

Carla Del Gesso

La visione sistemica dell'azienda sanitaria pubblica

**Tendenze evolutive dell'organizzazione,
della gestione e della rilevazione
nel sistema di tutela della salute**

Collana di studi aziendali applicati

diretta da Giuseppe Paolone

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



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.



Collana di Studi Aziendali Applicati

La *Collana di Studi Aziendali Applicati* intende perseguire l'obiettivo di rappresentare, in chiave aziendalistica, il passaggio dalla *conoscenza*, acquisibile attraverso lo studio e la ricerca teorica di base, alla *competenza*, generale e specifica, esprimibile nei vari campi operativi oggetto di studio, di analisi e di approfondimento.

Non v'è dubbio che, nell'intento di superare l'alternativa tra "teoria" e "pratica", ogni acquisizione di elementi teorici presenti implicazioni di ordine pratico e che, viceversa, ogni abilità pratica trovi la sua origine in un determinato contesto teorico, agendo da esso e su di esso, revisionandolo e modificandolo.

Dalle conoscenze teoriche di base si passa, pertanto, alle competenze, che possono essere *generali*, se si è in grado di assumere decisioni in vari contesti specifici portando a soluzione problemi di ampia portata; *specifiche*, se le decisioni che si vanno ad assumere sono settoriali e limitate ad un solo campo del più ampio oggetto da indagare.

In ambito aziendale, le conoscenze teoriche di base consentono parimenti di esprimere competenze *generali*, sull'intero sistema oggetto di analisi, ovvero *specifiche*, su singole parti (o particolari) di esso.

Ma la conoscenza approfondita, trasformabile in *competenza specifica* dei sottosistemi in cui si scompone l'unitario sistema aziendale, presuppone necessariamente la conoscenza di base dell'intero sistema, di cui si suppone una data scomponibilità.

Tra la conoscenza e la competenza viene, quindi, ad instaurarsi un circuito virtuoso che, partendo dal livello della prima, consente di pervenire alla seconda, a sua volta influenzante e condizionante la prima, con un andamento circolare continuo (teoria-pratica-teoria).

La valutazione delle competenze non va però limitata alla loro fruibilità in ambito ristretto, ma va intesa nella logica sistemica (conoscenza-competenza delle parti interrelate), implicando processi di sperimentazione, di comprensione, di valutazione, di decisione e di azione (con un feedback per l'analisi revisionale).

Il connubio tra teoria e pratica – e quindi tra conoscenza e competenza – si presenta inscindibile e reversibile, per cui il sapere scientifico separato dalle abilità pratiche, pur costituendo un importante patrimonio culturale del singolo, non concorre, se non in misura ridotta, allo sviluppo ed alla crescita di un sistema complesso, quale è quello aziendale.

Da ciò si deduce che il sapere va affrontato partendo dalle abilità/competenze ed avviando così il menzionato percorso circolare che dovrà tendere a migliorare la qualità dei due livelli che lo caratterizzano (teoria e pratica), determinando il successo di qualsivoglia attività economica.

Assunti ed esplicitati i principi teorici di base, condivisi dalla comunità scientifica di riferimento, i contributi dei vari studiosi e ricercatori, che intendono collaborare per la migliore riuscita della Collana, saranno incentrati su tematiche operative che consentiranno di reintervenire con il carattere della continuità su tali principi, procedendo così alla loro revisione, ed eventuale modifica, per aderire alle mutevoli situazioni ambientali da cui il sistema-azienda trae vitalità e sviluppo.

La Collana presenta, pertanto, il pregio di trattare argomenti teorici di cultura aziendale che investono i vari ambiti (organizzativo, strategico, gestionale, informativo, psicosociologico, linguistico, ecc.), e che si possono tradurre in atti operativi confrontabili con le variegata realtà che l'attività dell'impresa sottopone all'attenzione di studiosi, ricercatori ed operatori del settore. Essa ha, altresì, il vantaggio di accogliere contributi che rappresentino un agile strumento per l'attività didattica che deve essere sempre più aderente ad una realtà in continua evoluzione.

Giuseppe Paolone

Carla Del Gesso
La visione sistemica
dell'azienda sanitaria pubblica

**Tendenze evolutive dell'organizzazione,
della gestione e della rilevazione
nel sistema di tutela della salute**

FrancoAngeli

Copyright © 2014 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.

