

Italia e Francia contengono la spesa sanitaria attraverso progetti di riorganizzazione: decentramento amministrativo, accorpamento gestionale, responsabilizzazione finanziaria.

di Gabriele Ghirlanda

Sommario: 1. Introduzione 2. Il sistema sanitario 3. Tratti comuni delle differenti riforme sanitarie 4. Costi e qualità 5. Problemi e diversità nell'integrazione dei Sistemi sanitari 6. Il SSN italiano 7. Le strutture del SSN a livello centrale 8. Le strutture del SSN a livello locale 9. L'ospedale pubblico 10. La sanità privata accreditata 11. L'accreditamento 12. La composizione della spesa sanitaria pubblica italiana 13. Il sistema di finanziamento del SSN 14. I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura 15. I recenti ddl di riforma 16. Il sistema sanitario francese 17. Le strutture sanitarie statali a livello centrale 18. Le strutture sanitarie a livello locale 19. La legge n. 04-806 del 2004 20. Il servizio ospedaliero pubblico 21. Gli enti ospedalieri privati 22. Il finanziamento dei servizi 23. Il sistema assicurativo 24. Le leggi di finanziamento della sicurezza sociale 25. Riforme: il projet de loi n. 1210 26. Bibliografia.

1. Introduzione.

Lo studio della Sanità in campo economico-organizzativo mira alla comprensione, se non risoluzione, di problemi che travalicano la sola funzionalità del settore, incidendo sullo sviluppo sociale sia nella prospettiva della gestione delle risorse disponibili, sia dal lato della qualità della vita¹.

La Sanità non si limita quindi alla gestione di particolari eventi curativi, ma assume un ruolo attivo nell'evoluzione globale di una società moderna², per cui confrontare organizzazioni sanitarie comporta l'individuazione preliminare delle tematiche proprie del settore e degli obiettivi verso cui esso tende.

Lo studio dei diversi sistemi consente di acquisire la conoscenza di meccanismi finanziari, giuridici e strutturali che possono essere introducibili/introdotti in altri settori, dopo averne verificato in fase applicativa vantaggi e svantaggi.

Il concetto di Sanità, quale bisogno collettivo estendibile a tutti gli individui, ha trovato ampia applicazione nelle teorie del Welfare state³, in quanto soddisfazione di esigenze fondamentali ed insopprimibili del cittadino. D'altro canto, cronicamente, in quasi tutte le nazioni, opinione pubblica ed *opinion leaders* lamentano profonde insufficienze nella gestione dei rispettivi servizi sanitari, avanzando quelli di altri paesi come esempi da importare. Pertanto, obiettivo di questo breve articolo è confrontare specifici aspetti dei sistemi sanitari di due delle società più avanzate, analizzando anche i modelli di sviluppo ed i progetti di riforma complessivi, non settoriali, delle soluzioni proposte.

2. Il sistema sanitario.

Il sistema sanitario è l'insieme delle istituzioni, delle persone e delle risorse, umane e materiali, che concorrono al promuovere, recuperare e mantenere la salute⁴. Esso si compone di tre sottosistemi principali: la domanda, la quale raggruppa la popolazione esprime un bisogno di salute, che richiede prestazioni curative per ripristinare il proprio stato di benessere; la produzione, che produce e distribuisce i servizi sanitari a chi ne ha bisogno o è disposto a pagare per essi; il finanziamento, che si occupa della raccolta e distribuzione delle risorse monetarie necessarie al funzionamento complessivo⁵.

¹ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 15.

² Ibidem.

³ “Le società moderne si basano sul principio di dare il massimo al maggior numero possibile di uomini”,

DAHRENDORF R., *La libertà che cambia*, Laterza, Roma-Bari, 1994, pag. 89.

⁴ MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 1999, pag. 9.

⁵ Ibidem.

Gli obiettivi perseguiti da un sistema sanitario sono molteplici: prevenire la morte, guarire le malattie, alleviare la sofferenza, impedire la cronicità, promuovere la salute. Per fare tutto questo le attività svolte sono numerose, ma sinteticamente raggruppabili in questo modo⁶:

- prevenzione primaria, volta ad eliminare le cause di insorgenza delle malattie ed i possibili fattori di rischio per la salute;
- prevenzione secondaria, finalizzata all'individuazione delle malattie in fase precoce così da arrestarne l'evoluzione;
- diagnosi e cura, le quali identificano le cause della malattie, mirando a rimuovere lo stato patologico e ritardarne il decorso;
- riabilitazione, con cui si persegue il recupero delle capacità funzionali compromesse dalla malattia per impedirne la cronicità.

Per il suo funzionamento, il sistema sanitario assorbe risorse dal sistema economico⁷, trasformandole in prestazioni sanitarie destinate a migliorare lo stato di salute della popolazione⁸. Nel processo produttivo le risorse sono tra loro combinate secondo proporzioni tipiche dei diversi servizi sanitari⁹, così da creare il valore aggiunto (un nuovo valore d'uso) della prestazione prodotta.

Scopo del sistema sanitario è quello di "produrre salute", ed in base a ciò dovrebbe essere valutato, in genere secondo parametri di: efficienza, il rapporto tra prestazioni ottenute e risorse impiegate, relativamente al loro utilizzo economico nel processo produttivo; efficacia, il rapporto tra salute e prestazioni riguardante il contributo dei servizi sanitari al miglioramento finale dello stato di salute; equità, ossia la capacità di garantire l'accesso alle prestazioni di base ai cittadini meno abbienti¹⁰.

Un sistema ideale dovrebbe offrire una giusta combinazione di tali dimensioni, che pur essendo definitivamente semplici, sono di difficile misurazione/attuazione pratica.

3. *Tratti comuni delle differenti riforme sanitarie.*

Il controllo della spesa sanitaria è uno dei temi centrali delle politiche sociali di tutti i paesi del mondo sviluppato. Gli studi dell'OECD¹¹ giungono alla conclusione che i paesi membri non possono più limitarsi ad interventi realizzati attraverso programmi di contenimento della spesa, trasferendo semplicemente gli oneri sui settori più deboli del sistema¹². E' necessario procedere con un'ottica più ampia, multi-settoriale, di riforma dei sistemi sanitari: individuare risposte politiche nel contesto del processo democratico in cui operano i servizi, preservando l'integrità dei sistemi sanitari nazionali; evitare di compromettere gli investimenti nell'innovazione (motore del miglioramento della qualità e del contenimento dei costi); favorire politiche di tutela della salute che vadano oltre la semplice produzione di servizi sanitari¹³.

Le riforme adottate dai paesi di area OECD vertono sulla necessità di promuovere l'impiego, entro il settore sanitario, di strumenti tipici del meccanismo di mercato, così da stimolare la concorrenza fra i produttori di prestazioni sanitarie e di favorire il raggiungimento di più elevati

⁶ BERGAMASCHI M., *Creazione del valore e organizzazione in Sanità*, Università degli studi di Bergamo, Dipartimento di economia aziendale, Bergamo, 2008.

⁷ I cosiddetti fattori produttivi : lavoro, capitale, beni e servizi. Vedi KRUGMAN P.R. e OBSTFELD M., *Economia Internazionale*, vol. 1, HOEPLI editore, Milano, 2003.

⁸ MAJNONI D'INTIGNANO B., *Économie de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001.

⁹ Ad esempio, il settore ospedaliero è ad alta intensità di capitale, il settore ambulatoriale di lavoro; vedi MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 1999, pag. 12.

¹⁰ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004, pag. 72.

¹¹ OECD, *Economic Projections Statistics*, Paris, 2005; OECD, *Health data*, Paris, 2005.

¹² PETRETTO A., *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna, 1997.

¹³ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004, pag. 75

livelli di efficienza. Le idee forti su cui si basano tali progetti riformatori dei paesi considerati sono qui di seguito riportate¹⁴:

- separazione fra finanziamento ed erogazione degli interventi di tutela della salute, così da assicurare maggiore autonomia nell'utilizzo delle risorse ai gestori dei fondi;
- remunerazione dei soggetti erogatori attraverso meccanismi dipendenti dalla qualità e dalla tipologia delle attività svolte;
- sviluppo della contrattazione fra acquirenti e produttori di prestazioni sanitarie;
- introduzione di elementi di mercato pro-concorrenziali nel settore sanitario attraverso lo sviluppo di concorrenza amministrata;
- rafforzamento del ruolo del medico di base quale regolatore della domanda di prestazioni;
- rafforzamento della capacità decisionale di pazienti, in relazione con gli altri attori del sistema;
- impegno crescente a garanzia della qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- enfasi sulla valutazione dei risultati in termini di salute come indicatori di rapporto costo-efficacia e della soddisfazione del paziente;
- integrazione nelle politiche di tutela della salute delle priorità sociali ed ambientali, accentuando la prevenzione e la promozione della salute;
- responsabilizzazione dei decisori attraverso la definizione di obiettivi di salute, traguardi da raggiungere e scadenze da rispettare.

Prevedibilmente, come si esporrà in seguito, le recenti proposte legislative di riforma in Francia ed Italia contengono numerose similitudini con gli elementi succitati, operando nelle medesima direzione di questi ultimi: abbattimento della spesa sanitaria attraverso una razionalizzazione dei costi e responsabilizzazione degli operatori; guadagno di efficienza nell'erogazione e nella qualità delle cure attraverso l'attivazione di meccanismi concorrenziali; riorganizzazione amministrativa e gestionale delle strutture erogatrici e dei centri decisionali.

4. Costi e qualità.

Dopo un periodo (gli anni Ottanta, circa) dominato dall'esigenza di rallentare il tasso di crescita della spesa sanitaria e di migliorare i livelli di efficienza dell'intero sistema, gli anni più recenti sono stati caratterizzati da una crescente attenzione dedicata ai problemi della qualità dell'assistenza sanitaria (prestazioni e risultati ridotti)¹⁵.

L'enfasi posta su quest'ultima tematica trae origine, da un lato, dalla diffusione di atteggiamenti critici nei confronti del modo di operare della medicina e, dall'altro, dalle preoccupazioni indotte dai continui tagli nel settore sanitario¹⁶.

Come è noto, il contenimento dei costi non conduce necessariamente ad una riduzione della qualità, così come l'aumento della spesa non si traduce necessariamente in un suo miglioramento. La qualità costa, ma anche la *non-qualità*, generando notevoli sprechi di risorse: si pensi alle infezioni ospedaliere¹⁷ che sono responsabili del consumo di circa 950 mila giornate di degenza in Gran Bretagna e di 11 milioni di giornate negli Stati Uniti¹⁸.

¹⁴ Vedi POUILLIER J. P., *Health care reform in light of changing funding, incentives and production patterns*, OECD, Working Papers 18, Paris, 1996.

¹⁵ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004, pag. 79.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Infezione che il paziente non aveva (neppure in incubazione) al momento del contatto con la struttura ospedaliera e che ha acquisito durante la permanenza in ospedale. Vedi WHO, *Prevention of hospital-acquired infections, a practical guide*, Department of Communicable Disease, Surveillance and Response, Malta, 2002.

¹⁸ WORNING A., *Strategies for reduction of hospital-acquired infections: a model for quality development*, OECD, Paris, 1994.

Il contenimento dei costi può essere realizzato senza un peggioramento della qualità del servizio. Ciò è dimostrato dall'esperienza statunitense degli anni Ottanta, in occasione dell'introduzione di meccanismi innovativi di remunerazione delle prestazioni sanitarie (avviati principalmente allo scopo di ridurre la spesa sanitaria pubblica): l'adozione, a partire dal 1983, di sistemi di pagamento prospettici¹⁹ condusse ad un rallentamento dei tassi di crescita del programma pubblico *Medicare* dal 17% al 6% in sei anni e, in parallelo, il livello effettivo della spesa totale risultò inferiore di circa il 20% rispetto a quello atteso senza interventi di riduzione dei costi²⁰.

L'introduzione dei PPS non ha coinciso con un peggioramento della qualità dell'assistenza, bensì con un miglioramento di gran parte degli indicatori²¹: mortalità ospedaliera, ricoveri ripetuti, trasferimenti, accesso alle cure dei gruppi più a rischio, condizioni di salute al momento del ricovero. La qualità dei trattamenti ospedalieri destinati ai pazienti che rientrano nel programma *Medicare* è migliorata costantemente a dispetto, o per via, del PPS²².

L'unico dato apparentemente preoccupante riguarda le condizioni di salute al momento delle dimissioni, dato un aumento della percentuale di pazienti dimessi in condizioni di salute instabili²³: questo dimostra tanto la pericolosità di una politica di dimissioni veloci, quanto una maggior appropriatezza nell'impiego delle giornate di ricovero, con la dimissione del paziente non appena le condizioni di salute non sono più tali da giustificare la degenza in ospedale, ma può invece essere adeguatamente trattato a domicilio, in ambulatorio o in strutture assistenziali alternative (ad esempio riabilitative)²⁴. In questo caso ovviamente, l'offerta di servizi alternativi al ricovero deve essere sufficientemente sviluppata, poiché in caso contrario, come purtroppo attualmente in Italia, si presentano rischi reali sulla salute dei pazienti.

Si tratta soprattutto di un problema di equità, essendo le classi più emarginate, in genere, ad essere più frequentemente trattate in modo inappropriato, o perché sovra-trattate (sottoposte ad interventi più invasivi o complessi di quelli sufficienti), o perché sotto-trattate (come appena visto, dimesse precocemente e non protette contro i rischi di ricadute)²⁵.

5. Problemi e diversità nell'integrazione dei Sistemi sanitari.

Da un rapido esame sui sistemi sanitari di diversi paesi emerge come negli ultimi decenni si siano modificate tanto le modalità di erogazione di assistenza, quanto siano aumentati gli oneri finanziari.

Il rapporto sanità/paziente è cresciuto incessantemente, anche grazie ad una politica sanitaria "espansiva", che fino agli anni Ottanta ha incoraggiato un più ampio consumo di servizi di cura²⁶. In molti paesi i corrispettivi richiesti per tali servizi sono incrementati in misura maggiore rispetto al livello medio di inflazione, ma il quadro non è uniforme: il prezzo della salute è relativamente alto negli Stati Uniti, ma relativamente basso in Gran Bretagna²⁷. Inoltre, i paesi aderenti all'OECD

¹⁹ Prospective Payment Systems (PPS), introdotti in Italia tra 1992 e 1993, come si vedrà in seguito.

²⁰ WILEY H., *Quality of care and reform agenda in the acute hospital sector*, OECD, Paris, 1994.

²¹ KAHN K.L., *Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1953-1955; ROGERS W.H., *Quality of care before and after implementation of DRG-based prospective payment system. A summary of effects*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1989-1994, 1990.

²² RUBENSTEIN L.V., *Changes in quality of care for five diseases measured by implicit review 1981 to 1987*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1974-1979, 1990.

²³ KEELER E.B., *Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1962-1968, 1990.

²⁴ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004, pag. 81.

²⁵ Ibidem.

²⁶ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 53.

²⁷ Spesa sanitaria totale pro capite in \$ (PPA) nel 2005: Stati Uniti 6 347.0; Gran Bretagna 2 580.0; OECD, *Health data*, Paris, 2008.

divergono anche nell'allocazione delle risorse tra cura ospedaliera e servizi ambulatoriali e farmacologici: la percentuale di spesa per i ricoveri è relativamente alta in Danimarca, bassa in Germania²⁸. Un'ulteriore differenza è riscontrabile nei modelli di prestazione medica o nel ricorso a particolari soluzioni chirurgiche, per esempio: la proporzione di nascite con parto cesareo è due volte più alta negli Stati Uniti piuttosto che in Svezia²⁹.

Alcune di queste differenze possono nascere da fattori culturali e sociali, ma un ruolo maggiore è probabilmente giocato dalle particolari soluzioni istituzionali adottate da ogni paese nella distribuzione dei servizi sanitari³⁰: il consumo relativamente alto di farmaci in Giappone può essere spiegato dal fatto che lì sono venduti dai medici in assistenza ambulatoriale³¹; ai lunghi tempi di soggiorno ospedaliero presenti in Germania ha contribuito il sistema ospedaliero basato sul pagamento di posti letto occupati, con risultati opposti rispetto al caso statunitense, dove invece è già da lungo tempo applicato il sistema di pagamento per caso clinico³².

Le riforme più recenti messe in atto in molti paesi, come già visto e si vedrà in seguito, sono state caratterizzate dal rafforzamento del ruolo di organismi operativi quali le agenzie, i fondi di assicurazione o le autorità sanitarie regionali, che invece di limitarsi ad una funzione meramente passiva di contenimento dei costi, divengono acquirenti di assistenza sanitaria, assumendo la responsabilità tanto dei costi quanto dell'individuazione di migliori servizi³³.

Un possibile approccio alternativo consiste nella creazione di un mercato competitivo delle assicurazioni pubbliche e private, che concorrano a proporre i migliori servizi a vantaggio del cliente: questo potrebbe aumentare la responsabilità degli erogatori di Sanità nei confronti dei consumatori, così da incentivarne anche la qualità³⁴.

L'aumento delle spese poste direttamente a carico dei pazienti può effettivamente contenere la domanda, soprattutto contro gli eccessi che si manifestano inevitabilmente quando la totale gratuità incoraggia i consumi non motivati. Tuttavia un simile approccio non tiene conto del diverso collocamento che il rischio di domanda eccessiva di prestazioni assume rispetto ai vari sistemi sanitari: il prevedere esenzioni o carichi differenziati su base reddituale, necessità effettiva di assistenza e pluralità di tipi di servizio possono incidere fortemente su equità ed efficienza, aumentando in modo considerevole costi e complessità amministrative. L'effetto contrario rispetto alla finalità introduttiva.

6. Il SSN italiano.

Le prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale non provengono esclusivamente da enti pubblici, bensì anche da liberi professionisti convenzionati e da imprese sanitarie private accreditate: circa il 60% delle prestazioni, in termini di spesa, è erogato da strutture del SSN, ed il 40% è acquistato da operatori privati di mercato³⁵.

I servizi a gestione diretta del SSN sono rappresentati³⁶: dagli ospedali; definiti dalla legge "presidi ospedalieri"; dalle aziende ospedaliere; dai policlinici universitari; dagli ex-ospedali psichiatrici; dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico³⁷; dagli Istituti zooprofilattici

²⁸ OECD, *Health data*, Paris, 2007.

²⁹ Ibidem.

³⁰ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 54.

³¹ Ibidem.

³² Ibidem.

³³ MARINO I.R. (a cura di), *Sistema salute: analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Italianieuropei, Roma, 2007.

³⁴ DE MATTEIS R., *Responsabilità e servizi sanitari: modelli e funzioni*, Cedam, Padova, 2007.

³⁵ FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative per il SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004.

³⁶ GIORGETTI R., *Il servizio sanitario: guida alla normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli, Rimini, 1998.

³⁷ D'ora in avanti "IRCCS".

sperimentali³⁸; dagli ambulatori specialistici; dai consultori familiari; dai centri di igiene mentale; dai servizi per gli anziani, per disabili e per tossicodipendenti; dalle case protette; dalle comunità terapeutiche; dai servizi di igiene pubblica, di medicina del lavoro e veterinari. Eccettuate le aziende ospedaliere, gli IRCCS e gli IZS, tutti gli altri servizi fanno parte dell'azienda sanitaria locale³⁹ e sono considerati stabilimenti produttivi di quest'ultima.

