

Rapporto Sanità '99

Livelli di governo e di responsabilità nel Servizio sanitario nazionale

a cura di Nicola Falcitelli e Marco Trabucchi

Presentazione

Rapporto Sanità '99: documento introduttivo,
di Anna Banchemo, Giovanna Bussolati, Gianfranco Carnevali, Nicola Falcitelli, Mariapia Garavaglia, Pietro Lavezzo, Angelo Mattioni, Giovanni Mele, Fabrizio Pantè, Bruno Sciotti, Giuseppe Sinibaldi, Renzo Tellini, Marco Trabucchi, Francesca Vanara.

Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario,
di Giorgio Pastori

Livelli essenziali di assistenza o livelli uniformi di finanziamento?,
di Mariapia Garavaglia

Sanità: problemi e prospettive del rapporto Stato-Regioni,
di Iles Braghetto

Il livello aziendale,
di Marino Nicolai

I livelli di governo nell'integrazione socio-sanitaria,
di Anna Banchemo

Esperienze internazionali di livelli di governo in sanità,
di Francesca Vanara

Rapporti tra Ssn e Università,
di Gianfranco Carnevali e Renato Lauro

L'accreditamento come strumento di governo,
di Nicola Falcitelli

Livelli di governo e nuove professionalità. La formazione per interpretare e promuovere il cambiamento,
di Bruno Sciotti

Le funzioni di controllo: diversi livelli di esercizio,
di Giuseppe Sinibaldi

Connessioni telecomunicative e sistemi sanitari in Italia,
di Achille Ardigò

Strumenti gestionali innovativi e livelli di governo,
di Fabrizio Pantè

Attese dei cittadini e livelli di governo,
di Carla Collicelli

Il governo della sanità tra ideologie ed esigenze di stabilità istituzionale,
di Giuseppe Zuccatelli

Rapporto Sanità '99: documento introduttivo

1. Considerazioni di carattere generale

Il sistema sanitario italiano è attraversato oggi da due peculiari connotazioni:

- Il totale cambiamento del sistema che coinvolge numerosi aspetti della organizzazione e della gestione del Servizio Sanitario nazionale;
- la ricerca di modalità e strumenti da introdurre nelle diverse attività e fasi del cambiamento per consentire il raggiungimento dell'obiettivo generale del riordinamento che è quello di garantire al cittadino di poter accedere su tutto il territorio nazionale ad una gamma di prestazioni di assistenza sanitaria predefinita, assicurando, nello stesso tempo, il rispetto dei vincoli di spesa pubblica determinati prospettivamente in funzione dell'andamento dell'economia nazionale.

Su questi aspetti non sono mancate, negli ultimi anni, valutazioni approfondite in varie sedi: tecnica, di opinione pubblica, sulla stampa, in Parlamento. Se ne discute ancora, soprattutto con riferimento alle modalità con le quali il cambiamento viene applicato.

In questo dibattito si inserisce il presente rapporto che vuole illustrare la situazione attuale del processo attuativo del riordino per quanto riguarda gli assetti istituzionali, con la individuazione dei problemi esistenti nella gestione della sanità in una prospettiva di medio periodo, nella convinzione che sono possibili interventi - anche a legislazione invariata - capaci di rimuoverli.

2. Caratteristiche essenziali del riordinamento in atto

Il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, avviato a fine 1992, è caratterizzato essenzialmente dai seguenti aspetti:

- la rivisitazione del ruolo dei vari soggetti istituzionalmente coinvolti, in quanto interessati, nel raggiungimento dell'obiettivo di tutela della salute del singolo cittadino;
- la previsione di un nuovo assetto istituzionale per gli enti pubblici (le aziende sanitarie) chiamati alla gestione degli interventi sanitari;
- la responsabilizzazione dei vari livelli decisionali del sistema relativamente al corretto uso delle risorse: a questo fine sono soprattutto orientati la regionalizzazione del servizio, la aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e di alcuni grandi complessi ospedalieri, con affidamento a ciascuna di dette tipologie di "azienda" di ruoli fortemente differenziati che, con riferimento alla "produzione" delle prestazioni, si pongono rispettivamente come "committenti" ed "erogatori", con la conseguente introduzione di un contesto negoziale ai fini della definizione della remunerazione delle prestazioni sanitarie in funzione del prodotto erogato;
- la centralità del momento valutativo nel processo di governo e di gestione del sistema sanitario: a questo obiettivo sono primariamente finalizzati la libertà di scelta del cittadino, le nuove tecniche di contabilità, l'introduzione ordinaria e sistematica dei metodi di misura mediante indicatori;
- la ricerca della "qualità" dei servizi e delle prestazioni da realizzare certamente attraverso la riqualificazione professionale del personale utilizzato, ma anche attraverso la definizione e gestione di un sistema di "accreditamento" uniforme ed indifferenziato, applicabile a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private.

