

Ylenia Cavacece

**MANAGEMENT
SANITARIO
TRA INNOVAZIONE
DIGITALE
E PARTECIPAZIONE
DEL CITTADINO**

**Prospettive teoriche
ed evidenze empiriche**

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

La presente pubblicazione è stata sottoposta a referaggio.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Ylenia Cavacece

**MANAGEMENT
SANITARIO
TRA INNOVAZIONE
DIGITALE
E PARTECIPAZIONE
DEL CITTADINO**

**Prospettive teoriche
ed evidenze empiriche**

FrancoAngeli

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Ad Antimo, la ragione più profonda della mia esistenza

INDICE

Introduzione	pag.	11
1. Il servizio sanitario nazionale: principi ed evoluzione	»	15
1.1. I modelli sanitari nel mondo	»	15
1.2. Origine ed evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale	»	17
1.3. Il processo di aziendalizzazione in sanità	»	22
1.4. Distribuzione territoriale dei poteri e delle competenze	»	27
1.5. Spesa sanitaria e meccanismo di finanziamento	»	31
1.6. Luci e ombre emerse con la pandemia di Covid-19	»	37
2. Il management sanitario	»	43
2.1. Il contesto delle organizzazioni sanitarie	»	43
2.2. La struttura organizzativa delle organizzazioni sanitarie	»	45
2.3. Le prerogative del management sanitario	»	48
2.4. La gestione delle risorse umane e delle prestazioni	»	51
2.5. La gestione della conoscenza manageriale	»	52
2.6. Il lean management nelle organizzazioni sanitarie	»	55
2.6.1. Il Lean Six Sigma in sanità	»	58
3. La digitalizzazione dei servizi sanitari: criticità e opportunità	»	61
3.1. La trasformazione digitale in sanità	»	61
3.2. Gli interventi politici a favore della digitalizzazione in Europa e in Italia	»	64
3.3. L’impatto dei servizi sanitari digitali sulla creazione di valore e la performance dell’amministrazione sanitaria	»	70
3.4. La gestione degli strumenti digitali nel SSN	»	74

3.4.1. Stato dell'arte dei principali servizi sanitari digitali	pag.	77
3.5. La telemedicina	»	83
3.6. I rischi della digitalizzazione dei servizi sanitari: tutela della privacy e cyber security	»	88
3.7. La tecnologia blockchain come nuova opportunità per il settore sanitario	»	91
3.8. Il digital divide	»	99
3.9. La digitalizzazione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	»	102
4. La partecipazione del cittadino in ottica di co-creazione del valore	»	106
4.1. Il coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni strategiche in sanità	»	106
4.1.1. Gli effetti del coinvolgimento dei cittadini sulla qualità del servizio sanitario	»	109
4.2. Strategie e metodi di coinvolgimento degli utenti nel decision-making	»	111
4.2.1. Iniziative di patient involvement nei diversi Paesi	»	116
4.3. La co-creazione di valore nel marketing dei servizi	»	119
4.3.1. La co-creazione di valore nella Service-Dominant logic	»	119
4.3.2. La co-creazione di valore nella Service Science, Management, and Engineering	»	123
4.4. La co-creazione di valore negli ecosistemi di servizio: il ruolo delle piattaforme digitali	»	125
4.5. La co-creazione di valore in ambito sanitario	»	127
4.5.1. Tra co-creazione e innovazione: l'approccio SMART alla sanità	»	131
4.6. Il contributo della co-creazione di valore alla qualità del servizio sanitario	»	134
4.7. I legami tra co-creazione di valore e patient empowerment	»	136
4.7.1. Gli impatti del patient empowerment sul miglioramento dei servizi sanitari	»	139
5. Alfabetizzazione sanitaria: implicazioni sulla salute e sul management	»	142
5.1. L'alfabetizzazione sanitaria in ottica individuale e collettiva	»	142

5.2. Le principali definizioni di alfabetizzazione sanitaria	pag.	145
5.2.1. Diverse concettualizzazioni di alfabetizzazione sanitaria e implicazioni nella pratica clinica	»	148
5.3. La contestualizzazione dell'alfabetizzazione sanitaria	»	152
5.4. L'impatto dell'alfabetizzazione sanitaria sulle disuguaglianze sociali	»	155
5.5. Interventi di sanità digitale e alfabetizzazione sanitaria	»	157
5.6. Politiche e azioni di alfabetizzazione sanitaria nei Paesi dell'Unione Europea	»	161
6. Indagine sull'utilizzo dei servizi sanitari digitali e sulla partecipazione attiva del cittadino	»	166
6.1. Obiettivo della ricerca e descrizione del campione	»	166
6.2. Risultati sull'utilizzo dei principali servizi sanitari digitali	»	170
6.3. Ipotesi di ricerca e modello di indagine	»	181
6.4. Risultati	»	187
6.5. Conclusioni e implicazioni	»	191
Bibliografia	»	195

INTRODUZIONE

Il settore dell'assistenza sanitaria è sempre stato considerato rilevante per la sua influenza sul benessere socio-sanitario dei cittadini e sull'economia dei Paesi ma, mai come oggi, è oggetto di attenzione e preoccupazione dal punto di vista economico, sociale e scientifico.

In molti Paesi i sistemi sanitari sono sottoposti a forti pressioni di cambiamento e ristrutturazione in quanto la pandemia di Covid-19 ha evidenziato i rispettivi limiti, rendendo necessario un ridisegno strutturale e organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. In questo contesto, la dinamica demografica in atto dell'invecchiamento progressivo della popolazione, con la conseguente crescita di cronicità e comorbidità, comporta, inevitabilmente, un aumento del bisogno di assistenza sanitaria e dei relativi costi, in una fase in cui la crisi economica globale esercita pressioni per il contenimento della spesa pubblica. Inoltre, utenti sempre più informati, esigenti e attenti alla qualità dei servizi impongono un'attenzione nuova verso il paziente, la personalizzazione delle cure e soprattutto il loro coinvolgimento attivo nella gestione sanitaria; obiettivi raggiungibili solo attraverso un cambio di prospettiva del management delle organizzazioni sanitarie e un'evoluzione culturale dei professionisti del settore.

La digitalizzazione dei servizi viene considerata un passaggio obbligato per realizzare un sistema sanitario più efficiente, capace di aumentare l'offerta dei servizi e della loro qualità, rendendo disponibile un'ingente quantità di dati sulla base dei quali costruire indicatori per l'analisi e il monitoraggio delle performance. Inoltre, le tecnologie digitali offrono sistemi di comunicazione più fluidi tra i vari attori coinvolti nell'ecosistema sanitario, incluso il paziente, determinando un elevato livello di coordinamento tra gli stessi

(Mele et al., 2022; Schiavone et al., 2022) e favorendo, così, i processi di creazione del valore (Russo Spina e Mele, 2020; Balta et al., 2021).