I servizi medici di base sono forniti da liberi professionisti convenzionati⁴⁰: i medici di medicina generale; i pediatri di libera scelta; la guardia medica; i medici di medicina dei servizi⁴¹ e le farmacie. Liberi professionisti sono anche gli specialisti che operano in studi privati e nei poliambulatori pubblici: i primi sono remunerati a tariffa, i secondi ad ora⁴². La convenzione si configura come un rapporto di libera professione, nello specifico una prestazione d'opera intellettuale, che spesso assomma i vantaggi del lavoro autonomo (non-subordinazione, libertà di apertura dell'ambulatorio) e del lavoro dipendente (indennità di contingenza, ferie, trattamento di fine rapporto)⁴³. Presso le imprese sanitarie private accreditate l'assistenza sanitaria viene erogata in forma diretta e gratuita, salvo il pagamento di *ticket*⁴⁴. I pazienti possono recarsi anche presso centri non convenzionati o all'estero ed essere rimborsati a posteriori a seconda delle normative regionali in proposito, e quindi eventualmente sulla base di tariffe regionali: infatti la cosiddetta "assistenza indiretta", dal 2002, in conseguenza del federalismo fiscale, non è più garantita a livello nazionale⁴⁵. Nei riguardi dei fornitori di prestazioni vige il principio della libertà di scelta del paziente: egli può recarsi, dal 1996 senza più alcuna autorizzazione⁴⁶, dagli erogatori pubblici o privati accreditati, della propria o di altre Asl. I rapporti finanziari conseguenti alla mobilità dei pazienti, sono regolati a livello nazionale, tra le regioni, e a livello regionale, tra Asl differenti.

Il SSN è organizzato su tre livelli di assistenza: i servizi medici di base, la medicina specialistica, la medicina specialistica di secondo livello e le alte specialità. I servizi medici di base ruotano sul perno rappresentato dal medico generalista, il quale ha una competenza generale e per esercitare deve frequentare un corso specifico di due anni dopo la laurea. Nel nostro sistema sanitario il medico generalista è una figura-chiave, poiché essendo posto all'entrata del *circuito* decide dell'ingresso in esso dei pazienti che a lui si rivolgono. In altri sistemi, come quello francese (fino al 2005)⁴⁷ o tedesco, è invece possibile accedere direttamente allo specialista⁴⁸.

³⁸ D'ora in avanti "IZS".

³⁹ D'ora in avanti "Asl".

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Ad esempio scolastica o vaccinazioni.

⁴² MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna 1998.

⁴³ ROCCELLA M., *Manuale di diritto del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2008

⁴⁴ Vedi la legge n. 299 del 2006, legge finanziaria per il 2007, che prevedeva per le visite specialistiche e per la diagnostica un tetto di 36,15 euro di ticket, con una quota fissa di 10 euro per ogni ricetta che potrà contenere al massimo 8 prestazioni, esclusi gli esenti. Al pronto soccorso è esteso in tutte le Regioni il pagamento delle prestazioni specialistiche e diagnostiche eseguite senza che vi sia urgenza, in caso non diano seguito a ricovero. Si pagano 23 euro per la visita medica e 18 euro in caso di accertamenti diagnostici. Anche qui gli esenti non saranno sottoposti al pagamento del ticket.

⁴⁵ Infatti la legge n. 448 del 2001, legge finanziaria per il 2002, non la menziona più, con il passaggio di tale ambito alla competenza regionale. Vedi anche ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2004.

⁴⁶ Vedi Sentenza Corte Costituzionale n. 178 del 31 maggio 1996.

⁴⁷ La legge n. 04-810 del 13 agosto 2004 relativa all'*assurance maladie* ha instaurato un sistema di coordinamento delle cure poggiate sulla centralizzazione della presa a carico da parte di un *médecin traitant* scelto dal paziente: quest'ultimo può consultare un medico specialista solo su autorizzazione del medico trattante. I soli medici specialisti consultabili direttamente (cioè senza passare dal medico trattante) sono: gli oftalmologi, i ginecologi, gli psichiatri. Tale sistema è in vigore dal 1° luglio 2005.

⁴⁸ PELISSERO G., *Competition in health systems. In Italy, in the European Union, in the world*, Associazione italiana ospedalità privata, Roma, 2002.

Idealmente il medico di base è colui che gestisce la salute dei suoi assistiti per l'intero ciclo di vita, indirizzandoli ai servizi di cui necessitano, ma rimanendone sempre il responsabile ultimo. Inoltre svolge un ruolo economico fondamentale: attraverso le sue decisioni egli diviene un ordinatore di spesa⁴⁹, filtrando l'accesso alle prestazioni specialistiche, caratterizzate da costi più elevati, e conseguentemente comportanti maggiori oneri per la finanze dello Stato nel caso di loro rimborsabilità.

I servizi sanitari di secondo livello sono costituiti dagli ospedali e dai servizi specialistici ambulatoriali⁵⁰; questi ultimi, le specialità cliniche, si distinguono in specialità di base, a media assistenza, ad elevata assistenza, di terapia intensiva, di riabilitazione e lungo degenza⁵¹.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono erogate secondo tre diverse modalità⁵²: dai medici ospedalieri; dagli specialisti convenzionati "interni" nei poliambulatori pubblici (dove il restante personale è dipendente del SSN); dagli specialisti convenzionati "esterni" nei loro ambulatori. Vi sono inoltre servizi specialistici rivolti ad alcune categorie di popolazione: servizi psichiatrici, o servizi per le tossicodipendenze⁵³.

Ogni Asl è tendenzialmente autosufficiente per le specialità di secondo livello a media intensità: ciò che può variare è la loro effettiva disponibilità (numero di letti, di specialisti, di ore) e la loro distribuzione sul territorio⁵⁴. Per accedere ai servizi sanitari di secondo livello è sempre necessaria una prescrizione del medico di base, eccetto per alcuni specialisti: ginecologo, dentista, pediatra oculista⁵⁵.

I servizi sanitari di terzo livello comprendono specialità definite per legge, che possono riguardare malattie o interventi molto rari⁵⁶, oppure l'impiego di apparecchiature molto costose⁵⁷. Il bacino d'utenza di queste specialità può essere di alcuni milioni di abitanti, e tendono quindi ad essere concentrate in alcuni poli regionali. Non tutte le regioni, tuttavia, dispongono di alte specialità.

7. Le strutture del SSN a livello centrale.

In Italia la tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, prevista dall'art. 32 della Costituzione, è garantita attraverso il SSN. Istituito dalla legge n. 833 del 1978, esso ha carattere universale e solidaristico, fornendo assistenza sanitaria a tutti i cittadini, senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito o lavoro. I principi fondamentali su cui si basa il SSN sono⁵⁸: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza⁵⁹; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

⁴⁹ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

⁵⁰ FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007.

⁵¹ GIORGETTI R., *Il servizio sanitario : guida alla normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli, Rimini, 1998, pag. 59.

⁵² ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2007.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ad esempio i trapianti d'organo.

⁵⁷ Come un acceleratore lineare.

⁵⁸ ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007.

⁵⁹ D'ora in avanti "LEA".

Il SSN assicura quindi un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. Come già ricordato, i cittadini effettuano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate, esercitando il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione⁶⁰.

In base al "principio di sussidiarietà" costituzionale, il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo⁶¹: a livello centrale è lo Stato che ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini la tutela della salute; a livello decentrato spetta alle regioni la diretta realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Come si vedrà di qui a poco, le regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute, nonché dei criteri di finanziamento delle Asl e delle aziende ospedaliere, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato⁶².

E' quindi possibile affermare che il governo del SSN è esercitato in misura prevalente da Stato e regioni⁶³, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla revisione del Titolo V della Carta costituzionale⁶⁴ e dalla legislazione in materia. Le previsioni costituzionali recano una complessa distribuzione di competenze in tema di salute: se alla legislazione statale spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in forza della lett. m) dell'art. 117, comma 2; dall'altro lato, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle regioni. Dunque, queste ultime, possono legiferare in materia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale, nonché dei livelli essenziali individuati da quest'ultima. In proposito va ricordato come l'espressione "livelli essenziali" sia mutuata dalla legislazione in materia sanitaria, e che l'art. 1 del d.lgs. n. 502 del 1992, , così come sostituito dall'art. 1 del d.lgs. n. 229 del 1999, vi aggiunga l'aggettivo "uniformi", a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese⁶⁵. La definizione di LEA è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano⁶⁶.

Il SSN è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute: il Ministero della Salute, organo centrale, che in attuazione di quanto previsto dalla legge finanziaria 2008⁶⁷ è oggi confluito nel Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; enti ed organi di livello nazionale⁶⁸.

8. Enti ed organi territoriali del SSN.

⁶⁰ FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007.

⁶¹ ROVERESI MONACO F., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini, 2000.

⁶² CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

⁶³ FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005.

⁶⁴ Legge costituzionale n. 3 del 2001.

⁶⁵ BALDUZZI R. e G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della giornata nazionale di studio, Genova, 15 gennaio 2002*, Giuffrè, Milano, 2002.

⁶⁶ ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2006.

⁶⁷ Art. 1 comma 376 della legge n. 244 del 2007.

⁶⁸ Ad esempio il Consiglio Superiore di sanità; l'Istituto Superiore di Sanità; l'ANSSR.

Nelle aziende sanitarie pubbliche “i portatori di interessi” istituzionali sono la collettività di riferimento e i prestatori di lavoro⁶⁹: la prima, in particolare, partecipa al governo dell'azienda sanitaria attraverso la rappresentanza politica. A seguito del processo di regionalizzazione del SSN le regioni possono essere considerate le prevalenti rappresentanti della popolazione, difatti esse sono divenute⁷⁰: responsabili in via esclusiva dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari; direttamente impegnate ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA, sulla base delle esigenze specifiche del territorio nazionale. Inoltre esse hanno il compito di ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del sistema sanitario regionale⁷¹; di delineare le politiche complessive del sistema; di progettare norme generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende del gruppo. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome consente alle regioni di partecipare alle scelte del governo, nelle materie di comune interesse e di approfondire le questioni politico-amministrative più rilevanti⁷².

Per guidare il gruppo sanitario pubblico ed il complessivo SSR, quasi la totalità delle regioni ha istituito un'Agenzia sanitaria regionale⁷³. Le scelte regionali, in merito alle concrete funzioni attribuite alle ASR, sono molto differenziate⁷⁴: consulenti delle aziende; centri studi indipendenti con compiti di osservatorio sul SSR; tecnostuttura a servizio dell'Assessorato, della Giunta o del Consiglio regionali; soggetti di attività operative, ovvero di ricerca e studio.

Tutte le regioni devono individuare le aziende sanitarie pubbliche di cui il SSR si avvale, e specificamente devono⁷⁵: ridefinire l'articolazione del territorio regionale in Asl; costituire eventualmente in azienda autonome gli ospedali⁷⁶ di rilievo nazionale, di alta specializzazione e quelli individuati dalla regione stessa. Questa autonomia si è concretizzata in scelte molto diverse, che hanno determinato una forte eterogeneità interregionale⁷⁷ in termini di numero e dimensione media di Asl ed AO, nonché circa il numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione diretta delle Asl, con la conseguente estensione di meccanismi di quasi-mercato.

Le Asl sono enti pubblici locali⁷⁸, precisamente enti strumentali della regione, ai quali compete l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie nel proprio ambito territoriale, con la facoltà di erogarle attraverso strutture pubbliche o private accreditate⁷⁹. A tale scopo, e a seguito della legge di riforma delle precedenti unità sanitarie locali (Usl), sono definite come centri di imputazione di autonomia imprenditoriale e dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica⁸⁰. Il Direttore Generale assicura il perseguimento della missione dell'Asl, ne garantisce il governo complessivo ed esercita i poteri organizzativi e

⁶⁹ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, pag. 28.

⁷⁰ CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

⁷¹ D'ora in avanti “SSR”.

⁷² FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005.

⁷³ D'ora in avanti “ASR”.

⁷⁴ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002* Egea, Milano, 2002, cap. VII.

⁷⁵ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

⁷⁶ D'ora in avanti “AO”.

⁷⁷ Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, Tab. 2.1 pag. 31.

⁷⁸ Enti dotati di personalità giuridica pubblica.

⁷⁹ FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007.

⁸⁰ Art 4. legge n. 502 del 1992, testo aggiornato (da ultimo nel 2002) dal d.lgs. n. 229 del 1999, che inoltre ha fatto rientrare i Comuni nel processo decisionale e programmatico, in particolare per l'approvazione dei piani sanitari e per la verifica della loro attuazione.

gestionali. Egli è coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sociale che, nell'ambito delle rispettive aree di responsabilità (sanitaria, amministrativa e tecnica, socio-sanitaria) sono deputati al coordinamento delle attività ed alla formulazione di proposte ai fini della elaborazione di piani e progetti annuali o pluriennali. Le Asl, che sono in totale 195, garantiscono tutte le prestazioni fissate a livello nazionale nei LEA⁸¹.

Le AO sono ospedali, di rilievo regionale o interregionale, costituiti in aziende in considerazione delle loro particolari caratteristiche. Le AO presenti sul territorio nazionale sono 102 e hanno il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, nel rispetto delle modalità e nei regimi appropriati, attraverso l'uso efficace delle risorse a disposizione⁸².

Le regioni, in conseguenza del "federalismo fiscale e sanitario", hanno proceduto in modo autonomo⁸³: all'introduzione di nuovi soggetti istituzionali; alla previsione di meccanismi leganti tra loro diverse aziende, in particolare con la creazione di coordinamenti intermedi tra regione ed aziende stesse, non necessariamente dotati di personalità giuridica; all'accentramento a livello regionale di alcune funzioni amministrative strategiche. La finalità principale di simili interventi sembra essere stata la ricerca di soluzioni che riconnetterebbero e metterebbero in rete le aziende sanitarie, così da ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni: autonomia ma con condivisione di risorse, di ambienti d'azione, ed in parte di obiettivi⁸⁴. Un esempio di questo è la costituzione in Toscana delle Società della Salute⁸⁵, aventi per fine istituzionale il salute e benessere sociale, e non solo l'offerta di prestazioni sanitarie, favorendo la partecipazione dei cittadini alle scelte dei servizi socio-sanitari. In sostanza sono consorzi pubblici aventi per soci i comuni afferenti ad una zona-distretto Asl di riferimento.

Il distretto è la struttura operativa mediante cui l'asl assicura una risposta unitaria coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione di un dato territorio. Esso è titolare dello stato di salute della popolazione e organizza, attraverso i propri operatori ed in particolare attraverso i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare, provvedendo al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai disabili fisici e psichici e ad altri soggetti⁸⁶. Inoltre, esso gestisce le attività socio-sanitarie delegate ai comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera. Per l'erogazione delle prestazioni territoriali, i distretti si avvalgono di una pluralità di strutture, classificabili come⁸⁷: strutture ove sono erogate prestazioni specialistiche, come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; strutture territoriali, come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno-infantili ed i centri distrettuali; strutture semi-residenziali, come i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali, quali le case protette.

Da notare è il fatto che la necessità di spostare risorse e servizi, in gran parte assorbiti dagli ospedali, verso il territorio, si sia tradotta in un rafforzamento dei distretti, considerati promotori di un'efficace politica di governo della domanda e di valutazione delle prestazioni erogate alla popolazione di riferimento⁸⁸.

⁸¹ Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

⁸² ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007.

⁸³ CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

⁸⁴ GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2007, Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Il Mulino, Bologna, 2007.

⁸⁵ Vedi Piano Sanitario Regionale Toscana 2002-2004 e 2005-2007.

⁸⁶ Ad esempio tossicodipendenti o malati di AIDS.

⁸⁷ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

⁸⁸ Il distretto analizza la domanda e la orienta così da garantire continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento

9. L'ospedale pubblico.

I recenti processi di riforma, in atto nei diversi sistemi sanitari europei e mondiali, con l'evoluzione delle possibilità e delle modalità di cura, stanno modificando sensibilmente il ruolo esercitato dal livello ospedaliero di assistenza nell'ambito della complessiva assistenza sanitaria⁸⁹. Una simile evoluzione del ruolo dell'ospedale corrisponde a significativi cambiamenti nella sua organizzazione interna, oltre che nelle relazioni intercorrenti fra le diverse categorie professionali che in esso agiscono⁹⁰. I due grandi mutamenti che hanno investito gli ospedali italiani sono la trasformazione in aziende delle strutture sanitarie (con in particolare una quota rilevante dei presidi ospedalieri) ed il passaggio al sistema di remunerazione mediante tariffe predefinite⁹¹. Tali innovazioni hanno influenzato in modo sensibile la stessa missione dell'ospedale, i suoi processi organizzativi e gestionali, i rapporti "di potere" ad esso interni⁹².

L'ospedale in Italia è tradizionalmente diretto da una "diarchia"⁹³: un dirigente medico e un dirigente amministrativo; nel caso delle aziende ospedaliere vi è anche un direttore generale, ad essi sovraordinato. A capo delle divisioni e dei servizi vi è un primario, ora denominato dirigente di secondo livello, responsabile dell'organizzazione interna e dell'impiego delle risorse umane e materiali⁹⁴. Ad ogni divisione è affidato un determinato numero di posti letto, che con l'avvio dei dipartimenti sono ora distinti⁹⁵.

A partire dalla legge finanziaria per il 1991⁹⁶ e dal d.lgs. n. 502 del 1992 è stato avviato un processo di ristrutturazione della rete ospedaliera, prevedendo trasformazioni di destinazione, accorpamenti e disattivazione delle strutture sanitarie che non rispettano i seguenti parametri: utilizzazione media annua dei posti letto non inferiore al 75% dei disponibili; dotazione superiore ai 120 posti letto.

La ristrutturazione della rete ospedaliera ha determinato una consistente riduzione del numero di strutture di ricovero pubbliche ed equiparate⁹⁷: tuttavia tale flessione non rispecchia integralmente il numero effettivo di strutture dimesse o convertite in strutture extra-ospedaliere, poiché riflette anche l'accorpamento funzionale di più stabilimenti in un unico presidio, oltreché l'aggregazione di presidi a gestione diretta in AO⁹⁸. Inoltre, la diminuzione di posti letto registrata soprattutto nei presidi direttamente gestiti dalle Asl⁹⁹, sembra indicare un ridimensionamento reale verificatosi a carico di tale tipologia di strutture ospedaliere. Questa tendenza è stata ulteriormente rafforzata dall'emanazione di indirizzi nazionali marcianti nella medesima direzione: il PSN 2003-2005 individuava tra gli obiettivi prioritari la riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli ospedali minori, lo sviluppo dell'ospedalità a domicilio e la realizzazione di centri avanzati d'eccellenza; il PSN 2006-2008 promuove l'attività del IRCCS e delle AO, nonché l'integrazione tra tali strutture finalizzata a realizzare "masse critiche" adeguate in termini di

⁸⁹ CRIVELLINI M., *Sanità e salute: un conflitto di interessi. I sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti*, Angeli, Milano, 2004.

⁹⁰ HEALY J. e Mc KEE M., *The evolution of hospital systems*, in Mc KEE M. e HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002.

⁹¹ Che sarà trattato nel cap. V di questo lavoro.

⁹² AIOP, *Ospedali & Salute. Terzo rapporto annuale 2005*, Angeli, Milano, 2006.

⁹³ GIORGETTI R., *Il servizio sanitario : guida alla normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli, Rimini, 1998.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007.