Su tali basi sono state individuate in maniera più chiara le competenze dello Stato e quelle delle Regioni, demandando alle Aziende unità sanitarie locali tutte le attività di gestione del Servizio sanitario, in un contesto in cui le aziende ospedaliere sono chiamate a svolgere esclusivamente il ruolo di soggetti "produttori/erogatori" di prestazioni.

Sulla base della nuova conseguente distinzione delle attribuzioni all'interno dei tre livelli istituzionali (centrale, regionale, di azienda sanitaria) coinvolti compete:

a) allo Stato:

- la quantificazione delle risorse destinabili al Servizio sanitario nazionale (determinazione del Fondo sanitario nazionale e sua ripartizione alle regioni secondo quote capitarie omogenee ragguagliate alla popolazione e ad alcuni altri parametri di carattere epidemiologico);
- la individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini (Piano sanitario nazionale);
- la verifica dei risultati in termini di stato di salute dei cittadini e di impiego delle risorse (relazione sullo stato sanitario del Paese e definizione di un idoneo sistema nazionale di indicatori di efficienza e di qualità);
- la definizione dei requisiti uniformi minimi in materia di assetti strutturali, tecnologici ed organizzativi che i presidi sanitari - pubblici e privati - devono possedere per erogare le prestazioni a garanzia della qualità delle stesse nei confronti della generalità degli assistiti;
- la definizione di regole uniformi per la determinazione delle tariffe delle prestazioni erogate dal SSN.

b) alle Regioni:

- la definizione dei criteri generali concernenti l'assetto organizzativo e gestionale del servizio in ambito territoriale per la erogazione dell'assistenza nei limiti dei livelli uniformi nazionali;
- la programmazione ed il finanziamento delle attività degli enti sanitari;
- la potestà di riconoscere livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli da garantire uniformemente su scala nazionale;

- la potestà di imporre prelievi ulteriori ai cittadini residenti per finanziare i livelli aggiuntivi o per ripianare disavanzi di gestione;
- la definizione dell'apporto delle Facoltà di medicina e chirurgia nelle attività assistenziali, tramite la sottoscrizione di specifici "protocolli d'intesa" con le Università;
- la nomina e la revoca degli organi di gestione degli enti sanitari regionali (Aziende USL e Aziende Ospedaliere);
- il controllo sugli atti e sulla gestione degli enti sanitari regionali;
- la definizione degli ulteriori requisiti che le strutture pubbliche e private debbono possedere in materia di assetti strutturali, tecnologici ed organizzativi rispondenti agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale al fine di "acquisire" una vera e propria "certificazione di idoneità" ad essere coinvolti nella rete delle strutture utilizzate dal Servizio sanitario nazionale, avendo, comunque, ben presente che detto coinvolgimento si realizzerà esclusivamente con la "stipula" dei nuovi appositi rapporti con le aziende Unità sanitarie locali.

c) alle aziende Unità sanitarie locali:

- la definizione di un nuovo "modello" organizzativo che tenga conto della loro natura di "enti di gestione" del servizio sanitario e di azienda a conduzione monocratica tecnica;
- la stipula di rapporti contrattuali con le strutture pubbliche e private che abbiano i requisiti prescritti, finalizzati ad acquisire da "terzi" le prestazioni necessarie per dare risposte ai bisogni sanitari dei cittadini di rispettiva competenza laddove gli stessi bisogni non siano soddisfacibili completamente tramite i servizi e le prestazioni direttamente gestite;
- l'adozione della contabilità economico-patrimoniale e della contabilità generale in sostituzione della contabilità finanziaria, con conseguente identificazione dei centri di responsabilità e di costo;
- l'introduzione di un sistema informativo che riguardi l'intera attività aziendale;
- la istituzione, organizzazione e gestione dell'ufficio per le relazioni con il pubblico;
- la riorganizzazione su base dipartimentale di tutte le attività aziendali e di quelle ospedaliere;
- la sottoscrizione delle convenzioni con l'Università in coerenza con le scelte dei "protocolli d'intesa" da questa definiti con la Regione;
- l'integrazione delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali.

