

Facoltà di Economia

Tesi di Laurea Triennale in Economia e Management

Indirizzo “Gestione Aziendale”

Regionalizzazione ed aziendalizzazione del SSN,

focus su: Regione Calabria

Relatore

Prof.ssa Manila Marcuccio

Laureanda

Rosaria Barbieri

Anno Accademico 2010/2011

Indice

Introduzione

1. Regionalizzazione ed aziendalizzazione
 - 1.1 I pilastri dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale
 - 1.2 Dalla centralità del Comune a quella della Regione nella gestione della Sanità
 - 1.3 Il principio di aziendalizzazione nel SSN
 - 1.4 Il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali
 - 1.5 Da Unità Sanitaria Locale ad Azienda USL

2. Il caso della Regione Calabria
 - 2.1 L'istituzione del Servizio Sanitario Regionale
 - 2.2 Il primo Piano Sanitario Regionale
 - 2.3 Il riordino del SSR

3. Scenari attuali e prospettive future della sanità calabrese
 - 3.1 Il Piano Sanitario Regionale 2004-2006
 - 3.2 Le cinque Aziende Sanitarie Provinciali ed il processo di razionalizzazione
 - 3.3 Il Piano di Rientro ed il commissariamento
 - 3.4 Conclusione

Bibliografia

Fonti normative

Sitografia

Introduzione

Il settore sanitario in Italia assorbe oltre il 7% del PIL nazionale ed in media rappresenta circa l'80% dei bilanci regionali. Questi due semplici dati, inseriti in un contesto di innegabile invecchiamento progressivo della popolazione, sono sufficienti da soli a dare un'idea della crescente importanza socioeconomica del settore sanitario, che in Italia è stato oggetto di numerose riforme e trasformazioni e che tutt'oggi si trova spesso al centro della pubblica attenzione per i vari problemi che lo riguardano. Queste ed altre considerazioni hanno condotto alla scelta di analizzare un settore così complesso ed affascinante, qual è quello sanitario, focalizzando in particolare l'attenzione sul quadro normativo vigente e sui processi di regionalizzazione ed aziendalizzazione che hanno attraversato il Servizio Sanitario Nazionale a partire dagli anni Novanta. In seguito si è scelto di approfondire il caso della Regione Calabria per i numerosi ed interessanti spunti di analisi e riflessione che offre.

Il primo capitolo, in particolare, si apre con una veloce disamina dei pilastri dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale, quali emergono dal D.Lgs. 229/1999. Seguono l'analisi del passaggio storico dalla centralità del Comune a quella della Regione nella gestione della Sanità, con le relative cause e conseguenze e l'esame di uno degli aspetti più importanti, interessanti ed innovativi del processo di riforma della sanità degli anni Novanta: il principio di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, che ha comportato la difficile transizione, da un punto di vista gestionale ed operativo, dall'Unità Sanitaria Locale all'Azienda USL e la crescente importanza delle leve di programmazione e pianificazione sanitaria, che si esplicitano fondamentalmente nel Piano Sanitario Nazionale e nei Piani Sanitari Regionali.

Secondo e terzo capitolo trattano nello specifico il caso della Regione Calabria, dall'istituzione del Servizio Sanitario Regionale, avvenuta con la L.R. n. 18/1980, agli scenari attuali ed alle prospettive future della sanità calabrese, passando per il primo Piano Sanitario Regionale, relativo al triennio 1995-1997, e per il riordino del SSR, in ottemperanza alle nuove linee guida dettate dalle riforme "Bis" e "Ter" ed alla successiva legge di riforma costituzionale del 2001.

Della situazione attuale vengono in particolar modo sviscerati il vigente Piano Sanitario Regionale 2004-2006 e l'improcrastinabile processo di razionalizzazione della spesa sanitaria, che ha condotto alla riduzione del numero delle Aziende USL, attraverso la costituzione delle attuali cinque Aziende Sanitarie Provinciali.

Grande attenzione è riservata, infine, al Piano di Rientro, cui la Regione è sottoposta dal 2009 ed al commissariamento sopraggiunto dal Luglio 2010.

La trattazione si conclude con uno sguardo d'insieme che, seppur sottolineando le molteplici problematiche che condizionano ed affliggono da tempo la sanità calabrese, intravede uno spiraglio di luce nella ancora viva possibilità di un rinnovamento culturale, strutturale ed organizzativo condiviso, che permetta alla Regione tutta ed al settore sanitario in particolare di uscire dalla situazione di impasse in cui si trova oggi.

1. Regionalizzazione ed aziendalizzazione

1.1 I pilastri dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale

*“La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell’ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto”.*¹

Il complesso processo di riforme che ha interessato il settore sanitario successivamente alla legge 23 Dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha investito molti ed importanti profili organizzativi e gestionali, ma non ha intaccato i principi fondamentali del sistema, quali: la centralità della persona, l’universalità del servizio, l’equità nell’accesso all’assistenza, la responsabilità pubblica in materia di tutela della salute ed il conseguente finanziamento pubblico del settore sanitario.

Ciò che caratterizza il programma riformatore della sanità è la presenza della definizione “forte” di alcuni principi fondamentali², che fungono da regole e vincoli di carattere generale rispetto ad un vero e proprio processo

¹ D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 in materia di "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

² Come riconosciuto anche nel Comunicato “Linee di guida n. 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari”, G.U. n. 126 del 31-05-1996

attuativo, connotato da elevata flessibilità, al quale è affidato il compito di individuare le specificazioni di dettaglio delle regole stesse.

La pluralità dei livelli di intervento normativo, il carattere flessibile e sperimentale delle soluzioni possibili e l'autonomia dei soggetti coinvolti rendono complesso il processo attuativo del riordino in materia sanitaria e mostrano come evidente il bisogno di governare il processo stesso al fine di assicurare la coerenza dei passi attuativi rispetto ai principi ed ai vincoli generali. I soggetti cui è affidata tale funzione di governo e di monitoraggio del processo attuativo sono l'amministrazione centrale e le Regioni.

Aspetti salienti della cosiddetta "Riforma Sanitaria Ter"³, contenuta nella Legge 30 Novembre 1998, n. 419 e nel D.Lgs. 19 Giugno 1999, n. 229, che costituisce l'attuale quadro normativo di riferimento, sono la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema sanitario, cui si affiancano e mescolano numerosi altri elementi, di seguito brevemente illustrati, che contribuiscono a delineare l'articolato, ma imprescindibile sistema di tutela della salute che è il Servizio Sanitario Nazionale.

Centrale è l'importanza attribuita alle Regioni in termini di programmazione, organizzazione, finanziamento e controllo per soddisfare le specifiche esigenze della popolazione locale, sempre nel rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, che sono definiti a livello statale e vanno assicurati su tutto il territorio nazionale.

La regionalizzazione va letta nella logica di non cedere alla tentazione di riprodurre e rimoltiplicare i centri di autonomia⁴, ma di potenziare al

³ Così chiamata in quanto successiva rispetto al riordino della sanità attuato con la Legge 23 Ottobre 1992, n. 421 ed il D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502, successivamente modificato ed integrato dal D.Lgs. 7 Dicembre 1993, n. 517, noti come "Riforma Bis"

⁴ Come spiega chiaramente il "*Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*", Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008

massimo e nella massima chiarezza le attribuzioni di ciascun livello di governo e di ciascun attore nel sistema.

Attori chiave sono le aziende/Unità Sanitarie Locali, che attraverso il processo di aziendalizzazione vengono dotate di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato.

Nell'ambito del processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, confluito nel D.Lgs. 229/1999, viene assegnata alle Regioni la responsabilità totale della programmazione e del governo della sanità, ma si promuove anche il recupero del ruolo dei Comuni, i quali avevano assistito ad un netto ridimensionamento del proprio ruolo rispetto alla gestione delle attività del SSN ad opera del D.Lgs. 502/1992, che ne confinava l'intervento alla sola definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, senza alcun potere e responsabilità nell'amministrazione. Ora alle autonomie locali vengono, invece, attribuiti significativi spazi di intervento non finalizzati alla gestione diretta del servizio, ma funzionali alla formulazione di strategie assistenziali adeguate ai bisogni della popolazione.

Ulteriori ambiti di affermazione del nuovo ruolo dei Comuni, oltre a quello della programmazione sanitaria e sociosanitaria, sono: la partecipazione ai procedimenti di valutazione delle aziende USL ed ospedaliere, l'erogazione di livelli aggiuntivi di assistenza e l'integrazione sociosanitaria.

Il tentativo di recuperare spazi di intervento a favore dei Comuni non mette in discussione la regionalizzazione del sistema abbinata all'aziendalizzazione delle strutture, ma si mostra animato dall'esigenza di garantire ai cittadini poteri di indirizzo e di controllo sulla gestione di un servizio cruciale, che non poteva non operare in costante e stretto raccordo

con quegli enti in cui si esprimeva la rappresentanza territoriale primaria dei cittadini⁵.

Importante è, inoltre, sottolineare come il D.Lgs. 229/1999 preveda l'intervento diretto del Governo, attraverso la nomina di commissari ad acta, in luogo delle Regioni inadempienti in alcuni casi specifici, come la mancata adozione del Piano Sanitario Regionale trascorso un anno dall'entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale.

