora, restano tuttavia ribaditi **l'esclusione dell'armonizzazione** delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri in sanità ed il **principio di sussidiarietà**. In base a tali assunti, l'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica deve rispettare, come già detto, le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e può intervenire legittimamente solo qualora essa comporti un valore aggiunto rispetto a quello che avrebbero le azioni indipendenti dei singoli Paesi. Viene così confermata la **competenza concorrente dell'Unione e degli Stati membri in sanità**. Un passo avanti significativo in questo difficile processo è, inoltre, segnato dall'adozione di uno strumento formale: il **metodo di coordinamento aperto** tra Stati Membri, destinato a sostenere la loro collaborazione a livello concretamente operativo.

Se i riferimenti alla sanità nei Trattati possono apparire fin troppo circoscritti, si deve però considerare che molti altri temi la riguardano direttamente o indirettamente. Tra di essi figurano non solo la garanzia di un alto livello di protezione della salute, il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, la sicurezza sul luogo di lavoro, ma anche la realizzazione del mercato interno, la libera circolazione delle persone e

dei servizi, la coesione economico-sociale, la ricerca, la tutela dell'ambiente.

CARTA DEI DIRITTI E POLITICHE COMUNITARIE

Allo stesso modo nella **Carta dei diritti** non si deve considerare esclusivamente il diritto di accesso alla prevenzione sanitaria ed alle cure mediche, perché conseguenze concrete nel campo della sanità hanno anche altri articoli: il **consenso libero e informato** in medicina; la **protezione dei dati personali**, con le relative conseguenze sull'applicazione dell'informatica alla sanità; il **diritto alle prestazioni di sicurezza sociale** ed ai servizi sociali in caso di malattia, esteso ad ogni persona che risieda o si sposti legalmente nell'Unione; **l'accesso ai servizi d'interesse economico generale**, tra cui quelli sanitari, al fine di promuovere la coesione sociale e territoriale. In questa prospettiva più ampia, molte iniziative comunitarie, di carattere normativo e no, hanno conseguenze importanti sulla sanità: dalla determinazione degli **orari di lavoro** al riconoscimento delle **qualifiche professionali**, dagli **aiuti di Stato** alla prospettiva armonizzazione delle **aliquote IVA**, dal **ritardo dei pagamenti** nelle transazioni commerciali all'**innovazione tecnologica**, dalle strategie generali dell'Unione ai programmi di lavoro e di finanziamento comunitari ecc.

Non bisogna, infine, dimenticare il fondamentale ruolo propulsivo esercitato dalla **Commissione europea**, la quale con tenacia, superando tutte resistenze degli Stati membri, continua a tessere gli orientamenti di convergenza che possano condurre ad una politica e ad un'economia sanitarie europee, anche al di là della proposta di specifiche direttive. Quanto alla **Corte di giustizia dell'Unione** alcune sue sentenze “storiche” - relative tra l'altro al diritto dei cittadini ad ottenere il rimborso delle

spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno Stato membro diverso da quello di residenza - hanno costretto i rappresentanti della Commissione ed i Ministri della sanità degli Stati membri a sedersi intorno ad un tavolo, per evitare il rischio che la politica sanitaria a livello europeo s'identificasse tout court con la giurisprudenza della Corte stessa.

Ciò dimostra che l'avanzare dell'Europa della sanità, se è lento, faticoso, segnato da battute di arresto, resta tuttavia costante e non privo di efficacia nel medio - lungo periodo.

I PRINCIPI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA E LE LORO CONSEGUENZE PER LA SANITÀ

Attraverso le tappe principali di un cammino lungo e “accidentato”, alcuni principi generali, sanciti dai Trattati e dalla normativa comunitaria, hanno costituito, per così dire, l'ossatura dell'approccio europeo ad un tema “politicamente sensibile” come quello della sanità, fornendo anche



1989

Cade il muro di Berlino - fine del blocco comunista
Inizia l'aiuto economico UE: programma Phare

1992

Fissati i criteri per l'adesione all'UE:

- democrazia e stato di diritto
- economia di mercato funzionante
- capacità di attuare le norme europee

1998

Iniziano i negoziati formali per l'allargamento

2002

Il vertice di Copenaghen approva l'allargamento

2004

10 nuovi Stati membri: Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Repubblica ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria

2007

Adesione di Bulgaria e Romania

Paesi candidati:

Croazia, Islanda, ex Repubblica iugoslava di Macedonia, Montenegro, Turchia

Il mercato unico ha portato:

- Notevoli riduzioni di prezzo di molti prodotti e servizi, compreso l'accesso a internet e i biglietti aerei.
- una riduzione del 40% del prezzo delle telefonate dal 2000-2006
- 2,8 milioni di nuovi posti di lavoro

Quattro libertà di circolazione:

- dei beni
- dei servizi
- delle persone
- dei capitali

l'indispensabile base legale per iniziative, interventi e provvedimenti di grande interesse per il settore sanitario.

LE QUATTRO LIBERTÀ FONDAMENTALI

In primo luogo le **quattro libertà fondamentali di circolazione delle persone, dei beni, dei capitali e dei servizi** hanno inciso profondamente sulla prospettiva di un **mercato interno della sanità** e della **mobilità dei cittadini** fino ad arrivare, dopo molti sforzi, alla recente approvazione della **Direttiva sul diritto di accesso dei cittadini alle prestazioni transfrontaliere**.

Le regole comunitarie su **competizione e trasparenza nelle relazioni tra imprese**, nonché tra queste ultime e la **pubblica Amministrazione**, sono alla base della famosa sentenza di Altmark, che ha stabi-

lito i requisiti di legittimità in materia. Tali criteri sono stati ripresi e codificati nella successiva **Decisione della Commissione del 2005**, riguardante l'applicazione dell'articolo 86 del Trattato CE sugli **aiuti di Stato concessi sotto forma di compensazione degli obblighi di servizio pubblico alle imprese incaricate della gestione di servizi d'interesse generale**, tra cui figurano anche gli ospedali.

In questa normativa - attualmente sottoposta a valutazione e in merito alla quale l'UEHP ha interagito più volte con la Commissione europea - la concessione di aiuti di Stato come compensazioni per l'erogazione di servizi d'interesse generale è legittimata solo alle condizioni definite dalla sentenza succitata, per evitare forme di distorsione della concorrenza.