Evidenze in tal senso ci arrivano dalla recente gestione della pandemia dove l'accelerazione del processo di digitalizzazione si è resa necessaria per soddisfare le esigenze di continuità delle cure, tempestività, sicurezza e coordinamento organizzativo in fase emergenziale (Burrai et al., 2021; De Leo, 2021; Giarelli e Vicarelli, 2021). La pandemia ha ulteriormente confermato come un sistema sanitario sostenibile, resiliente ed equo non possa prescindere da un appropriato utilizzo delle tecnologie digitali (Mele et al., 2020). Gli avanzamenti in ottica digitale realizzati durante la pandemia di Covid-19 devono ora diventare sistematici per completare la vera trasformazione verso la sanità digitale, intesa come l'uso delle tecnologie per raccogliere ed elaborare i dati in modo da migliorare i servizi, curare i pazienti e condividere informazioni sulla loro salute.

Dati recenti diffusi dall'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano mostrano che nel 2021 la spesa per la Sanità digitale in Italia ha raggiunto una quota di 1,69 miliardi di euro (12,5% in più rispetto al 2020), pari all'1,3% della spesa sanitaria pubblica. Si tratta di una crescita significativa ma non ancora sufficiente a colmare il ritardo accumulato. Si prevede che questa quota raggiungerà i 4 miliardi entro il 2024, con 2 miliardi destinati alle Tecnologie dell'Informazione della Comunicazione (ICT), 1,8 miliardi ai dispositivi medici e la restante quota all'esternalizzazione dei processi aziendali. Una crescita così importante del mercato della sanità digitale (+35% nel periodo 2020-2024) sarà possibile solo attingendo alle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, con la sua Missione 6, prevede riforme e investimenti per 15,63 miliardi di euro da destinare alla sanità. Di questi, si prevede che 7 miliardi saranno stanziati per lo sviluppo delle reti di prossimità, strutture e telemedicina e 8,63 miliardi per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (con 1,38 miliardi destinati a garantire il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico).

Tuttavia, investire nelle tecnologie digitali non è sufficiente. Prendendo in considerazione le esperienze passate, i dati dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano rivelano che meno della metà degli investimenti realizzati ha raggiunto gli obiettivi prefissati. In genere le cause vengono ricercate nelle inefficienze della Pubblica Amministrazione senza un'attenta riflessione sulla gestione delle organizzazioni sanitarie e sul ruolo del cittadino, entrambi parte in causa in questo processo. Ad esempio, strumenti digitali importanti (come il Fascicolo Sanitario Elettronico), dopo tanti

sforzi e con notevoli ritardi da parte di alcune regioni, sono ora disponibili sull'intero territorio nazionale, eppure il loro tasso di adozione rimane basso.

Alla luce di tali considerazioni, questo lavoro analizza il management sanitario in ottica di innovazione digitale e partecipazione attiva del cittadino tenendo conto della gestione delle strutture sanitarie e del ruolo del cittadino nella pianificazione delle strategie di digitalizzazione.

Il lavoro è strutturato in sei capitoli.

Il primo capitolo offre una panoramica del SSN ripercorrendo la sua storia ed evoluzione con un focus sul progressivo processo di aziendalizzazione che ha interessato il settore e ha determinato l'interesse per la disciplina del management sanitario. Altri aspetti fondamentali per la gestione, come la distribuzione territoriale dei poteri e delle competenze e i meccanismi di finanziamento, vengono trattati. Il capitolo si conclude con un'analisi delle principali criticità, ma anche punti di forza, del sistema sanitario emersi durante la pandemia di Covid-19.

Il secondo capitolo tratta del management sanitario e delle sue peculiarità che lo differenziano dal management in altri settori. In primo luogo, si descrive la complessità del contesto delle organizzazioni sanitarie che rende difficili i processi di decision-making e la struttura organizzativa che non consente una chiara gerarchia e suddivisione dei ruoli e delle competenze. Altri aspetti fondamentali e caratteristici, come la gestione delle risorse umane, delle prestazioni e della conoscenza manageriale, vengono descritti. Il capitolo chiude con due interessanti approcci di management introdotti in ambito sanitario per il miglioramento dei servizi, quali il lean management e il Lean Six Sigma, descrivendone le potenzialità ma anche i principali ostacoli alla loro diffusione.

Il terzo capitolo è incentrato sui principali vantaggi, opportunità e criticità della digitalizzazione dei servizi sanitari. I vantaggi vengono esaminati in ottica di impatto sulla creazione di valore e sulla performance dell'amministrazione sanitaria. Come principali opportunità vengono identificate l'adozione della tecnologia blockchain e le risorse e innovazioni introdotte dal PNRR. Tra le criticità vengono descritte le problematiche legate alla tutela della privacy, cyber security e digital divide. Dopo una disamina della trasformazione digitale in sanità, ripercorrendo le sue tappe fondamentali, si richiamano i principali interventi politici a favore della digitalizzazione introdotti in Europa e in Italia. Inoltre, viene esaminata la gestione degli strumenti digitali tra i diversi livelli di governo del SSN (nazionale, regionale e aziendale) evidenziando le criticità legate alla mancanza di un coordinamento centrale. Infine, vengono forniti alcuni dati sullo stato dell'arte dei

principali strumenti digitali introdotti nel nostro Paese, con particolare focus sul Fascicolo Sanitario Elettronico e la telemedicina.

Il quarto capitolo indaga il coinvolgimento dei cittadini nelle decisioni strategiche in sanità e i conseguenti effetti sulla qualità del servizio sanitario, analizzando le principali strategie e modalità di coinvolgimento degli utenti nel decision-making emerse dalla letteratura e le iniziative di *patient involvement* intraprese in diversi Paesi. Attraverso una revisione della letteratura sulla co-creazione di valore nei due filoni scientifici della Service-Dominant logic (Vargo e Lusch 2004, 2008) e Service Science, Management, and Engineering (Maglio e Sphorer, 2008), vengono mostrate le principali evidenze teoriche sul ruolo delle piattaforme digitali negli ecosistemi di servizio, sulla co-creazione di valore in ambito sanitario e sull'approccio SMART alla sanità. Inoltre, sempre attraverso una disamina della letteratura, vengono individuati a livello teorico gli effetti della co-creazione di valore sulla qualità del servizio sanitario, i legami tra la co-creazione di valore e il patient empowerment e l'impatto di quest'ultimo sul miglioramento dei servizi sanitari.