L'impianto aziendale del Servizio sanitario nazionale costituisce, da un lato, una vera e propria sfida - coraggiosa e delicata - perchè impatta sui principi solidaristici posti a base del Servizio e perchè ribalta i canoni amministrativi del sistema pubblico, e, dall'altro, offre al comparto sanitario la opportunità di porsi come "laboratorio" avanzato della più vasta strategia di riordinamento di tutta la Pubblica Amministrazione italiana.

L'azienda - si dice - è un modello organizzativo fondato sulla esaltazione giuridica di un elemento sostanziale dato dalla presenza di un' "attività stabilmente organizzata per la produzione di beni e servizi", al quale già altre volte l'ordinamento pubblico ha fatto ricorso per la gestione di servizi volti a realizzare fini sociali, come è appunto il sistema per la tutela della salute.

Immettere, quindi, il modello aziendale nella gestione dei servizi sanitari ha significato disegnare una configurazione dell'ente gestore centrata sui seguenti principi:

- l'autonomia della organizzazione e della gestione che sta ad indicare la capacità dell'unico organo di amministrazione di combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini dell'azienda, giovandosi della responsabile collaborazione e della capacità propositiva delle varie "presenze" tecnico-professionali, sia singole che collegiali, istituzionalmente previste. L'autonomia attinge alla gestione ed è pienamente compatibile - anzi presuppone secondo lo schema ordinamentale del SSN - una funzione esterna di definizione degli obiettivi e delle linee strategiche di attuazione, che è attribuita alla programmazione nazionale e regionale, oltre che alle specifiche funzioni di indirizzo e controllo regionali;
- la responsabilità per i risultati quale elemento corrispettivo dell'autonomia. Avendo il potere di allocare le risorse e di gestire l'utilizzazione in modo da perseguire al meglio gli obiettivi nel rispetto dei vincoli assegnati dal livello regionale, è necessario che colui che assume tali poteri si assoggetti alla valutazione dei risultati conseguiti attraverso la gestione ed assuma la responsabilità per quello che ha realizzato. La responsabilizzazione è supportata dagli istituti normativi che condizionano la conferma degli incarichi amministrativi e dirigenziali alla valutazione dei risultati (ciò vale per i Direttori Generali, i Direttori Sanitari, i Direttori Amministrativi e per tutti i dirigenti di II livello);
- il controllo della gestione. La dinamica autonomia-responsabilità per i risultati è l'elemento strutturale che caratterizza il concetto di azienda e che impatta in modo rilevante e fortemente innovativo sul concetto di controllo, trasformandolo da controllo di legittimità in controllo della gestione che ha per oggetto i risultati complessivi conseguiti nella gestione (piuttosto che la mera legittimità degli atti amministrativi posti in essere) e costituisce lo strumento su cui poggia la responsabilizzazione degli organi di amministrazione e di controllo interno avendo comunque presente che i primi debbono farsi carico del coinvolgimento diretto dei dirigenti onde responsabilizzarli sui risultati del settore cui sono preposti, anche al fine della valutazione di cui si è in precedenza fatto cenno.

Chiarito tutto ciò, si può affermare senza alcuna ambiguità che il modello aziendale non è un fine in sè, bensì lo strumento - nuovo - che viene adottato per realizzare i fini istituzionali - non modificati - del SSN. Il che va ricordato perchè ancora troppo spesso si invertono i termini del problema, e si finisce per esaltare il modello aziendale perdendo di vista l'obiettivo finale della tutela della salute dei cittadini.