Il decreto richiamato sancisce anche la crescente autonomia decisionale degli utenti dei servizi sanitari e prevede forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta ed alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della "Carta dei servizi" per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione.

Altro elemento cardine dell'attuale sistema è l'articolazione delle aziende/USL in distretti, che assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, garantiscono la continuità assistenziale sul territorio e la cui attività è complementare rispetto a quella del Dipartimento di prevenzione, struttura operativa dell'azienda/USL, che si occupa di prevenzione delle malattie e tutela della salute collettiva.

La "Riforma Ter" introduce, poi, il sistema dell'accreditamento istituzionale, ovvero un iter procedurale finalizzato ad una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni al quale devono adempiere le strutture pubbliche o private che vogliano erogare servizi e prestazioni assistenziali per conto del SSN e prevede l'individuazione di tariffe per le

⁵ Come fa notare in "Comuni e servizio sanitario dopo la riforma del Titolo V della Costituzione", G. Carpani, in *"Il governo della salute: Regionalismi e diritti di cittadinanza"*, a cura di L. Chieffi e M. Ricca, Quaderni Formez n° 41

prestazioni erogate dalle strutture accreditate, le quali vengono così remunerate secondo un ammontare predefinito ed indicato negli accordi contrattuali.

Altri elementi innovativi introdotti dalla “Riforma Bindi” sono: le sperimentazioni gestionali, che consistono in programmi, proposti dalle Regioni interessate, di nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, per ragioni di convenienza economica e miglioramento della qualità assistenziale, in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale; l’istituzione di fondi integrativi del SSN finalizzati a potenziare l’erogazione di trattamenti e prestazioni eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

Il D.Lgs. 229/1999, tutt’oggi in vigore, ha, infine, riformato la disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie ed introdotto la formazione continua.

La dirigenza sanitaria è stata collocata in un unico ruolo distinto per profili professionali ed in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale, alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico ed il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari è di tipo esclusivo, ma compatibile con l’esercizio della libera professione intramuraria.

La formazione continua comprende l’aggiornamento professionale, al fine di adeguare costantemente le proprie conoscenze professionali, e la formazione permanente, finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l’obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell’assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

L'articolazione organizzativa del SSN, impostata verticalmente su tre livelli - statale, regionale, locale - nel corso degli anni e con le successive riforme sanitarie ha perso quella natura centralista con cui era stata disegnata dal legislatore del 1978 in favore di un processo di regionalizzazione nel quale le Regioni diventano centri di imputazione di responsabilità gestionali di natura programmatica, organizzativa e finanziaria.⁶

La “Riforma Bindi” (D.Lgs. 229/1999) nel distribuire le funzioni organizzative ai diversi livelli di governo ha fatto riferimento al principio di sussidiarietà verticale, in base al quale il SSN, per poter meglio operare al fine della tutela del diritto alla salute, deve essere strutturato come servizio il più possibile vicino ai suoi fruitori.

In tale direzione va anche la riforma del titolo V della Parte II della Costituzione ed in particolare la L.cost. 18 Ottobre 2001, n.3 che pone sempre più la Regione come fulcro organizzativo essenziale del Servizio Sanitario Nazionale e responsabile del governo della sanità.

⁶ “*Legislazione sanitaria e sociale*” IX edizione, Revisione del testo a cura delle dott.sse B. Consales, I. Sangiuliano e R. Sangiuliano, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, 2003

1.2 Dalla centralità del Comune a quella della Regione nella gestione della Sanità

Prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni di rilievo sanitario venivano erogate essenzialmente a livello comunale ed anche la legge 23 Dicembre 1978, n. 833, istitutiva del SSN, affidava le competenze di gestione del servizio interamente al Comune, al quale erano attribuite tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria ed ospedaliera non espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni. La dimensione comunale veniva, dunque, riaffermata quale livello privilegiato di intervento nella gestione e nel controllo della sanità.

Il processo di unificazione dei trattamenti sanitari e dei sistemi di erogazione delle prestazioni trovava il suo punto di riferimento a livello territoriale nell'Unità Sanitaria Locale che, dal punto di vista giuridico - amministrativo, poteva essere definita come una vera e propria struttura operativa del Comune⁷.

L'esigenza di assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto il territorio nazionale e livelli delle prestazioni sanitarie accettabili ed appropriati per tutti i cittadini veniva soddisfatta sostanzialmente attraverso la valorizzazione di due livelli territoriali: lo Stato, al quale spettava un'articolata serie di competenze ed in primis l'approvazione di un Piano Sanitario Nazionale, ed il Comune, al quale veniva assegnato un ruolo centrale nella creazione della rete territoriale di Unità Sanitarie Locali.

⁷ *"Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale"*, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008

Con l'approvazione della cd. "Riforma Bis" della sanità si è avuto il primo tentativo di porre concretamente al centro dello scenario sanitario locale la Regione, quale titolare della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, responsabile della programmazione sanitaria regionale ed interfaccia dei livelli erogativi delle prestazioni anche per quanto attiene alla determinazione dei criteri di finanziamento.

La Regione si affermava, così, come il livello territoriale di riferimento nell'organizzazione e nella concreta gestione del servizio sanitario, vero titolare del servizio pubblico di assistenza sanitaria. Nello specifico, rientravano nelle competenze regionali: le linee generali di organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, i criteri di finanziamento delle USL e delle Aziende Ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle USL e delle AO, anche in relazione al controllo di gestione ed alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.

L'USL, da struttura operativa dei Comuni priva di personalità giuridica, si trasformava in una sorta di ente strumentale della Regione, ma soprattutto in azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

La gestione dei servizi sanitari viene affidata a nuovi soggetti istituzionali, nella duplice veste di Aziende USL ed Aziende Ospedaliere, che hanno personalità giuridica pubblica, godono di ampia autonomia e subentrano con ruoli diversificati nei compiti di gestione prima attribuiti al Comune e da questi esercitati in modo integrato attraverso l'USL.

Ulteriore passo avanti nel cammino di regionalizzazione del sistema sanitario si è avuto con la "Riforma Ter", orientata alla ricerca di nuovi

equilibri tra le Regioni e gli enti locali nell'ambito della razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Regioni hanno assunto un ruolo sempre più diretto e responsabile in materia sanitaria: oltre a svolgere un'attività di carattere programmatico e normativo, esse vengono ora coinvolte direttamente nella gestione e nel finanziamento dei servizi sanitari.

A seguito del processo di regionalizzazione del SSN è possibile identificare prevalentemente nelle Regioni i rappresentanti della popolazione e sono proprio le Regioni, in qualità di capogruppo, ovvero soggetto che governa il sistema sanitario regionale, a dover: ridisegnare l'apparato amministrativo regionale e gli strumenti di governo del SSR; stabilire la struttura del gruppo in termini di combinazioni economiche con autonomia giuridica ed economica, ovvero stabilire le aziende del gruppo; definire il sistema delle deleghe per il governo economico delle aziende nominando gli organi direzionali di massimo livello e costituendo di organi collegiali rappresentativi dei differenti interessi; delineare le politiche complessive del sistema; progettare le norme generali per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende del gruppo (Carbone, Ferré, Liotta, 2010).

La Regione, in altri termini, disciplina l'articolazione del territorio regionale in Aziende Unità Sanitarie Locali, detta i principi ed i criteri per l'adozione dell'atto aziendale, definisce i criteri per l'articolazione delle Aziende USL in distretti, provvede al finanziamento delle stesse e regola le modalità di vigilanza, controllo e valutazione dei risultati conseguiti.

Dopo una fase di "regionalizzazione a Costituzione invariata" (1992-2001), le modifiche apportate al Titolo V della Costituzione con la L.cost. 3/2001 hanno introdotto importanti novità nell'assetto istituzionale - organizzativo delle Regioni, alle quali è stata trasferita la potestà legislativa in materia sanitaria, pur rimanendo di competenza del Governo centrale la definizione

dei Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresentano le prestazioni ed i servizi essenziali per la tutela, la cura ed il recupero della salute, che vanno assicurati indistintamente ed in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

Se, a dirla con Griglio (2005), il nucleo storico della regionalizzazione ha coinciso, a partire dalle riforme degli anni Novanta, con la differenziazione nei modelli organizzativi, a seguito della riforma costituzionale tale ambito di autonomia, da una parte, sembra avere trovato nuovi e più radicali sviluppi e, dall'altra, sembra avere coinvolto nella tendenza al decentramento spazi ulteriori di disciplina.

La regionalizzazione del settore sanitario, a partire dalla differenziazione dei modelli organizzativi, ha progressivamente investito tutti e tre i pilastri del servizio pubblico sanitario, quali la titolarità del servizio in capo all'amministrazione pubblica, le finalità perseguite e la sua organizzazione. Ciò che viene messo in discussione non è la natura giuridica del servizio, che rimane pubblica, ma la sua articolazione territoriale nella nuova configurazione policentrica della Repubblica.