INDICE

Prefazione , di <i>Claudia Salvatore</i>	pag.	9
1. Il sistema delle aziende sanitarie pubbliche	»	13
1.1. I requisiti di aziendalità delle organizzazioni sanitarie pubbliche	»	13
1.2. L'evoluzione della sanità pubblica attraverso le riforme modificative del sistema	»	15
1.2.1. L'istituzione e i principi del Servizio sanitario nazionale	»	16
1.2.2. La riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale: aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema di tutela della salute	»	19
1.3. Il sistema pubblico di offerta sanitaria	»	27
1.3.1. Le diverse tipologie di aziende operanti nel settore sanitario pubblico	»	27
1.3.2. L' <i>output</i> aziendale e i processi dell'attività sanitaria	»	33
1.4. La concezione sistemica dell'azienda sanitaria pubblica e la sua scomponibilità in subsistemi interrelati	»	39
2. Il subsistema dell'organizzazione dell'azienda sanitaria pubblica nella specificità dei suoi elementi	»	44
2.1. Il modello organizzativo istituzionale	»	44
2.1.1. L'organizzazione sul territorio: il distretto socio-sanitario, il dipartimento di prevenzione e il presidio ospedaliero	»	46
2.1.2. L'organizzazione dipartimentale interna alle aziende sanitarie pubbliche	»	51

2.1.3. L'assetto organizzativo e gli organi aziendali	pag.	55
2.2. Le variabili organizzative del livello aziendale sanitario	»	58
2.2.1. La struttura organizzativa	»	58
2.2.2. I meccanismi operativi	»	61
2.2.3. Lo stile di leadership	»	64
2.3. L'innovazione negli assetti organizzativi dell'azienda sanitaria moderna	»	66
3. Il subsistema della gestione (o decisionale) dell'azienda sanitaria pubblica	»	70
3.1. La scomposizione della gestione dell'azienda sanitaria in classi di operazioni omogenee	»	70
3.1.1. La gestione economica e l'economicità	»	72
3.1.2. La gestione finanziaria e il suo equilibrio: il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie e ospedaliere	»	75
3.1.2.1. Il modello della quota capitaria	»	81
3.1.2.2. Il modello tariffario per prestazione	»	84
3.1.2.3. La mobilità sanitaria	»	87
3.1.2.4. Il piano di rientro dal disavanzo per il recupero dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale	»	89
3.2. Il reddito di esercizio e il capitale netto di funzionamento nell'azienda sanitaria	»	92
3.3. La rilevanza dei risultati analitici e l'applicazione della logica marginalista nell'azienda sanitaria	»	97
4. Il subsistema della rilevazione (o del controllo) dell'azienda sanitaria pubblica nei suoi tratti caratterizzanti	»	102
4.1. Brevi richiami al fabbisogno informativo dei processi di <i>accounting</i> e di <i>accountability</i> dell'azienda pubblica	»	102
4.2. Il processo di trasformazione dei sistemi contabili e di controllo delle aziende sanitarie pubbliche	»	107
4.2.1. L'evoluzione del tradizionale controllo burocratico e l'introduzione del controllo manageriale	»	109
4.2.2. Dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale	»	112
4.3. Il sistema di bilancio dell'azienda sanitaria pubblica tra disarmonia e armonizzazione contabile	»	116
4.3.1. Il bilancio economico-patrimoniale di esercizio	»	120
4.4. Gli strumenti conoscitivi che integrano l'informativa di bilancio per il controllo interno di gestione (cenni)	»	128

Considerazioni conclusive	pag. 133
Riferimenti bibliografici	» 137
Riferimenti normativi	» 147

PREFAZIONE

Il processo di modernizzazione e di trasformazione “aziendale” del sistema sanitario pubblico è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico a livello nazionale e internazionale al fine di ricercare soluzioni organizzative e gestionali capaci di coniugare l’esigenza di razionalizzare la spesa sanitaria con quella di innalzare i livelli qualitativi e di appropriatezza dei servizi di assistenza sanitaria.

Nello scenario internazionale, i sistemi sanitari dei diversi Paesi si differenziano tra loro per l’ampiezza del ruolo del settore pubblico nel sistema di tutela della salute che è collegata con la dimensione di Welfare di un Paese. Infatti, la Francia e la Germania presentano sistemi di Welfare ampi ma selettivi; lo Stato non si occupa del processo di erogazione dei servizi poiché vige un sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria (tipicamente pubblica). In Italia, invece, l’ampio coinvolgimento del settore pubblico si esprime, così come nel Regno Unito, attraverso l’esistenza di un Servizio sanitario nazionale di tipo universalistico e solidaristico il quale si fa carico della spesa necessaria per l’organizzazione della produzione ed erogazione delle prestazioni.