I SERVIZI DI INTERESSE GENERALE

A questo proposito è da sottolineare la definizione dei **servizi sanitari** come **servizi d'interesse generale** ad opera della Commissione, perché essa determina la collocazione della sanità nel dibattito comunitario. Nel Libro Verde e nel successivo Libro Bianco sul tema, la Commissione stessa ha precisato, infatti, che la **sanità è servizio d'interesse generale** di carattere non economico, che tut-

tuttavia comprende in sé anche servizi di tipo economico. A questo proposito, la Corte di Giustizia Europea ha stabilito che l'**erogazione dei servizi sanitari è un'attività economica ai sensi del Trattato**. Le prestazioni sanitarie costituiscono, dunque, prestazioni di servizio, sottoposte alla regola della libera circolazione. Su questa base la distinzione tra servizio pubblico e privato, che spesso ha condotto a teorizzare il privilegio del primo, viene superata. La

Commissione ha sottolineato al riguardo l'esigenza di una rigorosa neutralità: "è irrilevante ai sensi del diritto comunitario se i fornitori di servizi di interesse generale siano soggetti pubblici o privati; essi sono sottoposti agli stessi diritti e obblighi." Il servizio è, infatti, di interesse generale, in quanto indirizzato alla collettività, ma la sua produzione può essere indifferentemente pubblica o privata. Il ruolo del-

**Vertice dei capi di Stato e di governo**

- Si tiene almeno 4 volte l'anno
- Definisce le linee generali delle politiche dell'Unione
- Presidente: Herman Van Rompuy

le autorità pubbliche in economia diventa, allora, quello di garantire "il buon funzionamento del mercato e il rispetto delle regole del gioco da parte di tutti ... salvaguardando l'interesse generale, in particolare la soddisfazione dei bisogni essenziali dei cittadini."

I TRE PILASTRI

Nelle comunicazioni della Commissione, a partire dal 2001, e nei testi del Parlamento europeo sono stati, infine, individuati tre pilastri fondamentali, ormai adottati stabilmente per l'analisi delle problematiche sanitarie negli Stati membri, che nell'UE si trovano davanti alla sfida comune di conseguire un triplice obiettivo:

- **equità di accesso alle cure**
- **qualità delle prestazioni erogate**
- **sostenibilità finanziaria**.

Di recente, ci si è richiamati a questi orientamenti anche nel 1° Congresso europeo dell'ospitalità privata, organizzato dall'UEHP a Parigi a maggio 2010, proprio perché attraverso di essi è possibile dibattere tutte le principali questioni di politica e di economia sanitaria, pur nel ri-

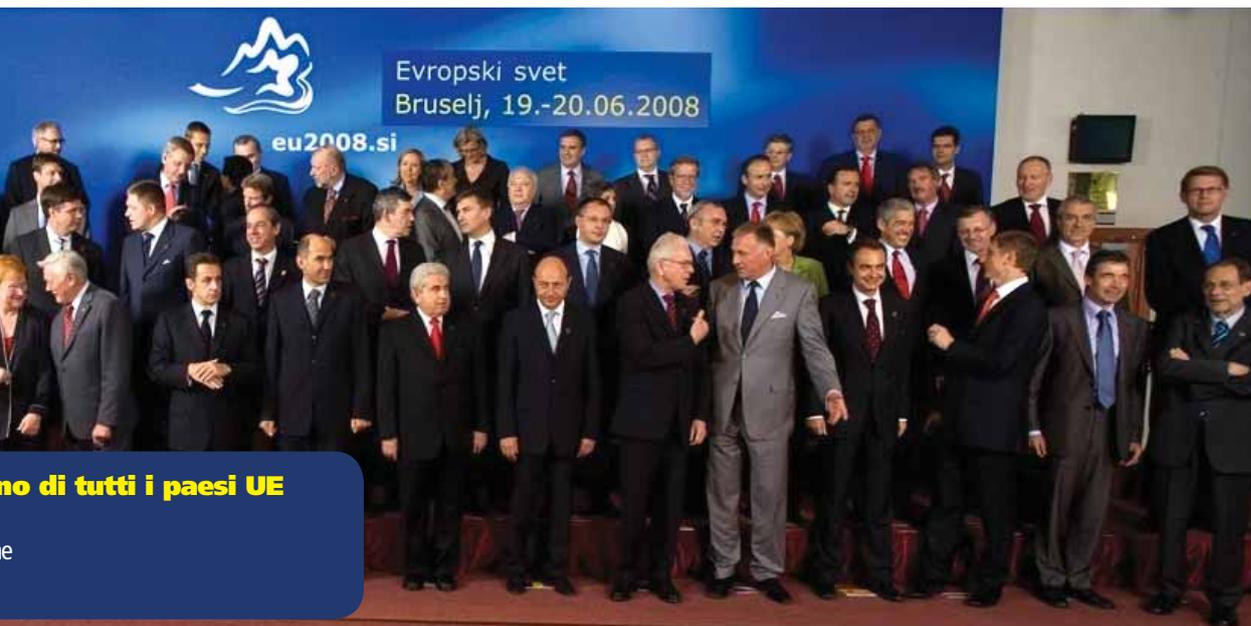
**23 lingue ufficiali**

spetto del principio di sussidiarietà. Nel quadro di questi principi, va sottolineato il ruolo fondamentale attribuito in sede comunitaria alla qualità delle prestazioni ed alla sicurezza del paziente, nell'intento di assicurare standard omogenei di assistenza sanitaria ai cittadini europei, ai quali compete il diritto di circolare liberamente, nonché di risiedere e lavorare in qualsiasi Stato membro. A tale riguardo,

complementare, le caratteristiche essenziali:

- la scelta “politica” - la cooperazione europea, pur rispettando le responsabilità degli Stati membri, risulta vantaggiosa per i pazienti, gli operatori, e gli stessi responsabili dei sistemi sanitari;
- il metodo di lavoro - il coordinamento aperto tra Stati membri offre un meccanismo necessario ed adeguato per strut-

sviluppo sostenibile e quindi non è da considerarsi solo un costo, ma anche un investimento produttivo realizzabile attraverso politiche sanitarie efficaci”. Valutare il settore sanitario come driver socio-economico, implica la promozione dell'uso ottimale delle risorse nazionali. A tale riguardo, il Parlamento europeo - nella sua Risoluzione del 2005 sulla modernizzazione della protezione



sociale e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria di buona qualità - ha “esortato gli Stati membri a rafforzare le proprie istituzioni di cura e assistenza, pubbliche e private, attraverso l'utilizzazione dell'intera offerta disponibile nello Stato di origine”, per assicurare l'accesso universale senza liste di attesa eccessivamente lunghe. In una tale impostazione, la crescita economica ed il completamento del mercato interno sono collegati con la

il Consiglio sanità ha adottato nel 2009 la Raccomandazione sulla sicurezza del paziente, comprese la prevenzione e la lotta contro le infezioni nosocomiali. L'obiettivo del provvedimento consiste nel proteggere i cittadini europei dai danni evitabili nell'ambito delle cure sanitarie, incoraggiando gli Stati membri ad adottare strategie per la prevenzione dei rischi. Un'astratta dichiarazione dei diritti dei cittadini (già enunciati nella relativa Carta, cui dovrebbe seguirne un'altra sui diritti dei pazienti) si sta traducendo, dunque, nel corso degli anni in indicazioni molto più concrete, che mirano a garantire l'equità di accesso a cure sicure e di elevata qualità in tutto il territorio dell'UE, in concomitanza con il progressivo estendersi della mobilità.

L'EVOLUZIONE DELLE PROBLEMATICHE SANITARIE IN EUROPA. ALCUNE PIETRE MILIARI.

