

# Il servizio sanitario in Italia

*Alfio Raciti Longo*

## Obiettivi:

- Comprendere l'evoluzione dell'assistenza sanitaria in Italia
- Comprendere alcuni punti chiave dell'attuale organizzazione

Con la legge 833 del 1978 in Italia viene istituito Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Esso rappresenta il superamento di una assistenza sanitaria frammentaria, non universale e fortemente disomogenea rappresentata dalle mutue corporativistiche. Sino al 1978, infatti, erano presenti sul territorio nazionale una moltitudine di sigle (INAM, EMPALS, INADEL le più note) che assicuravano l'assistenza sanitaria ai propri iscritti.

Presupposto di tale assistenza sanitaria era l'appartenenza ad un dato ente od associazione mentre la caratteristica peculiare era l'estrema diversità di livello assistenziale fornito; si andava infatti dalla assoluta gratuità alla compartecipazione alla spesa alla assistenza indiretta con rimborso, dalla concessione dei più ampi livelli diagnostico terapeutici alle limitazioni più o meno importanti di questi.

Con la legge 833 viene introdotto il concetto di **universalità, eguaglianza e gratuità** dell'assistenza. Con questa legge si stabilisce, quindi, che ogni cittadino italiano, indipendentemente dal suo censo, possa usufruire di eguali cure su tutto il territorio nazionale in maniera gratuita.

Per la prima volta si supera il concetto di assistenza sanitaria legata al fattore malattia e si introducono concetti quali la tutela, la prevenzione, la formazione di una moderna coscienza sanitaria, la riabilitazione e la promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente di vita e di lavoro.

Lo Stato si fa carico della tutela della salute dei cittadini determinando gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

Si individua nel **Piano Sanitario Nazionale** (P.S.N.) lo strumento per definire le linee di indirizzo e le modalità di svolgimento del SSN.

Si procede ad una organizzazione funzionale del territorio: si individua, infatti, una assistenza di primo livello o territoriale, una di secondo livello ospedaliera ed una di terzo livello, prevalentemente universitaria.

L'assistenza territoriale viene organizzata ed strutturata: si distingue una assistenza di medicina generale, dell'adulto, assicurata dal Medico di Medicina Generale ed una pediatrica, del bambino, assicurata dal Pediatra di Libera Scelta o, come preferiamo dire, di famiglia.

La Pediatria di famiglia viene definita quale elemento costitutivo ed essenziale della assistenza medica sul territorio, se ne individuano compiti ed obiettivi: diagnosi e cura, assistenza ambulatoriale e domiciliare, educazione sanitaria, prevenzione. Si stabilisce per la prima volta l'età di pertinenza pediatrica e l'età di esclusiva nella quale ogni bambino deve essere seguito da un proprio Pediatra di Libera Scelta. Si introducono gli istituti del rapporto ottimale, parametrando il numero di medici inseriti sul territorio in rapporto alla popolazione residente, e la quota capitarla omnicomprensiva e non per singola prestazione, si prevede la libera scelta del medico instaurando il concetto di rapporto fiduciario.

Il territorio viene organizzato in unità funzionali: le Unità Sanitarie Locali (USL). Esse sono il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni i quali in un ambito territoriale assolvono ai compiti del SSN. Sono articolate in distretti sanitari di base: strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

E' lo Stato, quindi, che attraverso i suoi organi centrali: Ministero della Sanità, Consiglio sanitario nazionale, Istituto superiore di sanità, e nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina gli obiettivi di sanità.

Alle Regioni sono delegate l'esercizio delle funzioni amministrative e l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale.

I Decreti Legge 502/92 ed il 517/93, o di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, rappresentano una prima modifica al sistema sanitario, così come organizzato dalla 833, resa necessaria dalle mutate condizioni politico sociali ed economiche.

In essi si stabilisce che il Piano Sanitario Nazionale, ancora predisposto dal Governo, individui le linee generali di indirizzo del SSN e gli obiettivi fondamentali di prevenzione cura e riabilitazione da erogare attraverso i **Livelli Uniformi di Assistenza** (L.U.A.).