3. Idee ispiratrici della "missione" del Servizio sanitario nazionale

Come detto, il processo di rinnovamento descritto non ha per nulla modificato le idee che ispirano la missione del Servizio Sanitario italiano che possono essere così riassunte:

- l'universalità: il SSN assicura a tutti i cittadini, senza distinzione di sesso, età, condizione sociale, economica e sanitaria, i livelli essenziali di assistenza sanitaria, vale a dire le prestazioni che rispondono a criteri di efficacia e appropriatezza. Tutti i cittadini possono accedere ai livelli essenziali di assistenza, in ragione dei rispettivi bisogni. Le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza sono erogate gratuitamente dal SSN, fatto salvo il principio della partecipazione alla spesa per alcune tipologie di prestazioni, allo scopo di rafforzare la consapevolezza degli utenti rispetto al loro costo;
- l'equità, attraverso il progressivo superamento delle differenze nello stato di salute tra i diversi gruppi di popolazione; questo principio si realizza rendendo accessibile a tutti i cittadini i livelli essenziali di assistenza, in modo coerente ed appropriato rispetto ai relativi bisogni;
- la solidarietà, per cui la destinazione delle risorse, nell'ambito del SSN, è orientata a rispondere alle condizioni di maggiore bisogno, indipendentemente dalle capacità economiche e contributive dei singoli.

4. Verifica dello stato di attuazione del processo di riordino

Il processo di cambiamento in atto è un percorso complesso, al cui interno è fisiologico rinvenire ritardi, carenze e criticità, ma è anche possibile cogliere successi e segnali incoraggianti. La verifica dello stato del processo di trasformazione non può pertanto che essere condotta sulla base di indicatori di processo molto formali, ai quali si farà ricorso nel presente rapporto.

Allo scopo di dare il massimo di sistematicità alla presentazione degli interventi e dei risultati, si adotta uno schema di ripartizione che riflette la distribuzione delle funzioni tra i livelli istituzionali.

a) Livello nazionale

A livello nazionale risultano posti in essere tutti i principali strumenti di formazione secondaria attuativa del programma di riordino recato dalle norme di cui ai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993.

Più in particolare, si ricordano i seguenti interventi:

- Approvazione dei Piani sanitari nazionali 1994-1996 (D.P.R. 1° marzo 1994) e 1998-2000 (D.P.R. 23 Luglio 1998);
- approvazione del progetto-obiettivo AIDS 1994-1996 (D.P.R. 7 aprile 1994);
- approvazione del progetto-obiettivo "tutela della salute mentale 1994-1996" (D.P.R. 7 aprile 1994);
- approvazione del piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale per il triennio 1994-1996 (D.P.R. 7 aprile 1994);
- definizione delle norme sul contratto di lavoro del Direttore Generale, del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo delle USL e delle Aziende ospedaliere (DPCM 19 luglio 1995);
- definizione e aggiornamento della normativa nazionale sul sistema tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera. In particolare:
 - disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati (D.M. 26 luglio 1993)
 - determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera (D.M. 15 aprile 1994)
 - circolare 21 aprile 1994 sull'utilizzo della classificazione degli interventi e delle procedure nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera
 - tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera (D.M. 14 dicembre 1994)
 - linee guida 1/1995 sull' "Applicazione del D.M. 14 dicembre 1994"
 - determinazione delle tariffe relative alle cure urgenti ospedaliere prestate ai cittadini italiani e stranieri non assicurati (D.M. 1° febbraio 1996)
 - circolare 11 novembre 1996 sul "Controllo del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera"
- determinazione dei contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale (D.M. 24 luglio 1995);
- definizione del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe (D.M. 22 luglio 1996);
- definizione dell'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (D.P.R. 14 gennaio 1997);
- schema di bilancio per le aziende sanitarie ex art. 5, comma 5 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni, adottato con decreto interministeriale Tesoro-Sanità del 20 ottobre 1994;
- linee-guida per il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale;
- elaborazione del percorso metodologico ed individuazione degli strumenti necessari per l'avvio del nuovo sistema di contabilità;
- decreto per la determinazione di termini e sanzioni in caso di eventuali inadempienze degli amministratori per la completa attuazione delle disposizioni concernenti la nuova contabilità;
- definizione e presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, con la quale è stato colmato un vuoto che si protraveva dal 1992. La relazione dà conto dello stato di salute della popolazione italiana sulla base dei principali indicatori di salute disponibili ed offre una buona rappresentazione del processo attuativo del riordinamento avviato con i provvedimenti del 1992-1993;