Per quanto concerne l'individuazione di una via europea alla sanità, è interessante notare che essa è stata delineata già dal 2004 in due Comunicazioni della Commissione, le quali ne individuano, in modo

turare questa cooperazione;

- il “modello” - i sistemi sanitari degli Stati membri hanno in comune alcuni principi fondamentali - universalità di accesso, qualità delle cure e sostenibilità finanziaria fondata sulla solidarietà - i quali costituiscono gli obiettivi comuni, da conseguire appunto attraverso il metodo del coordinamento aperto.
- la “definizione dei ruoli rispettivi” della Commissione e degli Stati. La prima analizza le proprie attività, per valutare l'interazione tra regole comunitarie e obiettivi di politica sanitaria nazionale. I secondi dovranno agire - a livello nazionale, regionale, locale - nella consapevolezza del contesto europeo in cui operano.

LA STRATEGIA DI LISBONA

L'attività dell'Unione Europea in materia di “politica sanitaria” ha registrato poi uno sviluppo significativo, in concomitanza con la decisione di rilanciare la strategia di Lisbona. In quest'ottica va sottolineato che, in sede comunitaria, “la sanità è collegata alla crescita economica e allo

realizzazione del modello sociale europeo. Significativa al riguardo è l'affermazione del Parlamento, secondo cui i cittadini “ricevono l'assistenza sanitaria e la pagano, direttamente o sotto forma di assicurazione o di imposte, devono quindi essere pienamente informati ed avere pieni diritti e piena facoltà di scelta”. Tra questi diritti fondamentali viene ritenuto di primaria importanza “il diritto ad un'informazione completa... sulle opzioni di assistenza sanitaria e sulla scelta di servizi offerti dal mercato”.

LA “VISIONE” DI FONDO

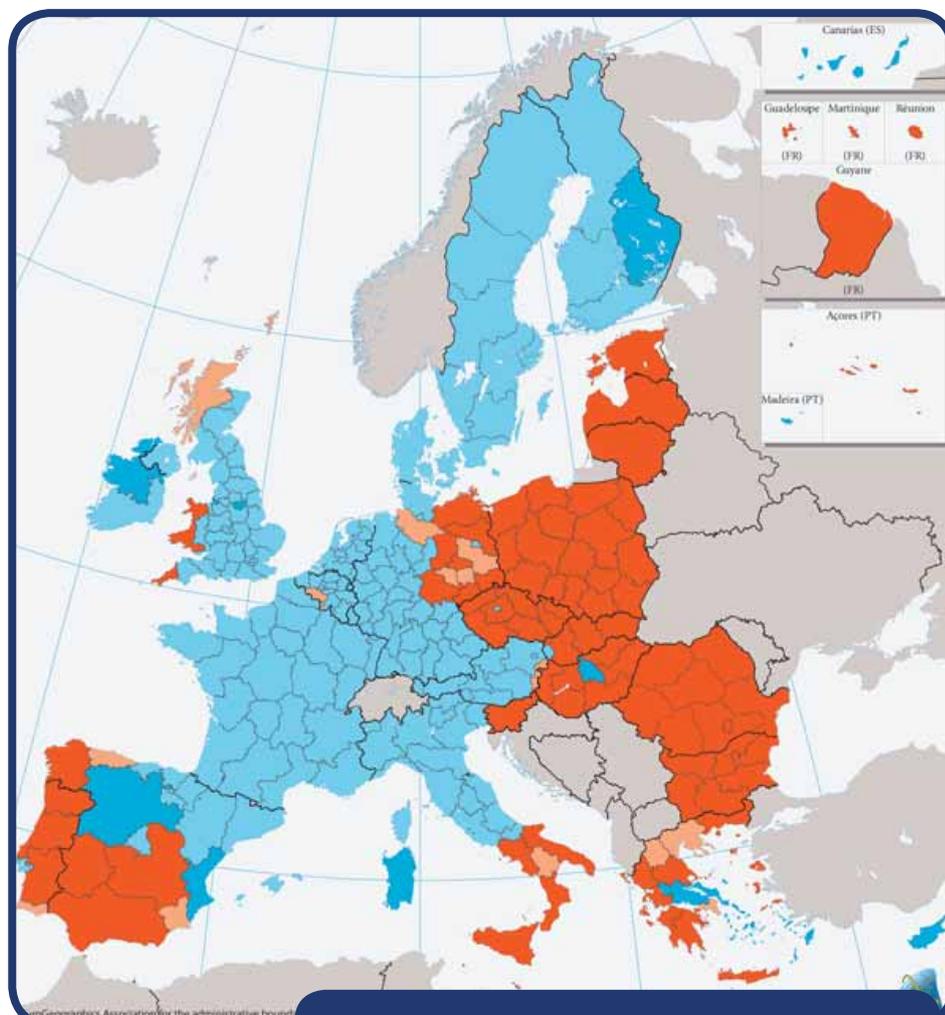
Una tappa fondamentale nel processo di elaborazione di una politica sanitaria europea, sotto il profilo del riconoscimento dei principi generali, è stata segnata dalla Dichiarazione dei Ministri della Salute dei 27 Stati membri su valori e principi comuni in sanità dei sistemi sanitari europei, approvata dal Consiglio “Sanità e affari sociali” nel 2007, per chiarire l'interazione fra Trattato e sistemi nazionali. La “visione” di fondo, alla base di tutte le attività della Commissione, è stata così

espressa: “Il settore della sanità è caratterizzato, da una parte, da un formidabile potenziale di crescita, innovazione e dinamismo e, dall'altra, dalle sfide cui è confrontato in termini di sostenibilità finanziaria e sociale e di efficienza dei sistemi sanitari.” Nella sua analisi, il documento ha messo in risalto al riguardo i nuovi sviluppi destinati ad incoraggiare la pluralità degli operatori e la libera scelta, nonché ad utilizzare le risorse in modo efficiente, anche attraverso la sperimentazione dei meccanismi di mercato e della competizione nella gestione dei sistemi sanitari. Al riguardo, nuovi modelli di finanziamento della spesa ospedaliera sono stati introdotti in molti Paesi per correlare il pagamento con le performance dell'ospedale, ottimizzando il rapporto costi-benefici

IL PROBLEMA DELLA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

Pur confermando l'impegno di tutelare il rispetto dei valori del welfare - universalità, accesso a un'assistenza di buona qualità, equità e solidarietà - nell'applicazione delle regole di concorrenza, nella Dichiarazione si è ribadito che le istituzioni centrali dell'UE non possono trascurare il problema della sostenibilità finanziaria, anche per coniugare le esigenze economiche con la sicurezza delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini. La “risposta europea” a queste sfide è basata sulla consapevolezza che “i servizi sanitari sono essenzialmente di competenza degli Stati membri, ma la cooperazione in sede comunitaria può arrecare beneficio sia ai pazienti sia ai sistemi”, anche concretamente, agevolando l'accesso ai finanziamenti comunitari. Per conseguire risultati efficaci si è deciso di promuovere in particolare alcuni settori, correlati alla mobilità di pazienti e professionisti sanitari: lo spazio europeo della sanità elettronica, la definizione di criteri di qualità per i siti web sulla salute, la tessera sanitaria europea, la medicina telematica.