⁹⁶ Legge n. 405 del 1990.

⁹⁷ Da 1.068 nel 1995 a 672 nel 2004; vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, tab. 2.4 pag. 49.

⁹⁸ Ibidem.

⁹⁹ Da 199 nel 1997 a 182 nel 2003; vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, tab. 2.7 pag. 53.

risorse, conoscenze tecnico-operative e *skills* professionali, così da accedere a processi di finanziamento internazionali sia per la ricerca di base che per quella finalizzata.

In termini dimensionali¹⁰⁰: le AO e i policlinici hanno per loro natura una maggiore dimensione¹⁰¹; gli ospedali a gestione diretta Asl non raggiungono, in media, i 200 posti letto; gli IRCCS e gli ospedali classificati dispongono mediamente di 221 e 192 posti letto; nelle case di cura private vengono in media accreditati poco meno di 90 posti letto. In tutte le tipologie di aziende, soprattutto nei policlinici e negli ospedali classificati, la dimensione media è ad oggi diminuita. Sono rimaste invece invariate le percentuali delle strutture equiparate alle pubbliche e delle altre strutture di ricovero: sembra rilevabile una tendenziale concentrazione dei posti letto pubblici nelle strutture di ricovero di alta specialità¹⁰².

Il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione del SSN ha provocato la modifica dei sistemi di finanziamento e di remunerazione, e con essi quella dei sistemi di controllo esterno ed interno¹⁰³, dei sistemi di contabilità e dei sistemi informativi entro le aziende del SSN¹⁰⁴. L'introduzione della remunerazione a prestazione, in particolare, ha comportato l'inserimento di elementi di competitività tra erogatori pubblici e privati del SSN¹⁰⁵.

Lo stato di sviluppo del meccanismo di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie presenta ad oggi un grado di diffusione esteso alla totalità delle aziende del SSN, seppur fino al 2004 fossero ancora presenti importanti differenze territoriali¹⁰⁶. Il sistema di *reporting* appare ancora carente, ma ad ogni modo: la periodicità più diffusa è quella trimestrale; la tempestività appare piuttosto buona, senza differenze tra Asl ed aziende ospedaliere¹⁰⁷.

Il sistema di remunerazione basato sulle tariffe delle prestazioni previsto dal d.lgs. n. 502 del 1992 è stato avviato prioritariamente in riferimento alle prestazioni ospedaliere, a partire dal 1995¹⁰⁸. Obiettivo era attivare il circolo virtuoso di aziendalizzazione dell'intero SSN¹⁰⁹. Questo ha comportato un importante sviluppo all'interno delle aziende sanitarie di strumenti manageriali e di professionalità in grado di utilizzarli, pur essendo anche qui presenti forti squilibri tra le diverse realtà territoriali¹¹⁰. Il d.lgs. n. 502 del 1992 ha introdotto la contabilità generale nella Asl e nelle aziende ospedaliere¹¹¹. Dal punto di vista della normativa contabile emanata in ambito sanitario, si osserva una forte eterogeneità delle scelte operate a livello regionale¹¹². Ad ogni modo il risultato perseguito è indubbio: le aziende sanitarie producono ormai con continuità e relativa tempestività i propri bilanci d'esercizio¹¹³.

¹⁰⁰ DEL VECCHIO M., *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*, EGEA, Milano, 2003.

¹⁰¹ Mediamente 672 e 551 posti letto utilizzati; vedi ibidem.

¹⁰² ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

¹⁰³ Orientandoli alla valutazione dei risultati piuttosto che all'autorizzazione preventiva; vedi LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005.

¹⁰⁴ FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma, 2007.

¹⁰⁵ FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

¹⁰⁶ Solo il 65% delle Asl del sud Italia aveva adottato il sistema di budget, contro l'86% del nord e del centro Italia. ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2007.

¹⁰⁷ LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005.

¹⁰⁸ TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996.

¹⁰⁹ JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, 2004.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹¹² ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2007.

¹¹³ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

Il d.lgs. n. 502 del 1992 ha affidato ad una figura monocratica, il direttore generale, tutti i poteri gestionali e di definizione degli indirizzi strategici¹¹⁴. La successiva introduzione del sistema di pagamento a prestazione per la remunerazione dell'attività ospedaliera ha determinato lo sviluppo di strumenti e metodi di controllo sull'autonomia dei clinici relativamente all'impiego delle risorse¹¹⁵. La differenziazione e la pluralità delle soluzioni organizzative e degli stili di direzione sono perfettamente compatibili con la natura di azienda, quindi sono considerabili un risultato atteso dal processo di aziendalizzazione del SSN¹¹⁶. Tuttavia il rapporto tra *managers* e "clinici" ha prodotto una condizione di disorientamento, o persino di straniamento-contrasto, di questi ultimi rispetto alle finalità e al modo d'essere delle aziende ospedaliere¹¹⁷. Una soluzione sembra poter essere costituita dall'individuazione, entro l'azienda, di valori condivisi, compatibilmente con la valorizzazione delle inevitabili differenze di punti di vista dei *managers* e dei clinici¹¹⁸. In questo caso il modello dipartimentale rischia di rappresentare un'occasione mancata per il conseguimento degli obiettivi ad esso collegati¹¹⁹. Per ottenere ciò il direttore del dipartimento deve essere percepito come *leadership* operativa, considerato come ruolo di facilitazione e coordinamento organizzativo, volto a creare condizioni favorevoli all'erogazione di un'assistenza di adeguata qualità e alla realizzazione nel personale medico-sanitario di un orientamento auto-valutativo e migliorativo¹²⁰.

10. La sanità privata accreditata.

Il fine istituzionale del SSN, la tutela della salute, non è un compito esclusivo del sistema pubblico: vi concorrono anche soggetti privati, con diverso ruolo ma pari dignità. L'offerta sanitaria non è pertanto un "monopolio" pubblico, seppur unicamente del pubblico è il governo delle regole e delle relazioni tra soggetti del sistema sanitario¹²¹.

L'introduzione dell'istituto dell'accreditamento ha permesso il passaggio da una fase in cui i privati erano convenzionati perché in grado di integrare la capacità produttiva delle strutture pubbliche nei settori ad elevata domanda¹²², ad una in cui, come oggi, il SSN deve rispondere alle priorità assistenziali della popolazione garantendo l'offerta di prestazioni attraverso il potenziamento delle aziende erogatrici sia pubbliche che private¹²³.

¹¹⁴ Accanto al Direttore generale, il legislatore ha previsto alcuni organi, che possono svolgere funzione strategica fondamentale per l'azienda sanitaria: il Direttore amministrativo; il Direttore sanitario; il Collegio di direzione (secondo d.lgs. n. 502 del 1992 modificato dal d.lgs. n. 299 del 1999); i responsabili di dipartimento e di distretto. Vedi ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2006.

¹¹⁵ FALCITELLI N. e LANGIANO T., *La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007.

¹¹⁶ ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2006.

¹¹⁷ DAVIS H.T.O. e RUNDALL T.G., *Views of doctors and managers on the doctor-managers relationship in the Health systems*, in *British Medical Journal*, n. 326, pagg. 626-628, 2003.

¹¹⁸ SMITH R., *Vive la différence*, *British Medical Journal*, n. 326, 2003.

¹¹⁹ Razionalizzazione nell'uso delle risorse; miglioramento dell'integrazione e della continuità dell'assistenza; adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi; revisione tra pari dei comportamenti clinici; identificazione di indicatori clinici di processo e di esito. Vedi ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007.

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ PSN 2006-2008.

¹²² Determinando così una riduzione delle liste d'attesa nel settore dell'assistenza ospedaliera ed un miglioramento nell'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni territoriali. Vedi CUCCURULLO C., *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: meccanismi di governance*, Cedam, Padova, 2005.

¹²³ Compresa quella ad alta complessità assistenziale ed elevato contenuto tecnologico. Vedi CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari: contributo alla nozione di servizio pubblico*, Maggioli, Rimini, 2004.

Il sistema di accreditamento rappresenta sia uno strumento per selezionare i soggetti che concorrono alla tutela della salute, sia un indirizzo forte nei confronti del modello organizzativo e gestionale da attuare¹²⁴.

Gli erogatori della sanità privata accreditata sono classificati in base a due dimensioni: l'ambito di afferenza della struttura a partire dalle categorie assistenziali individuate dal Dpcm del 29 novembre 2001¹²⁵ (che ha definito i LEA); il livello di intensità di cura¹²⁶. L'assistenza sanitaria nei settori degli ambienti di vita e di lavoro¹²⁷ è esclusivamente presidiata dalle strutture pubbliche attraverso i dipartimenti appositi delle Asl, con interventi dei privati solo in alcuni programmi¹²⁸.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, i soggetti privati che erogano prestazioni sanitarie sono le case di cura accreditate e parte delle strutture equiparate alle pubbliche: gli IRCCS di diritto privato; gli ospedali classificati¹²⁹; gli ospedali qualificati presidio di Asl¹³⁰; i policlinici privati a gestione diretta dell'università.

Il numero delle strutture private accreditate che operano all'interno del SSN è rimasto sostanzialmente invariato fino al 2002, con un leggero incremento nel 2004¹³¹. Nello specifico, il numero delle case di cura private non accreditate è stato segnato da una leggera flessione nel periodo 1997-2004¹³², solo in parte compensato da un aumento di quelle accreditate. Le altre strutture ospedaliere equiparate alle pubbliche, nel 2005, ammontano a 39 ospedali classificati, 14 istituti qualificati presidio Asl e 2 policlinici privati a gestione diretta dell'università¹³³. Riguardo all'assistenza territoriale specialistica, gli ambulatori privati accreditati sono concentrati prevalentemente nelle regioni del sud Italia e nel Lazio¹³⁴.

L'attività dei soggetti privati accreditati si interfaccia quotidianamente con l'insieme delle normative e regolamentazioni nazionali e dei singoli SSR. Il loro ruolo è stato indagato e codificato all'interno di quattro categorie¹³⁵:

- erogatori di servizi sanitari. Si riferisce, di fatto, alle funzioni assegnate alle case di cura private accreditate e alle strutture private equiparate alle pubbliche, nonché alle strutture private convenzionate che operano sul territorio;

- erogatori di servizi *no-core*. Le aziende sanitarie divengono *partners* degli erogatori pubblici e privati esternalizzanti la gestione di servizio *no-core*, come ad esempio la gestione del calore, della ristorazione, della movimentazione esterna ed interna;

¹²⁴ Con diversi gradi di severità; vedi BRUSONI M. e FROSINI F., *Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme*, in E. ANNESSI PESSINA e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Egea, Milano, 2002.

¹²⁵ Pronto soccorso, degenza ordinaria, *day hospital*, *day surgery*, interventi ospedalieri a domicilio, riabilitazione, lungodegenza, raccolta-lavorazione-controllo-distribuzione di emocomponenti e servizi trasfusionali, attività di prelievo-conservazione-distribuzione di tessuti.

¹²⁶ Emergenza, specialistica, riabilitazione e lungodegenza.

¹²⁷ Ad esempio prevenzione, igiene, sanità pubblica.

¹²⁸ Ad esempio lo *screening* per i tumori a fini preventivi.

¹²⁹ Gli ospedali classificati sono strutture di proprietà di enti religiosi.

¹³⁰ Questi rappresentano una categoria residuale di strutture di ricovero di proprietà di enti religiosi o di soggetti privati.

¹³¹ Da circa 500 nel 1995 a quasi 550 nel 2005. Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, tabb. 2.4 e 2.6 pag. 49 e pag. 51.

¹³² Da 111 a 82 le prime, da 537 a 542 le seconde. Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, tab. 4.2 pag. 157.

¹³³ Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma; Policlinico Campus Biomedico.

¹³⁴ Nel Lazio si presenta una presenza di strutture per 100.000 abitanti superiore al dato medio nazionale di 10,4 per 100.000 abitanti. Vedi *ibidem*, tab. 4.6 pag. 159.

¹³⁵ CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari: contributo alla nozione di servizio pubblico*, Maggioli, Rimini, 2004.

-erogatori di servizi soci-assistenziali. In genere non-profit, sono soprattutto soggetti impegnati nella prestazione di servizi rivolti agli anziani, ai disabili fisici e psichici o soggetti affetti da dipendenze;

-finanziatore. Quei soggetti privati non operanti direttamente nella filiera della salute, ma che intervengono con capitali propri o finanziando investimenti, o realizzando fondazioni (incidendo sulla struttura societaria di aziende già esistenti), così da superare la strutturale carenza di risorse del settore sanitario.

Il ruolo del privato nei diversi SSR è delineato dai Piani sanitari regionali¹³⁶ e dalle delibere di accreditamento e di finanziamento¹³⁷. I PSR sono una sintesi della politica sanitaria regionale, rappresentando un importante elemento per la pianificazione generale di sistema, anche per la complessità dei processi tecnici e politici a essi sottesi¹³⁸.

Le regioni considerano gli erogatori privati come parte integrante del sistema, seppur con differenti livelli di intensità e secondo metodologie diverse, disciplinando ogni aspetto del loro operare secondo la logica dell'integrazione e della competizione¹³⁹. La prima è basata sulla regolamentazione e la definizione degli ambiti di attività, così da evitare sovrapposizioni con le strutture pubbliche; la seconda orientata a mettere pubblico e privato sullo stesso piano al fine di farli competere, per sviluppare capacità imprenditoriali degli operatori sanitari in un quadro definito di regole chiare¹⁴⁰.

Infine, il privato, in tutti i PSR, oltre al ruolo di erogatore di servizi sanitari, assume la veste di interlocutore privilegiato del pubblico in campo socio-sanitario, come fornitore di prestazioni assistenziali¹⁴¹.

11. L'accreditamento.

L'accreditamento, introdotto per regolare le prestazioni sanitarie fornite nel SSN, rivolto alle strutture sia pubbliche che private, è gestito e rilasciato dalle regioni, entro un percorso di regolamentazione del rapporto di fornitura con il SSN¹⁴². Quest'ultimo è caratterizzato da tre passi fondamentali¹⁴³: l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie; l'accreditamento che conferisce al soggetto l'idoneità a prestare servizi per conto del SSN; la stipula di accordi contrattuali tra regione, Asl e soggetti accreditati, nell'ambito dei quali si acquisisce il diritto a fornire prestazioni a carico del SSN.

Tale strumento è stato introdotto progressivamente a partire dagli anni Novanta: fino ad allora il sistema di erogazione delle prestazioni nel SSN era definito di convenzionamento¹⁴⁴, prevalentemente svolto da strutture pubbliche¹⁴⁵, con interventi del privato solo integrativi di tale fornitura¹⁴⁶. Nel nuovo quadro normativo di riferimento, d.lgs. n. 502 del 1992 modificato dal d.lgs.

¹³⁶ D'ora in avanti "PSR". Vedi FATTORE G. e LECCI F., *I piani sanitari delle regioni italiane*, Egea, Milano, 2005.

¹³⁷ JOMMI C. e CARBONE C., *I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi*, Egea, Milano, 2004.

¹³⁸ FATTORE G. e LECCI F., *I piani sanitari nelle regioni italiane*, Egea, Milano, 2005.

¹³⁹ DAMMACO G., *Riflessioni sulla sanità in Italia, libera scelta tra servizio pubblico e privato*, Cacucci, Bari, 2008.

¹⁴⁰ CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari: contributo alla nozione di servizio pubblico*, Maggioli, Rimini, 2004.

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² BRUSONI M. e FROSINI F., *Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme*, Egea, Milano, 2002.

¹⁴³ FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹⁴⁴ Vedi artt. 25 e 48 della legge n. 833 del 1978 e art. 2 del DPR n. 119 del 1988.

¹⁴⁵ Ambulatori e presidi delle allora Usl.

¹⁴⁶ Soprattutto nel caso in cui le strutture pubbliche non fossero in grado di soddisfare la domanda in tempi adeguati; vedi art. 25 legge n. 833 del 1978.

n. 517 del 1993 e dalle indicazioni del PSN 1994-1996¹⁴⁷, per finire con il DPR del 14 gennaio 1997¹⁴⁸ e d.lgs. n. 229 del 1999, l'istituto dell'accREDITAMENTO viene attribuito alle competenze delle singole regioni quale strumento di selezione dei potenziali fornitori del SSN: nell'ambito degli indirizzi nazionali, ciascuna regione è chiamata a definire il proprio.

La normativa nazionale individua nelle singole amministrazioni regionali gli organi competenti all'attuazione del sistema¹⁴⁹. La definizione e la gestione del modello, oltreché la produzione dei relativi atti normativi, dipendono dunque dalle scelte delle singole regioni che abbiano attribuito caratteristiche diverse all'accREDITAMENTO¹⁵⁰. Per tale ragione le caratteristiche specifiche che il sistema ha assunto possono presentare sfumature sensibilmente diverse.

Nel contesto internazionale il sistema di accREDITAMENTO italiano si colloca in una posizione differenziata rispetto ad approcci più diffusi, che vedono solitamente il livello di governo locale coinvolto nella predisposizione e nel controllo dei requisiti di accesso essenziali e cogenti, mentre un'entità unica per tutto il paese è competente in tema di requisiti di qualità organizzativa, rappresentanti la fase successiva dell'accREDITAMENTO vero e proprio¹⁵¹.

12. *La composizione della spesa sanitaria pubblica italiana.*

Gli attuali livelli di spesa sanitaria italiani sono frequentemente giudicati eccessivi, ma la situazione può essere ritenuta in linea con quella dei principali paesi sviluppati¹⁵².

La struttura della spesa sanitaria pubblica del nostro paese, costruita in base alla classificazione funzionale delle uscite, evidenzia quella che è considerata la caratteristica più rilevante del nostro sistema¹⁵³: la centralità dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica. Il sistema è quasi esclusivamente rivolto alla diagnosi e alla cura degli stati morbosi, con le risorse destinate all'identificazione ed alla soppressione delle cause della malattia sensibilmente esigue¹⁵⁴.

Il sistema sanitario è quindi fortemente condizionato dalla struttura ospedaliera, dalle sue caratteristiche organizzative e produttive, nonché dalle contraddizioni intrinseche al suo sviluppo. Gli ospedali rappresentano una grossa concentrazione di poteri ed interessi¹⁵⁵, una realtà sindacale particolarmente agguerrita¹⁵⁶, un'occasione di occupazione e, più in generale, di sviluppo locale, soprattutto nelle realtà meno dinamiche sotto il profilo produttivo¹⁵⁷.

Le politiche di de-istituzionalizzazione e di territorializzazione dei servizi¹⁵⁸ hanno contribuito, marginalmente, alla lenta riduzione dell'attività di ricovero tradizionale. La concentrazione del numero di posti letto e l'esaurimento della spinta all'aumento all'ospedalizzazione, sia pubblica che privata, sembrano aver risposto più alle modificazioni intervenute nelle modalità di finanziamento delle strutture che alle esigenze di razionalizzazione e riconversione complessiva del

¹⁴⁷ Che ribadiva la necessità di avviare rapidamente le procedure per l'accREDITAMENTO.

¹⁴⁸ Stabilisce i criteri per l'autorizzazione ed i criteri minimi autorizzativi, rimandando alle regioni la disciplina dell'autorizzazione, la definizione dei requisiti ulteriori di accREDITAMENTO e la regolazione del sistema.

¹⁴⁹ DIRINDIN N., *Governare il federalismo: le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma, 2001.