Tra le innovazioni introdotte dalla riforma del Titolo V della Costituzione in ordine allo svolgimento delle funzioni amministrative, specifico rilievo assume la formalizzazione del principio di leale collaborazione tra gli attori del sistema, che nel settore sanitario trova quotidiana applicazione essenzialmente attraverso la Conferenza Stato-Regioni e la Conferenza Unificata.

Alle Regioni, che costituiscono il livello decentrato nell'ambito del sistema sanitario nazionale, spetta l'attuazione concreta del governo e la gestione della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati a livello centrale.

Allo Stato, infatti, attraverso la programmazione sanitaria nazionale, vengono mantenute: le competenze relative alla definizione degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura, riabilitazione e delle linee generali di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale; l'indicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale; la formulazione di progetti-obiettivo; la definizione delle esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e sanitaria applicata; l'individuazione degli indirizzi relativi alla formazione di base del personale; l'amministrazione delle risorse finanziarie necessarie per l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e di appropriatezza.

Le Regioni, invece, hanno competenza esclusiva nell'organizzare e regolamentare i servizi e le attività destinate alla tutela della salute ed alla soddisfazione dei bisogni sanitari dei cittadini del proprio territorio (Cicchetti, 2010), a tal fine fissano autonomamente i criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, sulla base delle risorse assegnate dallo Stato, a cui si aggiungono eventualmente quelle ulteriori stabilite dalla Regione stessa, e definiscono criteri e modalità con cui le Aziende Sanitarie ed i Comuni garantiscono l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza.

In concreto, come afferma Massicci (2008), *“i sistemi sanitari regionali si configurano come attività di carattere industriale, cui concorrono numerosi soggetti portatori di interessi che possono essere tra loro in conflitto, ciò richiede che gli stessi sistemi sanitari regionali siano gestiti secondo criteri di qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza”*.

Va, inoltre, rilevato che i vari sistemi sanitari regionali della penisola si differenziano tra loro in modo significativo, sia con riferimento alla qualità

delle prestazioni erogate, sia con riferimento alla capacità delle Regioni di sostenere la spesa sanitaria con le risorse programmate⁸.

La regionalizzazione crea due ordini di problemi: da un lato garantire a tutti i cittadini le prestazioni riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza individuati; dall'altro, vista anche la piena potestà finanziaria delle Regioni, la necessità di sostenerle nell'organizzazione della salute e nella responsabilità diretta sui risultati della gestione delle Aziende. Il livello centrale rimane garante del cittadino e delle scelte di unitarietà del sistema, ma la Regione deve essere in grado di impostare il proprio sistema regionale secondo un impianto coerente e di fornire indirizzi conseguenti alle Aziende Sanitarie. Si sviluppano così modelli organizzativi regionali sostanzialmente diversi di programmazione della salute.

A fronte del "federalismo fiscale e sanitario", infatti, le Regioni hanno proceduto in modo autonomo introducendo nuovi soggetti istituzionali, prevedendo meccanismi che leghino tra loro le diverse aziende ed accentrando a livello regionale alcune decisioni strategiche e funzioni amministrative, con la finalità principale di ricercare soluzioni che permettano la riconnessione e messa in rete delle aziende autonome, ma che condividono risorse, ambiti d'azione ed in parte finalità ed obiettivi, per ricercare sinergie ed eliminare duplicazioni.

⁸ Il Rapporto Osservasalute 2010 sullo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane, redatto dall'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, ha realizzato una serie di analisi dedicate ai 10 anni di federalismo sanitario nel Paese riscontrando che nonostante gli apprezzabili guadagni nella salute e nell'aspettativa di vita della popolazione, legati al miglioramento delle condizioni di vita e di assistenza conseguenti allo sviluppo socio-economico, i principali indicatori di mortalità e morbosità dimostrano come il nostro Paese sia ancora attraversato da profonde differenze geografiche e socio-demografiche, sia nello stato di salute che nell'organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie, a sfavore delle aree e delle posizioni sociali più svantaggiate.

Il processo di regionalizzazione, insieme al nuovo ruolo dei Comuni ed alle norme sul federalismo fiscale, danno una forte accelerazione al processo di autonomia regionale e di responsabilizzazione nel governo della sanità.

La presenza dei poteri di indirizzo e controllo della Regione è espressione delle sue prerogative costituzionali, che le consentono di dettare le coordinate per la costituzione di un vero e proprio sistema sanitario regionale, all'interno del quale le Aziende Sanitarie si collocano, con l'effetto di risultare immerse in un sistema di meccanismi e strumenti che, individuando obiettivi ed indirizzi, regolando i flussi finanziari e svolgendo la valutazione dei risultati, rappresentano l'asse portante di un sistema di integrazione verticale che lega e coordina le scelte gestionali di ogni singola azienda con un disegno di governo complessivo della sanità regionale.

1.3 Il principio di aziendalizzazione nel SSN

Il processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue forme di gestione trova origine fondamentale in tre ordini di motivi (Menichetti, 2001): nel sostanziale fallimento delle Unità Sanitarie Locali a gestione collegiale, che non raggiunsero i risultati sperati in termini di obiettivi di salute, né di sostenibilità economico-finanziaria; nel contesto di crisi fiscale dello Stato, che legandosi alla riflessione sul new welfare ha evidenziato il nesso inscindibile tra idee di salute, organizzazione del SSN e diritto alla salute costituzionalmente garantito; nelle due direttrici della separazione tra politica ed amministrazione e della regionalizzazione del servizio, che hanno caratterizzato il processo di profonde riforme della pubblica amministrazione degli anni Novanta.

Il principio di aziendalizzazione del SSN entra a far parte del quadro normativo con il D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n.502, che per la prima volta conferiva all'USL l'attributo di "azienda", nonché una serie di elementi privatistici nella gestione ed in primo luogo l'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale, tecnica e contabile.

Successive modifiche apportate nel corso degli anni hanno condotto all'attuale formulazione normativa, in base alla quale *"le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali"*⁹.

⁹ Art.3, comma 1-bis, D.Lgs. 502/1992 così come modificato dal D.Lgs. 229/1999 e dal D.Lgs. 168/2000

In tal modo il legislatore ha voluto riaffermare la natura di aziende pubbliche delle USL, dotandole al contempo di una maggiore autonomia al fine di favorire un uso più efficiente delle risorse finanziarie e professionali dell'azienda, senza scadere in derive di tipo economicistico e favorendo il consolidamento della regionalizzazione del SSN.

La ratio della figura aziendale risiede nell'esaltazione giuridica di un elemento sostanziale quale quello di "attività stabilmente organizzata per la produzione di beni e servizi", ratio che rimane tale, come pure le regole di assetto e funzionamento che caratterizzano il modello aziendale, anche quando l'azienda assolve a finalità pubbliche.

I principi che presiedono alla configurazione di ogni struttura aziendale pubblica e che vanno, quindi, ritrovati nei nuovi soggetti gestionali del servizio sanitario sono: l'autonomia, ovvero la capacità degli organi di amministrazione di combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini dell'azienda; l'economicità, in base alla quale il funzionamento della struttura aziendale deve essere ispirato da razionalità rispetto allo scopo piuttosto che da razionalità rispetto alla norma; la regolamentazione di diritto comune, per cui l'attività deve essere sottoposta più alle regole del diritto comune che a quelle del diritto amministrativo; la responsabilità, che comporta che il controllo esterno sia esercitato sui risultati e sulla conduzione complessiva della gestione piuttosto che sugli atti, mentre all'interno della struttura deve decollare la funzione del controllo di gestione.

Le Aziende Sanitarie, in base al nuovo dettato legislativo, agiscono mediante atti di diritto privato, informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

Il processo di aziendalizzazione, attraverso l'introduzione di meccanismi detti di mercato, ha l'obiettivo di aumentare l'efficienza produttiva del sistema, tentando di raggiungere un equilibrio tra la scarsità delle risorse a disposizione ed il mantenimento di determinati livelli di assistenza.

L'attribuzione all'Azienda Sanitaria di una marcata autonomia e di una connessa responsabilità per i risultati conseguiti, insieme all'individuazione dei fini istituzionali propri dell'entità organizzativa, rappresentano l'essenza stessa dell'essere azienda che, una volta definiti obiettivi e vincoli, significa: disporre del potere di allocare le risorse e gestirne l'utilizzazione in modo da perseguire al meglio gli obiettivi, nel rispetto dei vincoli assegnati dal livello regionale; accettare di essere valutati per la gestione svolta, secondo i vincoli ricevuti, sulla base dei risultati conseguiti; assumersi la responsabilità per quello che si è realizzato.

Aziendalizzazione non significa che i vincoli di bilancio cambino natura e diventino obiettivi¹⁰, ma che i Livelli uniformi ed Essenziali di Assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono assicurati dalle Regioni avvalendosi del sistema delle Aziende Sanitarie, nella piena riconduzione di queste nella logica programmatica aperta e non burocratica che regge l'intero Servizio Sanitario Nazionale.

