



Centro per i Diritti del Malato e per il Diritto alla Salute

IL DIRITTO ALLA SALUTE IN ITALIA

di Paola Poli

Segretario Movimento dei Cittadini

1978 – 2004

La vera e grande riforma sanitaria italiana, datata 23 dicembre 1978, è costituita dalla Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Insieme ad essa, nello stesso anno è stata approvata la Legge 180 sulla tutela della salute mentale, altrettanto importante sul piano dei principi e dei valori etici e sociali.

PRINCIPI INFORMATIVI E OBIETTIVI DELLA LEGGE 833/78

Rifacendosi all'art. 32 della Costituzione che tutela il diritto alla salute come fondamentale per l'individuo e interesse della collettività, la Legge 833 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, definito come complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna.

I principi:

Globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione; uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio; unitarietà di interventi tra istituzioni pubbliche e private che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute dei cittadini; coinvolgimento dei cittadini nell'attuazione del Servizio mediante forme di partecipazione, a garanzia di un controllo non istituzionale sulla sua efficienza ed efficacia ai vari livelli d'intervento.

Gli obiettivi:

Superamento gli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese attraverso un'adeguata programmazione sanitaria e una coerente distribuzione delle risorse disponibili; educazione sanitaria del cittadino e delle comunità; prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; sicurezza del lavoro con la partecipazione dei lavoratori e delle organizzazioni sindacali; diagnosi e cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità; tutela della salute mentale; procreazione responsabile e tutela della maternità e dell'infanzia; disciplina della sperimentazione, produzione e immissione in commercio e distribuzione dei farmaci; promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro ecc.

Con il referendum popolare della primavera 1993, sono state abrogate le disposizioni che affidano alle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS) i controlli in materia di ambiente. Con successiva legge attuativa n. 61/94 sono stati soppressi gli ex Presidi Multizonali di prevenzione

delle ULSS e istituite le Agenzie Regionali di Prevenzione Ambientale (ARPA) e l'Agenzia Nazionale per la Protezione Ambientale (ANPA).

Gli strumenti:

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN), di competenza del Governo centrale e di durata triennale, che in conformità alle disponibilità di risorse previste nell'ambito della programmazione socioeconomica nazionale stabilisce le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del SSN, indica gli obiettivi da realizzare nel triennio, fissa i livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini determina l'importo del Fondo Sanitario Regionale da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato.

Il Piano Sanitario Regionale, di competenza della Regione, uniformandosi al PSN determina gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle ULSS; l'importo delle quote da iscrivere a bilancio per ogni anno del triennio.

Organi delle ULSS e competenze

Assemblea Generale: elezione del Comitato di Gestione, approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e dei programmi che impegnano più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti e delle convenzioni.

Comitato di gestione: nomina del suo Presidente, adozione di tutti gli atti di amministrazione dell'USL, predisposizione degli atti demandati alla specifica competenza dell'Assemblea.

Collegio dei Revisori: sottoscrizione dei rendiconti, relazione trimestrale sulla gestione amministrativa contabile delle ULSS per la Regione e per i Ministeri della Sanità e del Tesoro.

Ufficio di Direzione: collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutti i servizi è composto da tutti i responsabili dei servizi dell'ULSS che ricoprono posizioni apicali nei ruoli di appartenenza.

Coordinatore Sanitario e Coordinatore Amministrativo: scelti tra i componenti dell'Ufficio di Direzione devono assicurare il coordinamento dell'Ufficio di Direzione.

Tutti questi organi sono stati soppressi con la legge 421/92 e sostituiti da altri previsti dai decreti legislativi 502/92 e 517/93.

Considerazioni

La legge 833, ancora oggi in vigore, ha avuto pregi (ancora attuali) e difetti. I pregi si possono riconoscere nell'impianto complessivo della legge, di ottima levatura tant'è che essa ha riscosso l'interesse di altri paesi europei, nella capacità di risposta unitaria e di programmazione alle esigenze sanitarie e nella concezione universalista del servizio sociosanitario, nell'obiettivo di dare piena attuazione all'art. 32 della Costituzione.

I difetti si riscontrano nella mancanza di strumenti di governo per cui non sono state create le condizioni per gli operatori e soprattutto per i dirigenti per operare nella piena responsabilità e con il senso di servizio nei confronti della collettività, nella farraginosità delle procedure, nel complesso e poco chiaro rapporto tra Enti Locali e ULSS, nella confusione di ruolo tra organo politico di direzione delle ULSS (Comitato di Gestione) ed organi tecnici.