Con riferimento a quest’ultimo aspetto, si evidenzia che in Italia la spesa sanitaria (sia pro capite, sia l’incidenza della stessa sul Pil) presenta trend di crescita bassi nel biennio 2009-2011, sia in rapporto al decennio precedente, sia a confronto con le medie di alcuni Paesi europei quali Francia, Germania e Regno Unito. Inoltre, anche il disavanzo delle regioni italiane in “piano di rientro” è diminuito (se non azzerato in alcune di esse) grazie soprattutto alla responsabilizzazione delle stesse regioni.

Nonostante ciò, l’invecchiamento della popolazione, l’aumento delle malattie croniche e l’incremento e la sofisticazione delle innovazioni tecnologiche in sanità hanno comunque comportato, a causa della scarsità di ri-

sorse, la necessità di razionalizzare l'erogazione dei servizi sanitari e delle stesse strutture, anche attraverso una ridefinizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) per evitare una ridondanza di offerta di prestazioni sul territorio nazionale. Sarebbe opportuno, di conseguenza, ridurre la copertura del servizio sanitario pubblico, rivedere il sistema delle esenzioni e delle compartecipazioni dei cittadini alla spesa coinvolgendo anche il settore privato. Inoltre, le metodologie multidisciplinari e multidimensionali quali l'*Health technology assessment* (Hta) possono contribuire a valutare le implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche ed etiche, oltre che la reale efficienza ed efficacia degli interventi innovativi in sanità, e a razionalizzare, quindi, gli investimenti in tecnologie biomediche, in *medical device* e in farmaci fondamentali per lo sviluppo del settore sanitario pubblico e degli altri settori ad esso collegati per lo sviluppo economico del Paese.

All'interno del sistema sanitario pubblico del Paese un ruolo fondamentale è svolto dalle aziende fornitrici dei servizi sanitari, nonché dalle relazioni di queste ultime con gli organi responsabili della definizione delle politiche di tutela della salute (i *policy makers* quali i Ministeri, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, le Agenzie sanitarie regionali e le regioni) e, quindi, della programmazione della spesa sanitaria e dell'offerta dei servizi sul territorio. Tali soggetti fornitori rappresentano, infatti, il livello operativo del sistema sanitario pubblico e sono direttamente coinvolti nell'efficacia dei processi di cura dei pazienti (in una dimensione di contatto diretto dell'azienda sanitaria con l'utente finale/paziente). Vi è attualmente un'attenzione diversa al bisogno assistenziale e clinico del paziente al fine di valutare l'efficacia e l'appropriatezza dei processi di cura. A tal proposito, si segnala la predisposizione del "Programma nazionale esiti" (Pne) 2013 del Ministero della Salute e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) il cui sviluppo è volto al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel Ssn, attraverso l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano gli esiti degli interventi sanitari per consentire successivamente una valutazione comparativa degli stessi tra i soggetti erogatori.

Obiettivo finale del processo di rinnovamento in sanità è rappresentato dalla capacità del Servizio sanitario nazionale di rispondere alle molteplicità di bisogni dei pazienti sui quali le aziende debbono concentrarsi in un'ottica di miglioramento continuo e nel rispetto dell'economicità. Pertanto, l'indagine sulla funzionalità economica duratura delle aziende sanitarie è, innanzitutto, strumentale alle finalità di cura per garantire il diritto inalienabile dei cittadini alla salute e al benessere.

Le avvertite necessità di una migliore programmazione di medio e lungo termine nell’allocazione delle risorse (si pensi alle esigenze di favorire gli investimenti tecnologici e strutturali, che sono stati ridotti negli ultimi anni per contenere la spesa; di evitare misure di blocco delle assunzioni, dovute anch’esse a una necessaria riduzione dei consumi degli *input*; e, infine, di evitare situazioni di *under treatment*, causate da politiche di *cost cutting*) giustificano e stimolano lo studio del sistema sanitario del Paese con un approccio economico-aziendale. Ciò implica l’applicazione a tale sistema delle logiche e delle metodologie proprie delle discipline aziendali e si inquadra nel filone di studi e teorie internazionali del *New public management* (Npm) e della sua evoluzione in *Public governance* che ha interessato ed interessa attualmente le aziende del settore pubblico in termini di modifiche nel loro sistema di *accounting*, di *governance* e di *management*.