¹⁵⁰ CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005.

¹⁵¹ CRIVELLINI M., *Sanità e salute: un conflitto di interessi. I sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti*, Angeli, Milano, 2004.

¹⁵² Vedi tabb. 6 e 8.

¹⁵³ Vedi tab. 12.

¹⁵⁴ GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.

¹⁵⁵ FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative del SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹⁵⁶ CELLA G.P., *Il Sindacato*, Laterza, 2004.

¹⁵⁷ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹⁵⁸ Ad esempio: dimissioni precoci; ospedalizzazione a domicilio; assistenza domiciliare integrata; *day hospital*. Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

sistema¹⁵⁹: abbandonata la remunerazione basata sulla retta di degenza¹⁶⁰, si è istituito il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, da ripartire¹⁶¹ in base a quote predeterminate per ogni ente. Gli effetti conseguenti sono la riduzione progressiva dei posti letto, il contenimento della domanda di ricoveri, l'abbreviamento delle giornate di degenza.

La seconda rilevante caratteristica della spesa sanitaria è l'importanza della quota destinata al pagamento del personale dipendente: circa il 35% della spesa corrente. Si tratta di un fenomeno comune a molti paesi¹⁶²: le prestazioni sanitarie, in quanto servizi ad alta intensità di lavoro e scarsamente soggetti ad automazione, assorbono una considerevole quantità di risorse umane. La spesa per il personale è una spesa fissa, in grado di auto-alimentarsi negli anni, cioè difficilmente manovrabile nel breve periodo¹⁶³. Una delle peculiarità della realtà sanitaria italiana è rappresentata dall'eccessiva dotazione di personale medico¹⁶⁴. La forza di pressione delle organizzazioni professionali e la debolezza dei decisori pubblici hanno imposto, almeno fino agli inizi degli anni Novanta, un'evoluzione dei servizi in gran parte modellata sulle esigenze occupazionali della categoria. Due esempi¹⁶⁵: le dimensioni raggiunte dai servizi di guardia medica, sproporzionate rispetto ai bisogni della collettività e sostitutivi, in parte, dell'attività del medico di medicina generale; l'innalzamento dell'età pediatrica per l'iscrizione negli elenchi dai pediatri di libera scelta, che mira a contrastare la caduta degli assistibili di età inferiore ai 12 anni, frenando il contenimento delle remunerazioni dei pediatri convenzionati con il SSN.

Altra importante caratteristica del SSN è lo squilibrio a livello territoriale nelle dimensioni della spesa sanitaria pro capite¹⁶⁶ e nella composizione dei consumi di servizi sanitari¹⁶⁷: le regioni centro-settentrionali hanno una spesa pro capite superiore a quella delle regioni meridionali ed insulari. Tali divari sono in parte spiegabili alla luce della struttura demografica e della mobilità interregionale. La composizione per età e per sesso della popolazione, differenziando i bisogni sanitari, giustifica larga parte dei divari di spesa registrati fra le diverse regioni italiane¹⁶⁸; i flussi di mobilità interregionale per ragioni sanitarie (principalmente dal sud verso il nord del paese) contribuiscono a spiegare gli eccessi di spesa pro capite osservati nelle regioni "attraenti".

Gli squilibri tra regioni non sono tuttavia solo quantitativi: nel settentrione è accentuata l'importanza dell'assistenza ospedaliera e specialistica; nelle regioni meridionali è particolarmente onerosa l'assistenza generica, farmaceutica e di base¹⁶⁹.

¹⁵⁹ Ibidem.

¹⁶⁰ Calcolata a posteriori, così da garantire la copertura di costi.

¹⁶¹ Prima fra regioni, poi fra istituti.

¹⁶² DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹⁶³ Ibidem.

¹⁶⁴ Fino al 2003 l'Italia è stata il paese europeo con il maggior numero di medici: nel 2002 erano iscritti all'albo 350 mila medici chirurghi, ed in rapporto alla popolazione si aveva in Italia 1 medico ogni 175 abitanti. Nel 2002: 275 mila medici in Germania; 198 mila in Francia; 126 mila in Gran Bretagna ed Irlanda. Recentemente si è però assistito ad un sensibile cambiamento: nel 2006 il numero di medici in Italia era di 220 mila, contro i 207 mila della Francia ed i 280 della Germania. Vedi WHO *Health data*, Geneva, 2007.

¹⁶⁵ GENSINI G.F. (e altri), *Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008.

¹⁶⁶ Vedi dati Ministero della Salute, NSIS, 2005; Istat, popolazione residente.

¹⁶⁷ Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, tabb. 3.9 pag. 117 e 3.14 pag. 127.

¹⁶⁸ Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Egea, Milano, 2002.

¹⁶⁹ Nell'Italia meridionale, la spesa pro capite per l'assistenza farmaceutica in convenzione (erogata dalle farmacie aperte al pubblico) risulta più elevata, rispetto alla media nazionale, non solo in termini percentuali (sul totale della spesa sanitaria) ma anche in valore assoluto. Il fenomeno è riconducibile alla maggior diffusione dell'esenzione da ticket, che influisce sulla spesa a carico del SSN attraverso una minor compartecipazione dei cittadini, nonché per effetto del ricorso alla prescrizione da parte degli assistiti esenti. Vedi ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

La variabilità interregionale della spesa pubblica è fortemente influenzata dalla diversa struttura dell'apparato sanitario e della dotazione di posti letto.

Ai divari in termini di dotazione di questi ultimi, sono generalmente associati differenze in termini di ricorso alle strutture ospedaliere¹⁷⁰: i ricoveri in istituti di cura sono notevolmente e sistematicamente meno elevati nel mezzogiorno che nelle regioni dell'Italia centro-settentrionale.

13. Il sistema di finanziamento del SSN.

Con l'adozione del federalismo fiscale, ad opera del d.lgs. n. 56 del 2000 e con la riforma del Titolo V della Costituzione, si è pressoché completato un processo di allineamento in capo alle regioni delle responsabilità in materia di sanità, sia sul versante del finanziamento, che su quello della spesa.

In precedenza, la responsabilità della spesa per il SSN è stata definita in occasione della riforma del sistema fiscale, avviata negli anni Novanta, in particolare con la legge n. 133 del 1999 di delega al governo in materia di federalismo fiscale. La legge prevedeva l'abolizione dei trasferimenti erariali alle regioni a statuto ordinario e la loro sostituzione con una compartecipazione regionale al gettito dell'IVA. A partire dal 2001, il SSN è finanziato attraverso cinque canali fondamentali¹⁷¹:

-imposta regionale sulle attività produttive (l'irap) e l'addizionale regionale irpef, entrambe introdotte nel 1998 in sostituzione dei contributi di malattia, per il 40%;

-la compartecipazione regionale al gettito dell'Iva, introdotto nel 2001, per il 44%;

-la partecipazione delle regioni a statuto speciale, le quali provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria tramite le risorse dei propri bilanci;

-il Fondo Sanitario Nazionale più ulteriori trasferimenti pubblici e privati, per l'8%;

-le entrate proprie delle aziende sanitarie, rappresentanti il 3-5% del finanziamento totale.

L'attribuzione della compartecipazione all'Iva alle singole regioni avviene in base ai dati sui consumi delle famiglie relativi all'Istat¹⁷². L'attribuzione è puramente "virtuale", nel senso che si limita allo stimare l'ammontare di risorse che dovrebbero essere assegnate a ciascuna regione tenuto conto delle imposte verosimilmente pagate dai contribuenti alla regione stessa¹⁷³. Tali risorse non sono effettivamente erogate alle singole realtà territoriali: una parte va ad alimentare il fondo di solidarietà nazionale, ripartito fra le regioni più povere a completa compensazione dei trasferimenti soppressi¹⁷⁴.

Il sistema comporta un rilevante vantaggio per tutte le regioni: esse possono contare su una crescita automatica delle risorse a loro disposizione. Il gettito dell'Iva cresce infatti automaticamente con la crescita del prodotto interno lordo¹⁷⁵. L'incertezza delle risorse disponibili, il contenzioso tra Stato e regioni, gli attriti in occasioni dei riparti dal centro sono considerabili superati, pur restando contrasti tra regioni nella definizione ed applicazione concreta delle regole di finanziamento¹⁷⁶.

I sistemi di finanziamento incidenti sulla gestione delle strutture private riguardano le remunerazione delle prestazioni e delle strutture di ricovero. E' facoltà delle regioni modulare il proprio sistema tariffario in funzione delle diverse tipologie di erogatori sanitari¹⁷⁷. In generale,

¹⁷⁰ Ibidem, tab. 4.13 pag 200.

¹⁷¹ Dati del Ministero della Salute, 2006.

¹⁷² MANACORDA C., *Contabilità pubblica*, IV ed., Giappichelli, Torino, 2005.

¹⁷³ DA EMPOLI D., DE IOANNA P., VEGAS G., *Il bilancio dello Stato*, Il sole 24 ore, Milano, 2005.

¹⁷⁴ DIRINDIN N. e PAGANO E., *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma 2001.

¹⁷⁵ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003.

quasi tutti i SSR definiscono una differenziazione delle tariffe per tipologia di azienda, combinando anche più criteri di classificazione delle strutture (come si vedrà in seguito)¹⁷⁸.

14. I disavanzi regionali e le relative modalità di copertura.

Un'ulteriore differenziazione regionale è data dalle diverse politiche di contenimento della spesa¹⁷⁹: alcune delle regioni che hanno adottato forme di distribuzione dei farmaci sul territorio alternative a quella convenzionata¹⁸⁰ hanno subito una maggiore accelerazione del trend di crescita della spesa per beni e servizi, mentre quelle che hanno introdotto tetti sulle prestazioni tariffate dal privato accreditato¹⁸¹ mostrano una riduzione dell'incidenza della spesa ospedaliera accreditata superiore alla media nazionale.

Nelle diverse realtà regionali sono presenti svariati mix pubblico/privato della spesa finanziata dal SSN.: ciò è dovuto ad eredità storiche¹⁸² ed a scelte di politica regionale¹⁸³.

La legge n. 405 del 2001 ha attribuito alle regioni l'onere della copertura del finanziamento dei servizi sanitari. In particolare l'art. 4 della citata legge stabilisce che gli eventuali disavanzi di gestione, accertati o stimati, sono coperti dalle regioni con le modalità stabilite dalle leggi regionali. Queste possono prevedere alternativamente o cumulativamente l'introduzione di: misure di compartecipazione alla spesa sanitaria; variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sull'irpef o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente; altre misure idonee a contenere la spesa, inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

Il 16 dicembre 2004 è stato sancito un accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, che ha definito le iniziative idonee per la copertura dei disavanzi¹⁸⁴. Il principio di piena responsabilità delle regioni sulla copertura dei disavanzi è stato in parte derogato dalle ultime leggi finanziarie: ad esempio, la legge finanziaria per il 2006¹⁸⁵ ha previsto fondi ulteriori per la copertura dei disavanzi regionali pregressi 2001-2003¹⁸⁶.

Le strategie regionali di copertura dei disavanzi sono state molto eterogenee: le regioni del centro-nord hanno optato per un'aliquota progressiva; quelle meridionali, generalmente, per un'aliquota proporzionale¹⁸⁷.

Alcune regioni¹⁸⁸ hanno deliberato aumenti di aliquota irap per alcuni soggetti giuridici, tipicamente banche e soggetti finanziari ed assicurativi, prevedendo contemporaneamente agevolazioni in capo a particolari categorie di soggetti¹⁸⁹.

Altre misure di copertura dei disavanzi sono costituite dalla compartecipazione alla spesa sanitaria: oltre al *ticket* sul pronto soccorso, presente in quasi tutte le regioni, tali politiche si sono focalizzate sui farmaci¹⁹⁰. In generale, infatti, l'assistenza farmaceutica convenzionata è uno dei

¹⁷⁸ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano, 2004.

¹⁷⁹ Ibidem.

¹⁸⁰ Ad esempio Toscana ed Umbria. ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

¹⁸¹ Ad esempio Liguria e Lazio. Ibidem.

¹⁸² Si pensi alla funzione complementare del privato rispetto al pubblico in alcuni contesti, come il Lazio o la Campania.

¹⁸³ Ad esempio, i rilevanti effetti potenziali di *shift* del pubblico al privato generati da una forte spinta competitiva tra aziende.

¹⁸⁴ JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005.

¹⁸⁵ Legge n. 296 del 2006.

¹⁸⁶ 2 miliardi di euro, così come previsto dalla precedente finanziaria per il 2005.

¹⁸⁷ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006, pag. 134.

¹⁸⁸ Lombardia, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Sicilia e Campania.

¹⁸⁹ Ibidem, pag. 139.

¹⁹⁰ OTTO M. e PARUZZOLO S., *Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica*, Egea, Milano, 2004.

target per le azioni di copertura dei disavanzi¹⁹¹: in parte perché due misure esplicitamente previste dalla legge n. 405 del 2001 fanno ad essa riferimento¹⁹²; in parte per l'esistenza di un tetto di spesa¹⁹³ delle assegnazioni complessive da parte dello Stato centrale per la spesa gestita dalle farmacie aperte al pubblico e per la spesa farmaceutica totale¹⁹⁴, inclusiva dei farmaci dispensati sul territorio attraverso canali alternativi a quello delle farmacie aperte al pubblico e dei farmaci per pazienti ricoverati. Inoltre, la legge n. 326 del 2003 ha previsto che le regioni siano tenute a coprire lo sfondamento del primo tetto¹⁹⁵, nonostante il correttivo operato dalla legge finanziaria per il 2005¹⁹⁶, secondo cui tale obbligo non sussiste in caso di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario complessivo.

Un'ultima misura di copertura dei disavanzi, riconosciuta dal citato accordo del 16 dicembre 2004, è rappresentata dalla dimissione del patrimonio "sanitario" e la relativa cartolarizzazione. La regione Lazio è stata fin'ora l'unica ad aver puntato sull'alienazione delle strutture ospedaliere¹⁹⁷, ma anche Sicilia, Sardegna ed Abruzzo hanno dichiarato la volontà di avviare operazioni di *sale and lease back*, con l'alienazione da parte delle aziende sanitarie dei propri immobili, compresi gli ospedali, attraverso un'asta internazionale¹⁹⁸.

Non sono riconosciute come forme di copertura dei disavanzi¹⁹⁹:

-la cartolarizzazione dei crediti finalizzata a recuperare liquidità, con cui le aziende sanitarie cedono i crediti che vantano nei confronti di altri enti pubblici, come ad esempio la regione, allo scopo non di ridurre il disavanzo, bensì di generare un *stock* di liquidità necessario all'allentamento delle tensioni di cassa²⁰⁰;

-le operazioni di cessione dei crediti, finalizzate a rilevare i debiti che le aziende sanitarie hanno nei confronti dei propri fornitori²⁰¹.

Infine, con riguardo al comportamento delle aziende sanitarie, è possibile notare che l'aziendalizzazione ha prodotto problemi di disallineamento della responsabilità (nonostante i numerosi meccanismi di controllo e responsabilizzazione)²⁰²: il finanziamento della sanità è in capo alle regioni, mentre le decisioni di spesa sono in capo alle aziende sanitarie, rischiando cioè di far "rimbalzare indietro" le conseguenze delle decisioni di spesa delle aziende sanitarie, prima sull'amministrazione regionale e poi, da parte di quest'ultima, sul governo centrale, tuttora percepito (nonostante tutto) come responsabile di ultima istanza dei disavanzi della sanità²⁰³.

15. I recenti ddl di riforma.

¹⁹¹ Vedi tab. 3.19 pag 142

¹⁹² "Compartecipazioni alla spesa e interventi sui meccanismi distributivi dei farmaci".

¹⁹³ 13% circa.

¹⁹⁴ 16% circa.

¹⁹⁵ Per il 40% del valore.

¹⁹⁶ Legge n. 311 del 2004.

¹⁹⁷ La Regione Lazio, infatti, ha creato una società, la GEPR, che ha acquistato l'intero patrimonio immobiliare delle Asl. A partire dal 2000, la Regione ha iniziato a rimborsare all'azienda le quote anticipate. Vedi legge regione Lazio n. 37 del 1998 e DGR Lazio n. 5000 del 5 ottobre 1999.

¹⁹⁸ JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005.

¹⁹⁹ ANESSI PESSINA E. e CANTU' E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano, 2006.

²⁰⁰ Un'esperienza del genere è stata esperita dalla regione Lazio nel 2003, dove sono stati cartolarizzati i crediti vantati da SAN.IM, la delegata delle Asl a pagare i canoni di *leasing*, nei confronti della regione.

²⁰¹ Come ad esempio è accaduto alla regione Campania, che nel 2004 ha visto la cessione dei crediti vantati dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata nei confronti delle Asl.

²⁰² LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005.

²⁰³ DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004.

La riforma sanitaria del 1978 ha in parte fallito per diverse ragioni, tra cui: i ritardi nell'emanazione delle norme regionali di attuazione e nell'adozione degli atti di programmazione; ritardi provocati dalle potenti *lobby* mediche e private; la lottizzazione delle Asl, i cui comitati di gestione fino ad alcuni anni fa erano di nomina politica; l'esplosione incontrastata della spesa, attribuibile alla deresponsabilizzazione delle regioni e delle stesse Asl; la rigidità amministrativa e gestionale tipica dell'apparato burocratico pubblico. Recenti disegni di legge si pongono l'obiettivo di porre rimedio a tutto ciò.

Il ddl n. 277²⁰⁴, propone la modifica dell'articolo 63 della legge n. 833 del 1978, modifica che si sostanzierebbe nell'abolizione dell'obbligo di iscrizione al SSN per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Ciò introdurrebbe la possibilità di scegliere liberamente tra l'iscrizione al sistema pubblico o ad assicurazioni sanitarie private, migliorando così costi e servizi, mantenendo comunque fermo l'obbligo per tutti di avere una forma di assicurazione sanitaria. Pubblico e privato verrebbero quindi messi in concorrenza: in particolare quella tra le assicurazioni private potrebbe portare ad una drastica riduzione dei costi delle prestazioni mediche.

In sostanza il venire meno dell'obbligo generalizzato di iscrizione al SSN non farebbe decadere automaticamente l'erogazione del servizio pubblico, ma solo il regime di monopolio in cui esso opera: chi scegliesse una forma di assicurazione privata non sarebbe più obbligato a far affluire allo Stato il contributo di legge per l'assistenza di malattia, anche se continuerebbe a finanziare il SSN attraverso il prelievo fiscale generale.

Scopo apparente di tale proposta di legge è, quindi, quello di creare le condizioni per un'effettiva competitività nel campo sanitario tra pubblico e privato, così come all'interno del pubblico e all'interno del privato. Nel primo, l'introduzione di forme di concorrenza interna comporterebbe una razionalizzazione delle strutture, una responsabilizzazione del personale, la valorizzazione della professionalità e una drastica riduzione degli sprechi. Per non perdere clienti, e quindi risorse (incassi?), le strutture sanitarie pubbliche dovrebbero entrare nello spirito della logica di mercato, diventando vere e proprie aziende erogatrici di servizi. Sarebbe loro interesse affidarsi a persone competenti e capaci, adottare una gestione più trasparente e procedure più agili, affidandosi, a volte, anche per abbattere i costi, all'assistenza domiciliare.