Alcuni errori sono stati determinati dalla volontà di dare risposte strutturali e funzionali a tutto, aumentando la spesa corrente senza razionalizzare i servizi, dalla carenza d'investimenti finalizzati alla conoscenza ed organizzazione delle ULSS sul territorio di competenza e dalla separatezza tra spesa ed entrata, dalla scarsa autonomia dai Comitati di Gestione spesso condizionati dalle ingerenze dei partiti.

Negli anni 80 alla domanda crescente di tutela della salute è stato risposto in modo illuministico, all'insegna del "tutto, gratuito e subito": L'utopia si è scontrata ben presto con la realtà poiché la spesa corrente per il funzionamento del SSN ha subito un incremento così vertiginoso da triplicare il proprio bilancio nel giro di pochi anni. Ciò ha dato modo alle forze politiche contrarie alla riforma di scatenare un'offensiva politica massiccia, ispirandosi al modello thatcheriano "meno stato, più mercato" e allo slogan tutto italiano "fuori i politici dalla sanità". Dagli inizi degli anni '90, sono entrati in campo anche nella sanità concetti privatistici di mercato, concorrenza, produttività, analisi dei costi, cittadino non più utente ma cliente ecc.

1992 –1998

Nel 1992 una profonda crisi economica mondiale che in Italia è stata anche accompagnata dallo scoppio di Tangentopoli e dalle note vicende del Ministro della Sanità De Lorenzo, ha portato l'allora Governo Amato, a decidere, verso la fine dell'anno, sotto l'incalzare delle pressioni più disparate e talvolta interessate, un'imponente manovra strutturale ed economica, sostanziata nell'approvazione della legge delega 23 ottobre 1992 n. 421 che all'art. 1 prevedeva, tra gli altri, il riordino della disciplina in materia di sanità. In attuazione è stato adottato quindi il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 contenente una revisione della legge 833 talmente profonda da essere definita la "riforma della riforma" successivamente corretta, per effetto della battaglia condotta in prima fila dalle Regioni, dal definitivo decreto legislativo 31 dicembre 1993 n. 517.

Contenuti dei decreti 502 e 517

1. Piano Sanitario Nazionale: affermazione della centralità del PSN quale insostituibile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dei vincolanti limiti delle risorse finanziarie effettivamente disponibili.

2. Regionalizzazione del sistema: si pone al centro dello scenario sanitario locale la Regione, come titolare della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, responsabile della programmazione sanitaria regionale, interfaccia dei livelli erogativi delle prestazioni sanitarie anche per quanto attiene alla determinazione dei criteri di finanziamento.

3. ULSS Azienda: l'ULSS da struttura operativa dei Comuni diviene azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica, diretto da un Direttore generale coadiuvato da Direttori amministrativo, sanitario, sociale. La scelta è di istituire un soggetto pubblico autonomo responsabilizzato per la natura aziendalistica della sua struttura e per gli obiettivi improntati a logiche di efficienza, efficacia, produttività, qualità dei processi produttivi. Si afferma che nonostante l'assetto autonomistico dell'Azienda resta fermo il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno sociosanitario delle Comunità locali.

4. Livelli uniformi di assistenza: è confermato l'obbligo per le ULSS di assicurare nel proprio ambito territoriale i livelli uniformi di assistenza individuati dal PSN con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini e rapportati al volume delle risorse a disposizione. Il riferimento tra livelli uniformi d'assistenza e volume delle risorse disponibili è indotto dalla necessità di mantenere un rapporto di compatibilità tra espansione della domanda e finanziamento, nel quadro di una programmazione finalizzata al possibile anziché all'ideale. Per alcuni giuristi ciò potrebbe implicare un affievolimento del diritto assoluto soggettivo alla salute (art. 32 della Costituzione italiana) ad un interesse legittimo.

5. Servizi sociosanitari: l'assunzione in gestione diretta da parte dell'ULSS d'attività o servizi socio-assistenziali può avvenire solo su delega dei singoli enti interessati, a loro totale carico, l'assenso dell'ULSS, la predisposizione di una specifica contabilizzazione, la subordinazione dell'erogazione all'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie. Appare evidente che tale impostazione intende ricondurre i servizi socio-assistenziali nell'ambito della diretta gestione dell'Ente locale e definire ciò che è assistenza sociale e ciò che è assistenza sanitaria per impedire ricadute finanziarie improprie sul Fondo Sanitario Nazionale.