La dipendenza dell'Azienda Sanitaria dalla Regione riguarda esclusivamente l'area di indirizzo, cioè della determinazione degli obiettivi e dei vincoli, anche finanziari, ed il controllo sui risultati complessivi della gestione. Resta in tal modo del tutto integra l'autonomia gestionale, che rappresenta il carattere peculiare ed essenziale del modello aziendale ed

¹⁰ Come spiega chiaramente il "*Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*", Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008

attiene all'organizzazione delle risorse a disposizione, in vista del conseguimento dei risultati.

L'atto aziendale è la massima espressione della capacità di diritto privato delle aziende sanitarie e, nel rispetto degli indirizzi regionali, determina l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda, dando pratica attuazione all'autonomia imprenditoriale.

L'atto aziendale, in particolare, individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica, ed a seconda della specificità o meno degli indirizzi regionali varia il grado di predeterminazione dei suoi contenuti e la conseguente reale autonomia di cui gode l'azienda.

Organi dell'Azienda Sanitaria sono il Direttore Generale, organo monocratico dell'azienda, nominato fiduciarmente dalla Regione in presenza di obiettivi requisiti di professionalità, ed il Collegio Sindacale, con poteri di ispezione, controllo e vigilanza, sia di tipo economico che riguardo l'osservanza della legge.

Il Direttore Generale, in particolare, coerentemente al modello di management privato, ha la responsabilità complessiva della gestione, di cui detiene tutti i poteri, deve assicurare l'equilibrio economico dell'azienda cui è preposto ed è sottoposto al principio della responsabilità mediante l'istituto della valutazione.

Due aspetti particolarmente innovativi dell'aziendalizzazione del SSN sono la separazione delle funzioni tra acquirenti e fornitori delle prestazioni, con la creazione di un mercato interno al SSN, ed il riposizionamento a livello organizzativo delle Unità Sanitarie Locali e di alcuni ospedali, quelli costituitisi in Aziende Ospedaliere, in seguito all'attribuzione della qualifica aziendale.

La separazione del concetto di erogazione da quello di garanzia della prestazione, introdotta dalla scissione delle funzioni di acquisto e fornitura avviata dal D.Lgs. 502/1992, ha permesso, a condizione del rispetto di determinati standard, l'affiancamento e l'integrazione dei soggetti erogatori pubblici con quelli privati e privati senza scopo di lucro, cosiddetto privato sociale, tutti sottoposti al regime di accreditamento da parte della autorità regionali.

L'accREDITAMENTO istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN, ma di per sé non comporta alcun vincolo alla remunerazione delle prestazioni erogate, che va appositamente disciplinata nell'ambito degli accordi contrattuali.

Fondamentali diventano, dunque, i controlli e l'attività di vigilanza assicurati da Regioni, Aziende USL ed Aziende Ospedaliere sull'uso corretto delle risorse, prendendo a parametro valori standard relativi a qualità, appropriatezza, accessibilità e costi.

Il processo di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, come si evince da quanto detto, ha riguardato non solo la progressiva autonomia del soggetto erogatore dei servizi sanitari rispetto all'ente territoriale di riferimento, ma ha comportato anche l'introduzione di strumenti privatistici nella gestione aziendale. Ne consegue che le Aziende USL, pur avendo secondo il giudice amministrativo la natura di enti strumentali delle Regioni, nel perseguire i propri fini agiscono in concreto utilizzando gli strumenti di un imprenditore privato.

Va rilevato, inoltre, che l'aziendalizzazione ha interessato, oltre ad Aziende USL ed Aziende Ospedaliere, anche altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, quali le aziende ospedaliere - universitarie, le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, che per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica o di didattica del SSN possono essere

costituite o confermate in aziende, secondo le modalità fissate per le Aziende Sanitarie Locali (Antonelli, 2010).

Il processo di riforma del settore sanitario ha condotto ad una tendenziale separazione delle funzioni ad ogni livello organizzativo (Menichetti, 2001).

A livello istituzionale: allo Stato sono state attribuite le funzioni espressamente riservategli dal D.Lgs. 112/1998 e dal D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni; alle Regioni sono state assegnate le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo; alle nuove Aziende Sanitarie è stata riservata l'organizzazione e la gestione del servizio.

A livello delle forme di gestione: alle Aziende USL è stata affidata la funzione di acquisto; alle Aziende Ospedaliere quella di fornitura delle prestazioni, realizzando la cosiddetta separazione tra acquirenti e fornitori.

A livello operativo - gestionale: alla Regione sono state riconosciute le funzioni di indirizzo, programmazione e controllo; ai Direttori Generali la gestione concreta dei servizi sanitari, dando vita ad una vera e propria svolta manageriale.

L'attribuzione della personalità giuridica di diritto pubblico e dell'autonomia imprenditoriale ha consentito un riposizionamento dell'Azienda USL sia nei rapporti con gli enti fornitori accreditati sia pubblici che privati, rispetto ai quali è acquirente dei servizi e controllore degli standard qualitativi delle prestazioni erogate, che in relazione al sistema degli enti territoriali, rispetto ai quali sono più chiari e definiti l'ambito d'azione e le prerogative di cui gode.

Le conseguenze dell'introduzione del principio di aziendalizzazione in ambito sanitario sono, dunque, notevoli, soprattutto per l'impatto sull'assetto organizzativo.

Significativa è la mutuazione nel settore sanitario dei criteri di gestione tipicamente aziendalistici, quali i principi di efficacia, efficienza ed

economicità, che connotano oggi tutta l'attività delle Aziende Sanitarie, orientata al raggiungimento dei risultati in termini di tutela della salute, nel rispetto degli obiettivi prefissati, con il minor dispendio di risorse ed in condizioni di equilibrio economico.

L'aziendalizzazione cui informare il processo di cambiamento degli enti sanitari consiste, dunque, nella capacità dell'organizzazione di operare in condizioni di efficienza produttiva e con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati da priorità aziendali condivise.

Coscienti del fatto che la funzionalità complessiva del sistema dipende dai livelli di funzionalità di ciascuna azienda e dall'interazione tra le diverse aziende e che le logiche ed i metodi sviluppati nel tradizionale contesto d'impresa non possano essere acriticamente trasferiti alle Aziende Sanitarie, è necessario modificare le modalità di funzionamento delle singole aziende, mettendole nelle condizioni di migliorare i propri risultati nel rispetto delle proprie specificità in termini di obiettivi, organizzazione, gestione ed ambiente.

L'aziendalizzazione non va intesa come negazione dell'autonomia professionale o della centralità del paziente, né come minimizzazione dei costi, né tanto meno come massimizzazione dei profitti (Rapporto OASI 2010). È, invece, un approccio logico, che richiede ad ogni istituto, quindi anche alle Aziende Sanitarie, di perseguire le proprie finalità e di soddisfare le aspettative dei propri stakeholder utilizzando al meglio le risorse disponibili, ricercando continuamente modalità alternative di acquisizione ed impiego delle risorse, per poter ampliare i bisogni soddisfatti, e verificando continuamente che i bisogni a cui vengono destinate le risorse siano quelli più rilevanti.

La teoria aziendale afferma che un'azienda è, in generale, un'organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di determinati obiettivi. È necessario, dunque, che anche l'Azienda Sanitaria sviluppi una propria visione strategica ed una propria mission in termini di obiettivi di salute e non solo di obiettivi organizzativi, in quanto è fondamentale soprattutto in ambito sanitario non confondere il concetto di azienda con quello di impresa, cioè di azienda deputata alla produzione di reddito e di profitti, e comprendere che quello sanitario è un mercato assolutamente atipico, in cui non vi è equilibrio tra domanda ed offerta e che, pertanto, va affrontato in modo appropriato.

Lo sbilanciamento della programmazione sanitaria verso i problemi dell'offerta, la transizione epidemiologica verso malattie croniche sempre più curabili, ma in molti casi inguaribili, l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'innovazione tecnologica continua ed i costi crescenti dell'organizzazione sanitaria, che hanno già causato negli anni il fallimento finanziario prima del sistema mutualistico e poi del SSN, così come era stato delineato nella Legge n.833 del 1978, rischiano, in mancanza di un'adeguata comprensione e consapevolezza delle potenzialità, ma anche dei rischi dello strumento aziendale, di provocare¹¹ un altro collasso finanziario.

Per far sì che l'attuale sistema sanitario italiano aziendalizzato si dimostri adeguato alle sfide odierne in termini di tutela dei livelli di salute della popolazione a costi sostenibili per lo sviluppo complessivo della società è necessario: chiarire il concetto di Azienda Sanitaria, quale organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di obiettivi di mantenimento e/o innalzamento dei livelli di salute; sviluppare in seno alle Regioni e tra le

¹¹ Come fa notare C. Favaretti nel suo articolo *"Organizzazioni in rete e processi di aziendalizzazione"*, http://www.carlofavaretti.it/pdf/art_reti_aziendali.pdf, (02/04/11)

Aziende Sanitarie una vera logica di sistema, che permetta di permeare reciprocamente gli obiettivi di salute con quelli di riorganizzazione dei servizi; definire ed identificare in maniera netta e precisa gli ambiti di competenza diretta dell'Azienda Sanitaria, distinguendoli da quelli in cui all'azienda competono solo azioni di supporto nei confronti di istituzioni ed aree non sanitarie; favorire ed incrementare un approccio programmatico realistico, che tenga conto e contemperi bisogni di salute, soluzioni efficaci disponibili e costi sostenibili.