In Italia, il processo di rinnovamento del servizio sanitario in termini aziendali è iniziato da oltre vent’anni con il D.Lgs. n. 502/1992, il n. 517/1993 e il n. 229/1999. Ciò nonostante, lo studio dei fabbisogni organizzativi, gestionali e informativi del sistema sanitario e dei suoi attori (regioni e aziende) è sempre più attuale ed evidenzia la necessità di sviluppare nuove soluzioni di adattamento alle difficoltà della sostenibilità futura del sistema pubblico di tutela della salute.

Emerge, inoltre, negli anni più recenti, un’attenzione del legislatore verso l’applicazione dei principi contabili per le aziende sanitarie pubbliche al fine di ricercare “criteri di rilevazione uniformi”. Vengono, infatti, forniti nuovi schemi di bilancio per le aziende sanitarie pubbliche allo scopo di uniformare la contabilità in ambito sanitario e favorire la comparabilità dei documenti contabili nel più ampio processo di armonizzazione della contabilità pubblica, come sancito dalle normative a partire dal 2009.

* * *

Il lavoro, che si presenta all’attenzione di studiosi di discipline economico-aziendali e di operatori del settore, analizza le variabili che determinano la funzionalità economica duratura (l’equilibrio economico a valere nel tempo) dell’azienda sanitaria pubblica. Si apre con l’esame dell’assetto istituzionale del Servizio sanitario italiano che, in seguito al processo di riordino degli anni Novanta, ha posto accento sull’autonomia e responsabilizzazione delle regioni e degli altri attori configurando, di conseguenza, notevoli differenziali nella struttura di offerta dei servizi sanitari, nei comportamenti aziendali, nelle performance e negli equilibri economico-finanziari dei singoli sistemi sanitari regionali. Si evidenzia, inoltre, una forte frammentazione dei sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie

pubbliche nelle diverse regioni e un'eterogeneità dei sistemi contabili delle stesse aziende.

L'attività economica delle aziende sanitarie pubbliche è analizzata nel lavoro con riferimento alla teorica suddivisione delle operazioni aziendali nei tre momenti dell'amministrazione economica: l'organizzazione, la gestione e la rilevazione, o gruppi omogenei di attività, individuati dalla dottrina economico-aziendale tradizionale. Tali operazioni, insieme agli assetti strutturali, al personale, al patrimonio, all'assetto organizzativo e tecnico delle aziende sanitarie pubbliche, necessitano di maggiore coerenza e di interrelazione e giustificano lo studio sistemico svolto nel presente lavoro.

Pertanto, appare significativo il contributo che le discipline economico-aziendali e la visione sistemica dell'azienda possono fornire al sistema di governance interno delle aziende sanitarie pubbliche e alla trasparenza informativa esterna verso gli stakeholder delle stesse aziende sanitarie.

Claudia Salvatore

Professore associato di Economia Aziendale
Dipartimento di Economia, Gestione, Società e Istituzioni
Università degli Studi del Molise

1. IL SISTEMA DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

1.1. I requisiti di aziendalità delle organizzazioni sanitarie pubbliche

L'estensione dei principi e dei metodi d'indagine dell'Economia aziendale all'area della sanità pubblica ha progressivamente trovato riscontro unanime negli studi economico-aziendali subendo un forte impulso, soprattutto, nel corso dell'ultimo ventennio. Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano è iniziato, in particolare, con le relative riforme degli anni Novanta. Quest'ultime, infatti, avviando una fase di generale riorganizzazione del servizio di tutela della salute, hanno sistematicamente avvalorato l'introduzione del concetto di azienda in sanità.

Invero, una vasta letteratura economico-aziendale attribuisce pacificamente alle organizzazioni sanitarie pubbliche il possesso dei caratteri necessari affinché un'attività economica possa definirsi azienda. In sostanza, partendo dal presupposto basilare che la connotazione di azienda è riferibile all'efficiente combinazione sistemica di risorse economiche (*input*) diretta all'ottenimento di prodotti e/o servizi (*output*) per il soddisfacimento dei bisogni degli individui, sono riconosciuti alle organizzazioni economiche operanti nell'area della sanità pubblica i seguenti requisiti minimi di aziendalità¹:

- la coordinazione sistemica;
- l'autonomia;
- la durabilità.