Questi pubblicati con D.P.R. del 24/12/92, sono quindi gli obiettivi che il SSN assume di conseguire mediante un insieme di attività, con la specifica delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse economiche a disposizione e nell'ambito della quota capitaria di riferimento. Sono suddivisi in quattro macrolivelli a loro volta formati da più livelli. La pediatria di libera scelta è inserita nel macrolivello dell'Assistenza sanitaria di base.

Viene introdotto l'istituto della formazione medica, il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni e viene individuato un ambito di contrattazione regionale.

Le USL sono trasformate in aziende: Aziende sanitarie locali (A.S.L.) che si configurano quali enti strumentali della Regione. Esse, quali elemento organizzativo sul territorio, devono provvedere ad assicurare i L.U.A.

Alle Regioni spettano la organizzazione dei servizi, i criteri di finanziamento delle A.S.L. e delle aziende ospedaliere, il controllo di gestione delle stesse e la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

Il D.L. n. 229 del 19/06/99, o riforma ter di razionalizzazione del S.S.N., segna un'altra profonda modifica nel sistema della sanità in Italia:

Con questo decreto di riordino si ridefiniscono i Livelli Uniformi di Assistenza introducendo un nuovo concetto: la essenzialità, trasformandoli quindi in **Livelli Essenziali di assistenza** (L.E.A. ), e collegandoli ad apposite risorse finanziarie all'uopo individuate.

Se andiamo nello specifico della strutturazione dei LEA due sono le parole chiave:

- 1. *Appropriatezza delle prestazioni***
- 2. *Razionalizzazione delle risorse***

L'appropriatezza è collegata all'utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione per cui sono necessari degli indicatori specifici. Tali indicatori devono individuare la correttezza dell'uso delle risorse impiegate, in termini di bilanciamento qualità / costi.

Le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN attraverso i LEA sono classificate in livelli:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale che comprende l'assistenza sanitaria di base.
- Assistenza ospedaliera

La Pediatria di base si colloca nel secondo livello, quello distrettuale, con una precisa identificazione delle prestazioni previste e dei soggetti effettori.

Da una valutazione generale possiamo dire che con i LEA si è posto mano ad una nuova fase di tutela della salute i cui principi ispiratori sono:

- Omogeneizzazione del SSN in termini di qualità e quantità delle prestazioni.
- Individuazione del corretto livello di erogazione dei servizi
- Contenimento della crescita del finanziamento agli ospedali
- Crescente finanziamento al territorio

Nel D.L. si individua il **Distretto** quale centro di organizzazione e di erogazione dell'assistenza primaria, si introducono i criteri di efficacia ed appropriatezza, di revisione e di valutazione delle cure e delle prestazioni.

Si demanda alle Regioni le funzioni legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria. Si individua inoltre nel **Piano Sanitario Regionale (P.S.R.)**, in accordo con i principi del Piano Sanitario Nazionale, lo strumento necessario ad individuare i bisogni sanitari della popolazione e le opportune risposte.

Si regolamentano con apposite convenzioni i rapporti tra SSN e MMG e Pediatri di libera scelta (PLS) e si ridefinisce la struttura del compenso prevedendo, oltre le già previste quota fissa e variabile, una ulteriore quota variabile in relazione al raggiungimento degli obiettivi previsti. Si regola la libera professione, si assicura la continuità assistenziale, si ribadisce ed implementa l'istituto dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente: infatti è proprio con la legge 229/99 che si istituisce la Commissione Nazionale per la Formazione continua e quindi, di fatto, si dà il via all'attuale sistema dell'ECM.

Se con la legge 883 si sanciva il diritto alla salute e lo Stato si faceva carico di assicurare tale diritto, con il variare delle condizioni socio economiche e politiche si assiste ad una definizione sempre più rigida e limitata delle prestazioni, erogate su scala nazionale, mentre al contempo si implementa il passaggio di competenze dallo Stato alle regioni.