Il quinto capitolo si concentra su un'altra variabile soggettiva del cittadino che influenza la sua capacità di partecipazione alla gestione sanitaria, ovvero, l'alfabetizzazione sanitaria, della quale vengono descritte le implicazioni sulla salute e sul management. Poiché lo sviluppo di questo concetto risale a discipline differenti ed è stato guidato da scopi diversi, esistono diverse definizioni e concettualizzazioni dello stesso che vengono identificate attraverso una rassegna della letteratura. Oltre agli aspetti teorici del tema, vengono presentati anche elementi pratici come l'impatto dell'alfabetizzazione sanitaria sulle disuguaglianze sociali, gli interventi di alfabetizzazione sanitaria nell'ambito della sanità digitale e le politiche e azioni intraprese nei Paesi dell'Unione Europea.

Infine, il sesto e ultimo capitolo, mostra un'indagine empirica sui legami tra l'utilizzo di alcuni strumenti sanitari digitali e le variabili soggettive dei cittadini esplorate nei capitoli precedenti. L'indagine si compone di due sezioni. La prima sezione indaga l'utilizzo degli strumenti sanitari digitali più rilevanti, con una valutazione degli stessi in caso di utilizzo e le principali ragioni in caso di non utilizzo. La seconda sezione analizza i legami, sotto forma di correlazione, tra l'utilizzo degli strumenti sanitari digitali, i comportamenti di co-creazione del valore, l'alfabetizzazione sanitaria, l'empowerment e la soddisfazione con i servizi sanitari del campione di indagine. Dai risultati della ricerca vengono delineate conclusioni e implicazioni pratiche.

1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: PRINCIPI ED EVOLUZIONE

1.1. I modelli sanitari nel mondo

In tutti i Paesi dell'area OCSE la salute viene considerata un aspetto fondamentale per la collettività e la sua tutela un elemento decisivo per lo sviluppo economico e sociale della nazione. Per offrire un servizio sanitario quanto più efficace ed efficiente, i vari Stati hanno istituito i sistemi sanitari, organizzati secondo modelli diversi che sono il risultato delle componenti ideologiche, politiche e sociali del Paese di appartenenza. Possiamo individuare tre principali macrocategorie di modelli sanitari: il modello comunitario, ugualitario e individualista. I primi due considerano la sanità un bene pubblico, l'ultimo un bene privato. I vari modelli si differenziano sulla base di tre caratteristiche principali: modalità di finanziamento, meccanismi di erogazione delle prestazioni e governance di sistema.

Con particolare riferimento alle società occidentali, possiamo riscontrare tre principali tipologie di sistema sanitario:

- il modello Universalistico o Beveridgeano;
- il modello Misto o Bismarkiano;
- il modello Privatistico-previdenziale.

Il modello Beveridgeano nasce in Inghilterra nel 1946 ed è attualmente presente nel Regno Unito, nei Paesi Scandinavi e in Italia. Esso si caratterizza per un sistema a struttura fortemente centralizzata e a orientamento pubblico che si ispira al modello di Welfare State universalistico introdotto da Lord Beveridge nel Regno Unito nel 1943. Nel Welfare State (Stato del benessere o Stato Sociale) lo Stato si assume come propria prerogativa e responsabilità la promozione della sicurezza e del benessere socio-economico dei cittadini attraverso le proprie istituzioni nazionali e regionali. I settori della previdenza, assistenza sociale e sanitaria, istruzione, nonché il settore

economico, sono caratterizzati da una forte presenza pubblica che agisce attraverso lo strumento legislativo, gli interventi di pianificazione e programmazione economica e l'istituzione di imprese pubbliche. Con particolare riferimento al settore sanitario, il modello Beveridgeano introduce la salute come diritto fondamentale dei cittadini e stabilisce dei livelli essenziali di assistenza che devono essere erogati dallo Stato a tutti i cittadini, ai quali devono essere altresì garantiti l'accesso universale e gratuito all'assistenza sanitaria, l'eguaglianza delle prestazioni tra classi sociali e aree geografiche e la gestione democratica del servizio sanitario. In questo modello la sanità viene finanziata quasi totalmente con le entrate della fiscalità generale e lo Stato ha compiti di definizione degli obiettivi e degli strumenti generali, di pianificazione, programmazione e controllo e di erogazione diretta dei servizi a livello centrale-governativo, regionale e locale. Inoltre, la maggior parte delle strutture sanitarie e ospedaliere è di proprietà pubblica e la remunerazione del personale medico e sanitario avviene principalmente attraverso contratti pubblici di lavoro dipendente a quote fisse, per garantire la minimizzazione del costo dei trattamenti. Tuttavia, questo modello presenta alcuni svantaggi in termini di inefficienza nell'erogazione del servizio e scarsa flessibilità e adattamento alle esigenze dei pazienti a causa della pianificazione a livello centrale. Per questi motivi, nei Paesi che adottano tale modello, negli ultimi decenni sono stati introdotti meccanismi concorrenziali tra pubblico e privato.

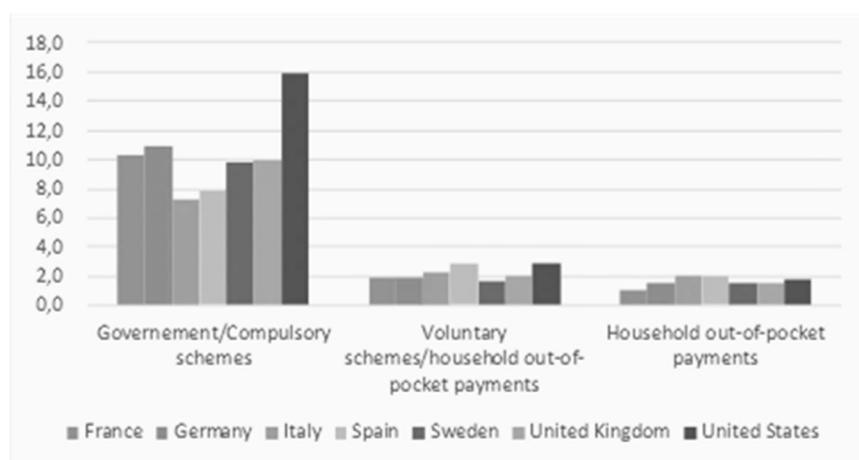
Il modello Bismarckiano fu introdotto in Germania alla fine dell'800 dal cancelliere Bismarck nell'ambito di una serie di leggi sociali a favore dei ceti più bisognosi. Questo modello combina due tipologie di sistema: i) un sistema di previdenza sociale che impone l'obbligo di assicurare i lavoratori subordinati, quali produttori di reddito, ed è finanziato con i loro contributi; ii) un sistema di assistenza sociale con il quale lo Stato eroga le prestazioni sanitarie a ogni cittadino che non ha un lavoro, e dunque un'assicurazione sanitaria, finanziandole attraverso il prelievo fiscale. Questo modello caratterizza attualmente il sistema sanitario di importanti Paesi Europei come la Germania, l'Austria e la Francia.