La *coordinazione sistemica* fa riferimento al carattere unitario dell'operatività aziendale nella sua espressione dinamica (organizzativa e gestiona-

¹ Si veda in proposito: VIGANÒ E. (a cura di) (1997), *Azienda. Primi contributi di una ricerca sistematica per un rinnovato concetto generale*, Cedam, Padova, pp. 1-32.

le). Ciò conduce a studiare l'azienda sanitaria come combinazione di elementi riuniti a sistema², la cui integrazione è rivolta al perseguimento di un comune obiettivo: la tutela della salute dei singoli e della collettività, sempre più condizionata dalla limitata disponibilità delle risorse necessarie per il suo soddisfacimento³.

L'*autonomia* indica l'indipendenza decisionale, strategica e operativa, e l'autosufficienza economica nell'operare aziendale. Il riconoscimento del carattere di autonomia⁴ istituzionale e gestionale agli enti preposti alla produzione e all'erogazione dei servizi assistenziali costituisce il principio fondante l'aziendalizzazione del sistema sanitario pubblico.

La *durabilità* è riconducibile al perseguimento di economicità che contraddistingue ogni istituto economico destinato a perdurare e, quindi, anche per l'azienda sanitaria, attiene alla ricerca e al mantenimento delle condizioni di funzionalità economica a valere nel tempo.

Ne consegue che l'azienda sanitaria pubblica⁵ è un sistema coordinato di risorse economiche, dotato di autonomia, che ordina e svolge, in condizioni di tendenziale equilibrio duraturo, l'attività economica (produttiva ed erogativa)⁶ di assistenza sanitaria diretta al soddisfacimento dei bisogni di salute⁷.

Prima di analizzare le specificità dell'attività sanitaria, dei processi e, più in generale, del Servizio sanitario nazionale (Ssn) nella sua attuale con-

² Il carattere della coordinazione sistemica, infatti, porta a studiare l'azienda come «combinazione di parti o elementi riuniti in un tutto». Si confronti con: BERTINI U. (1990), *Il sistema d'azienda. Schema di analisi*, Giappichelli, Torino, pp. 28-37.

³ Si sottolinea che, nella fase storica attuale, le dinamiche del sistema di tutela della salute sono fortemente condizionate dalle politiche di contenimento della spesa pubblica. L'eccessivo livello di indebitamento del Paese, infatti, richiama, oggi più che mai, all'efficienza e alla razionalizzazione delle risorse pubbliche in tutti gli ambiti di intervento del sistema di Welfare, rischiando di compromettere la sostenibilità futura delle politiche sanitarie.

⁴ Tuttavia, recenti tendenze negli studi economico-aziendali segnalano il «depotenziamento dell'autonomia delle aziende territoriali ed ospedaliere» a causa delle emergenti difficoltà di bilancio delle regioni costrette al rispetto dei restrittivi vincoli di finanza pubblica. Si confronti con: BORGONOVÌ E., TARRICONE R. (2012), «Prefazione», in CANTÙ E. (a cura di), *Rapporto Oasi 2012. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, p. XVII.

⁵ La qualificazione di pubblica è collegata alla natura pubblicistica del soggetto economico che pone in essere e governa l'attività economica.

⁶ Le aziende sanitarie pubbliche vengono intese come aziende composte per la presenza di attività economiche di produzione e di erogazione.

⁷ In tal senso si vedano le teorie sull'azienda elaborate dalla dottrina tradizionale: AMADUZZI A. (1978), *L'azienda, nel suo sistema e nell'ordine delle sue rilevazioni*, Utet, Torino; ZAPPA G. (1927), *Tendenze nuove negli studi di Ragioneria. Discorso inaugurale dell'anno accademico 1926/27 nel R. Istituto Superiore di Scienze Economiche e commerciali di Venezia*, Istituto Editoriale Scientifico, Milano; ZAPPA G. (1971), *Le produzioni nell'economia dell'impresa*, Vol. I, Giuffrè, Milano.

figurazione, si ritiene utile ripercorrere le principali riforme che hanno segnato le “tappe” evolutive del settore sanitario pubblico italiano.