Una volta che le assicurazioni fossero libere di scegliere e contrattare qualità e costo delle prestazioni nella gara tra pubblico e privato, questi dovrebbero entrare in competizione per venire incontro alla domanda, prevedendo una serie di servizi più ricchi, articolati, precisi ed efficienti per il paziente da loro ricoverato: di fronte all'insoddisfazione di quest'ultimo, l'assicurazione potrebbe annullare il contratto, per rivolgersi altrove.

Il ddl n. 977²⁰⁵, si propone di adeguare gli strumenti di governo del SSN al quadro istituzionale disegnato dalla riforma del titolo V della parte seconda della Costituzione: programmazione nazionale, livelli essenziali di assistenza, sede di confronto permanente tra Stato e regioni, partecipazione degli enti locali e Sistema nazionale di valutazione; decisioni assunte insieme e responsabilmente da Stato, regioni ed enti locali.

Confermando l'orientamento al modello di gestione aziendale dei servizi, consolidato dalla pratica del governo clinico quale forma di partecipazione dei professionisti sanitari alla direzione delle aziende, il ddl in questione mira a valorizzare il contributo tecnico-professionale di medici e sanitari, che a sua volta garantisce il *management* aziendale sul versante dell'appropriatezza delle

²⁰⁴ Presentato il 29 aprile 2008 alla Camera dei Deputati.

²⁰⁵ Presentato il 13 maggio 2008 alla Camera dei Deputati, d'iniziativa dei deputati LIVIA TURCO, LETTA, GRASSI, ARGENTIN, BINETTI, BOSSA, BUCCHINO, D'INCECCO, MIOTTO, MOSELLA, MURER, PEDOTO, BELLANOVA, BERRETTA, BOFFA, BRAGA, BRANDOLINI, CALVISI, CECCUZZI, CODURELLI, COLANINNO, COLOMBO, DE BIASI, ESPOSITO, FADDA, GIANNI FARINA, FRONER, GATTI, GIOVANELLI, IANNUZZI, LUCÀ, LOVELLI, MATTESINI, MASTROMAURO, MOTTA, MAZZARELLA, RAMPI, ROSSA, SAMPERI, SARUBBI, SCHIRRU, SERVODIO, TIDEI, VANNUCCI, VELO, VICO, ZAMPA.

cure e assicura al paziente la presa in carico personalizzata, la continuità delle cure e il coinvolgimento nel percorso diagnostico- terapeutico-assistenziale.

Inoltre si prospetta a regioni e a comuni la richiesta di definire le soluzioni organizzative più adeguate per garantire l'accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari, a partire da una coerente articolazione territoriale per i distretti sanitari e per gli ambiti territoriali sociali.

La proposta di legge stabilisce una regia nazionale, partecipata da tutti i livelli di governo, per l'attività di valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie, attraverso l'istituzione del Sistema nazionale di valutazione, al fine di ottenerne il funzionamento diffuso e partecipato al livello di singola azienda sanitaria.

Il ddl, successivamente, detta disposizioni in materia di scelta dei direttori generali delle aziende e di procedure selettive per la dirigenza medica, così da allineare la normativa con le più recenti indicazioni della Corte costituzionale²⁰⁶: nelle modalità selettive per i direttori generali deve prevalere il piano valutativo tecnico, limitando la discrezionalità politica delle regioni oltre la soglia rappresentata dall'esame delle competenze professionali.

L'articolo 2 della proposta inserisce nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, l'articolo 1-*bis*, che estende dai tre ai cinque anni la durata del Piano sanitario nazionale e ne disciplina la procedura di adozione, che vede coinvolti il Parlamento, le regioni, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative e le associazioni di tutela del diritto alla salute. L'articolo 3 introduce nel medesimo decreto legislativo l'articolo 1-*quater*, dedicato al Sistema nazionale di valutazione del SSN quale strumento di valutazione delle politiche sanitarie su tutto il territorio nazionale: in questo modo il Ministero della salute assume un ruolo propulsore delle attività di valutazione del Nuovo sistema informativo sanitario, delle attività di monitoraggio svolte dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali²⁰⁷, delle attività di ricerca svolte dall'Istituto superiore di sanità e dall'Agenzia italiana del farmaco, nonché delle valutazioni svolte dal comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. L'articolo 3, inoltre, prevede la realizzazione di un sistema regionale di controllo e di valutazione degli erogatori del SSN, nel rispetto del principio di coordinamento della finanza pubblica.

L'articolo 4 sostituisce i commi 3 e 4 dell'articolo 3-*septies* del citato decreto legislativo, per potenziare gli strumenti di coordinamento e di raccordo tra la programmazione sociale dei comuni e quella sanitaria delle Asl: in particolare, d'intesa con la Conferenza unificata, si cerca di potenziare l'accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari, anche attraverso progetti personalizzati individuali. L'articolo 7, nel novellare e integrare l'articolo 3 del citato decreto legislativo, interviene sull'organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere cercando di produrre il potenziamento del ruolo attribuito al collegio di direzione, cui le regioni possono riconoscere la qualificazione di organo. Il collegio di direzione, ridefiniti i rapporti con il direttore generale²⁰⁸, concorre alla pianificazione, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi per il governo delle attività cliniche, alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Alla regione è demandata la disciplina dell'attività e della composizione del collegio di direzione. Inoltre l'articolo 7 stabilisce una funzione di valutazione delle politiche sanitarie propria dei comuni.

Con l'articolo 9 è modificato l'articolo 3-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992, allo scopo di ridefinire in maniera più incisiva il ruolo del distretto, dotato di autonomia economica e tecnico-gestionale, quale sede preposta all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza primaria

²⁰⁶«(...) i direttori generali delle Asl siano nominati fra persone in possesso di specifici requisiti culturali e professionali e siano soggetti a periodiche verifiche degli obiettivi e dei risultati aziendali conseguiti », Corte Costituzionale, sentenza n. 104 del 23 marzo 2007.

²⁰⁷ D'ora in avanti "ANSSR".

²⁰⁸E' prevista l'espressione di un parere obbligatorio su specifici atti, inoltre il direttore generale è tenuto a motivare le determinazioni eventualmente assunte in contrasto con il suddetto parere.

e alla gestione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. In tal senso il distretto opera in stretta collaborazione con i presidi ospedalieri per l'integrazione delle attività specialistiche e assistenziali e con la rete dei servizi sociali. Con l'articolo 10 si interviene in primo luogo sul comma 4 dell'articolo 8 del citato decreto legislativo, relativo all'autorizzazione regionale per l'esercizio dell'attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e private: l'atto di indirizzo e coordinamento è sostituito da un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, considerato strumento più consono dopo la riforma del titolo V della Costituzione. Ulteriori modifiche riguardano i commi 3, 4, 5 e 6 dell'articolo 8-*quater* dello stesso decreto, concernenti l'accreditamento istituzionale per le strutture già autorizzate: anche in questo caso l'atto di indirizzo e coordinamento è sostituito da apposito atto d'intesa tra Stato e regioni.

L'articolo 11, nel sostituire l'articolo 17-*bis* del decreto legislativo n. 502 del 1992, individua nel dipartimento il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e ospedaliere. Secondo il ddl, la nomina del direttore di dipartimento è preceduta da una consultazione del collegio di direzione e del comitato di dipartimento. Il direttore di dipartimento, titolare di *budget*, predisporrà annualmente il piano delle attività e l'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.

Nell'ottica della missione deputata al dipartimento e al distretto, l'articolo 12, aggiungendo l'articolo 17-*ter* al medesimo decreto legislativo, riconosce ai direttori di dipartimento e di distretto specifiche responsabilità di indirizzo, valutazione, ottimizzazione delle risorse assegnate, in ragione del raggiungimento della migliore efficacia delle prestazioni cliniche²⁰⁹.

Nell'articolo 16 è disciplinato il coordinamento, da parte del Ministero della salute, delle varie attività preordinate alla definizione di linee guida e di percorsi diagnostico- terapeutici²¹⁰, prioritariamente riferiti alle aree tematiche collegate alle valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi dei rapporti costo-beneficio e rischio-beneficio secondo l'approccio dello *health technology assessment*²¹¹.

L'articolo 19 prevede l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di misure organizzative presso le aziende sanitarie al fine di garantire la definizione stragiudiziale delle controversie tra pazienti e strutture sanitarie aventi ad oggetto danni per prestazioni fornite da operatori del SSN.

Con l'articolo 20 della proposta di legge si ridefiniscono il ruolo e i compiti dell'ANSSR²¹²: questa svolge essenzialmente compiti di collaborazione nei confronti delle regioni e delle province autonome in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di auto-coordinamento.

16. Il sistema sanitario francese.

Il sistema sanitario francese si è sviluppato in funzione di un sempre maggiore intervento pubblico, prima a livello comunale poi statale, specie a partire dal 1930, allorché si è affermato un regime di previdenza sociale esteso ai lavoratori dell'industria e del commercio²¹³.

Fino alla Seconda guerra mondiale il sistema è però rimasto incentrato su strutture caritatevoli volte soprattutto ad offrire assistenza agli indigenti, con le maggiori spese ancora rappresentate da aspetti alberghieri del servizio sanità²¹⁴.

²⁰⁹ Erogate sulla base dell'evidenza scientifica.

²¹⁰ Facendo riferimento alla variabilità nella pratica clinica, ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici e di errori clinici, alle patologie ad elevata complessità ed elevata incidenza, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi e agli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale.

²¹¹ L' *health technology assessment* è un approccio multidisciplinare di valutazione a supporto delle decisioni politiche nei sistemi sanitarie. Vedi R. R. Battista, McGill University, 1994.

²¹² Istituita con il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, e successive modificazioni, e rinominata dall'articolo 2, comma 357, della legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (legge finanziaria 2007).

²¹³ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 128.

L'organizzazione del sistema sanitario francese, fortemente condizionata da un'impostazione "beveridgiana", è caratterizzata dalla sovrapposizione di una pluralità di soggetti (producendo una complessità che recenti interventi legislativi hanno cercato di semplificare)²¹⁵ e da specifiche modalità di finanziamento che, nel loro complesso, operano per garantire la *sécurité sociale* perseguita dalla autorità francesi.

I principi regolanti il settore possono riassumersi in: solidarietà sociale; uguaglianza dell'individuo di fronte al bisogno d'assistenza; il libero accesso per chiunque alle strutture sanitarie; una retribuzione dei fattori produttivi basata sulle erogazioni realmente effettuate²¹⁶.

La politica sanitaria è stabilita a livello governativo, Ministero e sue diramazioni territoriali, non solo per quanto concerne l'aspetto legislativo, amministrativo e finanziario, ma anche attraverso un'efficace azione di programmazione e di controllo su diversi aspetti gestionali, nonché l'attivazione di organismi di protezione sociale. In particolare si riscontrano tre livelli operativi: la *Caisse Nationale*, con compiti di coordinamento delle attività; la *Caisse Regionale*, con compiti di controllo sul funzionamento; la *Caisse Primaire*, chiamata a liquidare finanziariamente le prestazioni erogate²¹⁷.

A queste si affianca una struttura assicurativa complementare, volta a garantire un sistema di protezione sociale che attinge le risorse necessarie al suo funzionamento da contribuzioni volontarie degli associati, e forme di assicurazione a carattere strettamente privato²¹⁸.

Il sistema francese appare dunque come un *mélange* di assistenza pubblica e privata, con la quasi totale copertura della popolazione grazie, soprattutto, alla *Sécurité sociale*: un ente privato gestito dai rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro²¹⁹. Gli assistiti possono rivolgersi al medico o alla struttura ospedaliera pubblica o privata che preferiscono, pur con alcuni limiti che vedremo in seguito, e la *Sécurité sociale* copre praticamente tutti i costi del sistema.

Dal Dopoguerra il sistema sanitario francese si è andato strutturando intorno ad una marcata centralità dell'autorità del Governo e ad un ruolo promotore del pubblico che ha condizionato anche il settore privato²²⁰. Questo approccio ha permesso da un lato l'affermazione della funzione medica, dall'altro una gerarchizzazione del settore con al vertice il Ministero della sanità (oggi denominato Ministero della sanità, della gioventù e dello sport) e, tra gli ospedali, le cliniche universitarie²²¹.

La riorganizzazione degli enti ospedalieri, iniziata con la legge ospedaliera del 1970 è culminata con l'ordinanza n. 03-850 del 2003, che ha portato all'abolizione della *carte sanitaire* definita sulla base dei fabbisogni dei singoli utenti²²², determinando il passaggio del potere pianificatorio nella mani dello Stato²²³.

17. Le strutture sanitarie statali a livello centrale.

²¹⁴ Ibidem.

²¹⁵ Come si vedrà in seguito, la legge n. 2004-806 del 2004.

²¹⁶ FASSIN D., *Faire de la santé publique*, EHESP, Rennes, 2008.

²¹⁷ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

²¹⁸ SÉNAT, COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, *Assurance maladie : un réflexion dans l'urgence*, Sénat de la République Française, Paris, 2003.

²¹⁹ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 129.

²²⁰ Ibidem.

²²¹ Ibidem.

²²² BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pag. 124.

²²³ DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de Franca, Paris, 2004.

Nell'amministrazione del sistema sanitario il ruolo principale è giocato dallo Stato centrale, garante dell'interesse pubblico e della protezione della salute della popolazione²²⁴.

Il Ministero della sanità è il soggetto incaricato dei principali interventi nel settore, dovendo dare attuazione alle politiche sanitarie definite dalle leggi del Parlamento e delle decisioni governative²²⁵.

Storicamente, le strutture e le competenze del Ministero della sanità francese sono state più volte modificate²²⁶: l'estensione più o meno ampia delle attribuzioni da esso esercitate testimonia sia un fine di ordine politico, legato alla scelta del titolare del portafoglio ministeriale, sia la volontà di raggruppare o meno in uno stesso dicastero direzioni sanitarie, sociali ed economiche²²⁷.

L'organizzazione attuale prevede l'istituzione di un unico ministero con competenza in materia di sanità e in diversi settori sociali: per l'appunto, il Ministero della sanità, della gioventù e dello sport.

Le attribuzioni ministeriali in materia sanitaria sono esercitate dal Segretario di Stato incaricato della sanità: egli esplica, su delega del Ministro, le attribuzioni in materia di politica sanitaria, e assiste il Ministro su tutte le questioni che quest'ultimo intende sottoporgli, in particolare quelle sull'assicurazione malattia²²⁸.

Per l'esercizio delle proprie funzioni, il Segretario di Stato incaricato della sanità è a capo della *Direction générale de la santé*²²⁹ e della *Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*²³⁰, avvalendosi poi delle altre direzioni e servizi del ministero: in particolare della Direzione della sicurezza sociale, nonché dell'*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé* e sull'*Établissement français du sang*, sui quali esercita tutela²³¹.

L'organizzazione della DGS è fissata dal decreto n. 00-685 del 2000, ed ha il compito di attuare ed elaborare le politiche relative alla prevenzione (educazione sanitaria, protezione della maternità, medicina scolastica); di organizzare le terapie mediche; di effettuare la formazione professionale del personale medico e paramedico.

La DHOS, disciplinata anch'essa dal succitato decreto (e recentemente ri-organizzata), articolata in *pôles*²³², ha funzioni di programmazione e realizzazione delle strutture ospedaliere; reclutamento, gestione e formazione del personale; organizzazione e gestione degli enti ospedalieri; rafforzamento del coordinamento e della complementarità dell'azione dei poteri pubblici, attraverso lo sviluppo delle azioni volte a favorire l'efficienza medica ed economica²³³.

A fianco della struttura ministeriale, altri soggetti pubblici operano nel settore sanitario: sono enti pubblici con competenza nazionale e finalità orientate a settori specifici, come ad esempio l'*École nationale de la santé publique*²³⁴, l'*Institut nationale de la santé et de la recherche* o il *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*²³⁵.

²²⁴ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 637.

²²⁵ Ibidem, pag. 638.

²²⁶ Per un'ampia panoramica evolutiva vedi BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007.

²²⁷ Si pensi ad esempio al decreto n. 97-706 del 1997, che istituiva il Ministero per l'occupazione e la sanità, avente competenza in materia di lavoro, occupazione e nei diversi settori sociali.

²²⁸ CAMERA DEI DEPUTATI, Scheda di comparazione, *Il sistema sanitario francese*, s.n., Roma, 1998, pag. 1

²²⁹ D'ora in avanti "DGS".

²³⁰ D'ora in avanti "DHOS".

²³¹ Ibidem.

²³² Polo organizzazione dei bisogni, stabilimenti e finanziamento; polo professioni della sanità ed affari generali. Per un approfondimento vedi BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pagg. 638 e 639.

²³³ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pag. 256-259.

²³⁴ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 640.

²³⁵ Istituito dalla dal decreto n. 83-132 del 1983, confermato dalla legge n. 94-653 del 1994.

18. Le strutture sanitarie a livello locale.

Il sistema sanitario francese si articola, a livello locale, nelle strutture amministrative statali decentrate e in quelle degli enti locali, in particolare delle regioni.

La riforma che nel 1964 aveva avviato il decentramento dei servizi socio-sanitari statali²³⁶ si è conclusa, per il momento, con la legge n. 04-806 del 2004²³⁷, che ha istituito un nuovo servizio unico a livello regionale e a livello dipartimentale. L'obiettivo di tale riforma è quello di assicurare, attraverso la fusione dei servizi, una maggiore coerenza ed unità alla politica sanitaria, con un più efficace controllo della spesa²³⁸.

A livello regionale e dipartimentale i servizi esterni del Ministero della Sanità sono la *Direction régionale des affaires sanitaires et sociales*²³⁹ e la *Direction départementale des affaires sanitaires et sociales*²⁴⁰, poste rispettivamente sotto l'autorità del Prefetto della regione o del dipartimento²⁴¹.

Tali direzioni sostituiscono e raggruppano, in ciascuna regione, i precedenti servizi esterni del Ministero²⁴², implementando le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali²⁴³.

Le DRASS hanno compiti ampi e diversi: la pianificazione regionale degli interventi e delle strutture nel settore sanitario e sociale; il controllo amministrativo, finanziario e tecnico sulle spese sanitarie e sociali; l'applicazione della legislazione sulla sicurezza sociale²⁴⁴.

Il direttore regionale, che non ha potere gerarchico sulle direzioni dipartimentali, esercita le proprie attribuzioni sotto l'autorità del Prefetto della regione. Il direttore dipartimentale esercita le proprie attribuzioni anch'esso sotto l'autorità del Prefetto: definisce ed attua gli interventi in campo sociale e sanitario; programma le azioni e gli interventi pubblici entro i piani regionali; controlla la coerenza delle iniziative e degli interventi degli enti locali, degli organi della Sicurezza sociale e degli istituti privati. Inoltre, dirige i servizi di tutela della salute e dell'ambiente e di lotta alle malattie sociali; assicura il controllo amministrativo, finanziario e tecnico sul funzionamento degli istituti sanitari e sociali, sia pubblici che privati²⁴⁵.

La legge 806/04, come si vedrà di qui a poco, ha poi creato dei nuovi strumenti locali di coordinamento, con veste di Gruppo d'interesse pubblico²⁴⁶: i *Groupements régionaux de santé publique*²⁴⁷.

Essi sono espressione della volontà dello Stato di realizzare un partenariato, a livello regionale, per la messa in opera delle politiche di sanità pubblica, permettendo l'incontro in un unico centro consultivo-decisionale, di una pluralità di attori: lo Stato, attraverso l'*Institut de veille sanitaire*²⁴⁸ e

²³⁶ Legge n. 64-250 e decreto n. 64-787 del 1964.