1.4 Il Piano Sanitario Nazionale ed i Piani Sanitari Regionali

Il Piano Sanitario Nazionale è il principale strumento di programmazione sanitaria con il quale vengono definiti gli obiettivi da raggiungere, nell'arco di un triennio, attraverso l'individuazione di attività e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN¹².

La programmazione sanitaria rientra a pieno titolo nell'ambito della programmazione economico-finanziaria dello Stato, in quanto l'individuazione dei LEA e delle prestazioni efficaci ed appropriate, da effettuarsi in sede di PSN, deve avvenire contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria varato dal Governo.

Il PSN era già previsto dalla legge istitutiva del SSN, L. 833/1978, ma è rimasto di fatto inattuato sino alla riforma di tale importante strumento di programmazione, che si è avuta con il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Attraverso il PSN lo Stato, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, nonché dei principi di tutela della salute stabiliti a livello internazionale, detta le linee generali di indirizzo del SSN in materia di prevenzione, cura, riabilitazione ed assistenza sanitaria, da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

¹² *“Legislazione sanitaria e sociale”* IX Edizione, a cura di B. Consales, I. Sangiuliano e R. Sangiuliano, Edizioni Giuridiche Simone, Gruppo Editoriale Esselibri, Napoli, 2003

Il PSN, in seguito ad un esame degli scenari del triennio successivo in termini di situazione economica, demografica ed epidemiologica, trend internazionali e trend di sviluppo scientifico e tecnologico, individua gli ambiti verso cui indirizzare le scelte innovative del sistema e le strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema, declina gli obiettivi di salute, definisce un sistema per il loro monitoraggio e valuta le performance del SSN.

Con il PSN, in particolare, devono essere definiti i Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN assicura a tutti i cittadini, ovvero quelle prestazioni che, rispondendo a bisogni primari di salute, devono essere garantite all'intera collettività, su tutto il territorio nazionale, in condizioni di uniformità.

I principali contenuti del PSN¹³ sono: le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute; i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano; la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza; gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale; i progetti obiettivo, adottati dal Ministro della salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali; le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma

¹³ Art. 1, comma 10, D.Lgs. 502/1992 così come modificato ed integrato dal D.Lgs. 229/1999

di ricerca; le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno ed alla valorizzazione delle risorse umane; le linee guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Il PSN viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della salute, previo parere obbligatorio, ma non vincolante delle competenti Commissioni parlamentari e delle confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni, nonché dei dati e delle informazioni contenute nella relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo, che tutte le Regioni hanno l'obbligo di trasmettere al Ministero della salute

Il PSN viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza Unificata, entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente, ha durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio di validità seguendo lo stesso procedimento previsto per la sua adozione.

A testimonianza del ruolo fondamentale attribuito al Piano Sanitario Nazionale, va rilevato che i suoi contenuti risultano immediatamente applicabili, non necessitando per la loro attuazione dell'approvazione o del recepimento da parte dei PSR.

Il Piano Sanitario Regionale, la cui predisposizione compete alla Giunta Regionale, include le finalità che ciascuna Regione, coerentemente alle

indicazione del PSN, deve raggiungere in materia sanitaria nell'arco del triennio di validità del Piano, nonché gli aspetti strategici degli interventi da porre in essere per la tutela della salute ed il miglior funzionamento dei servizi.

All'interno del PSR confluiscono diversi fattori e convivono l'estrema rigidità del percorso formativo delle decisioni strategiche con la notevole flessibilità dei contenuti e delle modalità attuative, affidate interamente alle leggi regionali.

Il PSR rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale, anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Il procedimento di adozione del Piano Sanitario Regionale risulta uniforme su tutto il territorio nazionale, in quanto le Regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del PSN, devono adottare o adeguare i Piani Sanitari Regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, attraverso il parere obbligatorio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, che può formulare osservazioni e che garantisce il coinvolgimento delle autonomie locali in sede di programmazione, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN.

Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della salute i relativi schemi o progetti di Piani Sanitari allo scopo di acquisirne il parere per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del PSN; il Ministro della salute esprime il parere entro trenta giorni dalla data di

trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Il Piano Sanitario Regionale ha assunto un'importanza ed una valenza determinante con la maturazione del federalismo sanitario, in quanto il documento testimonia le scelte strategiche, indica le priorità d'intervento e si deve basare su una conoscenza approfondita del territorio e dei bisogni specifici di salute della popolazione locale.

La mancanza del Piano Sanitario Regionale non comporta, però, l'inapplicabilità delle disposizioni contenute nel PSN e nel caso in cui la Regione non abbia adottato il PSR, trascorso un anno dall'approvazione del PSN, è previsto il blocco dell'accreditamento di nuove strutture sul territorio della Regione inadempiente, nonché un meccanismo sostitutivo che consente, previa fissazione di un termine almeno trimestrale, al Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, di surrogarsi alla Regione stessa per dare attuazione al PSN nella Regione, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

1.5 Da Unità Sanitaria Locale ad Azienda USL

Il concetto di Unità Sanitaria Locale nacque con la L. 833/1978, istitutiva del SSN, e ne rappresentò una delle principale innovazioni, rispetto al precedente assetto mutualistico, relativamente all'organizzazione territoriale delle prestazioni sanitarie.

Detta legge dispone, all'art.10 che: “... *alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.*

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale”.

Viene così ricomposta in capo ad un unico soggetto, l'USL, la competenza esclusiva in materia sanitaria, di cui erano precedentemente titolari, in vario ordine e grado, Comuni, Province, enti mutualistici, consorzi ed altri soggetti.

All'USL competeva, dunque, già secondo l'originario quadro normativo, l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione e medicina legale, al fine di assicurare a tutta la popolazione i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti i cittadini.

In qualità di strutture operative dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane, le USL introdotte nel 1978, prive di personalità giuridica, avevano un bacino d'utenza compreso tra cinquantamila e duecentomila abitanti, a seconda delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, i Comuni, singoli o associati, o le Comunità montane dovevano provvedere ad articolare le Unità Sanitarie Locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

L'articolazione delle USL in distretti sanitari era volta a garantire una maggiore interazione tra territorio, servizi ed individui, ovvero tra dimensione sociale e sanitaria delle prestazioni erogate; con lo stesso obiettivo si spiegano le dimensioni territoriali relativamente ridotte di detti distretti, idonee a favorire la maggiore efficacia e diffusione dell'intervento.

Per quanto concerne la struttura ed il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali, all'interno dell'USL vi erano: l'Assemblea Generale, organo rappresentativo della popolazione locale; il Comitato di gestione, eletto dall'Assemblea Generale, ed il suo presidente, deputati alla gestione degli atti amministrativi dell'USL; il Collegio dei revisori, i cui compiti e modalità di funzionamento erano disciplinati da legge regionale, al fine di provvedere al controllo sulla gestione amministrativo-contabile dell'USL.

Con il riordino della materia sanitaria disposto dal D.Lgs. n. 502 del 1992 l'Unità Sanitaria Locale è stata trasformata in azienda e configurata come ente strumentale della Regione, dotato di personalità giuridica pubblica, nonché di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'USL si trasforma così da strumento operativo del Comune a soggetto istituzionalmente deputato alla gestione dei servizi sanitari, con il potere di identificare autonomamente la struttura organizzativa dell'apparato aziendale, ovvero dell'insieme degli elementi che compongono il sistema organizzativo interno, nonché i meccanismi di decentramento dei poteri di gestione, coordinamento, comunicazione e controllo.

La trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in aziende operata dal D.Lgs. 502 del 1992 ha comportato che l'Azienda Sanitaria non possa considerarsi come una semplice sommatoria degli enti USL che eventualmente la compongono, ma va vista come un ente distinto ed autonomo.

L'Azienda USL viene dotata del potere di adottare in via autonoma provvedimenti amministrativi implicanti l'esercizio di potestà pubblica e della capacità di disporre del patrimonio mediante atti di acquisizione, amministrazione e cessione dello stesso, in forza dell'autonomia conferitagli nell'area della gestione economico-finanziaria e patrimoniale e per quanto riguarda il profilo tecnico dell'attività da svolgere, cioè relativamente alle procedure ed alle modalità di impiego delle risorse.

In virtù dell'autonomia gestionale, inoltre, all'Azienda USL è stato conferito il potere di: determinare in via autonoma, ma pur sempre nei limiti dei vincoli imposti dalla programmazione regionale e nazionale, gli obiettivi dell'azione; programmare le attività da compiere; definire le modalità di svolgimento delle attività; provvedere all'allocazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie in relazione agli obiettivi ed ai programmi; determinare l'organizzazione del lavoro; procedere al conferimento dei poteri ed all'attribuzione delle connesse responsabilità all'interno della struttura organizzativa; controllare l'andamento della gestione e verificare i risultati conseguiti¹⁴.