Una delle tappe più recenti, nel processo di consolidamento dell'attività comunitaria in sanità, è costituito dall'Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013, illustrato nel Libro Bianco “Un impegno comune per la salute”, un documento che, pur non avendo carattere normativo, riveste notevole importanza perché istituzionalmente propedeutico alla elaborazione ed emanazione di ulteriori provvedimenti.



2007-2013: 347 miliardi di euro investiti in infrastrutture, imprese, ambiente e formazione dei lavoratori per le regioni e i cittadini meno favoriti

- Fondo regionale
- Fondo sociale
- Fondo di coesione

■ Obiettivo di convergenza: regioni con un PIL pro capite sotto il 75% della media UE. L'81,5% dei fondi è destinato a quest'obiettivo.

■ Obiettivo di competitività regionale e occupazione.

In tale strategia, tuttora in corso di realizzazione, si rileva come la tutela della salute pubblica, stia acquistando una presenza pervasiva in tutte le politiche comunitarie: “La salute è menzionata negli articoli del Trattato concernenti il mercato interno, l'ambiente, la tutela dei consumatori, gli affari sociali, fra cui la salute e la sicurezza dei lavoratori, la politica di sviluppo, la ricerca e molti altri settori.”

La finalità perseguita nel nuovo impianto strategico è quella di “consolidare il ruolo della politica comunitaria per la sanità in riferimento alla strategia di Lisbona per la crescita e l'occupazione, sottolineando il legame fra salute e prosperità economica, nonché all'agenda dei cittadini, rico-

noscendo alla gente il diritto di operare le proprie scelte in materia di salute e assistenza sanitaria”.

UN FUTURO COMPETITIVO E SOSTENIBILE

In questa impostazione, basata sui due fondamenti della politica europea (diritti dei cittadini e sviluppo economico), l'evoluzione dei sistemi sanitari nazionali è collegata “all'obiettivo strategico generale ... finalizzato a garantire un futuro competitivo e sostenibile per l'Europa”. La poli-

tica sanitaria europea tutela, dunque, i diritti dei pazienti in rapporto al benessere non solo dei singoli ma dell'intera società, come condizione essenziale per la produttività, la competitività e la prosperità.

Nella nuova strategia, le azioni di sostegno agli Stati membri dovrebbero di conseguenza concentrarsi nei settori in cui un intervento coordinato può contribuire a "promuovere sistemi sanitari dinamici". Le esigenze socio-economiche pongono ormai al centro degli interessi comunitari non solo la tutela della salute, ma anche l'efficienza dei sistemi nazionali, perché il settore sanitario costituisce uno dei principali motori del settore dei servizi nell'UE. Esso fornisce, infatti, un numero considerevole di posti di lavoro, è un grande utilizzatore di tecnologie innovative ed un'importante fonte di coesione economica e sociale.

EUROPA 2020

Nel 2010, infine, è stata varata una nuova strategia, "Europa 2020", che definisce le linee per l'attività dell'UE nel prossimo decennio, sostituendo quella di Lisbona lanciata nel 2000, al fine di offrire all'economia europea prospettive più brillanti, attraverso un "mercato sociale intelligente". Nel documento vengono proposti "orientamenti integrati", per rendere possibile il perseguimento delle priorità politiche, attraverso un partenariato tra UE e Stati Membri. In questa prospettiva, la sanità, quale "driver" economico per l'innovazione e lo sviluppo, dovrebbe beneficiare di risorse adeguate per sostenere il progresso tecnologico e la ricerca in cam-

po medico. Il settore sanitario dovrebbe, inoltre, essere positivamente influenzato dalle varie iniziative per l'applicazione dell'informatica alla sanità, individuate nel programma *e-health*. Per realizzare un vero mercato interno, infatti, l'UE ritiene necessario facilitare le comunicazioni on-line, attribuendo a questo aspetto tale importanza da far rientrare l'"inclusione digitale", cioè la possibilità di accesso ad Internet, nel più ampio e basilare concetto d'inclusione sociale.

NON SOLO PRINCIPI E PROGRAMMI LA NORMATIVA UE APPLICATA ALLA SANITÀ

Se il dibattito europeo progredisce nell'elaborazione di alcuni orientamenti condivisi in materia di politica e di economia sanitarie, il processo normativo appare più complesso e contrastato, perché sulle materie suscettibili d'incidere sui sistemi sanitari nazionali gli Stati membri tendono in molti casi a modificare sostanzialmente e/o a ritardare l'approvazione delle proposte normative presentate dalla Commissione europea, l'unico organo propositivo dell'UE in materia legislativa. Nonostante ciò, molti provvedimenti comunitari, già approvati ovvero in corso di elaborazione o di revisione, implicano conseguenze dirette o indirette a livello nazionale, al di là delle numerose norme di tutela della salute pubblica. Si tratta di concreti segnali di una volontà politica, diffusa in sede europea, di garantire i diritti dei cittadini ed il buon funzionamento del mercato interno anche nel settore della sanità ed in quelli ad esso collegati.

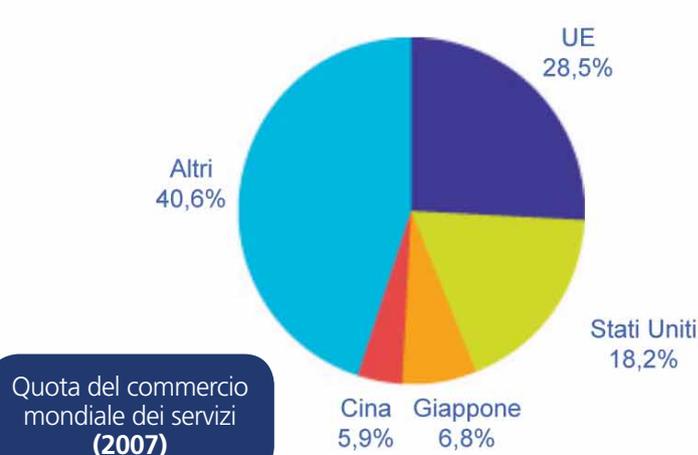
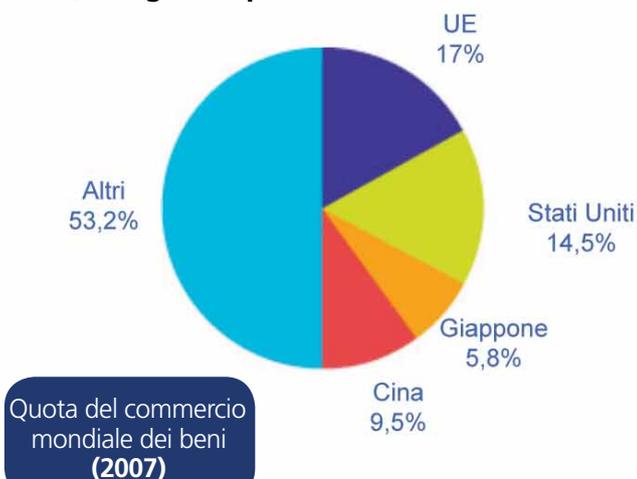
E' ovviamente impossibile citare ed ana-

lizzare i contenuti di tutte le norme europee (per le quali rimandiamo alle relazioni annuali sull'attività internazionale dell'Aiop, nonché alla prossima relazione per il 2010-11), ma già l'elenco delle problematiche affrontate fornisce una chiara dimostrazione del fatto che l'Unione non può trascurare d'intervenire in campo sanitario, sia pure nel rispetto del principio di sussidiarietà. Si tratta di provvedimenti di varia natura, tra i quali anche regolamenti e direttive, che riguardano:

- il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale
- la mobilità degli operatori ed il riconoscimento delle qualifiche professionali
- la salute e sicurezza sul luogo di lavoro, gli orari di lavoro
- i diritti dei pazienti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera
- la qualità e sicurezza delle prestazioni, anche in riferimento alle infezioni nosocomiali
- gli aiuti di Stato concessi sotto forma di compensazione degli obblighi di servizio pubblico alle imprese incaricate della gestione di servizi d'interesse generale, tra cui figurano gli ospedali
- i ritardi dei pagamenti e la trasparenza delle relazioni finanziarie tra gli Stati membri e le imprese pubbliche.

Tali problematiche sono tutte "politicamente sensibili", ma al tempo stesso "ineludibili", avendo la loro base legale nei Trattati costitutivi. La libera circolazione dei lavoratori, ad esempio, sancita dall'articolo 39 del Trattato, tutela il diritto dei cittadini europei a lavorare in un altro Sta-

L'UE, una grande potenza commerciale



to membro, mentre l'articolo 49 assicura quello della **libera prestazione di servizi**. E' appunto per rendere effettiva la fruizione di tali diritti che sono stati coordinati i **sistemi di sicurezza sociale**, attraverso vari regolamenti. Dal 1° maggio 2010 è in vigore in materia un nuovo pacchetto legislativo, che, pur non cambiando i principi fondamentali, migliora i processi amministrativi, in modo che un numero maggiore di persone possa beneficiare della normativa sul coordinamento, che non riguarda più solo i lavoratori e le loro famiglie, ma anche coloro che sono momentaneamente senza lavoro, ovvero non ancora occupati o pensionati.

L'AUMENTO DELLA MOBILITÀ

Per quanto concerne poi specificamente il **personale sanitario** nell'UE, l'aumento di mobilità della forza lavoro può influenzare la disparità all'interno o tra diversi Paesi membri in senso sia positivo che negativo e, di conseguenza, costringere i responsabili delle risorse umane, a livello nazionale, a rimettere in questione le proprie strategie in materia di formazione, assunzione e sviluppo professionali. Questi effetti collate-

rali dell'aumento di mobilità non vanno, a parere della Commissione, combattuti introducendo barriere giuridiche alla libera circolazione dei lavoratori, bensì affrontati tramite opportune politiche, da realizzare in collaborazione tra le autorità comunitarie e gli Stati membri. La crescente tendenza del personale sanitario a trasferirsi in un altro Stato membro impone, infatti, all'UE di adottare un approccio coordinato. Anche se esistono già norme comuni a tale riguardo - in particolare il quadro giuridico europeo per il riconoscimento delle qualifiche professionali - appare necessario sviluppare azioni che mirino a: favorire gli accordi bilaterali per approfittare di eventuali eccedenze di medici ed infermieri; investire nella formazione ed assunzione di personale per raggiungere l'auto-sufficienza nell'UE; incoraggiare accordi transfrontalieri su formazione e scambi di personale, che potrebbero agevolare la gestione dell'emorragia di operatori sanitari. Ugualmente problematica appare la **mobilità dei pazienti**, che ha peraltro trovato conferma nella giurisprudenza consolidata della Corte di giustizia europea ed è ora regolata da una Direttiva in materia. Gli Stati membri temono, infatti, conseguenze

potenzialmente destabilizzanti sulla programmazione nazionale. Anche in questo caso, però, l'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari dei singoli Paesi non si può garantire impedendo ai cittadini l'esercizio della libera scelta, bensì utilizzando l'intera offerta pubblica e privata disponibile nello Stato di origine, come richiesto a suo tempo dal Parlamento europeo. In questo modo, il ricorso al settore privato in sede nazionale limita di fatto la richiesta di cure all'estero, senza porre ostacoli regolamentari alla libertà di scelta in Europa. Non si deve, infine, dimenticare che le normative europee sono periodicamente sottoposte alla valutazione del loro impatto negli Stati membri ed a successiva revisione, che conduce talvolta all'approvazione di nuovi provvedimenti. Tale processo riguarda anche molte disposizioni significative per il settore sanitario: i regolamenti per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, la direttiva sui ritardi dei pagamenti, la direttiva sulle qualifiche professionali e quella (sempre in discussione!) sugli orari di lavoro, la decisione della Commissione sugli aiuti di Stato ecc. Da una revisione all'altra gli argomenti si approfondiscono, le competenze comuni-

UIHP - CEHP

Fin dal lontano 1971 è stata operativa l'UNIONE INTERNAZIONALE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (UIHP) con sede a Parigi, costituita per rappresentare gli interessi comuni di natura professionale, morale, tecnica, economica e sociale delle Associazioni nazionali di settore. Al suo interno fu creato, sempre nel 1971, il COMITATO EUROPEO DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (CEHP), con il mandato specifico di collaborare alla preparazione del libero stabilimento delle istituzioni sanitarie nel Mercato Comune e di studiare le condizioni di partecipazione dell'ospedale privato a livello comunitario europeo. L'11 gennaio 1991 a Roma, le Associazioni aderenti al CEHP hanno creato, insieme con altre Associazioni che non ne facevano parte, l'UNIONE EUROPEA OSPEDALITÀ PRIVATA (UEHP)

UEHP

L'UEHP ha sede legale a Roma e rappresenta le Associazioni nazionali dell'ospedale privato di: **AUSTRIA - BELGIO - BULGARIA - FRANCIA - GERMANIA - GRECIA - ITALIA - POLONIA - PORTOGALLO - PRINCIPATO di MONACO - REGNO UNITO - REPUBBLICA CECA - SPAGNA - SVIZZERA - SVEZIA - UNGHERIA.**

SCOPI STATUTARI

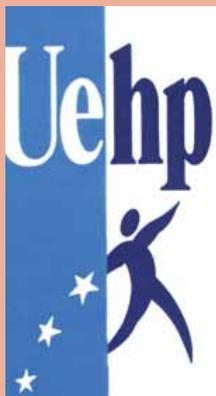
- Promuovere una medicina personalizzata e centrata sul paziente
- Sostenere la partecipazione dell'ospedale privato al sistema sanitario nazionale nei Paesi membri dell'UE
- Tutelare l'iniziativa privata in sanità e studiare le migliori condizioni di gestione
- Rappresentare l'ospedale privato europea presso le istituzioni comunitarie e gli organismi internazionali.