²³⁷ D'ora in avanti "legge 806/04".

²³⁸ TRÉPREAU M., *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, in "Regards sur l'actualité", n. 308, pagg. 79-92, 2005.

²³⁹ D'ora in avanti "DRASS".

²⁴⁰ D'ora in avanti "DDASS".

²⁴¹ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

²⁴² Direzione regionale della sicurezza sociale; Servizio regionale dell'azione sanitaria e sociale; Ispettorato regionale della sanità; vedi CAMERA DEI DEPUTATI, Scheda di comparazione, *Il sistema sanitario francese*, s.n., Roma, 1998, pag. 3.

²⁴³ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 639.

²⁴⁴ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

²⁴⁵ Ibidem.

²⁴⁶ D'ora in avanti "GIP".

²⁴⁷ D'ora in avanti "GRSP".

²⁴⁸ Istituito e disciplinato dalla legge n. 98-657 del 1998.

l'*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*²⁴⁹ (alcuni degli enti con cui esso agisce nel settore sanitario); le *Agences regionales de l'hospitalisation*²⁵⁰; la regione; i dipartimenti; i comuni o consorzi di comuni che lo desiderino; l'*Union régionale des caisses d'assurance-maladie* e la *Caisse régionale d'assurance-maladie*²⁵¹. Questa composizione del GRSP è chiusa, poiché non è possibile alcuna adesione ulteriore di soggetti diversi da quelli specificamente previsti dalla legge, qui elencati²⁵².

Essi sono presieduti di diritto dal Prefetto della regione²⁵³, il quale, in quanto rappresentante dello Stato scelto tra i dirigenti apicali del polo regionale, designa anche il direttore del gruppo.

Tali nuovi "punti di incontro", raccolgono nella medesima struttura le risorse materiali e finanziarie destinate dallo Stato, dall'*Assurance maladie* e dalle collettività territoriali, alle azioni locali di sanità pubblica, prima finanziate in modo separato per ogni attore²⁵⁴.

La creazione dei GRSP è quindi conseguita alla volontà di riposizionare l'azione dei differenti interventi istituzionali locali nel quadro di una politica globale dello Stato, con la definizione di obiettivi di sanità nazionali declinati sul piano regionale: i GRSP sono strumenti operativi regionali di attuazione e finanziamento dei progetti sanitari nazionali²⁵⁵.

Essendo il sistema sanitario francese caratterizzato da un'estrema complessità, con la dispersione di mezzi e finanziamenti conseguente alla convivenza di una pletera di attori nel medesimo settore, i GRSP sono stati creati mirando chiaramente ad una *mutualisation* "delle risorse" stanziata per le politiche di sanità pubblica, onde evitarne lo spreco²⁵⁶.

Altri attori di raccordo e concertazione sono la *Conférence nationale de santé* e le *Conférences régionales de santé*²⁵⁷: esse partecipano alla fissazione degli obiettivi pluriennali della regione e sono consultate riguardo una diagnostica regionale dello stato di salute della popolazione, il bilancio delle azioni e dei programmi e le risorse disponibili. Esse non hanno più la responsabilità esclusiva delle priorità sanitarie regionali²⁵⁸, essendo divenute principalmente dei consulenti per i rappresentanti dello Stato, ai quali forniscono esclusivamente un parere e delle proposte sul piano regionale di sanità pubblica²⁵⁹.

19. La legge n. 04-806 del 2004.

La definizione e la messa in opera della politica sanitaria nazionale e delle sue declinazioni regionali costituisce uno dei quattro assi principali della legge 806/04: essa esprime la volontà di

²⁴⁹ Istituito e disciplinato dalla legge n. 02-303 del 2002; le missioni ad esso attribuite sono state integrate dalla legge n. 04-806 del 2004.

²⁵⁰ Create dall'ordinanza n. 96-346 del 1996, sono dei GIP costituiti tra lo Stato e le casse regionali d'assicurazione-malattia. Poste sotto la tutela del ministro incaricato della sanità e della sicurezza sociale, sostituiscono l'azione di DRASS e DDASS per quel che concerne gli stabilimenti sanitari, avendo per missione la messa in opera della politica regionale di offerte sei servizi ospedalieri, di determinare le risorse di questi e di coordinarne l'attività nel rispetto degli orientamenti nazionali.

²⁵¹ Art. L 1411-15 C.s.p. . Esse hanno lo scopo di assicurare il finanziamento delle assicurazioni sanitarie, di maternità, di invalidità, di decesso, di incidente sul lavoro e malattia professionale.

²⁵² Fatta eccezione per la collettività territoriale di Corsica e di Saint-Pierre et Michelon; vedi ibidem.

²⁵³ Ibidem.

²⁵⁴ MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007, pagg. 140-143.

²⁵⁵ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 644.

²⁵⁶ Ibidem.

²⁵⁷ Istituite dall'ordinanza n. 96-346 del 1996, innovate nelle loro funzioni di concertazione dalla legge n. 02-303 del 2002; vedi BRECHAT P.H. e ROGER P., *Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002*, ADSP, n. 42, 2003, pagg. 14 e 15.

²⁵⁸ Come era prima della legge 806/04.

²⁵⁹ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 640.

semplificare e chiarificare l'efficacia dei dispositivi e delle procedure in materia, ri-affermando la responsabilità dello Stato. A questo, per la prima volta con il mezzo legislativo, è conferito il ruolo di principale determinatore della politica sanitaria pubblica e di tutte le tappe della sua realizzazione²⁶⁰: l'individuazione degli obiettivi pluriennali e la concezione dei piani, delle azioni e dei programmi di sanità realizzati per soddisfarli, sono di sua esclusiva responsabilità²⁶¹.

La politica sanitaria non è mai stata decentralizzata a livello regionale, e la legge in questione ha anzi prodotto una centralizzazione, se possibile, ulteriore, generando un processo di formazione delle politiche pubbliche in materia di sanità chiaramente "discendente"²⁶². Difatti, non solo al Prefetto regionale resta la decisione finale sulla statuizione delle priorità e la programmazione delle azioni regionali, ma è inoltre resa molto più stringente la relazione con il livello decisionale centrale²⁶³.

Come già affermato, per accentuare e formalizzare il partenariato nella realizzazione della politica sanitaria a livello regionale, la legge 806/04 ha istituito i GRSP. Questi sono conseguiti al convincimento che, in ambito sanitario e non solo, il moltiplicarsi dei centri di responsabilità causi (ed effettivamente causa) la dispersione delle iniziative e delle azioni, nonché delle risorse, con un risultato di loro incoerenza, inefficacia ed intempestività²⁶⁴. Pertanto, la legge ha raggruppato nei GRSP le competenze esistenti a livello regionale, per creare un'istanza unitaria operativa che realizzi le politiche contenute nel piano regionale di sanità pubblica²⁶⁵.

Questa volontà incontra tuttavia alcuni limiti evidenti, traducendosi in un partenariato limitato, a geometria variabile ed in qualche misura tronco²⁶⁶.

Limitato, poiché nei GRSP non sono riuniti tutti i possibili *partners* regionali: restano escluse infatti le associazioni, i comitati regionali per l'educazione e la sanità o gli osservatori regionali di sanità²⁶⁷. Sono del pari esclusi dei possibili finanziatori come mutualità privata o le imprese pubbliche operanti in sanità²⁶⁸.

A geometria variabile, poiché le collettività locali fanno sì parte dei GRSP, ma la loro partecipazione è volontaria e non obbligatoria²⁶⁹, in aggiunta al fatto che solo le regioni ed i dipartimenti beneficiano di una rappresentazione sistematica²⁷⁰.

Tronco, poiché non solo lo Stato, attraverso il Prefetto regionale, designa il direttore del GRSP²⁷¹, ma è anche largamente presente negli organi di quest'ultimo, soprattutto in seno al consiglio di amministrazione²⁷². Esso è presieduto dal Prefetto²⁷³, ma vi si contano anche altri rappresentanti dello Stato: uno per ogni suo ente partecipante al gruppo²⁷⁴. Una simile

²⁶⁰ GIRAUD F. E LORRAIN L., *Rapport fait au nom de la commission des affaire sociales*, Documentation Sénat français, n. 138, 2004, pag. 11.

²⁶¹ Legge 806/04, art. 2; art. L 1411-1 C.s.p. .

²⁶² MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007, pagg. 101-103.

²⁶³ BRECHAT P.H., *Naissance et historique de la régionalisation des politiques des santé*, pag. 22.

²⁶⁴ NICOLAS C., *Poursuivre une politique régionale de santé*, ADSP, n. 46, 2004, pag. 62.

²⁶⁵ Art. L 1411-14 C.s.p. .

²⁶⁶ MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007, pag. 111.

²⁶⁷ IGAS, *Guide d'aide à la mise en place des Groupements régionaux de santé*, Document de travail-Mission IGAS/GRSP, 2006, pag. 6.

²⁶⁸ Ibidem.

²⁶⁹ Art. L 1411-15 C.s.p. .

²⁷⁰ Art. R 1419 C.s.p. .

²⁷¹ Art. L 1411-16 C.s.p. .

²⁷² Ibidem.

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ Art. R 1411-19 C.s.p. .

preponderanza è ulteriormente accentuata dalle regole di ripartizione dei voti²⁷⁵, che permettono al Prefetto, quindi allo Stato, una supremazia assicurata nell'adozione delle decisioni²⁷⁶.

20. Il servizio ospedaliero pubblico.

Nel settore pubblico esistono diversi tipi di strutture ospedaliere: ospedali-università, con compiti di insegnamento e ricerca, riferimento anche per altri ospedali; ospedali generali e specialistici, localizzati soprattutto nei grandi centri urbani; centri di cura, convalescenza e riabilitazione; ospedali locali e strutture polifunzionali²⁷⁷.

Le principali leggi di riforma del sistema ospedaliero sono la legge n. 70-1318 del 1970, la legge n. 91-748 del 1991 e la legge n. 02-303 del 2002. La prima ha modificato in modo sostanziale l'organizzazione del sistema, ponendo due principi fondamentali: la strutturazione di un servizio pubblico ospedaliero e la pianificazione delle spese²⁷⁸. Inoltre, è introdotta la partecipazione degli enti ospedalieri privati al servizio pubblico, istituendo nuove forme di controllo sulle strutture e promuovendo la cooperazione intra-ospedaliera.

La seconda legge di riforma riprende i principi generali posti dalla legge n. 70-1318 del 1970, integrandoli con due nuovi obiettivi: riequilibrare il rapporto tra il settore ospedaliero pubblico e quello privato; ottimizzare l'offerta delle prestazioni mediche secondo i bisogni sanitari della popolazione; rendere più efficienti gli ospedali pubblici.

Il sistema ospedaliero francese è un sistema misto, al quale partecipano gli enti ospedalieri pubblici e quelli privati rispondenti a determinate condizioni di organizzazione e funzionamento²⁷⁹.

Il servizio ospedaliero pubblico è aperto a tutti coloro che ne richiedono l'assistenza; deve essere in grado di accogliere i malati di giorno e di notte e, in caso di impossibilità, di assicurare il ricovero presso un altro ospedale del servizio pubblico; non può compiere alcuna discriminazione tra i malati per quanto riguarda le terapie mediche²⁸⁰.

I compiti del servizio pubblico ospedaliero sono definiti dal C.s.p.²⁸¹: il servizio assicura l'assistenza, le cure e le terapie d'urgenza ai malati, ai feriti e alle donne incinte; partecipa all'insegnamento universitario e post-universitario, alla ricerca medica e farmaceutica, alla formazione del personale medico e paramedico, all'educazione sanitaria e ai programmi di medicina preventiva.

Al fine di garantire una programmazione e un miglior controllo sulle spese sanitarie, la legge n. 91-748 del 1991 istituiva la "carta sanitaria" e lo "schema regionale di organizzazione sanitaria"²⁸².

L'ordinanza n. 03-850 del 2003 ha abolito la prima e fatto del SROS il solo strumento di pianificazione sanitaria²⁸³: quest'ultimo, che può essere rivisto in ogni momento, ma obbligatoriamente almeno ogni cinque anni, ha la funzione di previsione e di inquadramento quantitativo della domanda e dell'offerta delle prestazioni mediche per settore e regione sanitaria, nonché di pianificazione degli investimenti sull'intero territorio²⁸⁴.

²⁷⁵ Art. R 1411-20 C.s.p. .

²⁷⁶ MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007, pag. 115.

²⁷⁷ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 135.

²⁷⁸ CAMERA DEI DEPUTATI, Scheda di comparazione, *Il sistema sanitario francese*, s.n., Roma, 1998, pag. 4.

²⁷⁹ Art. L 611-4 C.s.p. .

²⁸⁰ Ibidem.

²⁸¹ Ibidem.

²⁸² *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*; d'ora in avanti "SROS". Lo SROS determina le priorità regionali, fissa gli obiettivi e valuta i risultati ottenuti dagli attori della sanità.

²⁸³ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pagg. 124-126.

²⁸⁴ Ibidem.

In aggiunta, lo SROS definisce a livello regionale la ripartizione delle strutture sanitarie, dovendo prevedere obbligatoriamente un allegato che indichi gli obiettivi quantificati delle differenti attività su ogni territorio e le azioni necessarie al loro perseguimento²⁸⁵.

Contratti quinquennali, detti *contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens*, conclusi tra gli enti ospedalieri (pubblici o privati), gli organi dell'assicurazione malattia, il rappresentante dello Stato e gli enti locali, permettono di individuare i mezzi necessari e quindi di realizzare gli obiettivi indicati dagli SROS²⁸⁶.

Le *agences régionales d'hospitalisation*, che permettono di associare i servizi statali e quelli dell'assicurazione malattia, assicurano unità di decisione nei confronti degli enti pubblici e di quelli privati: esse possono concludere con gli stabilimenti sanitari (appunto sia pubblici che privati) contratti quinquennali di mezzi ed obiettivi²⁸⁷. Tali contratti sono firmati dal direttore dell'agenzia regionale e possono essere rivisti in corso di efficacia; per i soli stabilimenti sanitari pubblici sono conclusi dopo deliberazione positiva del consiglio d'amministrazione²⁸⁸.

Gli enti ospedalieri sono enti pubblici dotati di autonomia amministrativa e finanziaria: quelli a carattere nazionale o regionale sono istituiti con decreto del Ministro della sanità, sentito il parere del Comitato nazionale dell'organizzazione sanitaria e sociale; gli altri con *arrêtée* del Prefetto della regione, su parere del comitato regionale dell'organizzazione sanitaria e sociale e degli enti locali interessati²⁸⁹.

Tutti i progetti di trasformazione, ampliamento, riconversione parziale o totale, di riunificazione di enti ospedalieri, pubblici o privati, sono sottoposti ad autorizzazione del Ministro della sanità o del prefetto della regione²⁹⁰ e devono rispondere ai bisogni della popolazione e agli obiettivi fissati nello SROS.

Gli enti ospedalieri pubblici sono classificati secondo duplice criterio, funzionale e tecnico:

-i centri ospedalieri regionali ad alta specializzazione, i quali possono stipulare con un'università una convenzione che prevede una o più unità di formazione e di ricerca medica e farmaceutica, divenendo così centri ospedalieri universitari;

-gli ospedali locali attrezzati per cure che comportano un ricovero di lunga durata per persone non autonome, o terapie di riabilitazione; essi possono fornire terapie mediche a breve termine nel campo della medicina generale solo se hanno stipulato una convenzione con i centri ospedalieri pubblici o con istituti privati che partecipano al servizio pubblico²⁹¹.

All'interno di ogni istituto le strutture mediche sono organizzate in servizi o in dipartimenti, costituiti da una o più unità funzionali, cioè strutture elementari di cura responsabili del malato. La legge n. 91-748 del 1991 ha istituito due organi rappresentativi: la commissione medica, composta dai rappresentanti del personale medico, che ha il compito di definire, con il direttore dell'ospedale, un progetto pluriennale degli obiettivi sanitari compatibili con lo SROS e delle modalità di gestione dell'istituto; un comitato tecnico che esprime il parere sui programmi di investimento per le strutture e attrezzature pesanti, il bilancio e la politica di formazione personale.

21. Gli enti ospedalieri privati.

²⁸⁵ Ordinanza n. 03-850 del 2003, Titolo III.

²⁸⁶ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pag. 265.

²⁸⁷ Art. 6114-1 C.s.p. .

²⁸⁸ Ibidem.

²⁸⁹ Art. 614-1 C.s.p

²⁹⁰ Art. L 612-8 C.s.p.

²⁹¹ CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIALE, *L'hôpital publique en France, bilan et perspectives*, Journaux officiels, Paris, 2005.

Una consistente quota del settore privato è rappresentata da strutture non-commerciali, quindi impossibilitate a realizzare utili d'esercizio²⁹², la parte restante è costituita da strutture con fine di lucro, che hanno derivato il loro sviluppo sia dal porsi competitivamente sul mercato, sia da forme di convenzionamento con la previdenza sociale²⁹³.

Gli enti ospedalieri privati possono partecipare al servizio pubblico ospedaliero attraverso due diverse modalità di collaborazione: la partecipazione o l'associazione²⁹⁴.

Gli istituti di cura privati, senza fini di lucro, possono, su loro richiesta, essere ammessi a partecipare al servizio pubblico se rispondono a determinate condizioni di organizzazione e funzionamento²⁹⁵. La decisione di ammissione al servizio pubblico è presa dal Ministro della sanità, e pur mantenendo un proprio statuto, tali istituti sono assimilati agli enti ospedalieri pubblici.

Gli ospedali privati possono essere associati al servizio pubblico attraverso accordi con un ospedale pubblico, a condizione di aver concluso una convenzione con gli organi della Sicurezza sociale²⁹⁶.

I medici e gli istituti di cura privati che non partecipano al servizio ospedaliero pubblico formano una conferenza medica che deve vigilare sull'indipendenza professionale del personale medico e partecipare alla elaborazione della politica sanitaria e gestionale dell'istituto²⁹⁷.

Le entrate delle strutture private (profit e non-profit) dipendono soprattutto da forme di convenzionamento con enti pubblici (accordi con gli ospedali pubblici principalmente) e solo in parte da una pura logica di mercato²⁹⁸.

Il potere centrale dello Stato si manifesta in un complesso di norme e vincoli relativi all'autorizzazione all'apertura o all'ampliamento delle strutture private e nell'autorizzazione ad attivare presso le cliniche già esistenti nuove specialità medico/chirurgiche²⁹⁹. L'operato delle strutture private finisce così per estrinsecarsi in un quadro istituzionale nel quale la libera imprenditoria deve adeguarsi alla pianificazione adottata a livello centrale, sia a riguardo della dislocazione, sia per il tipo di attività esercitabile³⁰⁰.

22. Il finanziamento dei servizi.

Il principio su cui si basa il sistema pubblico è quello di un programma generale di protezione sociale, in cui il finanziamento delle spese mediche operato dalla *Sécurité sociale* è organizzato secondo due modalità distinte: la prima prevede il rimborso all'affiliato e concerne in generale l'insieme dei consumi sanitari; la seconda prevede la funzione del terzo pagante e costituisce la regola nel settore dell'ospedalità pubblica, mentre nel settore privato è stato di fatto esteso agli onorari medici³⁰¹.