6. Aziende ospedaliere: è prevista l'aziendalizzazione per gli ospedali di rilievo nazionale e d'alta specializzazione in possesso di almeno tre strutture d'alta specialità e di un'organizzazione di tipo dipartimentale, il riconoscimento della personalità giuridica pubblica in analogia a quanto previsto per le ULSS, con a capo analogamente all'ULSS il Direttore generale coadiuvato dal direttore amministrativo e sanitario. E' garantita una marcata autonomia anche agli ospedali che non essendo costituiti in azienda, conservano la natura di presidi ospedalieri, con autonomia economico finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio delle ULSS. Gli ospedali costituiti in Azienda ospedaliera devono avere gli stessi organi previsti per l'ULSS ad esclusione delle rappresentanze territoriali: sindaco o conferenza dei sindaci.

7. Rapporti SSN e Università: superamento del regime convenzionale (ex art.39 L.833) e attivazione di un sistema più flessibile e discrezionale fondato sulla stipulazione di specifici protocolli d'intesa fra regione ed Università e sulla stipulazione d'appositi accordi tra Università, Aziende ospedaliere ed ULSS.

8. Prestazioni: è modificata la linea d'intervento rispetto all'impostazione assunta dalla legge 833 che riconduceva alla normativa "centralistica" tutta la disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni al fine di garantire omogeneità di trattamento giuridico ed economico ai soggetti convenzionati con il SSN.

E' esteso al medico convenzionato l'obbligo di contenimento della spesa nell'ambito dei livelli programmati d'assistenza; è favorito l'associazionismo medico con la previsione di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

9. Prestazioni integrative: possono essere istituiti fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN mediante contratti ed accordi collettivi, accordi fra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, mediante associazioni senza scopo di lucro, società di mutuo soccorso, enti, aziende, o enti locali.

10. I controlli di qualità: le Aziende sanitarie sono tenute non solo alla realizzazione di risultati d'efficienza ed efficacia sul piano sanitario e tecnico-economico, ma anche ad una gestione che produca la soddisfazione dell'utenza in relazione della qualità dei servizi erogati.

11. La partecipazione: l'art. 14 si inserisce nel contesto di una voluta rivisitazione del rapporto fra pubblica amministrazione e cittadino alla luce anche della legge 241/90, nella volontà di realizzare strategie di recupero e di rilancio di una amministrazione sanitaria capace di garantire trasparenza, personalizzazione ed umanizzazione, informazione, coinvolgimento, consultazione, verifica.

Sono previste a livello regionale l'utilizzazione degli indicatori per la verifica dello stato d'attuazione dei diritti dei cittadini, la promozione d'attività di consultazione dei cittadini, delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, delle Organizzazioni Sindacali per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi, acquisire contributi conoscitivi e propositivi utili alla programmazione.

Fermo restando il rispetto della distinzione dei ruoli.

1998 – 2004

Con **legge 30 novembre 1998 n. 419** il Parlamento delega al Governo l'emanazione di un decreto per la razionalizzazione del SSN e per l'adozione di un testo unico in materia d'organizzazione e funzionamento del SSN.

E' un provvedimento importante per la riorganizzazione del nostro sistema sanitario ed è finalizzato a fare chiarezza su talune norme ambigue e contraddittorie presenti nei decreti 502 e 517, ad apportare una correzione all'impostazione eccessivamente economicistica dell'ordinamento attuale.

La delega fissa i presupposti perché la spesa sanitaria sia considerata un investimento, una risorsa impiegata a migliorare la qualità della vita dei cittadini.

E' sancito un concetto fondamentale: la tutela della salute parte dal bisogno della persona e le esigenze finanziarie vengono dopo. Questo principio supera il limite del vincolo del bilancio come variabile indipendente che, di fatto, trasformò il diritto da costituzionalmente garantito a finanziariamente condizionato. Il provvedimento prevede che i livelli d'assistenza siano fissati contestualmente alle risorse da assegnare al sistema sanitario e la contestualità dei finanziamenti sia legata al Documento di Programmazione Economica e al Piano Sanitario Nazionale

Il processo d'aziendalizzazione deve essere completato definendo, però, che l'Azienda sanitaria produce un prodotto particolare "la salute" che non può rispondere alla logica del profitto e del rapporto costo-benefico che limiterebbe i diritti dei cittadini, il pareggio di bilancio non può essere l'unico elemento di valutazione delle Aziende e del Direttore Generale ma il raggiungimento di obiettivi che migliorino la qualità delle prestazioni, la loro efficienza e la loro efficacia.

Il rapporto pubblico-privato è ricondotto all'interno della programmazione regionale dove sono individuate le reali esigenze della popolazione e attraverso il sistema dell'accreditamento si crea l'integrazione pubblico-privato. La concorrenza si genererà sulla base della qualità e dell'efficacia delle prestazioni.