Infine, il modello privatistico-previdenziale, presente negli Stati Uniti, è un sistema essenzialmente di tipo privato, in cui l'accesso ai servizi sanitari è basato sulla disponibilità economica dei singoli cittadini, i quali si avvalgono di assicurazioni sanitarie private o, in alternativa, è disponibile una componente assicurativa pubblica finanziata dal Governo federale. Questo sistema è caratterizzato da un regime di mercato nel quale i fornitori e i fruitori dei servizi interagiscono direttamente e il pagamento avviene esclusivamente per le prestazioni effettivamente necessarie. La sua caratterizzazione nasce da alcune

convinzioni radicate nella cultura americana che portano a considerare: il mercato come unica organizzazione in grado di garantire l'efficienza e la soddisfazione dei bisogni degli utenti; qualsiasi bene vendibile (e quindi anche le cure) come un bene di consumo; la moneta come unico mezzo di regolazione dei rapporti interpersonali; il federalismo e il decentramento delle funzioni di controllo e coordinamento come la migliore struttura organizzativa (Polese, 2013). Da queste convinzioni ne deriva un sistema sanitario in cui gran parte delle compagnie assicurative e delle strutture sanitarie sono organizzazioni private a scopo di lucro. I medici e gli operatori sanitari sono liberi professionisti orientati al profitto e, di fatto, l'assistenza sanitaria è estremamente costosa e quindi non accessibile ai ceti meno abbienti.

In conclusione, i diversi modelli di sistema sanitario nei Paesi occidentali si distinguono, in particolar modo, per un diverso grado di coinvolgimento dello Stato nella programmazione e controllo, erogazione e soprattutto nel finanziamento dell'assistenza sanitaria, come si evince dalla Figura 1.1.

Fig. 1.1 – Spesa e finanziamento dell'assistenza sanitaria (%)



Fonte: elaborazione propria su dati OECD STAT, 2023

1.2. Origine ed evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale

In Italia la tutela della salute viene introdotta nel 1948 con l'art. 32 della Costituzione che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Nonostante l'obiettivo della Costituzione di garantire assi-

stenza a tutti i cittadini, persisteva negli anni a seguire una profonda disuguaglianza causata dalla modalità di funzionamento delle c.d. casse mutue, ovvero enti assicurativi finanziati con i contributi di alcune categorie di lavoratori, obbligati a iscriversi per poter accedere alle cure mediche e ospedaliere. Il sistema non era però “uniforme” e le varie categorie di lavoratori pagavano alle rispettive casse mutue somme diverse in cambio di prestazioni diverse, sia qualitativamente, sia quantitativamente. Inoltre, il sistema tutelava esclusivamente i lavoratori e i loro familiari mentre si assisteva a un aumento dei ricoveri, a volte impropri, e dei tempi di degenza. Questo cortocircuito determinò in pochi anni un collasso dell’intero sistema e lo Stato, adottando un apposito decreto-legge denominato *Norme per l’estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri*¹, si vide costretto a farsi carico dei debiti derivanti dalle mutue.

Nel 1958, con la legge n. 296², viene istituito il Ministero della Sanità nel quale confluiscono tutte le competenze in materia sanitaria a livello nazionale; a livello periferico operavano, invece, gli uffici dei medici e dei veterinari provinciali coordinati dal Prefetto, gli uffici sanitari dei comuni e dei consorzi.

Nel 1968 viene promulgata la “Legge Mariotti”³ che si proponeva di istituire una rete assistenziale pubblica trasformando gli ospedali in enti pubblici classificati per specialità e per importanza e organizzati secondo un piano di assistenza ospedaliera da raccordare con i piani delle regioni.

La vera riorganizzazione del sistema sanitario si concreta solo con la Legge n. 833⁴ del 1978, con la quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ispirato a tre principi fondamentali:

- *Universalità* – le prestazioni sanitarie vengono estese a tutta la popolazione. Rispetto al passato, la tutela della salute viene considerata non solo come un diritto fondamentale di ogni individuo ma soprattutto come interesse della collettività. Questo principio trova diretta applicazione con la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica grazie alla presenza sul territorio di un sistema capillare in cui i servizi vengono erogati dalle Unità Sanitarie Locali (USL);

¹ D.L. 8 luglio 1974, n. 264.

² Legge 13 marzo 1958, n. 296, Costituzione del Ministero della sanità, pubblicata in G.U. del 14 aprile 1958.

³ Legge 12 febbraio 1968, n. 132, Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera, pubblicata in G.U. n. 68 del 12 marzo 1968.

⁴ Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, in G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978.

- *Uguaglianza* – ogni cittadino ha diritto ad accedere alle prestazioni del SSN indipendentemente dalle condizioni individuali, sociali ed economiche in cui versa. Successivamente, nel 1989⁵, viene introdotta una deroga a questo principio prevedendo il pagamento di un ticket da parte degli individui non appartenenti alle categorie esenti, in base al tipo di prestazione e al reddito;
- *Equità* – viene garantita parità di accesso a ogni cittadino in rapporto agli stessi bisogni di salute. Per parità di accesso si intende parità di qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza delle prestazioni. Inoltre, questo principio garantisce una comunicazione da parte del medico e/o operatore sanitario calibrata in base al grado di istruzione e comprensione del cittadino.

Oltre ai principi sopra elencati, nel testo di legge emergono alcuni elementi prima non considerati ma degni di importanza: la prevenzione e la riabilitazione. La ratio che si cela dietro questa scelta del legislatore può essere valutata in termini di economicità e produttività, in quanto prevenire una malattia o un disagio permette di ridurre i costi di un'eventuale cura e, di fatto, un cittadino sano può partecipare attivamente alla vita pubblica.

Il progetto delineato dalla legge n. 833/1978 risulta articolato e complesso, soprattutto in termini economici. L'articolo 3 prevede che lo Stato, con il concorso delle regioni, definisca gli obiettivi della programmazione economica nazionale fissando i livelli delle prestazioni sanitarie garantite alla popolazione. Allo Stato, secondo il disposto dell'art. 5, vengono attribuite funzioni di controllo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria ed economica.

La programmazione e la pianificazione delle attività di cura e di prevenzione vengono definite all'interno del Piano Sanitario Nazionale (PSN), predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Sanità, ora della Salute, sentito il Consiglio sanitario nazionale e approvato dal Parlamento. Una volta finalizzato l'iter, tocca alle regioni predisporre i rispettivi piani sanitari regionali, secondo le linee guida fornite da quello nazionale.