Con la nuova formulazione dell'art.3 del D.Lgs. 502/1992, introdotta dal D.Lgs. 229/1999, si ha un ulteriore sviluppo nel processo di aziendalizzazione delle AUSL, che divengono aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Quest'ultima si esplica:

¹⁴ Circolare del Ministero della sanità: <Linee guida 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari>, G.U. n. 126 del 31-05-1996

nell'obbligo di adottare un atto aziendale di diritto privato che ne disciplini l'organizzazione ed il funzionamento; nella capacità di disporre del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata; nel dovere di informare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità; nel dover rispettare il vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie; nella capacità di agire di regola mediante atti di diritto privato.

L'atto aziendale, emanato dal Direttore Generale e fortemente caratterizzato da principi e criteri stabiliti dalla legge regionale, costituisce la chiave di volta del nuovo impianto aziendale, in quanto dalla sua capacità di recepire, metabolizzare e rendere effettivamente praticabili gli strumenti competitivi del privato, quali flessibilità, autonomia imprenditoriale, responsabilità diretta della dirigenza ed impiego dinamico dei fattori produttivi al fine di "produrre salute" e non profitti, dipenderà il grado di completamento del processo di aziendalizzazione.

Secondo la legislazione attualmente vigente, organi dell'azienda sono il Direttore Generale, coadiuvato da Direttore amministrativo e Direttore Sanitario e dal Consiglio dei sanitari, ed il Collegio sindacale.

Al Direttore Generale competono tutti i poteri di gestione, ovvero di rappresentanza legale dell'azienda USL, nonché poteri di verifica, anche attraverso l'istituzione di un apposito servizio di controllo interno, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate e dell'imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione tra una serie di soggetti in possesso del diploma di laurea e di un'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta

responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti¹⁵.

A sua volta il Direttore Generale nomina i responsabili delle strutture operative aziendali ed i revisori ed è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, che partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrendo, attraverso la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore sanitario è un medico che, all'atto della nomina, non deve aver compiuto sessantacinque anni di età, ma che sia in possesso di esperienza almeno quinquennale di qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Al Direttore sanitario è attribuita la direzione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e la presidenza del Consiglio dei sanitari, organismo elettivo dell'AUSL con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, composto da una maggioranza di medici ed altri operatori sanitari in possesso di un diploma di laurea e da una rappresentanza di infermieri e tecnici.

Il Direttore amministrativo, cui spetta la direzione dei servizi amministrativi dell'AUSL, è un laureato in discipline giuridiche od economiche, che all'atto della nomina deve avere meno di sessantacinque anni d'età ed essere in possesso di un'esperienza almeno quinquennale di direzione tecnico-amministrativa in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione.

¹⁵ Art 3-bis comma 3, D.Lgs. 502/1992, come aggiunto dall'art. 3 del D.Lgs. 229/1999

La triade formata da Direttore Generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo costituisce il top management all'Azienda USL di appartenenza, cui ciascuno di essi è legato da un contratto di diritto privato, che ne regola il rapporto di lavoro esclusivo, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile e stipulato in osservanza delle norme dettate dal codice civile nel libro quinto, titolo terzo.

L'ipotesi patologica di risoluzione del contratto per gravi motivi è affiancata da altre due ipotesi peculiari del carattere di azienda con personalità giuridica pubblica proprio dell'AUSL, quali il grave disavanzo e la violazione di leggi o del principio di buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione.

Elemento importante e tipico della disciplina aziendale è la scelta di sottoporre il top management al principio della responsabilità, mediante l'istituto della valutazione ad opera delle Regioni, sulla base di criteri predeterminati dalle stesse, agganciati alla programmazione regionale e particolarmente all'efficienza, all'efficacia ed alla funzionalità dei servizi sanitari. La valutazione si basa sulla verifica dei risultati aziendali e sul raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi prefissati nel Piano Sanitario Regionale, nel limite di compatibilità con le risorse e ferma restando l'autonomia gestionale del Direttore Generale (Menichetti, 2001).

In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e ad alta integrazione sanitaria, nonché per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, e per l'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

L'attività e la composizione del Collegio di direzione sono disciplinate dalla Regione ed è prevista la partecipazione del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo¹⁶.

Il Collegio sindacale verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, effettuando anche periodicamente verifiche di cassa, riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità e trasmette almeno semestralmente una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'AUSL alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del comune capoluogo della Provincia dove è situata l'azienda stessa.

Per quanto concerne le funzioni dell'Azienda USL, attraverso essa le Regioni assicurano sul proprio territorio i Livelli Essenziali ed uniformi di Assistenza definiti nello standard minimo dalla programmazione nazionale ed eventualmente rielaborati nei Piani Sanitari Regionali.

Le tre macroaree ricomprese nei LEA sono individuabili nell'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, nell'assistenza distrettuale e nell'assistenza ospedaliera.

Alle Aziende USL compete, inoltre, l'erogazione di servizi e prestazioni eventualmente contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza previsti dai

¹⁶ Art. 17 D.Lgs. 502/1992 come modificato dall'art. 14 del D.Lgs. 229/1999

Comuni, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e finanziati con risorse proprie del Comune stesso.

Le Aziende USL possono, infine, assumere anche la gestione di attività o servizi socio-assistenziali, attraverso l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, su delega dei singoli enti locali, che ne mantengono, però, a loro totale carico gli oneri, compresi quelli relativi al personale.

Ogni AUSL deve garantire agli utenti le funzioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione, che sono assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, la cui organizzazione è definita a livello locale nel rispetto della legislazione regionale e nazionale e la cui attività è rivolta sia all'interno che all'esterno della struttura per la valutazione dell'efficacia dei servizi erogati.

L'Azienda USL adempie alle sue funzioni di erogatore di prestazioni sanitarie avvalendosi di propri presidi ospedalieri non costituiti in azienda, di Aziende Ospedaliere, di istituzioni sanitarie pubbliche o private autorizzate ed accreditate e di professionisti in regime di convenzione.

Nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda USL, spetta alla Regione la determinazione dei principi organizzativi e strutturali dell'AUSL, in relazione all'articolazione del territorio regionale in Aziende USL, all'organizzazione delle AUSL in distretti, all'istituzione ed alla gestione nell'ambito dell'AUSL dei dipartimenti di prevenzione ed alla costituzione dei presidi ospedalieri in aziende quando ricorrano determinati presupposti sanciti dalla legge nazionale.

La legge statale fissa, in via generale, i principi di organizzazione dei servizi aziendalizzati, individuando nel dipartimento e nel distretto le due

tipologie di riferimento e prevedendo l'istituzione in ciascuna azienda del dipartimento di prevenzione¹⁷.

L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie, anche se non è definito a livello statale cosa sia il dipartimento, lasciando spazio in tale ambito all'autonomia regionale ed, a seconda dei contenuti di questa, a quella aziendale.

La legge regionale disciplina l'articolazione dell'Azienda USL in distretti, concepiti allo scopo di garantire un sistema di intervento in risposta ai bisogni sanitari della popolazione, attraverso un'organizzazione funzionale dell'azienda sul territorio, ed aventi un bacino d'utenza di almeno sessantamila abitanti, salvo che la Regione disponga diversamente in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente.

Il distretto, dunque, è l'organizzazione territoriale dell'Azienda USL, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie.

Dotato di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, il distretto è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, valuta i bisogni e definisce i servizi necessari relativamente ai Livelli Essenziali di Assistenza distrettuale, garantendo alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Il distretto racchiude in sé contemporaneamente la duplice anima di macro-struttura aziendale e realtà fortemente legata alla comunità locale ed ai

¹⁷ *"Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale"*, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS "Guido Carli", Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachel", 2008

luoghi di vita dei cittadini, si configura come un sistema che, a fronte di aziende sanitarie sempre più ampie ed anche lontane dalla singola persona, deve sapersi coordinare con gli enti locali per garantire programmi di azione a forte integrazione sociosanitaria (Balduzzi, Moirano, 2011).

Le Regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate dai Comuni.

Il recente PSN 2011-2013 identifica nel distretto la chiave di volta del cambiamento del sistema sanitario italiano in direzione non più ospedalocentrica, ma focalizzato sul territorio e sull'assistenza primaria, attribuendo al distretto il compito di garantire il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale, affidandogli, inoltre, i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie.

Il distretto è guidato da un Direttore di distretto, che realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale.

Il Direttore di distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i Sindaci del distretto, elabora la proposta di Programma delle attività territoriali, che definisce gli obiettivi di salute a livello territoriale, si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali, ed è individuato dal Direttore Generale tra i dirigenti dell'azienda che abbiano

maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione o tra i medici convenzionati da almeno dieci anni.

Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda USL istituita ed organizzata da ciascuna Regione allo scopo di garantire la tutela della salute collettiva, perseguire obiettivi di promozione della salute, agire per la prevenzione delle malattie e delle disabilità ed operare per il miglioramento della qualità della vita.