- schema di bilancio per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ex art. 5, comma 1 del decreto legislativo n. 296/93, adottato con decreto interministeriale Tesoro-Sanità del 3 settembre 1997;

b) Livello Regionale

- definizione dei nuovi ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali e costituzione delle relative aziende;
- costituzione delle aziende ospedaliere di rilievo nazionale;
- nomina dei Direttori Generali delle aziende USL e delle Aziende ospedaliere. A tale riguardo va già in questa sede sottolineata la problematicità di gestione della procedura, visto che in alcune regioni, a distanza di più di quattro anni dalla costituzione delle aziende, non si ha ancora la stabilizzazione dell'incarico;
- costituzione in alcune regioni delle agenzie sanitarie regionali;
- emanazione delle disposizioni (legislative e non) per la nuova organizzazione ed il funzionamento delle aziende ospedaliere;
- definizione delle norme di contabilità e di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- adeguamento (anche se parziale) della programmazione regionale rispetto alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 1994-1996.

c) Livello locale

La individuazione dei segnali di aziendalizzazione del livello locale può desumersi da alcuni interventi presenti in buona parte delle aziende USL costituite. In particolare si segnala quanto segue:

- è in sviluppo l'adozione del Piano di organizzazione aziendale, inteso quale strumento unitario e composito di individuazione degli obiettivi, delle strategie e degli assetti organizzativi aziendali. Parimenti in crescita è l'adozione del regolamento aziendale;
- è in fase di completamento l'adozione della contabilità economico-patrimoniale e della contabilità generale in sostituzione della contabilità finanziaria;
- è in aumento il numero delle aziende sanitarie che ha provveduto alla identificazione dei centri di responsabilità e dei centri di costo, sulla base - nella maggior parte delle realtà - degli indirizzi o disposizioni regionali;
- si innalza il livello degli interventi per l'attivazione del sistema informativo aziendale, come il numero delle aziende in cui risulta in funzione l'ufficio relazioni con il pubblico.

5. Interventi possibili per completare il processo di riordino del SSN

Quanto descritto dimostra che è vivo il processo attuativo del riordinamento voluto dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421 e dai decreti legislativi 502/92 e 517/93. Sta a significare anche che il consolidamento e lo sviluppo di questo processo sembrano essere la strada migliore per conseguire gli obiettivi di miglioramento delle prestazioni assistenziali, in una logica di razionalizzazione del sistema e, pertanto, in una dimensione di medio periodo.

L'obiettivo del consolidamento si identifica da un lato con la stabilizzazione del processo per la parte in cui il processo stesso è già avviato, dall'altro lato con il completamento per le parti che mostrano ancora la necessità di interventi atti ad orientare la fase attuativa residua, o riorientare i percorsi già avviati. Infatti i cambiamenti introdotti esigono una "continuità" istituzionale almeno fino a quando il nuovo modello non sia completato e sperimentato. I cittadini devono poter giudicare il funzionamento nella sua completezza, altrimenti anche sotto il profilo politico diventa problematico far sentire il sistema sanitario come una conquista civile e un formidabile strumento di sviluppo sia sociale che economico.

Un obiettivo così impegnativo si raggiunge soprattutto riorganizzando competenze, ruolo e stile di gestione delle funzioni regionali e professionalizzando i responsabili degli organismi e delle strutture delle aziende sanitarie (territoriali ed ospedaliere) per fare in modo che queste si dotino di modelli culturali, strutture informatiche ed organizzative che consentano una gestione basata su dati economici e non (a budget e per obiettivi) nella salvaguardia della qualità ed efficacia degli interventi.

5.1. Interventi possibili a livello centrale

Premesso che gli ambiti di competenza del livello centrale sembrano in gran parte soddisfatti e che essi, comunque, vengono completati con i decreti legislativi di cui alla legge 30 novembre 1998 n. 419, si ritiene di sollecitare l'attenzione sulla indispensabilità che, a sostegno del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione, si proceda alla definizione - e alla conseguente attivazione - di un piano straordinario di formazione e aggiornamento, mirato prioritariamente alle figure "chiave" del cambiamento (dirigenza sanitaria e amministrativa, area della programmazione, area della contabilità, area della comunicazione e dei rapporti con il cittadino), organizzato con la partecipazione di tutte le istituzioni formative capaci di offrire prodotti formativi qualificati ed efficaci. Se, infatti, è intrinseco al settore sanitario il processo evolutivo collegato al progresso scientifico, culturale ed economico, è peraltro evidente che le modificazioni ordinarie ed organizzative introdotte hanno comportato profondi cambiamenti nel modo di gestire la sanità. Questi cambiamenti presuppongono - ed esigono - una formazione degli operatori finalizzata al nuovo modello di azienda, all'utilizzo dei nuovi strumenti e metodi, ad una nuova cultura basata sui valori di servizio al cittadino, di produttività, di consapevolezza della rilevanza sociale dell'attività svolta, di responsabilizzazione di governo diffusa e generalmente accettata."