In questo contesto legislativo viene introdotto un ulteriore elemento di variabilità che delinea una nuova modifica del SSN. Esso è il **processo di devoluzione**, ossia il trasferimento di compiti e funzioni dallo Stato alle Regioni, di cui il referendum di modifica del capitolo V della Costituzione già approvato insieme ai D.L. 56/2000 (disposizioni in materia di federalismo fiscale) e la Legge 405/2001 (interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) sono passi fondamentali.

Altro passaggio importante dal punto di vista normativo è la Legge costituzionale 3/2001, la quale all'Art. 117 recita:

- la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione.....
- Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ... determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.
- Le Regioni hanno capacità legislativa concorrente in tema di: ..... Tutela della salute,..... previdenza complementare ed integrativa, .....
- Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Con questi provvedimenti si dà compito alle Regioni di organizzare la sanità in maniera di tipo regionalistico stabilendo una quota di ripartizione del FSN non più ampliabile, dando facoltà alle Regioni per una propria impositività fiscale a copertura di prestazioni non previste a livello nazionale. Con la legge costituzionale 3/2001 quindi la potestà legislativa concorrente su tutela della salute, previdenza complementare ed integrativa viene trasferita alle Regioni, mentre allo Stato rimane la potestà di legislazione esclusiva, in materia sanitaria, sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Col D.L. 56/2000 si sancisce la cessazione dei trasferimenti economici a destinazione vincolata sanitaria con creazione di fondi equivalenti in sede regionale.

Con la legge 405/2001 si stabiliscono l'ammontare delle spese per il periodo 2000-2004 e viene affermato che l'eventuale disavanzo sarà ricoperto dalle regioni anche con misure di compartecipazione alla spesa.

E' una vera rivoluzione copernicana poiché viene cambiata l'ottica visuale dell'assistenza: prima gratuita, universale, al più alto livello possibile per tutti e senza tenere conto, se non in maniera teorica, di un rapporto costo beneficio, adesso universale ma con eventuale compartecipazione alla spesa e fortemente vincolata al rapporto costo beneficio ed alle risorse disponibili.

A rendere ulteriormente più complessa la questione contribuisce ancora un altro fattore: l'avvento di un sistema federale e la caratterizzazione regionale della sanità.

I sistemi federali possono nascere o per processi di fusione, come ad esempio il processo di formazione della U.E., o per processi di decentramento, come ad esempio quello che si sta verificando nel nostro paese. Mentre nel primo caso si tende a privilegiare la ricerca di uniformità nel secondo si cerca di affermare la identità, da cui deriva diversità; e le diversità socio-economico-culturali, nel nostro paese, sono così grandi che pure il modello di sanità relativo, scelto dai vari governi regionali con la formulazione dei Piani Sanitari Regionali, è per necessità di cose diverso. Questa ricerca di diversità, e quindi di identità, spiega sia il processo di allontanamento dall'architettura istituzionale del SSN sia come il pareggio di bilancio venga spesso proposto come obiettivo politico istituzionale e non come vincolo.

E' proprio per armonizzare le scelte di fondo di politica sanitaria che si sono costituite nell'ambito della conferenza delle regioni apposite commissioni il cui scopo è quello, pur nel rispetto delle reciproche individualità, di operare delle scelte comuni di indirizzo.

Elenco delle leggi citate:

Legge 23-12-1978 n.833

D.L. 30-12-1992 n.502

D.L. 1993 n.517

D.L. 30-11-1998 n.419

D.P.R. 24-12-1992

D.L. 19-06-1999 n.229

D.L. 2000 n. 56

D.L. 2001 n. 405

Legge costituzionale 2001 n.3

Possono essere reperite sul sito del parlamento: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/>

### **Concetti Chiave:**

1. I principi di universalità, eguaglianza e gratuità dell'assistenza sono i cardini del Sistema Sanitario Italiano
2. Le Regioni hanno attualmente un ruolo non solamente di gestione, ma anche di programmazione della sanità
3. I Livelli Essenziali di Assistenza rappresentano le prestazioni che dovrebbero essere garantite a tutti i cittadini
4. Il Distretto è centro di organizzazione e di erogazione dell' assistenza primaria