Alcune funzioni, relative principalmente al controllo di determinati locali, attrezzature e prodotti, vengono delegate alle regioni e vengono definite all'interno dell'articolo 7.

Si assiste, conseguentemente, a un decentramento dei poteri decisionali: i comuni acquisiscono tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano riservate allo Stato e alle regioni.

⁵ Decreto Legge n. 382 del 25 novembre 1989, Legge di conversione n. 8 del 25 gennaio 1990.

Nascono le Unità Sanitarie Locali (USL) qualificate come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni che si occupano dell'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini. Il Consiglio Sanitario Nazionale acquisisce funzioni di consulenza per la determinazione delle linee generali di politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del piano sanitario nazionale, mentre l'Istituto Superiore di Sanità diventa organo tecnico-scientifico del SSN.

In conclusione, la legge 833/78 ha introdotto importanti innovazioni sotto tre profili principali. Sotto il profilo tecnico, ha unificato i numerosi enti esistenti e ha attribuito un ruolo prioritario alla prevenzione mentre prima veniva garantita solo la cura della malattia. Dal punto di vista politico, ha garantito il rispetto del principio di uguaglianza e ha definito il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale a quello regionale e locale. Infine, in ambito economico, ha introdotto un meccanismo di razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso un fondo sanitario nazionale, determinato annualmente in sede di approvazione del bilancio dello Stato, e la distribuzione dei fondi dal Governo Centrale alle regioni e alle USL nel rispetto di precisi vincoli di spesa.

La legge n. 833/1978 ebbe il pregio di introdurre un sistema estremamente organizzato ma, purtroppo, fortemente politicizzato. Questa impostazione creò forti tensioni tra Stato e regioni e quest'ultime, insieme alle USL, crearono un forte disavanzo economico causato da una mala gestione delle risorse a loro affidate. Questi motivi portarono a una riforma del Sistema Sanitario Nazionale con la legge n. 502/1992 che interviene su alcuni elementi ben definiti. Viene operata una separazione tra attività di programmazione nazionale e di finanziamento, affidate al Governo con l'emanazione di un Piano Sanitario Nazionale (PSR) di durata triennale, da quella di gestione dell'attività sanitaria spettante alle regioni e da realizzarsi attraverso l'adozione del Piano Sanitario Regionale che ha il compito di organizzare l'assistenza in base alle esigenze locali. Le USL, con il D.Lgs. n. 502/1992, diventano Aziende Sanitarie Locali (ASL) dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e considerate delle aziende a tutti gli effetti con propria autonomia patrimoniale, contabile e tecnica, nel rispetto del vincolo delle tre "E" (Efficacia, Efficienza ed Economicità). Gli organi di rappresentanza sono il direttore generale, al quale è attribuito un potere gestionale e di rappresentanza legale, coadiuvato dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal collegio dei revisori. Le ASL vengono ridotte in termini numerici e sostenute economicamente dalle regioni che non possono più rivalersi sullo Stato per eventuali disavanzi perché sono direttamente responsabili della gestione di ogni azienda. Il Governo centrale con il PSN stabilisce una

quota capitaria pesata da distribuire a ogni regione. Le regioni con il proprio PSR ripartiscono le risorse tra le singole aziende. Nel caso di disavanzo da parte di quest'ultime, le regioni devono far ricorso alle proprie risorse economiche o alle entrate derivanti dai ticket per la copertura del debito. Questa nuova disposizione fa sì che le regioni siano più attente alla cura e alla gestione dei conti economici del servizio sanitario regionale poiché ne rispondono politicamente.

La riforma ha previsto anche la costituzione in Aziende Ospedaliere (AO) degli ospedali che presentano determinate caratteristiche:

- tre strutture di alta specialità;
- organizzazione in dipartimenti;
- pazienti provenienti da altre regioni;
- collegamento alla rete di emergenza con eliporto.

Anche i policlinici universitari diventano AO autonome dalla ASL di appartenenza.

La remunerazione delle AO avviene tramite sistema DRG (diagnosis-related group), cioè attraverso accordi o contratti con le ASL che pagano per conto dei propri assistiti le tariffe dei ricoveri effettuati. Di conseguenza, il fatturato delle AO dipende della quantità di pazienti che riescono ad attrarre, secondo un modello di sistema *money follow patient*. Nel caso di mobilità interregionale, la compensazione avviene attraverso la Tariffa Unica di Compensazione (TUC), ovvero un tariffario unico nazionale stabilito per non creare controversie tra regioni con sistemi tariffari diversi per la stessa prestazione sanitaria. Per evitare meccanismi opportunistici, le regioni hanno determinato tetti massimi di rimborso o di budget per le Aziende Ospedaliere, proposto incentivi per promuovere l'assistenza a cittadini residenti rispetto ai non residenti, usato le leve tariffarie per orientare i ricoveri verso le aree più bisognose. La riforma ha introdotto, infine, l'inserimento dell'intra-moenia per la libera professione dei medici.

L'ultima riforma del SSN, attuata attraverso il D.Lgs. n.229 del 19 giugno 1999 (la "Riforma Bindi")⁶, si propone di finalizzare un lungo processo di organizzazione e razionalizzazione necessario per raggiungere un servizio sanitario efficiente ed efficace. Viene consolidato e rafforzato il processo di aziendalizzazione delle ASL e delle AO. Queste strutture rimangono pubbliche ma vengono dotate di ulteriori principi di carattere aziendalistico come la flessibilità, l'autonomia imprenditoriale e la responsabilità diretta dell'organo direzionale. I Direttori generali rispondono direttamente alla regione di

⁶ D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, recante Norme per la razionalizzazione del sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato in G.U. n.165 del 16 luglio 1999.

appartenenza secondo gli obiettivi del governo regionale, mantenendo comunque i propri poteri gestionali. Il collegio sindacale sostituisce il collegio dei revisori e non viene più nominato dal Direttore generale, ma direttamente da enti quali Ministero, Regione o Sindaco. Ogni tre mesi, il collegio si espone sull'andamento della gestione dell'azienda ed è obbligato a denunciare tempestivamente eventuali circostanze che possano minare la corretta gestione finanziaria. Anche le AO vengono sottoposte al rispetto del vincolo di bilancio.

Nell'ambito del PSN vengono definiti i livelli essenziali e uniformi di assistenza che devono rispondere ai principi di appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze ed economicità nell'impiego delle risorse. In particolare, il criterio dell'appropriatezza viene declinato in termini di efficacia ed efficienza: da un lato, una concordanza tra bisogno accertato e corrispettiva prestazione adatta e, dall'altro, modalità di erogazione più pertinente alla prestazione.