5.2. Interventi possibili a livello regionale

Per quanto concerne il livello regionale va rilevato che i temi da affrontare sono ancora diversi. Innanzi tutto appare necessaria una definizione dell' "accreditamento" che orienti meglio l'istituto in coerenza con i chiarimenti sul ruolo delle regioni e delle aziende e con l'obiettivo di individuare un sistema regolatore degli erogatori di prestazioni centrato sulla regione e fondato sui principi della programmazione delle attività e della spesa. La mancata od incompleta definizione dei requisiti per ottenere "il certificato di idoneità" da parte delle strutture utilizzabili dal Servizio sanitario per assolvere all'obiettivo di tutela della salute di tutti i cittadini sottrae certamente al Direttore Generale un importante strumento di governo.

Occorre, poi, che il nuovo sistema di pagamento delle prestazioni (sistema tariffario) venga specificato sempre di più come strumento di previsione e di controllo della spesa, nonché come strumento di valutazione della produttività, oltre che come sistema di una distribuzione più equa delle risorse. Non è detto, infine, che detto sistema debba essere sempre usato come strumento di finanziamento.

Perché ciò possa verificarsi, appare necessario che il sistema tariffario sia:

- centrato sul potere regionale;
- legato all'effettiva rilevazione dei costi sia nel pubblico che nel privato, in modo che il recupero di efficienza auspicato si traduca gradualmente in una riduzione delle tariffe;
- applicato, sia pure a titolo figurativo, anche alle attività di prevenzione collettiva, previa identificazione dei prodotti/prestazioni;
- utilizzato secondo i criteri generali determinati col Decreto ministeriale del 1994 che prevede la possibilità di compensare attività e servizi individuati dalla programmazione nazionale e regionale al di fuori delle "tariffe", secondo "programmi finalizzati di finanziamento regionale".

Un ulteriore intervento da cui potranno derivare reali benefici all'intero sistema sanitario è quello del "recupero" ai Comuni del ruolo già affidato loro dalla vigente normativa in tema di programmazione e verifica delle attività delle aziende sanitarie. Sinora, infatti, la partecipazione dei Comuni - attraverso il Sindaco ovvero attraverso la conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni - alla definizione delle scelte di programmazione è stata vanificata a volte da leggi regionali che hanno disciplinato la materia, prevedendo un accentramento in sede regionale di tale competenza e, quindi, minimizzando ed addirittura eliminando, nella sostanza, il predetto ruolo. Una modificazione di siffatti comportamenti non rispettosi delle scelte della legislazione nazionale potrebbe far emergere la reale "capacità" dei Comuni nel campo della programmazione sanitaria e nella valutazione dei risultati.

Un "vuoto" da colmare è quello relativo alla sottoscrizione dei "protocolli di intesa" Regioni/Università anche al fine di consentire la formalizzazione del successivo rapporto Azienda sanitaria/Università. I suddetti protocolli, oltre a farsi carico di individuare gli apporti assistenziali conferibili dalle Facoltà di medicina e chirurgia a livello regionale e a livello di singola azienda sanitaria, dovranno anche disciplinare:

- la posizione di piena autonomia del Direttore Generale rispetto all'Università nei casi in cui la sua individuazione avviene d'intesa con l'Università;
- le modalità di istituzione e gestione dei cosiddetti "dipartimenti assistenziali misti", ricordando che questi fanno parte, comunque, della struttura ospedaliera;
- gli aspetti economici "peculiarissimi" che conseguono alla presenza universitaria all'interno di una azienda sanitaria.

È convinzione comune che la definizione di detti aspetti evita di "scaricare" tensioni al livello successivo di definizione e sottoscrizione della convenzione Azienda sanitaria/Università.

A completamento degli interventi possibili a livello regionale sembra necessario pervenire al superamento di alcune "applicazioni" del "contratto" con il quale è disciplinato il rapporto di lavoro dei Direttori Generali delle aziende sanitarie, precisando le attività incompatibili con l'orario pieno richiesto e prevedendo apposita polizza assicurativa per la copertura dei rischi connessi alla funzione.

