

Le leggi di riordino del SSN: l'aziendalizzazione

Stefano Tardivo

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica

Università degli Studi di Verona

Legge 833/78

Principi guida del SSN (art. 2, 3 e 32 della Costituzione):

- principio della globalità delle prestazioni
- principio della universalità dei destinatari
- principio dell'uguaglianza di trattamento e dell'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale

D.Lgs 502/92 e 517/93

Premesse:

- Crescita verticale della spesa sanitaria pubblica negli anni '80 (28.000 MLD nel 1982, 95.000 MLD nel 1992)
- Inflazione, aumento costi di produzione, crescita dei consumi (es. spesa farmaceutica da 4.600 MLD a 16.300 MLD)
- Spesa sanitaria pro-capite: da 1.131.000 L. dell'85 a 1.728.000 L del '92 (differenze regionali)

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Nel 1990 spesa programmata di 64.716 MLD
spesa effettiva di 80.000 MLD
- Legge 111/91 decreta lo scioglimento dei
Comitati di Gestione delle ULS e assegna un
Amministratore straordinario
- 30 dicembre 1992 *D.Lgs 502* di riordino del SSN
- Riordino del SSN = trasformazione dell'assetto
istituzionale, gestionale e organizzativo
- 7 dicembre 1993 *D.Lgs 517*
- 19 giugno 1999 *D.Lgs 229* (Bindi)

D.Lgs 502/92 e 517/93

Caratteristiche della trasformazione:

1) Livello centrale

- In coerenza con i principi della L.833/78 il SSN assicura con risorse pubbliche i *livelli essenziali di assistenza* definiti dal PSN
- I LEA vengono fissati nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite dal *Dpef*
- Vengono esclusi dai LEA i servizi e le prestazioni che:
 - a) Non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN

D.Lgs 502/92 e 517/93

- b) Non soddisfano il principio dell'*efficacia* e dell'*appropriatezza*
- c) Non soddisfano il principio dell'*economicità* dell'impiego delle risorse (in presenza di altre forme di assistenza)

Il governo centrale trasferisce le risorse necessarie dal FSN alle regioni sulla base di una *quota "capitaria" per abitante*

D.Lgs 502/92 e 517/93

2) Livello Regionale

- Alle regioni e province autonome spettano le *funzioni legislative e amministrative* in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera:
 - a) La determinazione dei *principi sull'organizzazione dei servizi*
 - b) La definizione dei criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere
 - c) Le *attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto alle USL e AO* anche in relazione al *controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate*

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Le regioni sono investite della piena *responsabilità finanziaria* delle risorse assegnate: eventuali deficit devono essere ripianati attraverso la mobilitazione di fondi regionali o l'imposizione di tributi regionali
- Il *PSR* rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare i bisogni della popolazione, anche in riferimento agli obiettivi del PSN

D.Lgs 502/92 e 517/93

3) Livello locale (ULS e AO)

- Le USL si costituiscono in *Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale*
- L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con *atto aziendale* di diritto privato (linee guida regionali)
- Gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione si rendono autonomi dalle USL e si costituiscono in *Aziende Ospedaliere*
- Le *USL* sono finanziate dalla regione sulla base della *quota capitaria*

D.Lgs 502/92 e 517/93

- *Le aziende ospedaliere sono finanziate “a tariffa per prestazione” (DRG, visite specialistiche, esami diagnostici)*
- *Vengono introdotti i **Direttori Generali** con tutti i poteri di gestione, di rappresentanza dell’USL/AO e con compiti di:*
 - *verificare la corretta ed economica gestione delle risorse attraverso valutazioni comparative dei costi, rendimenti e dei risultati di gestione*
 - *Verificare l’imparzialità e il buon andamento dell’azione amministrativa*

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Il DG è nominato dalla giunta regionale con contratto triennale o quinquennale a verifica annuale e a sua volta nomina il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo
- I *Comuni* perdono ogni ruolo nella gestione delle USL; mantengono un ruolo nella *programmazione sanitaria locale* (con funzioni di indirizzo e controllo) attraverso l'organismo della Conferenza dei Sindaci e lo strumento dei Piani di Zona

D.Lgs 502/92 e 517/93

- L'organizzazione dei servizi all'interno delle USL si articola in tre settori, corrispondenti a tre livelli di assistenza:
 - a) Attività di prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - b) Assistenza distrettuale
 - c) Assistenza ospedaliera

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Le attività di prevenzione fanno capo al *dipartimento di prevenzione* le cui funzioni sono così articolate:
 - profilassi delle malattie infettive e parassitarie
 - Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita (compreso gli inquinanti ambientali)
 - Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
 - Sanità pubblica veterinaria

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- *L'assistenza distrettuale include:*
 - assistenza primaria erogata dai MMG e dai PLS in collaborazione con gli operatori del distretto (I.P., Fisioterapisti, AS, ecc.)
 - Assistenza specialistica ambulatoriale
 - Attività o servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze
 - Attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
 - Attività o servizi rivolti a disabili ed anziani, inclusa l'ADI

D.Lgs 502/92 e 517/93

- Attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale
- Le articolazioni organizzative del DSM e del Dipartimento di Prevenzione con particolare riferimento ai servizi alla persona
- A livello di Distretto (di norma non inferiore ai 60.000 abitanti) si realizza la pianificazione degli interventi territoriali (preventivi e assistenziali) basata sul principio della intersettorialità (programma delle attività territoriali) a cui concorrono i sindaci (Conferenza dei sindaci). Integrazione socio-sanitaria tra USL e Comuni.
- Autonomia tecnico gestionale e economico-finanziaria