Il dipartimento di prevenzione è preposto all'erogazione di prestazioni e servizi relativi alla sanità pubblica, alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, è dotato di autonomia organizzativa e contabile, organizzato in centri di costo e di responsabilità e soggetto a rendicontazione analitica e contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Al fine di adempiere alle sue funzioni, il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale e delle Aziende Ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il dipartimento di prevenzione, inoltre, partecipa alla formulazione del programma delle attività dell'Azienda USL, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza ed indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Gli ospedali che non hanno natura aziendale, infine, costituiscono i presidi dell'Azienda Sanitaria Locale, attraverso i quali, insieme all'uso congiunto e coordinato dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti sanitari di base, la stessa Azienda USL provvede all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

2. Il caso della Regione Calabria

2.1 L'istituzione del Servizio Sanitario Regionale

Il Servizio Sanitario Regionale in Calabria viene ufficialmente istituito con la Legge Regionale n.18 del 2 Giugno 1980, attraverso la quale la Regione, in osservanza dei principi sanciti dalla Costituzione e dalla L. 833/1978, si impegna a tutelare la salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della libertà, dignità ed uguaglianza dei cittadini, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali.

La Regione assicura, inoltre, l'integrazione ed il coordinamento dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari.

Regione ed enti locali attuano il Servizio Sanitario Nazionale operando con il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica¹⁸.

In base alla legge istitutiva del SSR, i Comuni, singoli o associati, e le Comunità montane esercitavano le funzioni loro attribuite mediante strutture operative denominate Unità Sanitarie Locali.

L'Unità Sanitaria Locale veniva definita come il complesso unificato dei presidi, degli uffici e dei servizi che, in un determinato ambito territoriale, assolve ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Unità Sanitaria Locale si articolava in settori che, in collegamento funzionale tra di loro, organizzavano le attività di igiene ed ecologia, della

¹⁸ Secondo quanto previsto dall'art. 1 della L.R. n. 18/1980

medicina diagnostica e terapeutica, del campo veterinario, dell'ambito farmaceutico e del servizio sociale.

Sul territorio regionale vennero originariamente istituite trentuno Unità Sanitarie Locali, i cui ambiti territoriali erano definiti dalla stessa L.R. n. 18/1980 e potevano essere eventualmente variati con legge regionale, previo parere delle Province e sentiti i Comuni degli ambiti territoriali interessati.

L'Unità Sanitaria Locale si configurava come struttura operativa del Comune, della Comunità montana o dei Comuni associati, a seconda che il suo ambito territoriale coincidesse con il territorio comunale, con il territorio della comunità montana o che comprendesse il territorio di più comuni. In quest'ultimo caso, veniva istituita per ciascun ambito territoriale l'Associazione dei Comuni, alla cui assemblea generale prendevano parte i rappresentanti dei singoli Comuni eletti dai rispettivi Consigli comunali e che rimanevano in carica per il periodo corrispondente alla durata del Consiglio comunale dal quale erano stati eletti.

Organi dell'Unità Sanitaria Locale, in base all'articolazione dettata dalla Legge Regionale n. 18/1980, erano: l'assemblea generale, il Comitato di gestione ed il Presidente del Comitato di gestione.

L'assemblea generale dell'USL era costituita dal Consiglio comunale, dal Consiglio della Comunità montana o dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni, a seconda che l'ambito territoriale dell'USL coincidesse con quello del Comune, con quello dell'Unità Sanitaria Locale o con quello complessivo dei comuni associati.

I compiti dell'assemblea generale comprendevano: la determinazione della sede dell'USL e la sua denominazione; l'elezione del comitato di gestione; l'approvazione di bilanci preventivi e conti consuntivi, di piani e

programmi relativi a più esercizi e di regolamenti; la suddivisione del territorio in distretti sanitari di base; la deliberazione delle convenzioni nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e delle direttive statali e regionali in materia; la determinazione della pianta organica del personale, una volta sentite le organizzazioni sindacali.

L'assemblea generale eleggeva al suo interno ed a maggioranza assoluta dei suoi membri il Presidente, al quale competeva la convocazione della stessa almeno ogni novanta giorni o entro dieci giorni dalla richiesta di almeno un quinto dei suoi membri.

Il Comitato di gestione era l'organo esecutivo dell'Unità Sanitaria Locale, cui competeva l'adozione di tutti i provvedimenti amministrativi non espressamente riservati alla competenza dell'assemblea generale.

I componenti del Comitato di gestione venivano eletti a maggioranza assoluta dall'assemblea generale tra i suoi membri, con voto limitato ad un solo nominativo e con la prevalenza, in caso di parità di voti, del più anziano d'età.

Qualora si fosse resa necessaria la contemporanea sostituzione della maggioranza assoluta dei membri del Comitato di gestione l'assemblea generale avrebbe provveduto all'integrale rinnovo dello stesso.

L'assemblea generale, inoltre, doveva procedere, sempre attraverso un'elezione a maggioranza assoluta dei suoi membri, al rinnovo del Comitato di gestione qualora lo stesso avesse violato ripetutamente, nonostante diffida, norme di legge e previsioni del Piano Sanitario Nazionale o Regionale.

Competenza del Comitato di gestione, la cui deliberazione avveniva con l'intervento della metà più uno dei suoi componenti ed a maggioranza di voti, era la predisposizione di bilanci preventivi e conti consuntivi, di piani

e programmi, della pianta organica del personale, dei regolamenti, delle convenzioni e di tutti gli altri provvedimenti che per legge dovevano essere sottoposti all'assemblea.

Il Comitato di gestione doveva compiere, inoltre, ogni altro atto di amministrazione dell'Unità Sanitaria Locale ed assicurare l'efficienza della gestione attenendosi alle direttive e seguendo i criteri fissati dai competenti organi regionali.

Il Presidente del Comitato di gestione, nominato dal comitato stesso tra i suoi membri, aveva la rappresentanza legale dell'Unità Sanitaria Locale, convocava e presiedeva il Comitato di gestione e ne coordinava l'attività, garantendone la conformità dell'operato alle direttive dell'assemblea generale ed agli indirizzi della Regione, nonché avendo la responsabilità dell'attuazione delle deliberazioni dell'assemblea e dello stesso Comitato di gestione cui apparteneva.

In qualità di legale rappresentante dell'USL, il Presidente del Comitato di gestione, inoltre, stipulava le convenzioni, rappresentava l'Unità Sanitaria Locale di fronte a terzi ed in giudizio, firmava atti con rilevanza esterna in materia di contratti, appalti, concorsi, gare, licitazioni per l'approvvigionamento e l'acquisizione di beni e servizi necessari all'USL, firmava i verbali delle riunioni, gli ordini di riscossione ed i mandati di pagamento ed esercitava ogni altra funzione prevista da leggi e regolamenti.

In caso di assenza o impedimento, il Presidente del Comitato di gestione veniva sostituito dal vice Presidente, nominato dal Comitato stesso con le medesime modalità previste per la nomina del Presidente.

Secondo il dettato originario della L.R. n. 18/1980 l'assemblea generale, su proposta del Comitato di gestione e sentiti i Comuni ed i Consigli circoscrizionali interessati, articolava il territorio dell'Unità Sanitaria Locale

in distretti sanitari di base tali da comprendere, in linea di massima, gruppi di popolazione non inferiori a cinquemila e non superiori a quindicimila abitanti.

I distretti sanitari di base, in qualità di articolazioni tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, dovevano essere determinati nel rispetto di specifici criteri, quali: la presenza di bisogni e di fasce di rischio per gruppi omogenei di popolazione; la facile accessibilità e l'effettiva fruibilità dei servizi da parte degli utenti, anche in relazione alle caratteristiche geomorfologiche del territorio; la coincidenza, di norma, con i confini comunali; l'efficienza tecnico-funzionale dei servizi¹⁹.

Al distretto competeva l'organizzazione delle attività sanitarie e sociali che interessavano il cittadino in modo più comune e frequente e che dovevano essere svolte con criteri di interdisciplinarietà per garantire l'unitarietà e la globalità degli interventi sull'individuo e sull'ambiente.

Per quanto concerne i controlli sulle Unità Sanitarie Locali, la L.R. n. 18/1980 prevedeva un controllo sugli atti delle USL esercitato dal Comitato regionale di controllo, integrato da un esperto in materia sanitaria designato dal Consiglio regionale.

La Regione, inoltre, svolgeva funzioni di indirizzo e di coordinamento nei riguardi dell'attività delle USL, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi del servizio sanitario ed in particolare per accertare la corrispondenza tra la programmazione sanitaria regionale e l'attività programmatoria dell'Unità Sanitaria Locale, nonché la congruenza tra costi dei servizi e relativi benefici. A tal fine i progetti dei bilanci preventivi, dei conti consuntivi e delle piante organiche, predisposti dal Comitato di

¹⁹ Criteri sanciti dall'art. 23 della L.R. n. 18 del 1980

gestione, dovevano essere inviati alla Giunta regionale, la quale aveva il compito di esprimere il proprio parere, entro trenta giorni, in merito alla rispondenza di tali atti al Piano Sanitario Regionale, dandone notizia al Comitato di controllo.