Viene, inoltre, rafforzata l'autonomia delle regioni che acquisiscono potere legislativo ove non vi sia esclusività dello Stato, specificando nell'art. 4 le modalità di gestione e di governo della politica sanitaria a livello regionale.

Questo progressivo rafforzamento dei poteri regionali viene convalidato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001⁷, che apporta rilevanti modifiche all'art. 117 della Costituzione (Titolo V – Le Regioni, le Province, i Comuni) con l'obiettivo di dare più autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria alle regioni e agli enti locali soprattutto in ambito sanitario. Viene introdotto il regime di competenza concorrente in base al quale la potestà legislativa in ambito sanitario spetta alle regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato. La competenza concorrente circoscrive l'autonomia del governo nazionale alla definizione dei principi fondamentali, limitandone le politiche di intervento nel settore sanitario delle regioni che, di fatto, devono agire nel rispetto delle leggi nazionali che fissano standard, criteri e risorse disponibili.

1.3. Il processo di aziendalizzazione in sanità

Le varie riforme del Sistema Sanitario descritte nel paragrafo precedente hanno progressivamente determinato un processo di aziendalizzazione del settore secondo una nuova ottica di tipo imprenditoriale. Insieme alla trasfor-

⁷ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, pubblicata in G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001.

mazione in aziende delle USL e di alcuni ospedali, sono stati introdotti in ambito sanitario diversi elementi privatistici di mercato come la concorrenza, la produttività, l'analisi dei costi, il cittadino considerato come consumatore e non più come utente e la competitività tra strutture pubbliche e private. La ratio alla base di questi interventi è stata quella di aumentare l'efficienza attivando un meccanismo concorrenziale in grado di favorire le strutture che offrono maggiore qualità delle prestazioni.

Questo meccanismo si fonda, innanzitutto, sul principio della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, delle strutture e dei professionisti accreditati operanti nel SSN cui rivolgersi per l'assistenza sanitaria. La libertà di scelta diventa fondamentale per la competitività delle strutture e degli operatori sanitari nel momento in cui viene accompagnata dal nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione in base alle prestazioni rese.

Tale sistema di finanziamento ha, di conseguenza, determinato meccanismi concorrenziali non solo tra le singole strutture ma anche tra le regioni (visto che i cittadini sono liberi di decidere di farsi curare sull'intero territorio nazionale) e tra il settore pubblico e privato. In particolare, quest'ultimo aspetto è stato rafforzato con il meccanismo di accreditamento delle strutture private. L'accREDITamento è un processo gestito dalle regioni attraverso il quale, con la stipula di accordi contrattuali, vengono autorizzati soggetti privati a prestare attività sanitarie per conto del SSN. L'autorizzazione viene concessa sulla base di una valutazione sistematica e periodica, svolta da agenzie esterne, di una serie di requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che influiscono sulla qualità dell'assistenza.

Il settore del privato accreditato in sanità è andato via via raggiungendo una quota della spesa sanitaria pubblica pari al 17,4% nel 2021, con un valore medio di spesa per assistenza privata accreditata pari a 400 € per abitante, in aumento rispetto a quanto registrato nel 2020 (17% e € 374). Il dato è inferiore in termini relativi a quanto registrato nel 2019 (17,8%), ma decisamente superiore in valore assoluto: nel 2019 la spesa pro capite era pari a € 378 e nel 2021 è aumentata del 5,8%. Nello stesso biennio la spesa totale del SSN cresce, in termini pro capite dell'8,2%: da € 2.122 a € 2.298 (Rapporto OASI, 2022).

Con riferimento alla composizione percentuale della spesa del SSN gestita da erogatori accreditati, nel 2021 non si annota una variazione significativa rispetto agli anni precedenti; infatti il 37,1% (36,6% nel 2020) della spesa complessiva (€ 149 pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, il 34,4% (34,9% nel 2020), pari a € 138 pro capite, è da imputare a «Altra assistenza accreditata», legata prevalentemente all'assistenza

territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali. La spesa per il privato accreditato, tuttavia, varia molto da regione a regione (Tab. 1.1).

Tab. 1.1 – La spesa del SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori € pro capite – 2021)

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	115	67	38	137	356	2.320	15,4%
Valle d'Aosta	56	17	37	52	162	2.752	5,9%
Lombardia	210	109	8	223	550	2.247	24,5%
P.A. di Bolzano	69	27	4	139	237	2.955	8,0%
P.A. di Trento	106	57	1	124	288	2.647	10,9%
Veneto	118	78	6	132	334	2.328	14,3%
Friuli-Venezia Giulia	60	53	12	96	221	2.494	8,9%
Liguria	30	32	63	138	261	2.488	10,5%
Emilia-Romagna	128	52	0	166	347	2.503	13,9%
Toscana	62	41	20	127	250	2.391	10,5%
Umbria	45	34	11	122	212	2.382	8,9%
Marche	78	42	55	121	296	2.275	13,0%
Lazio	273	99	40	154	566	2.207	25,7%
Abruzzo	102	37	52	98	289	2.278	12,7%
Molise	235	138	54	107	534	2.668	20,0%
Campania	161	155	57	59	431	2.153	20,0%
Puglia	186	79	40	114	419	2.211	18,9%
Basilicata	19	80	64	77	241	2.288	10,5%
Calabria	86	64	38	82	270	2.126	12,7%
Sicilia	160	111	39	114	423	2.215	19,1%
Sardegna	73	84	30	104	292	2.404	12,1%
ITALIA	149	85	28	138	400	2.298	17,4%

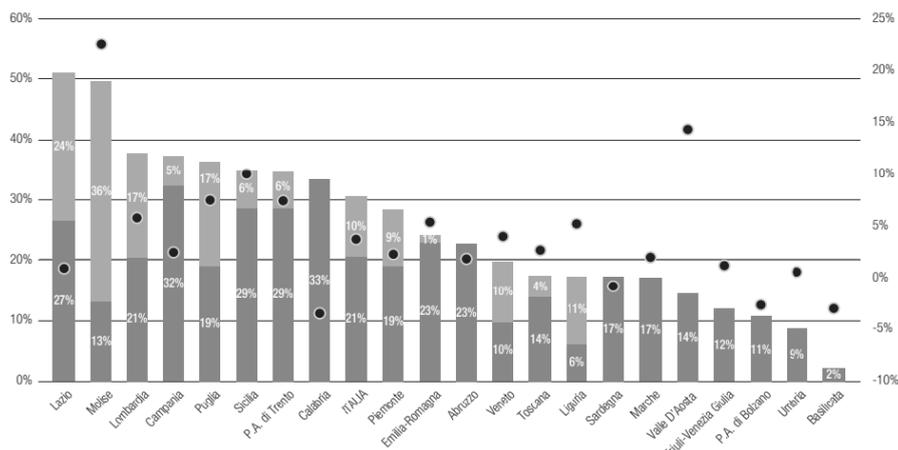
"La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: Rapporto OASI (2022) su Dati Ministero della Salute