La spesa sanitaria, che rappresenta più dell'11% del Pil³⁰², ponendo la Francia al terzo posto tra i paesi industrializzati come impiego di risorse nel settore³⁰³, è così suddivisa: spese degli enti

²⁹² Si pensi ad esempio alla *mutuelle de metallurgistes*, con gestione promossa dal sistema mutualistico professionale; vedi ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 133.

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ Ibidem, pag. 134.

²⁹⁵ Art. L 615-6 C.s.p. .

²⁹⁶ Art. L 615-22 C.s.p. .

²⁹⁷ Ibidem.

²⁹⁸ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 133.

²⁹⁹ BONNICI B., *L'hôpital*, La documentation française, Paris, 2007.

³⁰⁰ DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004 .

³⁰¹ ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 130.

³⁰² OECD, *Health data*, Paris, 2005.

³⁰³ Dopo la Svizzera, 11,4% e gli Stati Uniti, 15,2%. Sempre nel 2005: Italia 8,9%; Gran Bretagna 8,2%; Germania 10,7%, Svezia 9,2%; vedi OECD, *Health data*, Paris, 2005.

ospedalieri pubblici e privati, che costituiscono circa la metà della spesa sanitaria complessiva³⁰⁴; spese per cure ambulatoriali (medici, personale paramedico; farmaci)³⁰⁵.

La spesa sanitaria è alimentata da un sistema di finanziamento facente capo alla *Sécurité sociale* ed è finanziato dalle contribuzioni che i lavoratori e le imprese sono tenuti a versare in base al reddito, secondo i tassi di contribuzione stabiliti a livello centrale.

Le fonti di finanziamento sono così ripartite: circa il 74% della spesa sanitaria è coperta dalla *Sécurité Sociale*, il 19% dal finanziamento privato (famiglie e assicurazioni private), il 6% dalle mutue ed organismi assimilabili e l'1% dal contributo dello Stato³⁰⁶.

I pagamenti agli ospedali sono basati su negoziazioni di quote giornaliere per quanto concerne i servizi alberghieri, per i costi farmaceutici e per i servizi diagnostico-terapeutici³⁰⁷.

I servizi medici sono remunerati in base a tariffe concordate a livello nazionale con parametri tipo DRG³⁰⁸ per le attività diagnostiche, le urgenze, le analisi biologiche e i servizi radiologici: un *ticket* viene pagato dai pazienti che richiedono le prestazioni³⁰⁹.

Caratteristica peculiare del sistema sanitario francese è la presenza, a livello tanto centrale quanto decentrato, di un insieme articolato di controlli incentrato sulla figura del supervisore, tra cui si annoverano diverse personalità: medici, amministratori, farmacisti ed ingegneri³¹⁰. Nel processo di definizione della strategia e del budget sanitari si riscontrano tre livelli di supervisione³¹¹:

-a livello nazionale, attraverso il Dipartimento Ospedaliero del Ministero della sanità;

-a livello regionale attraverso il Prefetto regionale, espressione dell'autorità governativa, assistito dal DRASS;

-a livello di dipartimento attraverso il Prefetto assistito dal DDASS.

I controlli centrali riguardano svariate attività, dalla verifica della fattibilità dei negoziati fra medici e *Sécurité sociale* nazionale per la definizione degli onorari o per ulteriori investimenti, al ruolo di audit e consulenza per coadiuvare i manager delle varie unità nella scelta delle strategie più opportune. A livello locale, DRASS e DDASS, rappresentando lo Stato, controllano l'attività degli ospedali, compreso il bilancio, nonché le attività sanitarie e i fondi locali della *Sécurité sociale*³¹².

Quindi, nel sistema sanitario francese, il controllo influisce significativamente sulla trasformazione dei comportamenti gestionali.

I succitati GRSP sono finanziati obbligatoriamente da sovvenzioni statali e da dotazioni conferite dall'*Assurance maladie*, con una partecipazione complementare ed eventuale delle collettività locali³¹³. La sovvenzione statale proviene da crediti iscritti nella legge finanziaria alla voce "*programme santé publique et prévention, mission Santé*", mentre a livello decentrato i GRSP sono alimentati dal budget operativo delle DRASS³¹⁴.

Tuttavia, l'opportunità di concentrare in un unico attore una pluralità di risorse, così da evitarne dispersione e spreco, è stata in parte mancata: più che un raccoglimento comune si è assistito ad

³⁰⁴ Ibidem.

³⁰⁵ Ibidem.

³⁰⁶ Ibidem.

³⁰⁷ PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé : introduction aux finances publiques hospitalières*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2003.

³⁰⁸ Per un approfondimento su tali parametri si rinvia al capitolo V del presente lavoro.

³⁰⁹ PIERRU F., *Economiser la santé*, in "Savoir-agir", n. 5, pagg. 9-105, 2008.

³¹⁰ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pagg. 659 e 660.

³¹¹ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

³¹² ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996, pag. 141.

³¹³ TRÉPREAU M., *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, in "Regards sur l'actualité", n. 308, pagg. 79-92, 2005.

³¹⁴ MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007, pag. 136.

una sovrapposizione dei mezzi, producendo un limite alla razionalizzazione budgetaria e alla corretta finalizzazione dei crediti³¹⁵.

Nel 2002 i poteri pubblici francesi si sono impegnati in un importante ed ambizioso programma di riforma degli ospedali, definito “*hôpital 2007*”³¹⁶: oltre alla riforma delle governance e del finanziamento dell’ospedale pubblico era infatti previsto un rilancio dell’investimento di 6 miliardi di euro al fine di realizzare un investimento totale di 10 miliardi di euro, così da: rinnovare il patrimonio ospedaliero ed in più costruire nuovi ospedali; modernizzare e sviluppare il parco di dotazione tecnologica delle strutture; sviluppare ed adattare dei sistemi informatici ospedalieri³¹⁷. Questo riguarda tutti gli stabilimenti sanitari, sia pubblici che privati.

Le sfavorevoli contingenze economico-finanziarie nazionali e mondiali³¹⁸ hanno costretto a rivedere le previsioni di realizzazione e conclusione di tale programma, ribattezzato *hôpital 2012*³¹⁹.

Come il precedente, il *Plan H2012* riguarda tutti gli stabilimenti sanitari, sia pubblici che privati, e mobiliterà per il periodo 2008-2012 un investimento di 10 miliardi di euro, di cui 5 miliardi già erogati dallo Stato come aiuti diretti all’*Assurance Maladie*³²⁰.

Il nuovo piano è caratterizzato dalla maggior volontà di favorire una miglior prestazione economica delle strutture sanitarie: ogni progetto di investimento ospedaliero deve essere necessariamente integrato da studi sull’efficienza e sull’utilizzo appropriato delle risorse da mobilitare, nonché dalla stima precisa dei proventi delle cessioni immobiliari e da serie programmazioni budgetarie coerenti con l’equilibrio finanziario. Inoltre, deve essere assicurato il ritorno degli investimenti in base al volume di risorse da essi impiegate.

23. Il sistema assicurativo.

Anche se in Francia non esiste un sistema unico di assicurazione, attualmente quasi l’intera popolazione è coperta da almeno uno schema assicurativo di base³²¹.

La popolazione coperta dall’assicurazione obbligatoria è circa il 99%; di questa circa il 68% è in possesso di un’assicurazione integrativa fornita da mutue o compagnie private³²².

L’assicurazione sanitaria è garantita, nell’ambito della *sécurité sociale*, da tre fondi obbligatori: il regime generale dei lavoratori salariati dell’industria e del commercio; il regime autonomo delle professioni non salariate, non agricole; il regime dei lavoratori agricoli. Esistono, poi, una serie di regimi speciali volontari, le *assurances volontaires*, che assicurano i lavoratori di particolari categorie³²³.

³¹⁵ Ibidem, pagg. 148-150.

³¹⁶ VACHERON A., *La santé en France : les évolutions récentes*, Futuribles, Paris, 2008.

³¹⁷ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 662.

³¹⁸ Il riferimento ovviamente va alla grave crisi finanziaria ed economica mondiale, che ha comportato una radicale ri-direzione degli orientamenti di spesa ed investimento pubblici francesi (e non solo): il 22 gennaio 2009, il Senato francese ha definitivamente approvato il progetto rettificativo della legge finanziaria contenente le disposizioni del “*plan de relance*”, il cui ammontare è di quasi 26 miliardi di euro. Alcuni dati sulla situazione francese: il primo presidente della Corte dei Conti, Philippe Séguin, non ha escluso che il deficit pubblico superi l’ 80 % del PIL nel 2010; a dicembre 2008 il tasso di disoccupazione ha superato il suo record del 2007: 8.5 %, con 64, 000 nuovi iscritti alle agenzie ANPE (Agence Nationale Pour l’Emploi).

³¹⁹ D’ora in avanti “*Plan H2012*”.

³²⁰ Su 343 progetti di investimento (93 immobiliari, 155 di innovazione informatico-informativa e 2 di messa a norma), 250 sono stati definitivamente validati, per un ammontare complessivo di 1,7 miliardi di euro, il 34% della prima tranche erogata, il 17% del piano totale.

³²¹ SÉNAT, COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, *Assurance maladie : un réflexion dans l’urgence*, Sénat de la République Française, Paris, 2003.

³²² GARAY A., *La nouvelle législation française relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, in “*Revue de la recherche juridique*”, n. 3, pagg. 1305-1319, 2002.

³²³ BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pagg. 234-241.

Il Regime generale dei lavoratori salariati, il più importante per numero di assicurati e per ammontare di prestazioni erogate, copre l'insieme dei lavoratori dipendenti in aggiunta a numerose altre categorie, quali i lavoratori a domicilio o gli studenti, ad esempio. Tale regime si compone di quattro aree, o *branches*, ciascuna delle quali gestisce contributi e prestazioni relative a uno o più grandi rischi: Cassa nazionale assegni familiari e sussidi; Cassa nazionale assicurazioni malattia; Cassa nazionale assicurazioni vecchiaia; Agenzia centrale degli organismi della sicurezza sociale³²⁴.

La Cassa nazionale assicurazioni malattia³²⁵ è il fondo assicurativo più importante, coprendo il 75% della popolazione e finanziando circa il 70% della spesa sanitaria. E' un ente pubblico nazionale che gode di personalità giuridica ed autonomia finanziaria. Finanziata quasi interamente dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro, è organizzata su tre livelli: nazionale, regionale e di dipartimento.

La Cassa nazionale si occupa dei rischi di malattia, maternità, invalidità-decesso, incidenti sul lavoro e malattie professionali. Inoltre, contribuisce alla prevenzione sanitaria sui luoghi di lavoro, e svolge una funzione di controllo sulla professione medica. A livello regionale, le casse regionali si occupano delle convenzioni con le cliniche private, ed hanno un funzione di controllo statistico e sanitario. Infine, le casse primarie, che operano di norma nell'ambito del dipartimento, hanno un rapporto diretto con gli utenti e i fornitori di servizi, gestiscono immatricolazione, liquidazione e pagamento delle prestazioni a livello territoriale³²⁶.

L'assicurazione malattia gestisce lo schema generale di assicurazione, il *regime générale*, cioè lo schema di base del sistema sanitario assicurativo e comporta due tipi di prestazioni³²⁷:

- *prestations en nature*, consistenti nel rimborso delle spese di medicina generale e specialistica, per cure dentarie, analisi di laboratorio, ricoveri ospedalieri, farmaci sia per l'assicurato che per i familiari aventi diritto, nonché le spese per l'interruzione volontaria della gravidanza;

- *prestations en espèces*, cioè l'indennità giornaliera che costituisce il salario in caso di assenza del lavoratore per malattia.

Il diritto all'assistenza sanitaria spetta a tutti coloro che: esercitano un'attività lavorativa dipendente, siano essi cittadini francesi o meno; ai titolari di una pensione d'invalidità o di vecchiaia; ai praticanti in formazione professionale; a coloro che hanno terminato il servizio nazionale; ai diversamente abili³²⁸.

L'art. L 162-2 C.s.s. pone il principio della libera scelta del medico e dell'ente ospedaliero da parte del malato: i limiti posti a tale principio dai diversi regimi di sicurezza sociale possono essere introdotti unicamente in considerazione delle capacità tecniche degli istituti e dai criteri da questi adottati per autorizzare le cure rimborsabili agli assistiti³²⁹.

Le spese di ricovero e per analisi cliniche sono rimborsabili solo se l'ente ospedaliero o il laboratorio sono autorizzati dalla sicurezza sociale a dispensare tali cure³³⁰. Le tariffe applicabili agli onorari dei medici e del personale paramedico sono fissate da convenzioni³³¹. La libera scelta dell'ente ospedaliero è limitata dal principio che il rimborso avviene entro il *benchmark* rappresentato dalle tariffe dell'ente ospedaliero più vicino alla residenza dell'assicurato³³².

³²⁴ Ibidem.

³²⁵ Ibidem, pag. 243-246.

³²⁶ CERCLE DES ÉCONOMISTES, sous la direction de GUILLAUME M., *Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution !*, Descartes & CIE, Paris, 2007.

³²⁷ Art. L 321-1 C.s.s. .

³²⁸ Ibidem.

³²⁹ Art. L 610-1 C.s.p. .

³³⁰ CAMERA DEI DEPUTATI, Scheda di comparazione, *Il sistema sanitario francese*, s.n., Roma, 1998, pagg. 7 e 8.

³³¹ BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004, pagg. 264 e 265.

³³² Art. L 162-3 C.s.s. .

La quota garantita dalla cassa malattia non può eccedere l'ammontare delle spese realmente sostenute ed è rimborsata direttamente all'assicurato: per evitare l'anticipazione delle spese da parte dei questi è stata introdotta, in alcuni casi, una procedura secondo cui il paziente paga solo una quota a suo carico, mentre l'assicurazione paga direttamente al fornitore del servizio la percentuale di spesa non coperta³³³. Tuttavia, come visto, l'assicurazione non rimborsa completamente la spesa sostenuta, cosicché una certa quota, il cosiddetto *ticket modérateur*, è a carico dell'assicurato³³⁴: tale compartecipazione alla spesa varia a seconda dei diversi servizi sanitari forniti³³⁵.

Per l'onorario di un medico la quota di compartecipazione è del 25%, mentre per l'assistenza prestata da altro personale paramedico è del 35%; per il ricovero in ospedale il paziente deve versare il 20% del costo del ricovero nei casi di periodi di breve ospedalizzazione, mentre per i trattamenti che necessitano di una durata più lunga è previsto l'esonero dal pagamento del ticket; il paziente paga, inoltre, il 20% del costo dell'assistenza dei medici e delle analisi di laboratorio effettuate durante il ricovero³³⁶.

A partire dal 1983 il malato paga un contributo fisso per ogni giorno di ricovero, un *forfait journalier hospitalier*: sono esentate le persone ricoverate per maternità, per un incidente sul lavoro o malattia professionale, i diversamente abili e gli invalidi³³⁷.

La partecipazione dell'assicurato può essere ridotta o abolita a seconda dell'età, della situazione familiare o in determinati casi³³⁸: qualora l'assicurato sia affetto da malattia grave che richieda un trattamento terapeutico lungo e particolarmente costoso, o si tratti di una donna incinta, di un bambino o adolescente diversamente abile. La partecipazione dell'assicurato è ugualmente abolita per le spese di analisi relative all'individuazione del virus HIV³³⁹.

24. *Le leggi di finanziamento della sicurezza sociale.*

La legge costituzionale n. 96-138 del 1996 ha modificato gli artt. 34, 39 e 47 Cost. Francese, istituendo una nuova categoria di leggi, definite "leggi di finanziamento della sicurezza sociale", nonché una specifica procedura per la loro approvazione, analoga a quella prevista per l'adozione delle leggi finanziarie.

Oltre le modalità di approvazione, la legge organica n. 96-646 del 1996 precisa il contenuto delle leggi di finanziamento della sicurezza sociale: legge di finanziamento attuale e *lois de financement rectificatives*. Ogni anno la legge di finanziamento della sicurezza sociale deve: approvare gli orientamenti della politica sanitaria e della sicurezza sociale e gli obiettivi che determinano le condizioni generali dell'equilibrio finanziario della sicurezza sociale; prevedere le entrate dell'insieme dei regimi obbligatori di base della sicurezza sociale (regime generale dei lavoratori salariati; regime dei lavoratori non salariati, non agricoli; regime dei lavoratori agricoli; regimi speciali) e degli organismi che concorrono al loro finanziamento; fissa, per categorie, gli obiettivi di spesa dei regimi obbligatori di base e l'obiettivo nazionale di evoluzione della spesa per l'assicurazione malattia.

Le leggi di finanziamento della sicurezza sociale hanno carattere di leggi finanziarie; possono contenere solo disposizioni che si riferiscono direttamente all'equilibrio finanziario dei regimi di

³³³ Art. L 321-1 C.s.s. .

³³⁴ Art. L 322-2 C.s.s.

³³⁵ Art. R 322-1 C.s.s.

³³⁶ DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004, pagg. 77 ss. .

³³⁷ CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIALE, *L'hôpital publique en France, bilan et perspectives*, Journaux officiels, Paris, 2005.

³³⁸ Art. L 322-3 C.s.s. .

³³⁹ Decreto n. 92-479 del 1992.

base della sicurezza sociale o disposizioni che hanno come fine quello di migliorare il controllo del Parlamento francese sulla loro applicazione³⁴⁰.

La legge organica n. 96-138 del 1996 attribuisce infine alla Corte dei Conti la competenza a presentare al Parlamento un rapporto annuale sull'attuazione delle leggi di finanziamento. Tale rapporto contiene, inoltre, un'analisi dei bilanci degli enti della sicurezza sociale sottoposti al controllo della Corte stessa.

L'ordinanza n. 96-344 del 1996 stabilisce tra che lo Stato e gli organismi nazionali della sicurezza sociale³⁴¹ vengano concluse delle convenzioni pluriennali per definire obiettivi di gestione, in particolare quelli legati alla gestione del rischio, al miglioramento della qualità del servizio agli utenti, all'attuazione della politica di azione sociale e di prevenzione: le *convention d'objectifs et de gestion*.

Queste ultime definiscono anche i mezzi di funzionamento a disposizione dei vari organismi, precisando l'andamento dei bilanci delle casse e le modalità di miglioramento e sviluppo della rete delle casse locali³⁴².

L'ordinanza prevede, infine, la creazione dei consigli di sorveglianza: istanze indipendenti che controllano, per ciascuna cassa nazionale, l'attuazione delle convenzioni, e parallelamente viene accresciuto il ruolo delle casse nazionali e la loro autonomia di gestione.

La legge n. 04-810 del 2004, prendendo atto del terribile disequilibrio tra le entrate e le spese dell'*assurance maladie*³⁴³, non sanato né dalle *cotisations sociales* né dalla contribuzione sociale generalizzata, ha portato all'adozione di una regolazione di spesa sanitaria più efficace, nonché ad una responsabilizzazione degli attori ed un rafforzamento del partenariato tra Stato ed assicuratori: le assicurazioni malattia obbligatorie, le AMO, e le assicurazioni malattia complementari, le AMC³⁴⁴.