Tutto ciò indipendentemente dal fatto che la "precarietà" del rapporto - precedentemente evidenziata - potrebbe far sorgere serie perplessità sulla bontà dell'attuale disciplina di nomina dei Direttori Generali che ha sostituito il primitivo percorso consistente nella istituzione dell'albo nazionale degli aspiranti Direttori Generali il quale avrebbe garantito l'uniformità dei requisiti da possedere per aspirare al conferimento dell'incarico ed una scelta da parte delle Regioni certamente meno soggetta ad impugnativa.

5.3. Interventi possibili a livello aziendale

Per quanto riguarda il livello aziendale, appare innanzi tutto indispensabile sollecitare l'attivazione ovvero il completamento degli strumenti gestionali a livello locale stabiliti dal legislatore del riordino: contabilità analitica, sistema di reporting, budget. Solo attraverso questi strumenti la azienda è in grado di conoscere il peso della propria produttività e può innescarsi il processo virtuoso del contenimento dei costi.

Il sistema introdotto dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 prevede che oggetto delle scritture siano i fatti gestionali esaminati sotto un profilo non più giuridico, ma economico, e trova la sua base nel nuovo, modo di governare la Sanità chiaramente proteso verso il perseguimento di finalità pubbliche attraverso l'adozione di strumenti tipici dell'imprenditorialità privata. In tale contesto assumono particolare importanza, sul versante interno, il completamento del sistema informativo aziendale (rivolto peraltro anche agli aspetti della qualità) e, sul versante esterno, l'organizzazione di un ufficio relazioni con il pubblico capace di dialogare con tutta la cittadinanza tempestivamente e con facilità di accesso/rapporto.

D'altra parte non va dimenticato che tra le azioni strutturali orientate al completamento e perfezionamento del processo di riordino del SSN già avviato, va annoverato anche il rafforzamento dell'integrazione tra attività socio-assistenziale e

attività sanitaria, incentivando le collaborazioni tra enti diversi ma mantenendo ferma la separazione dei rispettivi finanziamenti.

La necessità dell'integrazione della politica sanitaria e della politica sociale per la salute nasce da uno stretto rapporto che esiste tra i diversi momenti della tutela della salute: prevenzione, cura e riabilitazione. Se tutela della salute significa conservazione e miglioramento del benessere di ciascuno, è indispensabile che si predispongano condizioni istituzionali e gestionali tendenti a coordinare gli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione dei servizi.

La sola integrazione professionale non sembra sufficiente per migliorare la qualità e l'efficacia delle risposte.

La integrazione socio-sanitaria può, inoltre, essere il tramite per una più consistente ed efficace collaborazione con i Comuni, deputati alla esplicazione degli interventi di tipo socio-assistenziale. Si pensi alle cosiddette "zone d'ombra" quali la psichiatria, l'handicap, la riabilitazione, la cronicità, le malattie terminali per comprendere a sufficienza l'esigenza di una correlazione tra i diversi interventi mediante un indispensabile dialogo istituzionalizzato.

Gli autori

Anna Banchemo: Dirigente del Settore attività distrettuali e Servizi alla persona della Regione Liguria; Giovanna Giordani Bussolati: Assessore Servizi sociali del Comune di Brescia; Gianfranco Carnevali: Direttore generale Azienda ospedaliera di Perugia; Mariapia Garavaglia: Presidente generale Croce Rossa Italiana; Pietro Lavezzo: Dirigente regionale Unità di progetto nucleo tecnico socio sanitario della Regione Veneto; Angelo Mattioni: Professore ordinario di Diritto regionale nella facoltà di Giurisprudenza dell'Università Cattolica di Milano; Fabrizio Pantè: Direttore generale della Sperimentazione gestionale della Città di Milano - Sistema Milano; Bruno Sciotti: Dirigente generale del ministero della Sanità; Giuseppe Sinibaldi: Dirigente del ministero del Tesoro Bilancio e Programmazione economica - Dipartimento Ragioneria generale dello Stato; Giovanni Mele: Vice presidente regionale Anci; Renzo Tellini: Direttore generale Azienda ospedaliera Ospedale di circolo e Fondazione Macchi, Varese; Marco Trabucchi: Università di Roma Tor Vergata; Francesca Vanara: Cresa, Torino; Nicola Falcitelli: Presidente della Fondazione Smith Kline.