L'UEHP è riconosciuta ufficialmente come interlocutore accreditato dalle istituzioni centrali europee, svolge attività di lobbying presso la Commissione, il Parlamento europeo, i Comitati economico-sociale e delle Regioni. Partecipa all'HEALTH POLICY FORUM ed a vari gruppi consultivi di alto livello, costituiti da rappresentanti degli Stati membri e delle organizzazioni non governative.

POLITICA ASSOCIATIVA

Nel 1993 a Roma l'UEHP ha adottato una dichiarazione di principi e di intenti, che costituisce la "carta dell'ospedale privato europea", quale strumento indispensabile di una medicina personalizzata, al servizio del malato, fondata sulla libertà di scelta del medico e del luogo di cura. La politica associativa si fonda sulla difesa di principi comuni, che trascendono le problematiche specifiche di ciascun Paese. Questi obiettivi fondamentali sono:

- la tutela della libera scelta dei cittadini in sanità, sia a livello nazionale sia nell'ambito delle norme fondamentali che regolano l'Unione europea;
- l'abolizione dei regimi di monopolio e l'affermazione nei sistemi nazionali di una pluralità di erogatori pubblici e privati in un rapporto di corretta competizione, basata sulla qualità delle prestazioni a costi sostenibili
- la gestione equa del mix pubblico - privato che deve corrispondere ai seguenti principi:
 - stessa dignità di posizione e parità dei diritti - doveri
 - equità nelle condizioni di accesso per i cittadini e di accreditamento per gli erogatori
 - qualità dei servizi, garantita attraverso controlli imparziali effettuati da organismi terzi indipendenti
 - finanziamento conforme a parametri di remunerazione corretti ed omogenei per gli erogatori pubblici e privati
 - informazione obiettiva ai cittadini sull'offerta di cure e all'ente acquirente sul costo e la qualità dei servizi.



tarie si consolidano, le conseguenze si ampliano.

In merito ai **ritardi dei pagamenti**, ad esempio, la Commissione, deplorando che la correttezza contrattuale non sia sempre rispettata dalle stesse autorità pubbliche, ha approvato modifiche sostanziali per risolvere un problema suscettibile di distorcere la concorrenza nel mercato interno. Nell'ambito della valutazione della già citata **decisione della Commissione in materia di aiuti di Stato**, attualmente sottoposta a revisione, è stato ribadito, infine, che per il conferimento dell'incarico di un'attività di interesse economico generale ad una determinata impresa pubblica o privata, gli Stati membri sono tenuti al rispetto dei principi di non discriminazione sanciti dal Trattato, nonché delle specifiche condizioni relative all'assenza di sovracompensazione.

Queste particolari modalità, attraverso cui si articola ed avanza il processo normativo comunitario, lo rendono lungo, complesso, altalenante, ma anche inarrestabile sulla lunga distanza, per una serie di ragioni che, al di là delle argomentazioni di carattere politico, giuridico ed economico, trovano il loro fondamento nella costante

evoluzione della concreta realtà sociale ed economica europea.

LA DOPPIA ANIMA DELL'EUROPA. QUALE FUTURO PER LA POLITICA SANITARIA EUROPEA?

L'Unione europea, non può permettersi di trascurare il settore sanitario, in ragione della sua rilevanza sociale ed economica. Le infrastrutture, infatti, sono costituite sempre più dal "sistema dei servizi fondamentali", che formano il cosiddetto **mercato interno dei servizi**, tra i quali particolare importanza rivestono proprio quelli sanitari, preposti alla conservazione del capitale umano, che ha valore primario nelle società moderne.

In questo quadro, le ragioni della rilevanza delle problematiche sanitarie nell'UE sono di tre ordini: la **tutela della salute pubblica**, la **costruzione dell'Europa dei cittadini**, il peso della **spesa sanitaria sui bilanci degli Stati**. Mentre avanza lentamente il processo politico e normativo, è da rilevare che la pretesa di mantenere una rigida separazione fra i sistemi sanitari nazionali, nell'ambito dell'integrazione economica europea e

nale sanitario, della crescente convergenza delle aspettative dei cittadini europei, nonché della diffusione di nuove tecnologie mediche e della applicazione dell'informatica alla sanità.

Questa progressiva interconnessione crea tuttavia, sempre secondo la Commissione, anche numerose esigenze: accesso più facile alle cure sanitarie all'interno dell'UE, con norme chiare in materia di rimborsi; garanzie in merito alla qualità delle cure; definizione dei requisiti in materia di informazione per i pazienti, gli operatori sanitari ed i responsabili politici; cooperazione a livello di assistenza sanitaria e di erogazione di servizi; conciliazione delle politiche nazionali con il rispetto degli obblighi comunitari.

PROSPETTIVA PER IL FUTURO

Tentando di delineare una prospettiva per il futuro, si può affermare che l'Unione Europea sembra orientata a conciliare il modello sociale europeo con l'efficienza del mercato interno dei servizi. In effetti, l'Unione appare talvolta come un "corpo con due anime", perché il Mercato interno porta in sé i geni di un impianto liberista, competitivo, aperto allo sviluppo delle imprese. I valori del welfare, nello stesso tempo, costituiscono una "scelta di società" irrinunciabile, richiamata anche dai Ministri della sanità degli Stati membri nella Dichiarazione sui valori comuni in sanità. Le finalità sociali, inoltre, sono consolidate dalla costruzione dell'Europa dei cittadini, i quali, come emerso da varie indagini di Eurobarometro, sono favorevoli ad un sistema in cui la libertà di scelta e la pluralità degli erogatori stimolino un miglioramento costante della qualità dei servizi sanitari, nell'ambito delle risorse disponibili, obiettivo strategico della stessa Unione.

Secondo il Presidente della Commissione europea, Barroso: "Una forte produttività economica ed una crescita dinamica sono state le pietre angolari su cui il modello europeo di solidarietà sociale e di sostenibilità è stato costruito in origine. Una crescita rinnovata... è il fondamento della giustizia sociale e delle opportunità per tutti." Questa è la sfida comune. In una simile prospettiva, un'opposizione ideologica tra settore pubblico e privato appare destinata a diventare sempre più irrilevante.

Quanto agli Stati membri, devono solo decidere se politica europea in sanità sarà realizzata per concertazione o "per erosione". ■

POSIZIONI UFFICIALI

Non è possibile illustrare tutte le raccomandazioni presentate dall'UEHP nel corso degli anni. Ci limitiamo pertanto a citare gli argomenti principali su cui l'Associazione è ufficialmente intervenuta, anche partecipando a varie consultazioni

- Mobilità dei pazienti
- Carta dei diritti fondamentali
- Assicurazione di qualità e risk management
- Riconoscimento delle qualifiche professionali
- Responsabilità civile per l'erogazione di servizi sanitari
- Equità, qualità, finanziamento dei servizi sanitari
- La strategia del Mercato interno
- Ricerca e innovazione
- Liste di attesa
- Ampliamento ad Est

Tra le numerose manifestazioni, organizzate dall'UEHP e dalle Associazioni nazionali su temi europei, ricordiamo i seminari sulla gestione dei rischi, l'esposizione al Parlamento Europeo ed il 1° Congresso dell'ospitalità privata europea.