Attualmente la *loi n. 08-1330 du 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009* stabilisce per l'*assurance maladie* nel regime generale della *Sécurité sociale*:

-nel 2007 dati definitivi d'esercizio attestanti spese per 146 miliardi di euro, con un conseguente deficit pari a 4,6 miliardi di euro;

-nel 2008 un obiettivo nazionale di spesa fissato a 155 miliardi di euro (ma realisticamente, secondo le ultime stime, tale tetto sarà sorpassato di 750 milioni di euro), andando così a costituire un deficit della *branche maladie* pari a 4,2 miliardi di euro³⁴⁵;

-nel 2009 una previsione di spesa di 161 miliardi di euro, a fronte di un gettito di 156 miliardi, determinando quindi un incremento del deficit a 4,6 miliardi di euro, seppur queste ultime proiezioni siano destinate a variare sensibilmente.

Dai dati emerge, pertanto, un tendenziale e continuo incremento della spesa destinata all'*assurance maladie*, non accompagnato da un corrispondente incremento di gettito, ciò risultando in una persistente espansione del debito della *branche maladie*, pericolosamente ancora non destinato, se non all'estinzione, almeno al contenimento.

³⁴⁰ PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé : introduction aux finances publiques hospitalières*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2003.

³⁴¹ Cassa nazionale assicurazione malattia; Cassa nazionale assicurazione vecchiaia; Cassa nazionale per gli assegni familiari; Agenzia centrale degli organismi di sicurezza sociale.

³⁴² UDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004.

³⁴³ Nel 2004 pari a 11 miliardi di euro, con un deficit cumulato di 32 miliardi di euro; vedi *Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale*, giugno 2006 e settembre 2008.

³⁴⁴ *Assurance Maladie Obligatoire, Assurance Maladie Complémentaire*, vedi BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007, pag. 234.

³⁴⁵ Sui complessivi -9,5 miliardi del saldo della *Sécurité Sociale* per il 2007. Per il 2008 il debito dell'itero regime della *Sécurité sociale* è stimato di -9,3 miliardi; -10,5 previsti per il 2009.

25. Riforme: il projet de loi n. 1210.

Il projet de loi n. 1210³⁴⁶ “*hôpital, patients, santé, territoires*”³⁴⁷ ha l’obiettivo di intraprendere la necessaria modernizzazione del sistema sanitario francese, modificando l’organizzazione del settore sanitario, ospedaliero, ambulatoriale, e medico-sociale: per questo sono create le *agences régionales de santé*³⁴⁸, attore unico e trasversale sul piano regionale.

La riforma investe anche lo statuto degli ospedali pubblici, soprattutto a riguardo delle modalità di governo delle strutture sanitarie, da orientare verso la responsabilizzazione della dirigenza: questa deve essere dotata degli strumenti necessari ad un *management* efficace ed efficiente.

In aggiunta il pdl si prefigge di chiarificare la definizione delle missioni di servizio pubblico³⁴⁹: quale che sia il loro status giuridico, tutte le strutture ospedaliere possono prendervi parte. Difatti, la possibilità di affidare missioni di servizio pubblico a strutture sanitarie private³⁵⁰ è perseguibile nel quadro tracciato dal *contrat d’objectifs et de moyens* concluso tra l’ospedale privato e l’ARS.

L’art 1 estende i compiti delle strutture ospedaliere, riconoscendo inoltre le diverse modalità di presa a carico dei pazienti: l’ospedalizzazione a domicilio e quella di *day hospital* ne divengono parte integrante. Le funzioni di servizio pubblico saranno attribuite alle diverse strutture in base all’organizzazione territoriale definita dallo SROS, per essere poi iscritte nel *contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens*³⁵¹.

Gli artt. 4 e 5 prevedono che: i direttori dei centri ospedalieri universitari³⁵² siano nominati dal Consiglio dei ministri, e che i direttori di strutture ospedaliere siano nominati dal centro nazionale di gestione. La nomina di questi ultimi sarà proposta dal direttore della ARS, dopo parere del *Conseil de surveillance*. Tale Consiglio, sostitutivo del precedente *conseil d’administration*, composto in numero eguale da rappresentanti politici, del personale e di specialisti, è dotato di competenze centrate sulla definizione degli orientamenti strategici complessivi della struttura sanitaria, su funzioni di controllo e di delibera sul conto finanziario.

L’art. 6 del pdl dispone che la gestione degli ospedali pubblici sia rafforzata attraverso l’ampliamento dei poteri e dell’autonomia del direttore della struttura sanitaria: il *président du directoire*³⁵³, cui è conferita la completa responsabilità dell’ospedale. In base agli obiettivi lui affidati, il direttore sarà valutato dal direttore generale dell’ARS, e dovrà inoltre sottoporre il progetto di gestione ed i rendiconti finanziari annuali ad approvazione del Consiglio di sorveglianza.

E’ altresì disposto che il presidente della commissione medica della struttura ospedaliera divenga di diritto vice presidente del *directoire*: le sue nuove attribuzioni comprenderanno la determinazione delle previsioni di incasso e spesa, oltre alla definizione del progetto medico dell’ospedale.

L’art. 12 mira alla creazione di consorzi ospedalieri territoriali³⁵⁴ così da meglio fronteggiare i bisogni della popolazione con una maggior flessibilità gestionale. Il pdl contempla due modalità organizzative dei CHT:

³⁴⁶ D’ora in avanti “pdl”.

³⁴⁷ Presentato dal Ministro della Salute, della gioventù e dello sport Roselyn Bachelot-Narquin e dal Primo Ministro François Fillon.

³⁴⁸ D’ora in avanti “ARS”.

³⁴⁹ Artt. 1, 2, 3 del pdl n. 1210.

³⁵⁰ In caso di carenza del servizio sanitario pubblico nelle zone di sotto-denista d’offerta sanitaria.

³⁵¹ Il *contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens* è lo strumento privilegiato per la messa in opera dello SROS da parte delle strutture ospedaliere e dai titolari di autorizzazione (ad esempio cliniche private che partecipano al servizio sanitario pubblico).Egualmente, tali contratti sono supporto delle attribuzioni di servizio pubblico.

³⁵² *Centre hospitalier universitaire*.

³⁵³ In Francia il *Directoire* è l’organo collegiale incaricato della gestione delle società anonime. In questo caso esso verrebbe a sostituire il precedente *Conseil exécutif*.

³⁵⁴ *Communautés hospitalières de territoire*, d’ora in avanti “CHT”.

-la CHT federativa, in cui un ospedale preesistente si vede delegate alcune competenze da altre strutture ospedaliere, assumendo così un ruolo di struttura-sede, venendo così la CHT a definire una strategia comune e mutuale nella gestione delle proprie competenze (risorse umane, programmi di investimento, sistemi informativi etc...);

-la CHT integrata, ove gli ospedali preesistenti affidano al consorzio la totalità delle loro competenze, divenendo varie sedi-filiali, pur mantenendo delle potestà consultive, a differenza di quanto avverrebbe con una fusione.

Nella CHT federative quindi, l'ospedale sede-centrale definisce un progetto strategico e medico comune, alla cui attuazione le strutture sanitarie aderenti si impegnano, pur restando giuridicamente e finanziariamente autonome³⁵⁵.

Tuttavia, la vera innovazione del pdl 1210 dovrebbe essere contenuta dall'art. 26, che crea le ARS, con lo scopo dichiarato di rafforzare il radicamento territoriale delle politiche sanitarie, permettendone un miglior adattamento ai bisogni del territorio. Inoltre, il sistema sanitario risulterà semplificato, riunendo a livello regionale le forze dello Stato e dell'*Assurances maladie*.

Nelle ARS saranno raggruppati i 6 organismi attualmente incaricati delle politiche sanitarie: ARH; servizi decentrati di DRASS e DRASS³⁵⁶; *Union regional des caisses d'Assurance maladie*; GRSP; *Mission regional de santé*.

Le ARS copriranno l'intero campo sanitario, mirando a superare le chiusure settoriali e a garantire una condotta più coerente ed efficace delle politiche di sanità su ogni territorio. In aggiunta, esse potranno usufruire di leve d'azione più performanti, come ad esempio in materia di riparto delle offerte di cura e di contrattazione con gli erogatori. Il direttore generale delle ARS, dopo l'espressione vincolante del parere del rappresentante dello Stato nella regione, il prefetto regionale, approverà il *plan régional de santé*: piano strategico regionale di sanità; schema regionale di attuazione della prevenzione e di organizzazione medico-sociale; programma di applicazione finanziaria dello schema.

Le ARS avranno statuto di ente pubblico, con a capo un dirigente generale nominato dal Consiglio dei Ministri. L'ARS si appoggerà ad una Conferenza Regionale della Sanità³⁵⁷, oltre ad avere una delegazione territoriale in ogni dipartimento. Inoltre sarà costituito un Consiglio di vigilanza che emetterà un rapporto annuale sui risultati dell'ARS e ne approverà il conto finanziario. Tale Consiglio sarà composto da: rappresentanti di Stato e *Assurance maladie*, eletti delle collettività locali e degli utenti, specialisti.

La CRS raggrupperà tutti gli attori coinvolti dalle politiche sanitarie regionali, ed in seduta plenaria potrà fare proposte al dirigente generale dell'ARS al momento dell'elaborazione del *Projet de santé*.

Il Direttore Generale delle ARS sarà nominato dal Consiglio dei Ministri, da cui riceverà un mandato ed una lettera di missione che ne specifichi gli obiettivi.

Le ARS saranno finanziate da sovvenzioni statali e dell'*Assurance maladie*, oltre che da risorse proprie. Saranno possibili finanziamenti spontanei da parte delle collettività territoriali o di altri enti pubblici. Le ARS impiegheranno funzionari pubblici, soprattutto provenienti da DRASS, DDAS e *Assurance maladie*.

Infine sarà creato un Comitato di coordinamento delle ARS, per coordinarne l'operato a livello nazionale: questo firmerà con il Ministro della Sanità e delle finanze un contratto pluriennale di obiettivi e mezzi.

Un intervento (solo apparentemente) "minore", ma orientato nella stessa direzione del più generale pdl, è la ristrutturazione effettivamente compiuta dalla DHOS: la sua funzione "métiers" è

³⁵⁵ Nel quadro del progetto strategico comune, gli ospedali aderenti possono modificare la ripartizione delle loro attività sanitarie di cura.

³⁵⁶ Polo sanità e medico-sociale.

³⁵⁷ *Conférence regionale de santé*, d'ora in avanti "CRS".

stata riorganizzata in un'unica sotto-direzione per le risorse umane del sistema sanità³⁵⁸, dedicata alla gestione strategica delle professioni sanitarie e delle risorse umane ospedaliere.

La RHSS accorpa le vecchie sotto-direzioni risorse umane, precedentemente distinte tra professioni sanitarie e personale medico ospedaliero, personale paramedico ed ospedaliero.

In questo modo, la RHSS permetterà di comprendere in una visione globale le problematiche legate alla gestione delle professioni sanitarie, proponendone anche una regolazione coerente con i bisogni della popolazione assistita³⁵⁹.

26. Bibliografia.

- AIOP, *Ospedali & Salute. Terzo rapporto annuale 2005*, Angeli, Milano, 2006;
- ANNESSI PESSINA E. e CANTU' E., *Rapporto OASI 2002. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2002;
- Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2004;
- Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005;
- Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2006;
- *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano, 2007;
- BALDUZZI R. e G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della giornata nazionale di studio, Genova, 15 gennaio 2002*, Giuffrè, Milano, 2002;
- BERGAMASCHI M., *Creazione del valore e organizzazione in Sanità*, Università degli studi di Bergamo, Dipartimento di economia aziendale, Bergamo, 2008;
- BONNICI B., *L'hôpital, La documentation française*, Paris, 2007;
- BOURDILLON F. e TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, Flammarion, Paris, 2007;
- BRECHAT P.H. e ROGER P., *Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002*, ADSP, n. 42, 2003 ;
- CELLA G.P., *Il Sindacato*, Laterza, 2004;
- BRUSONI M. e FROSINI F., *Il sistema di accreditamento istituzionale: analisi delle regioni e prime considerazioni d'insieme*, Egea, Milano, 2002;
- BUDET J.M. e BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée, des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004;
- CAMERA DEI DEPUTATI, Scheda di comparazione, *Il sistema sanitario francese*, s.n., Roma, 1998 ;

³⁵⁸ *Sous-direction des ressources humaines du système de santé*, d'ora in avanti "RHSS".

³⁵⁹ Le sue missioni principali sono: la regolamentazione delle professioni sanitarie (demografia, esercizio, deontologia, formazione iniziale e continua delle professioni sanitarie); la gestione delle risorse umane ospedaliere (organizzazione delle relazioni sociali e delle politiche sociali delle professioni sanitarie così come del personale ospedaliero).

CERCLE DES ÉCONOMISTES, sous la direction de GUILLAUME M., *Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution !*, Descartes & CIE, Paris, 2007.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIALE, *L'hôpital publique en France, bilan et perspectives*, Journaux officiels, Paris, 2005;

CORBETTA C., *La sanità privata nell'organizzazione amministrativa dei servizi sanitari: contributo alla nozione di servizio pubblico*, Maggioli, Rimini, 2004;

CRIVELLINI M., *Sanità e salute: un conflitto di interessi. I sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti*, Angeli, Milano, 2004;

CUCCURULLO C., *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità : meccanismi di governance*, Cedam, Padova, 2005;

CUOCOLO L., *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Roma, LUISS University Press, 2005;

DAHRENDORF R., *La libertà che cambia*, Laterza, Roma-Bari, 1994;

DAMMACO G., *Riflessioni sulla sanità in Italia, libera scelta tra servizio pubblico e privato*, Cacucci, Bari, 2008;

DAVIS H.T.O. e RUNDALL T.G., *Views of doctors and managers on the doctor-managers relationship in the Health systems*, in *British Medical Journal*, n. 326, pagg. 626-628, 2003;

DA EMPOLI D., DE IOANNA P., VEGAS G., *Il bilancio dello Stato*, Il sole 24 ore, Milano, 2005;

DEL VECCHIO M., *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*, EGEA, Milano, 2003;

DE KERVASDOUÉ J., *L'hôpital*, Presses universitaires de France, Paris, 2004 ;

DE MATTEIS R., *Responsabilità e servizi sanitari : modelli e funzioni*, Cedam, Padova, 2007;

DIRINDIN N., *Governare il federalismo : le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma, 2001;

DIRINDIN N. e PAGANO E., *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Il pensiero scientifico, Roma 2001;

DIRINDIN N. e VINEIS P., *Elementi di economia sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2004;

FALCITELLI N. e LANGIANO T., *Politiche innovative per il SSN*, Il Mulino, Bologna, 2004;

-*La remunerazione delle attività sanitarie*, Il Mulino, Bologna, 2007;

FASSIN D., *Faire de la santé publique*, EHESP, Rennes, 2008;

FATTORE G. e LECCI F., *I piani sanitari delle regioni italiane*, Egea, Milano, 2005;

FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007;

FORMEZ, CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Formez, Roma, 2005;

-*I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma, 2007;

GARAY A., *La nouvelle législation française relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, in "Revue de la recherche juridique", n. 3, pagg. 1305-1319, 2002;

GAZZANIGA P., *I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera: un esame della normativa nazionale e regionale in vigore*, Centro studi Assobiomedica, n. 8, 2003;

GENSINI G.F. (e altri), *Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Il Mulino, Bologna, 2007;

-*Rapporto sanità 2008*, Il Mulino, Bologna, 2008;

GIORGETTI R., *Il servizio sanitario : guida alla normativa e al sistema organizzativo*, Maggioli, Rimini, 1998;

GIRAUD F. E LORRAIN L., *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales*, Documentation Sénat français, n. 138, 2004 ;

IGAS, *Guide d'aide à la mise en place des Groupements régionaux de santé*, Document de travail-Mission IGAS/GRSP, 2006;

- HEALY J. e Mc KEE M., *The evolution of hospital systems*, in Mc KEE M. e HEALY J., *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002;
- JOMMI C., *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, Egea, Milano, 2004;
- JOMMI C. e CARBONE C., *I sistemi regionali di finanziamento corrente delle aziende sanitarie: un'analisi di quattro casi*, Egea, Milano, 2004;
- JOMMI C. e LECCI F., *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, Egea, Milano, 2005.
- KAHN K.L., *Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1953-1955;
- KEELER E.B., *Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1962-1968, 1990;
- KRUGMAN P.R. e OBSTFELD M., *Economia Internazionale*, vol. 1, HOEPLI editore, Milano, 2003;
- LAZZINI S., *Principi di accountability nei sistemi sanitari italiano e statunitense*, Giuffrè, Milano, 2005;
- MAJNONI D'INTIGNANO B., *Économie de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001 ;
- MARTIN-PAPINEAU N., *La loi 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : enjeux, réalisations, perspectives*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, 2007 ;
- MANACORDA C., *Contabilità pubblica*, IV ed., Giappichelli, Torino, 2005;
- MAPELLI V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 1999;
- MARINO I.R. (a cura di), *Sistema salute: analisi e prospettive per il futuro della sanità italiana*, Italianieuropei, Roma, 2007;
- NICOLAS C., *Poursuivre une politique régionale de santé*, ADSP, n. 46, 2004;
- OECD, *Economic Projections Statistics*, Paris, 2005; OECD, *Health data*, Paris, 2005.
- OECD, *Health data*, Paris, 2007;
- ORONZO S. e PETRILLO G. (a cura di), *L'ordinamento e l'organizzazione della sanità*, Angeli, Milano, 2007;
- OTTO M. e PARUZZOLO S., *Il governo regionale dell'assistenza farmaceutica*, Egea, Milano, 2004;
- PELJAK D., *Le droit budgétaire des établissements publics de santé : introduction aux finances publiques hospitalières*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2003;
- PIERRU F., *Economiser la santé*, in "Savoir-agir", n. 5, pagg. 9-105, 2008;
- PELISSERO G., *Competition in health systems. In Italy, in the European Union, in the world*, Associazione italiana ospedalità privata, Roma, 2002;
- PETRETTO A., *Economia della sanità*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- POULLIER J. P., *Health care reform in light of changing funding, incentives and production patterns*, OECD, Working Papers 18, Paris, 1996;
- ROCCELLA M., *Manuale di diritto del lavoro*, Giappichelli, Torino, 2008;
- ROGERS W.H., *Quality of care before and after implementation of DRG-based prospective payment system. A summary of effects*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1989-1994, 1990.
- ROVERESI MONACO F., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Maggioli, Rimini, 2000;
- RUBENSTEIN L.V., *Changes in quality of care for five diseases measured by implicit review 1981 to 1987*, in "Journal of the American medical association", 264, pagg. 1974-1979, 1990.WHO, *Prevention of hospital-acquired infections, a practical guide*, Department of Communicable Disease, Surveillance and Response, Malta, 2002;
- SÉNAT, COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, *Assurance maladie : un réflexion dans l'urgence*, Sénat de la République Française, Paris, 2003;

SMITH R., *Vive la différence*, British Medical Journal, n. 326, 2003;

TARONI F., *Drg/Rod e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*, Il pensiero scientifico, Roma, 1996;

TRÉPREAU M., *La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, in "Regards sur l'actualité", n. 308, pagg. 79-92, 2005 ;

VACHERON A., *La santé en France : les évolutions récentes*, Futuribles, Paris, 2008 ;

WHO *Health data*, Geneva, 2007;

WILEY H., *Quality of care and reform agenda in the acute hospital sector*, OECD, Paris, 1994;

WORNING A., *Strategies for reduction of hospital-acquired infections: a model for quality development*, OECD, Paris, 1994;

ZANETTA G.P. e RUFFINO E., *Sistemi sanitari a confronto*, Blu Editoriale, Torino, 1996.