1.2. L’evoluzione della sanità pubblica attraverso le riforme modificative del sistema

In Italia il servizio assistenziale sanitario è stato oggetto di diversi provvedimenti legislativi che si sono susseguiti a partire dalla fine degli anni Settanta. I vari cambiamenti apportati al sistema consentono di individuare tre fasi evolutive⁸, ciascuna caratterizzata da una differente interpretazione del diritto alla tutela della salute fissato nella Carta costituzionale all’art. 32⁹:

- fase antecedente all’istituzione del Ssn;
- fase immediatamente successiva all’istituzione del Ssn;
- fase di revisione dell’assetto istituzionale del Ssn.

Nella *fase antecedente all’istituzione del Ssn* (prima della riforma istitutiva del Ssn del 1978), il diritto alla tutela della salute è interpretabile come «diritto assoluto e individuale» che viene riconosciuto al singolo, ma che non appare necessariamente correlato a un impegno attivo e diretto delle Istituzioni dello Stato volto alla sua tutela¹⁰.

Prima dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale, infatti, l’attività di assistenza sanitaria pubblica era competenza di un’organizzazione fortemente frammentata, carente e indefinita a livello di Stato centrale. In tale sistema, tutt’altro che complessivo, operavano le Casse mutue, enti mutualistici competenti per specifiche categorie di lavoratori che, quindi, non assicuravano una copertura universale dei servizi sanitari a tutti i cittadini¹¹.

Nella *fase immediatamente successiva all’istituzione del Ssn* (dal 1978 alle riforme degli anni Novanta), il diritto alla tutela della salute è interpretabile come «diritto alle prestazioni sanitarie»¹² in quanto quello della salute viene a essere riconosciuto come diritto della collettività, per il quale è

⁸ In proposito si veda: REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, Aracne, Roma, pp. 2-5.

⁹ «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti», art. 32 della Costituzione.

¹⁰ Si confronti con: REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, cit., p. 2.

¹¹ Il sistema delle Casse mutue, in effetti, consentiva la copertura del servizio sanitario esclusivamente ai cittadini lavoratori, i quali versavano quote contributive a ciascuna Cassa (o ente) di “categoria” che, pertanto, era competente per una determinata classe di lavoratori.

¹² Si veda ancora: REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, cit., p. 2.

assicurata una copertura universale ed equa dei servizi, anche per i cittadini non lavoratori.

Con l'istituzione del Ssn, infatti, il sistema sanitario italiano conquista quel carattere solidaristico che lo caratterizza nei principi e nell'organizzazione dei servizi, per l'effettiva tutela della salute che diviene un "bene" di tutti indistintamente. In tale sistema, pertanto, l'autorità pubblica si fa carico di realizzare il servizio sanitario del Paese, assumendo l'obbligo di diretta acquisizione e organizzazione delle risorse e dei mezzi necessari.

Infine, nella *fase di revisione dell'assetto istituzionale del Ssn* (dai decreti di riordino del Ssn degli anni Novanta a oggi), il diritto alla tutela della salute è interpretabile come «diritto finanziariamente condizionato»¹³ dalla limitata disponibilità delle risorse necessarie al soddisfacimento dei bisogni di salute.

L'assetto istituzionale del Ssn, così come configurato dal legislatore del 1978, infatti, aveva condotto, durante gli anni Ottanta e i primi anni Novanta, a una continua e incontrollata espansione della spesa sanitaria pubblica. Tale gravosa situazione finanziaria del sistema pubblico di assistenza sanitaria aveva reso indispensabile il ricorso a una profonda revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Ssn, attraverso una serie di provvedimenti volti a razionalizzare l'uso delle risorse.

Ciò premesso, di seguito si procede a esaminare nel dettaglio le principali riforme che hanno delineato l'evoluzione organizzativa e strutturale del settore sanitario pubblico.

1.2.1. L'istituzione e i principi del Servizio sanitario nazionale

La prima grande riforma del sistema assistenziale italiano è stata realizzata con la L. n. 833/1978 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale. Rappresenta il primo intervento legislativo complessivo per il settore¹⁴; essa ha il merito, infatti, di aver ridisegnato in maniera organica e a livello centrale l'organizzazione sanitaria pubblica del Paese¹⁵.

¹³ Ivi, p. 3.