Ipotesi di riforma Cameron:



Nel mese di aprile, **una delegazione di trenta imprenditori di Aiop Giovani**, guidata dal Coordinatore nazionale dr. Averardo Orta, si è recata a **Londra per il suo 5° Study Tour**. È stata l'occasione per conoscere da vicino l'ipotesi di Riforma sanitaria di James Cameron che, pur tra accelerazioni e pause, **sta segnando il dibattito sul NHS nel Regno Unito**.

DI GAIA GAROFALO



Lo scenario della sanità nei paesi sviluppati è oggi rappresentato da trends evidenti quali il rapido sviluppo tecnologico, medico e scientifico; l'aumento della spesa pubblica in termini sia di costo per persona sia di percentuale del PIL e una domanda sempre crescente di sanità.

Il White Paper firmato da James Cameron e Andrew Lansley propone una risposta alla sfida sulla sostenibilità economica attraverso policies che possano sfruttare il trade off positivo che esiste tra un abbattimento dei costi ed un miglioramento in termini di qualità. I propositi sono

già evidenti nel titolo *Equity and Excellence: Liberating the NHS*, vale a dire nel proposito di raggiungere una dimensione che migliori l'efficienza attraverso un maggiore *accountability*, una gestione più attenta delle risorse e soprattutto attraverso una decentralizzazione ed un *delaying* dell'apparato burocratico.

La sfida per il NHS è senza precedenti: raggiungere un risparmio di 20 miliardi di sterline entro la fine del 2014 da reinvestire in servizi che migliorino la qualità delle cure. Tali risparmi saranno generati soprattutto da un abbattimento del 45% dei costi amministrativi, e nello spe-

uno sguardo da vicino




AIOP GIOVANI

Study tour
London 2011
31 marzo - 1 aprile 2011

**L'evoluzione
del Sistema Sanitario
inglese**



dall'altra un *empowerment* della qualità delle cure mediche.

PROPOSTA RIVOLUZIONARIA

La proposta più rivoluzionaria è quella che prevede la scomparsa, nei prossimi quattro anni, di tutti i Primary Care Trusts (PCTs) e delle Strategic Health Authorities (SHAs). La ratio è quella di decentralizzare i poteri e di avvicinarli ai pazienti; la facoltà di *commissioning* verrà quindi trasferita dai PCTs- i cui soli costi amministrativi annuali rappresentano più di 1,2 miliardi di sterline- ad un numero compreso tra i 300 e i 500 consorzi di medici di medicina generale costituitisi su base geografica a cui sarà dato il com-

pito di gestire l'80% del budget sanitario. L'allocazione del budget sarà condotta direttamente dai GP Consortia attraverso un contratto volto ad assicurare le prestazioni rispondenti al bisogno reale dei cittadini.

Il potere di controllo e monitoraggio sui consorzi sarà invece gestito da una *Commissioning Board* indipendente; un organi-

cifico dalla riduzione del numero di strutture organizzative e dal ridimensionamento delle funzioni esercitate all'interno del NHS dal Dipartimento della Salute. Non si attueranno quindi tagli indiscriminati di tipo orizzontale, ma si semplificherà il tessuto burocratico eccedente. Da un lato si avrà quindi una netta riduzione di costi amministrativi generati dalle duplicazioni nei servizi e dalle inefficienze gestionali; e

dall'altra un *empowerment* della qualità delle cure mediche.





smo creato ad hoc che opererà a stretto legame con i consorzi di medici di base non solo stanziando fondi e valutando l'efficacia del servizio svolto, ma avendo anche potere di acquisto per il restante 20% della spesa sanitaria, vale a dire per i servizi di oculistica, odontoiatria ecc.

La responsabilità delle procedure autorizzative e di accreditamento si trasferirà dalle Strategic Health Authorities a due organizzazioni indipendenti; il *Care and Quality Commission (CQC)* e *Monitor*. Alla prima sarà confermata la responsabilità di monitorare gli standard qualitativi mentre il secondo analizzerà gli impatti economici della gestione. In concerto si occuperanno di allocare le licenze tra tutti quegli operatori ritenuti idonei e rispondenti non solo alle necessità ed ai bisogni dei cittadini, ma anche ad una pianificazione locale del servizio.

RIDUZIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSE

Una riorganizzazione di questo tipo avrà certamente esiti positivi per quel che concerne la riduzione dei conflitti d'interesse interni soprattutto ai PCTs; scindendo e ridistribuendo le funzioni di acquisto della

spesa sanitaria da quelle di controllo e valutazione si perverrà ad una gestione più limpida della sanità e delle finanze pubbliche. I consorzi di medici di base saranno quindi responsabili non solo per le decisioni cliniche, ma anche e soprattutto per il budget holding e per la valutazione de-



Colin Hough,
Dirigente Care and Quality
Commission



Richard Hamblin
Direttore della Comunicazione
Care and Quality Commission



Vincenzo Maurino, Specialista Chirurgo Oftalmico e **Declan Flanagan** Direttore sanitario - Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust

gli impatti economici. Questo punto appare molto controverso poiché, se è vero che da un lato i *General Practitioners* sono forse le figure più idonee a mettere in relazione e valutare aspetti clinici ed economici, non bisogna tuttavia dimenticare che non è la prima volta che il Regno Unito affida tale potere ai medici di base. Se ne trova traccia dal 1991 al 1997, ma con risultati tutt'altro che buoni. Non vi è ad ogni modo alcun dubbio che questo passaggio rappresenti un tentativo di portare all'interno del NHS logiche di mercato che possano incrementare l'efficienza ed il livello standard delle prestazioni mediche.

CRESCENTE AUTONOMIA PER GLI OPERATORI

L'autonomia sul fronte delle *commissioning strategies* sarà eguagliata da una crescente autonomia per gli operatori; si assisterà infatti ad un'apertura senza precedenti nei confronti dei privati che saranno messi nelle stesse condizioni competitive rispetto agli altri trusts. Governi precedenti avevano cercato di iniziare una liberalizzazione del sistema attraverso la creazione dei cosiddetti *Foundation Trusts* che, pur essendo strutture privilegiati erano però comunque soggette a vincoli imposti da Whitehall. Con la riforma Cameron tutti i trusts nel Regno Unito acquisiranno lo

I consorzi di medici di base saranno quindi responsabili non solo per le decisioni cliniche, ma anche e soprattutto per il budget holding e per la valutazione degli impatti economici. Questo punto appare molto controverso poiché, se è vero che da un lato i General Practitioners sono forse le figure più idonee a mettere in relazione e valutare aspetti clinici ed economici, non bisogna tuttavia dimenticare che non è la prima volta che il Regno Unito affida tale potere ai medici di base.