La presenza del privato accreditato varia molto anche in base al settore di intervento, raggiungendo il livello massimo nell'area della non-acuzie ospedaliera, dove garantisce il 44% dei ricoveri per lungodegenza e il 74% dei ricoveri per riabilitazione (Rapporto OASI, 2021). Il peso del privato accreditato in termini di posti letto (PL) risulta minore nell'attività per acuti (23% dei PL per acuti totali del SSN), di poco superiore a quello degli erogatori pubblici quando si considera l'attività di lungodegenza (54% dei PL per lungodegenza) e largamente prevalente nel campo della riabilitazione (74,1% dei PL)

In particolare, con riferimento alle acuzie, il ruolo del privato è rilevante soprattutto in area chirurgica: chirurgia generale (30% dei posti letto), ortopedia (35%), cardiocirurgia (42%). Nell'ambito della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria il privato accreditato gestisce il 60% degli ambulatori, l'83% delle strutture residenziali e il 71% di quelle semiresidenziali (Rapporto OASI, 2021) (Fig. 1.2).

Fig. 1.2 – Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo di erogatore privato accreditato, 2020 (asse sx) e variazione 2007-2020 (asse dx)



Fonte: Rapporto OASI (2021) su Dati Ministero della Salute

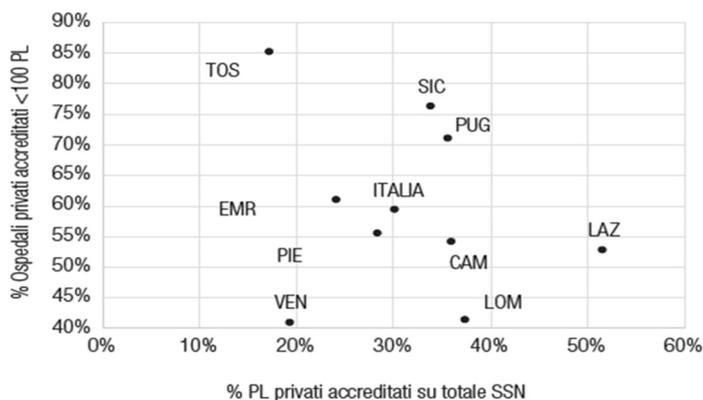
L'area dell'emergenza-urgenza, invece, rimane ancora presidiata dal pubblico, così come i settori che si sono rivelati fondamentali per la sopravvivenza dei pazienti durante l'emergenza di Covid-19, come la Terapia Intensiva, la Pneumologia e le Malattie Infettive. A livello nazionale, dei 637 ospedali dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA), solo 62 (9,7%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (27 strutture, pari al 27,8% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale), segue il Lazio (con 13 strutture; 27,7%) (Rapporto OASI, 2022).

Tab. 1.3 – La suddivisione per livello dei Servizi di Emergenza-Urgenza privati accreditati e incidenza sul totale dei servizi di Emergenza regionali, 2020

Regione	PS in ospedali privati accreditati	DEA I livello in ospedali privati accreditati	DEA II livello in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali privati accreditati	Totale Servizi Emergenza in ospedali pubblici	Totale complessivo Servizi Emergenza	% Servizi Emergenza in ospedali privati su totale SSN
Piemonte	1	0	0	1	46	47	2,1%
Lombardia	15	9	3	27	70	97	27,8%
Veneto	4	1	0	5	44	49	10,2%
Liguria	1	1	0	2	18	20	10,0%
Emilia-Romagna	1	0	0	1	49	50	2,0%
Lazio	6	5	2	13	34	47	27,7%
Campania	5	0	0	5	54	59	8,5%
Puglia	0	4	0	4	29	33	12,1%
Calabria	0	2	0	2	26	28	7,1%
Sicilia	0	2	0	2	60	62	3,2%
ITALIA	33	24	5	62	575	637	9,7%

Fonte: Rapporto OASI (2021) su dati AGENAS

Fig. 1.3 – Incidenza percentuale dei PL accreditati sul totale SSN e degli ospedali privati accreditati <100 PL sul numero totale degli ospedali privati accreditati, 2019*



*Le etichette delle serie riportano la percentuale di servizi di emergenza privati accreditati sul totale regionale

Fonte: Rapporto OASI (2020) su dati Ministero della Salute

L'incremento del numero delle strutture private, l'elevata autonomia decisionale delle aziende sanitarie e ospedaliere e i finanziamenti attraverso il sistema tariffario hanno conferito al Sistema Sanitario una caratterizzazione di "quasi mercato", nella quale le aziende maggiormente orientate a logiche di mercato sono riuscite a migliorare la loro competitività e dinamicità; le aziende che, invece, non hanno saputo adeguarsi sono andate incontro a svantaggi e difficoltà di sopravvivenza (Stampacchia, 2003).

Tra le principali risposte adottate dalle aziende per adeguarsi a questa nuova configurazione del sistema vi sono le strategie di specializzazione, di differenziazione, di concentrazione e di outsourcing di alcuni servizi, nonché operazioni di partnership, fusione e acquisizione (Polese, 2013). Ogni strategia è stata orientata al perseguimento di specifici obiettivi come l'aumento dell'efficienza e/o della competitività, la riduzione dei costi, la condivisione dei rischi, l'ottenimento di economie di scala o il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario. Riguardo quest'ultimo aspetto, occorre specificare che nel settore sanitario, essendo la struttura dei costi costituita principalmente da costi fissi quali le spese per il personale e attrezzature, per raggiungere l'equilibrio è necessario integrare la riduzione dei costi con l'aumento delle prestazioni e del valore della produzione. In tale ottica, le regioni hanno strategicamente incoraggiato processi di collaborazione tra i vari attori per disincentivare una concorrenza distruttiva in un settore così importante dal punto di vista del benessere sociale (Polese, 2013).

1.4. Distribuzione territoriale dei poteri e delle competenze

La gestione sanitaria durante l'emergenza di Covid-19 ha fatto emergere numerose criticità, generate sia dal controverso rapporto Stato-regioni, sia dalla complessa articolazione e distribuzione dei poteri e delle competenze tra i vari organi del SSN e dei meccanismi di raccordo e di interazione tra gli stessi.