¹⁴ Per un esame approfondito del processo di istituzione e di riforma del Ssn si vedano, fra gli altri: MACINATI M.S. (2007), *Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione*, FrancoAngeli, Milano, pp. 52- 162; REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, cit., pp. 1-141; SPANO F.M. (2004), *L'organizzazione e la gestione dei processi di governo, tecnostutturali e di supporto delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano, pp. 3-38.

¹⁵ Fino ad allora, infatti, il servizio pubblico sanitario non era organizzato e coordinato a "livello statale": l'attività di assistenza si era sviluppata a "livello locale" e le prestazioni

Il nuovo sistema sanitario introdotto con la riforma è fortemente innovativo in quanto ispirato a criteri solidaristici di universalità e di uguaglianza¹⁶. Per la prima volta, pertanto, l'accesso ai servizi di assistenza è riconosciuto gratuitamente a tutti i cittadini, con parità di trattamento e nel rispetto della dignità e della libertà dell'individuo. Lo Stato diviene soggetto attivo nella definizione dei bisogni di salute e si fa garante del soddisfacimento degli stessi attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Le funzioni assistenziali sono allestite dai comuni, sul territorio di loro competenza, attraverso organizzazioni appositamente operanti, le Unità sanitarie locali (Usl).

Più specificatamente, il modello istituzionale di organizzazione dei servizi sanitari delineato dalla L. n. 833/1978 risulta basato su tre distinti livelli di governo:

- statale;
- regionale;
- locale.

In particolare, a livello statale, lo Stato svolge un ruolo di programmazione sanitaria nazionale, di coordinamento e di finanziamento dell'intero assetto assistenziale, da effettuarsi, con frequenza triennale, nel Piano sanitario nazionale (Psn) approvato dal Parlamento. L'art. 3 della L. n. 833/1978, infatti, rimette al Piano sanitario nazionale, emanato con legge dello Stato, il compito di definire gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini. Secondo la norma, dunque, il Psn stabilisce le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

A livello regionale, le regioni, dotate di autonomia esecutiva, rivestono un ruolo di programmazione sanitaria regionale – da attuarsi mediante la definizione di Piani sanitari regionali (Psr)¹⁷ – e di coordinamento delle

sanitarie venivano erogate da organismi diversi, pubblici e privati. Vigeva, in sostanza, un sistema frammentato di tipo assicurativo in cui operavano varie forme associative, per lo più istituzioni private, laiche e religiose.

¹⁶ Vengono, infatti, definiti i principi fondamentali del sistema sanitario ai quali deve essere improntata la gestione, tra cui il principio dell'universalità dei destinatari, dell'uguaglianza di trattamento, della globalità delle prestazioni, della partecipazione dei destinatari, nonché il principio del rispetto della dignità umana e della libertà da attuarsi nella tutela della salute. Si veda: VAGNONI E. (2004), *La direzione delle aziende sanitarie. Criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, FrancoAngeli, Milano, pp. 37 e ss.

¹⁷ Il Psn costituisce lo strumento centrale del processo di pianificazione sanitaria e si articola, poi, in Psr. La pianificazione del fabbisogno sanitario, pertanto, è alla base dell'individuazione delle modalità di allocazione delle risorse.

Usl, che rappresentano le strutture erogatrici dei servizi sanitari e sono configurate quali organismi operativi dei comuni¹⁸.

Infine, a livello locale, agli enti territoriali periferici sono attribuite tutte le funzioni amministrative e operative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera non espressamente riservate allo Stato e alle regioni.

Tale assetto istituzionale del Ssn, come disegnato dalla legge del 1978, presenta diversi aspetti di criticità legati, soprattutto, alla mancanza di meccanismi di responsabilizzazione e di definizione dei ruoli. Inoltre, questa carenza è stata, nel tempo, aggravata dall'assenza di un'adeguata programmazione dell'attività di assistenza sanitaria, sia a livello nazionale, sia a livello regionale, nonché dal diffondersi e consolidarsi di una serie di "aree di diseconomia e di spreco". Queste ultime sono state individuate e descritte, in modo particolareggiato, nel Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994/96, il quale rappresenta il primo documento di programmazione nazionale approvato dal Parlamento¹⁹. Verosimilmente, proprio l'assenza di programmazione sanitaria ha determinato una serie di situazioni di inefficienza che, come emergono dal Piano del 1994, riflettono l'insostenibilità di un sistema gestito in totale assenza di specifiche responsabilità sull'impiego delle risorse. Le aree di spreco elencate nel documento, infatti, evidenziano una diffusa tendenza a una allegra e irragionevole gestione dei mezzi disponibili come, ad esempio, l'abuso nelle esenzioni dal sistema di compartecipazione alla spesa, l'iperconsumo dei farmaci, l'eccessiva facilità di prescrizione e ripetizione di prestazioni diagnostiche, il ricorso improprio al ricovero ospedaliero, il sottoutilizzo delle strutture operatorie e diagnostiche a elevata specializzazione, l'impropria implementazione di tecnologie ad alto costo, l'impiego inopportuno e irrazionale del personale ecc.