Pauline Makoni
General Manager Gestione pazienti privati, Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust

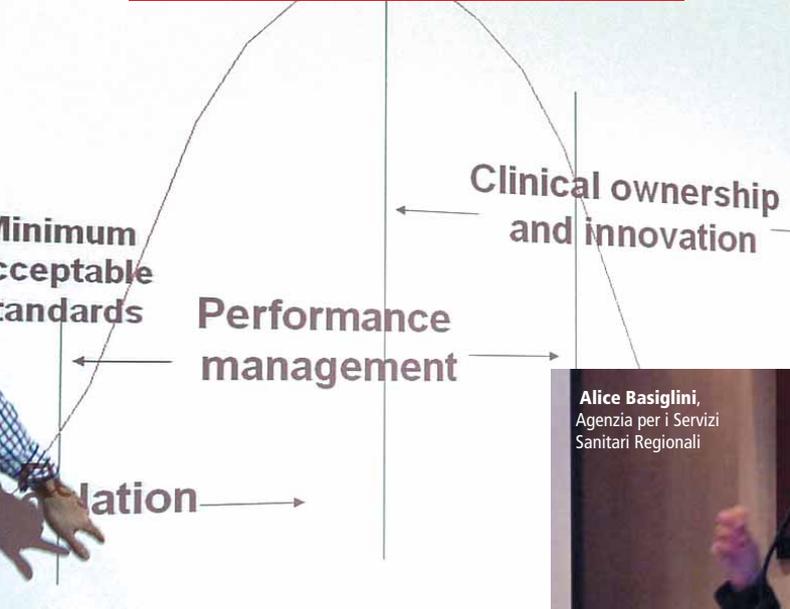


Peter Davies
Consigliere di Gestione Imperial College AHSC



Alice Basiglioni,
Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

I RELATORI CHE HANNO COLLABORATO CON LO STUDY TOUR AIOP GIOVANI





status di Foundation Trust, ma l'obiettivo più ambizioso è quello di rendere queste organizzazioni sempre più libere e capaci di auto amministrarsi. Nello specifico, sarà abolito il tetto arbitrario sulle entrate private, ed eventuali surplus conseguiti

I finanziamenti seguiranno in maniera diretta il paziente, e questo è intimamente connesso con la volontà resa esplicita di trasformare un sistema verticalizzato in uno che sia trainato dal basso.

potranno essere reinvestiti nell'organizzazione stessa invece di dover essere trasferiti all'esterno.

I finanziamenti pertanto seguiranno in maniera diretta il paziente, e questo è intimamente connesso con la volontà resa esplicita di trasformare un sistema verticalizzato

in uno che sia trainato dal basso. La scelta viene data al cittadino che potrà scegliere tra *any willing provider*, ossia indirizzarsi verso il tipo di offerta che preferisce. Inoltre, invece di valutare il servizio sulla base di obiettivi ed indicatori nazionali, si inizieranno ad usare indicatori clinici prodotti ed elaborati dal personale medico. E' opinione largamente diffusa che i risultati migliori si ottengano facendo leva sull'esperienza medica e sulla creatività personale.

Inoltre, per coinvolgere il paziente si prevedono due nuove organizzazioni, il Local Health Watch ed il National Health Watch. I primi saranno attivi localmente e atti a ricevere feedback e reclami sul territorio facendo poi confluire i dati all'interno del National Health Watch che costituirà un nuovo braccio operativo

all'interno del CQC. Poiché la spesa sanitaria investita è inevitabilmente destinata a crescere, nel Regno Unito si ha ora come obiettivo il raggiungimento di risparmi senza precedenti, e sebbene i tagli ai costi amministrativi rappresentino un contributo significativo al contenimento della spesa pubblica, nei prossimi quattro anni il National Health Service dovrà ad ogni modo trovare meccanismi per migliorare anche dal lato della produttività.

CONTENIMENTO DELLA SPESA PUBBLICA

Tutto ciò implica che vi sia una crescente attenzione ai flussi finanziari; ogni operatore coinvolto- dal Ministero della Salute ai consorzi dei medici di base- sarà responsabile per il lavoro svolto ed incentivato a raggiungere la migliore soluzione possibile. E' di fatto la prima volta che nel Regno Unito, ed in Europa in generale, lo Stato si assume la responsabilità di non ripianare il deficit degli ospedali che dovessero fallire.

UNA RIFORMA NECESSARIA

Molto si sta discutendo sulla riforma sanitaria proposta da Cameron; denigrata e osteggiata da alcuni per via dei tagli massicci, acclamata da altri come una riforma epocale e coraggiosa. Sicuramente una riforma necessaria dal momento in cui il National Health Service versa in condizioni di grave deficit economico. Uno dei cambiamenti certamente più significativi è quello di allontanare la politica dalla sanità avvicinando quest'ultima al cittadino e facendola amministrare da chi è più vicino e a conoscenza dei bisogni dell'utente. Risparmiare sui costi amministrativi e reinvestire sugli aspetti clinici, questa dunque la ratio che dovrebbe portare ad un NHS *liberato*. ■





area-e.c.m.

LA FORMAZIONE CONTINUA... CON NOI!!!



Provider Accreditato presso la
Commissione Nazionale Formazione
Continua con il codice n.° 57, per:

- **Formazione Residenziale (RES)**
- **Formazione Sul Campo (FSC)**
- **Formazione A Distanza (FAD)**



www.areaecm.it

Sede Formia (LT) Via Lavanga 97/99 - 04023 Tel. 0771.771676 Fax 0771.321555
Sede Latina Via Bruxelles 30 scala N - 04100 Tel. 0773.1999406 Fax 0773.1871261

MAIL: info@areaecm.it



Convenzione Responsabilità Civile Sanitaria

a favore delle Case di Cura associate rinnovata per il biennio 01.01.2011 – 01.01.2013
Le Condizioni Normative sono state elaborate sulla scorta dell'esperienza degli ultimi 10 anni e comprendono la responsabilità derivante alla Struttura dal fatto doloso e colposo di tutto il personale dipendente e non.

Il Massimale di Convenzione è € 5.000.000,00 per anno e sinistro.



Convenzione All Risks

incendio e rischi collegati
furto, eventi naturali, terremoto...

Convenzione R.C. Amministratori (D&O)

Risarcisce il danno patrimoniale (incluse le spese di difesa legale, le spese di rappresentanza legale e le eventuali spese di pubblicità sostenute) che gli Assicurati si trovino legalmente e personalmente obbligati a pagare in relazione a qualunque richiesta di risarcimento avanzata nei loro confronti per la prima volta durante il periodo assicurativo in conseguenza di Atti Dannosi.



GEAS

Insurance Broker



Roma ~ Tel: 06/85.32.61 ~ Fax: 06/85.32.66.66 ~ Email: info@geas.it ~ Web: www.geas.it