La struttura del SSN si articola, infatti, su tre livelli: centrale-governativo, regionale e locale-aziendale. Il livello centrale ha compiti in materia di indirizzo, controllo e coordinamento delle politiche sanitarie e il presidio delle attività di ricerca clinica e scientifica. Esso è costituito dal Ministero della Salute e coadiuvato dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS), dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dall'Agenzia del Farmaco. Il Ministero della Salute, istituito con la Legge n. 172⁸ del 2009, ha i seguenti compiti:

- garantire l'equità, la qualità, l'efficienza e la trasparenza del sistema;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità, promuovendo le relative azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le regioni nella valutazione e nel miglioramento delle realtà sanitarie;

⁸ Legge 13 novembre 2009, n. 172, Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato, pubblicata in G.U. n. 278 del 27 novembre 2009.

- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

La massima responsabilità affidata a livello centrale è quella di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che si articolano in tre macro-categorie:

- *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli. In particolare, sono comprese le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali la tutela dagli effetti dell'inquinamento e dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, la sanità veterinaria, la tutela degli alimenti, la profilassi delle malattie infettive, le vaccinazioni e i programmi di diagnosi precoce (screening) e la medicina legale;
- *Assistenza distrettuale*, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.) e alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- *Assistenza ospedaliera*, che comprende le prestazioni erogate in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione, e così via. Le regioni assicurano l'erogazione dell'assistenza ospedaliera avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASL e delle AO, aziende universitarie e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli altri soggetti accreditati.

A livello regionale troviamo gli organismi presidiati dalle regioni, il più importante è l'Assessorato alla Direzione Sanità Regionale.

Le normative introdotte nel corso degli anni hanno trasferito sempre più i poteri in materia sanitaria dallo Stato alle regioni, le quali, attualmente, hanno i seguenti compiti principali:

- redigere il Piano Sanitario Regionale (PSR) nel quale vengono definiti i livelli di assistenza specifici per quella regione in base alle esigenze locali; questi possono essere superiori ma mai inferiori a quelli determinati a livello centrale. Inoltre, il PSR deve indicare l'organizzazione della rete dei distretti, dei servizi e dei presidi nonché fornire un indirizzo tecnico di promozione e di supporto alle ASL;

- stabilire i criteri di distribuzione dei fondi, le tariffe e le modalità di partecipazione alla spesa degli utenti attraverso i ticket per il finanziamento delle aziende sanitarie;
- introdurre gli standard e i sistemi di controllo della qualità delle prestazioni delle strutture erogatrici;
- verificare che vengano erogati i LEA nel rispetto dei principi di solidarietà, equità e universalità, evitando dunque eventuali diseguglianze sociali e territoriali.

Con riferimento a quest'ultima funzione, nel 2005 è stato istituito un apposito organo presso il Ministero della Salute, il Comitato permanente di verifica dei LEA⁹, con il compito di verificare l'effettiva erogazione degli stessi da parte delle regioni nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dal SSN.

L'assetto organizzativo del servizio sanitario delle regioni non è uniforme ma vi sono diversi modelli che si differenziano soprattutto per il ruolo assegnato ai vari soggetti istituzionali e per il diverso impatto sulle variabili di spesa e del beneficio sociale. Questi modelli sono assimilabili a tre prototipi (Longo 1999; Lega 1999):

- modello della quota capitaria globale o a centralità ASL;
- modello misto o a centralità della regione;
- modello della separazione tra acquirente e fornitore.

Nel primo tipo, le ASL sono finanziate sulla base di una quota capitaria e l'azienda non solo eroga direttamente le prestazioni ma assume anche il compito di pagare le prestazioni erogate a favore di propri cittadini da parte di altre ASL, AO e aziende private. In quest'ottica, l'ASL non ha motivo di aumentare oltre necessità l'attività di produzione ospedaliera, visto che l'incremento di prestazioni rese comporta un proporzionale aumento di costi variabili.

Il secondo è caratterizzato da un rigido controllo regionale sulla distribuzione delle risorse. Le AO vengono finanziate sulla base di una tariffa prestabilita per ogni prestazione resa; le ASL vengono finanziate in base a una quota capitaria alla quale vengono però sottratte le risorse destinate ad AO e aziende private accreditate. Si tratta di un modello che potrebbe prestarsi a comportamenti in parte opportunistici.

L'ultimo modello, quello acquirente-fornitore, viene introdotto per la prima volta in Lombardia con la legge n. 31/1997 che, prendendo ispirazione dal Regno Unito, aveva l'obiettivo di costituire un sistema di quasi-mercato attraverso la separazione tra produttori o fornitori delle prestazioni sanitarie

⁹ Decreto Ministeriale 21 novembre 2005.

e acquirenti delle stesse. Il modello lombardo differiva da quello inglese perché, nel contesto italiano, le ASL ricoprivano contemporaneamente il ruolo di acquirenti e di produttori di alcune prestazioni. Questo modello ha costretto le ASL a stipulare convenzioni e contratti con le AO per poter garantire ai propri cittadini le prestazioni sanitarie di cui necessitavano a livelli di qualità e costo accettabili e a introdurre forme di negoziazione di tetti massimi di fatturato in capo alle AO e strutture private accreditate. La Legge 23/2015 ha successivamente riformato il sistema sanitario della Lombardia ridefinendo la distinzione tra acquirente e fornitore e sostituendo le ASL con le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), con funzioni di gestione, programmazione e controllo, supervisione sulla continuità delle cure ai malati cronici e gravi, accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, negoziazione delle condizioni di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie. Le AO, invece, sono state trasformate in Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) che erogano le prestazioni territoriali in collaborazione con gli ospedali.

La complessa organizzazione dei rapporti tra Stato e regioni viene gestita attraverso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome¹⁰. Tale Conferenza rappresenta una sede collegiale presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e composta dal Ministro per gli Affari regionali, dai presidenti di tutte le regioni e province autonome e da eventuali altri ministri interessati agli argomenti all'ordine del giorno. Essa si occupa della negoziazione politica tra le Amministrazioni centrali e quelle regionali con riferimento agli schemi di disegni di legge e di decreto legislativo o di regolamento del Governo nelle materie di competenza delle regioni e su ogni oggetto di interesse regionale.

Nel corso della pandemia di Covid-19 si è reso indispensabile riunire più volte tale Conferenza. Tra gli incontri più rilevanti vi è quello del 17 dicembre 2020 nel quale viene sancito un accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute e percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, l'attivazione degli strumenti di sanità digitale, la continuità assistenziale, l'empowerment del paziente e l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza e la telerefertazione.

Un altro accordo molto importante è quello del 25 gennaio 2021 relativo al documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e rispo-

¹⁰ Istituita, con D.P.C.M. del 12 ottobre 1983