Nella prassi si era sviluppato un sistema di finanziamento basato sulla spesa storica (a consuntivo) che si è rivelato fortemente irrazionale. Infatti, il finanziamento a preventivo del Fondo sanitario veniva giudicato insufficiente dalle regioni²⁰, quindi, durante l'anno, il contenzioso regioni-Stato

¹⁸ Le Usl, infatti, sono prive di personalità giuridica, con autonomia limitata, e sono qualificate quali strutture operative dei comuni. Spetta alle regioni allocare le risorse tra le Usl e definire l'ambito territoriale nonché la loro struttura organizzativa.

¹⁹ Si evidenzia, infatti, che con tale documento è stato realizzato il primo atto di programmazione nazionale: nonostante le numerose proposte avanzate dai vari governi, nessun Piano sanitario era stato approvato prima di allora.

²⁰ Il finanziamento della spesa sanitaria avveniva a mezzo del Fondo sanitario nazionale (Fsn) – a cui affluivano le risorse provenienti dal bilancio statale e dal prelievo dei contributi sociali – che veniva, poi, ripartito fra le diverse regioni secondo le indicazioni dei Piani sanitari (nazionali e regionali).

portava a un successivo adeguamento. Le spese a consuntivo, poi, risultavano sistematicamente superiori rispetto ai preventivi e venivano rinviate al futuro con artifici contabili; ciò portava alla formazione del cosiddetto “disavanzo sommerso”, cioè di spese non registrate, e al conseguente intervento *ex post* dello Stato per sanare i deficit²¹.

Tali prassi hanno, di fatto, compromesso il positivo funzionamento dell’assetto del Ssn configurato dalla L. n. 833/1978. Le stesse hanno condotto, nel corso degli anni Ottanta, e più ancora all’inizio degli anni Novanta, a un aumento spropositato della spesa sanitaria pubblica, acuito anche dalla situazione critica in cui precipitava la finanza pubblica italiana in quegli anni²². Pertanto, la cattiva gestione del disavanzo della spesa sanitaria ha determinato l’esigenza di una impellente riorganizzazione del sistema sanitario pubblico. Occorreva mutare la struttura di governance del settore sanitario, con riforme volte a introdurre meccanismi di definizione dei ruoli e di responsabilizzazione sui risultati nonché principi e criteri per la razionalizzazione dell’uso delle risorse²³.

1.2.2. La riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale: aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema di tutela della salute

La riorganizzazione del modello organizzativo sanitario è stata introdotta dal D.Lgs. n. 502/1992 (successivamente integrato dal D.Lgs. n. 517/1993), anche individuato in letteratura come “seconda riforma” della sanità pubblica. Tale riforma, infatti, ha riordinato la disciplina in materia sanitaria, cambiando profondamente l’originario assetto del Ssn prefigurato dalla legge istitutiva del 1978.

I prodromi del cambiamento sanciti dai decreti di riordino risultano dalle seguenti principali innovazioni²⁴:

²¹ Si confronti con: REA M.A. (2006), *Il modello aziendale in sanità. Percorsi evolutivi, primi risultati e nuove prospettive*, cit., pp. 15-16.

²² Al riguardo si veda: LUCARELLI S. (2004), “Il finanziamento del sistema sanitario in Italia: dal disavanzo strutturale all’instabilità istituzionale”, in JOMMI C. (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, p. 18.

²³ Si consulti, fra gli altri: VAGNONI E. (2004), *La direzione delle aziende sanitarie. Criticità di contesto, economicità e tutela della salute*, cit., p. 36.

²⁴ Si veda, fra gli altri: DONNA G., NIEDDU S., BIANCO M. (2001), *Management sanitario. Modelli e strumenti per gli operatori delle Aziende sanitarie*, Centro scientifico editore, Torino, p. 3.