E' assegnata alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo; è introdotto il federalismo sanitario ed è potenziato il ruolo dei Comuni nella programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale e nei procedimenti di valutazione dei risultati raggiunti dalle ULSS rispetto ai programmi ed obiettivi congiuntamente definiti

L'integrazione sociosanitaria è meglio specificata individuando il diritto dei cittadini ad avere un servizio integrato in alcune aree importanti quali la psichiatria, la tossicodipendenza, l'AIDS, gli anziani non autosufficienti, i disabili gravi e gravissimi. Tale integrazione deve essere realizzata a livello distrettuale anche attraverso il rapporto e la collaborazione tra medici territoriali e ospedalieri, evitando in tal modo la dicotomia tra aziende finanziatrici ed aziende erogatrici.

Uno spazio fondamentale è riservato ai medici di famiglia posti come fulcro dell'intero sistema, veri responsabili e ordinatori della salute del proprio paziente.

Il Governo ha varato definitivamente il **Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229** dopo la revisione d'alcune parti dello schema originario che pur ottenendo i pareri favorevoli da Camera e Senato, aveva subito molte osservazioni e condizioni.

Contenuti del Decreto 229

Servizio Sanitario Nazionale

Il **SSN** è definito quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali (SSR).

Livelli uniformi d'assistenza

I livelli essenziali ed uniformi d'assistenza sono definiti dal PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse (si richiama quanto detto al punto 3 della legge delega riguardo alla contestualità tra livelli di assistenza e risorse finanziarie).

Integrazione sociosanitaria

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali d'assistenza sanitaria (materno infantile, anziani, handicap, psichiatria, dipendenza da droga, alcool e farmaci, HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguente a patologie croniche degenerative).

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale.

Nuovo ruolo delle autonomie locali

Il Decreto rafforza l'autonomia delle Regioni cui spetta la responsabilità primaria di gestire ed organizzare l'offerta di servizi di cura e riabilitazione. Le Regioni concorrono alla definizione del PSN e alla determinazione del fabbisogno complessivo del SSN.

I Comuni hanno un ruolo più incisivo nella programmazione e nella valutazione dei servizi e del raggiungimento degli obiettivi, nonché nella valutazione dell'operato del Direttore Generale.

Il sistema dei rapporti tra Regioni, Autonomie locali e ULSS si completa con individuazione dei compiti di programmazione di monitoraggi o da parte del Governo che, in caso di gravi inadempienze da parte delle Regioni, prevede anche poteri sostitutivi.

Rapporto esclusivo dei medici, libera professione ed età pensionabile

I medici sono chiamati a scegliere fra il rapporto di lavoro esclusivo e la libera professione fuori dal SSN.

Il contratto di lavoro definisce incentivi e gratificazioni economiche per chi sceglierà il rapporto esclusivo. E' introdotto il ruolo unico della dirigenza medica. I due attuali livelli sono accorpati in un unico livello articolato secondo le responsabilità professionali e gestionali. Le responsabilità dei primari sono rafforzate mentre scompare la possibilità di restare primari a vita. Ogni cinque anni, infatti, è prevista una verifica dell'operato. La carriera sarà fondata sulle capacità in merito e le responsabilità.

Per tutti i medici dipendenti o convenzionati il limite d'età per il pensionamento è fissato a 65 anni, elevabile a 67.

Per i medici di famiglia la convenzione stabilirà tempi e modalità applicative. Questo limite vale anche per gli universitari, limitatamente all'attività assistenziale ordinaria ed alla direzione di strutture del SSN. Una disciplina transitoria ne prevede l'applicazione graduale.

Sono disciplinati gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, prevedendo che il tempo complessivamente dedicato all'attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente. Le prestazioni offerte nell'attività libero professionale devono essere definite nell'ambito della convenzione, il medico è tenuto a comunicare all'ULSS l'avvio dell'attività libero professionale, indicando sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire opportuni controlli.

Prevenzione territoriale

Il Dipartimento di prevenzione organizza l'insieme delle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica in linea con le indicazioni del piano sanitario 98/2000, il Dipartimento di prevenzione interviene sugli aspetti intersettoriali che concorrono alla promozione e alla tutela della salute: dal contesto ambientale alla salute animale, dalla sicurezza degli alimenti alla prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro. Coordina tutte le attività di vigilanza e controllo dei servizi veterinari.

La partecipazione dei cittadini

L'art. 14 del Decreto 502/92 è così integrato:

“Le Regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute, nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livelli regionale, aziendale e distrettuale.

Nonostante tutti i tentativi, anche recenti, di affossamento, il Servizio Sanitario Nazionale rimane uno dei punti fondamentali di unificazione della società italiana. Il nostro modesto impegno è di aiutare a mantenerlo, per tutti.