Dalla medesima legge istitutiva del SSR erano previste, da parte della Giunta regionale, forme di collaborazione tecnica e di supporto all'azione degli organi delle Unità Sanitarie Locali, al fine di evitare squilibri di gestione e di assicurare l'uniformità dei servizi sul territorio regionale. Per conseguire tali obiettivi la Giunta regionale aveva la facoltà di chiedere alle USL informazioni aggiuntive o notizie più precise e poteva proporre al Consiglio regionale l'emanazione di indirizzi e direttive vincolanti.

Fin dall'istituzione del SSR veniva formalmente dato spazio alla partecipazione ed all'informazione attraverso le previsioni del Titolo VI della L.R. n. 18/1980, che assegnava all'assemblea generale delle Unità Sanitarie Locali il compito di assicurare, particolarmente a livello di distretto socio-sanitario, la partecipazione dei cittadini e delle forze sociali al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Nazionale, coinvolgendo i Consigli circoscrizionali ed istituendo organismi consultivi e di partecipazione ampiamente rappresentativi degli utenti e degli operatori sanitari. Per la concreta attuazione di tali fini, gli strumenti e le modalità di realizzazione delle forme e dei momenti partecipativi e di consultazione dovevano essere previsti in appositi regolamenti approvati dalle singole assemblee generali delle Unità Sanitarie Locali.

Tutti i cittadini residenti nel territorio dell'USL potevano prendere visione dei provvedimenti di interesse generale dell'USL ed ottenerne copia, previo rimborso delle pure spese di riproduzione, al fine di formulare osservazioni e proposte.

Un importante passo avanti nell'ambito dell'organizzazione dei servizi delle Unità Sanitarie Locali in Calabria è stato fatto con la L.R. n. 18 del 1981, in base alla quale le USL dovevano organizzare i propri servizi nel rispetto dei principi di razionalizzazione del sistema erogativo delle prestazioni socio-sanitarie, attraverso la flessibilità dell'organizzazione e dei criteri d'impiego delle risorse umane e finanziarie, al fine di perseguire il massimo di efficienza e di economicità nella gestione, e di integrazione dei servizi dell'USL, attraverso l'adozione di moduli di lavoro improntati alla collegialità, alla professionalità, all'interdisciplinarietà ed alla partecipazione responsabile nell'organizzazione e nell'erogazione delle prestazioni.

Altri importanti criteri di organizzazione dei servizi dell'USL, sanciti dalla medesima legge, erano: la rivalutazione del ruolo del personale convenzionato, indispensabile per assicurare le prestazioni di medicina di base, la cui valorizzazione è necessaria per garantire efficienza all'attività esercitata e per la realizzazione delle finalità cui l'attività è coordinata; l'adozione dell'organizzazione dipartimentale dei servizi; la mobilità del personale, nel rispetto della professionalità, anche al fine di garantire, ove necessario, l'assistenza nel domicilio dei bisognosi; il libero accesso di tutte le unità operative al sistema informativo; l'utilizzo di tutte le strutture da parte di tutti i servizi dell'USL.

L'organizzazione territoriale dei servizi si articolava secondo tre aree: distrettuale, che coincideva con il distretto di base, individuato dall'assemblea generale dell'USL; zonale, che coincideva con l'intero ambito dell'USL; interzonale, che coincideva con gli ambiti territoriali di due o più USL, per l'organizzazione dei servizi multizonali.

L'Unità Sanitaria Locale si presentava, da un punto di vista organizzativo, come complesso unificato dei servizi e dei presidi che nell'ambito

territoriale avevano il dovere di assolvere ai compiti assegnati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il servizio veniva inteso come il complesso delle attività omogenee aggregate in autonomia tecnica e funzionale e si articolava, a seconda del tipo di prestazione e di attività, in uffici ed unità operative.

I servizi erano tra loro collegati funzionalmente e si distinguevano in amministrativi e sanitari: i servizi amministrativi si articolavano in uffici, ovvero unità amministrative a competenza specifica; i servizi sanitari si articolavano in unità operative finalizzate all'espletamento di specifiche attività professionali.

Il presidio si configurava quale struttura funzionale dell'USL per l'assolvimento, in ambito territoriale, di specifiche funzioni e la cui strutturazione e localizzazione veniva identificata dal Piano Sanitario Regionale e dalle USL, ciascuno per le proprie competenze.

Nell'ambito del presidio le unità operative potevano aggregarsi, funzionalmente ed operativamente, in dipartimenti.

L'Unità Sanitaria Locale, inoltre, aveva il compito di organizzare l'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali di base per aree distrettuali.

La struttura del distretto di base comprendeva operatori sanitari e sociali, dipendenti o convenzionati, che dovevano privilegiare nella loro attività le modalità del lavoro di gruppo, in rapporto alle prestazioni ed alle professionalità richieste, in base alle indicazioni dei programmi dell'USL, che tenevano conto della realtà geomorfologica, antropologica e socio-economica di ciascun distretto, ed uno o più operatori amministrativi, addetti allo svolgimento delle attività amministrative ed esecutive.

Al distretto era preposto un responsabile sanitario, al fine di assicurare il collegamento organizzativo tra operatori e con i servizi dell'USL, il quale provvedeva anche agli accertamenti sanitari ed alle certificazioni e faceva capo, sotto il profilo organizzativo, ai servizi dell'USL.

Le prestazioni specialistiche venivano erogate da operatori dipendenti o convenzionati, sia a domicilio che in ambulatorio.

I presidi specialistici ambulatoriali servivano di norma più distretti, in rapporto alle esigenze del territorio, e dovevano fungere, secondo la previsione del legislatore regionale, da filtro al ricovero ospedaliero e da ente di protezione nei confronti dei dimessi.

I presidi ospedalieri, la cui localizzazione ed articolazione funzionale andava stabilita dal Piano Sanitario Regionale, dovevano svolgere un'attività integrata con quella extraospedaliera e servire, per le funzioni di base, la popolazione dell'intero ambito territoriale dell'USL.

Per quanto concerne l'amministrazione del patrimonio e la contabilità delle USL, nella Regione Calabria venne approvata una specifica legge, la L.R. n. 21 del 1981, che disciplinava proprio la contabilità, l'utilizzazione e la gestione del patrimonio delle Unità Sanitarie Locali, nel rispetto dei principi fondamentali della contabilità pubblica previsti dalla legislazione nazionale e regionale vigente.

La gestione delle USL doveva fondarsi sul principio della corrispondenza tra i costi dei servizi ed i relativi benefici, entro rigorosi limiti di spesa predeterminati.

La Giunta regionale determinava i criteri e le modalità per la rilevazione e la trasmissione dei dati ed aveva il compito di promuovere opportune iniziative tese alla realizzazione di un sistema informativo unificato, sia ai

fini dell'analisi dei costi e dei benefici dei servizi erogati dall'USL, che alla standardizzazione e comparazione dei dati a livello nazionale e regionale.

Le Unità Sanitarie Locali, dal canto loro, erano tenute a trasmettere alla Regione tutte le informazioni richieste ed a fornirsi reciprocamente tra loro, dietro esplicita richiesta, ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni in campo amministrativo e contabile, nonché ad utilizzare in comune i propri sistemi informativi, previo accordo sulle relative modalità, ed a favorire ogni altra forma di collaborazione nell'interesse reciproco e generale.

Gli strumenti contabili previsti erano: il bilancio pluriennale, il bilancio di previsione annuale ed il rendiconto generale delle USL. I tre strumenti finanziari dovevano assicurare il collegamento tra il bilancio delle USL ed il Piano Sanitario Regionale, nell'ambito degli obiettivi generali del programma regionale di sviluppo.

Per quanto concerne gli organi dell'Unità Sanitaria Locale, la legge istitutiva del SSR venne modificata dalla L.R. n. 23 del 1984, che introdusse il Collegio dei revisori, quale organo deputato alla vigilanza sulla gestione del bilancio dell'USL e sulla regolarità dell'attività amministrativa e contabile, composto da tre membri designati uno ciascuno da Ministero del tesoro, Consiglio regionale ed assemblea generale dell'USL tra le persone in possesso di una particolare e comprovata esperienza amministrativa nel settore della contabilità e della finanza pubblica.

Il Collegio dei revisori aveva, in particolare, tra i suoi compiti quelli di: esprimere il parere sul bilancio di previsione e redigere la relazione da allegarvi; esaminare il conto consuntivo e predisporre la relazione da allegarvi; accertare la regolarità delle scritture e delle operazioni contabili; effettuare riscontri trimestrali sulla consistenza di cassa ed almeno annualmente sull'esistenza di valori e titoli in proprietà, deposito, cauzione

o custodia; sottoscrivere i rendiconti trimestrali e redigere la relazione trimestrale sulla gestione amministrativa-contabile dell'USL, da trasmettere alla Giunta regionale ed ai Ministeri della Sanità e del Tesoro.

Al Comitato di gestione dell'USL, inoltre, veniva assegnato il compito di assicurare al Collegio dei revisori l'assistenza tecnica ed organizzativa necessaria per l'espletamento dei propri compiti.

L'assemblea generale venne soppressa con L.R. n. 38 del 1986 e le sue funzioni assegnate, a seconda dei casi, al Consiglio comunale del singolo Comune, all'assemblea dell'Associazione dei Comuni o al Consiglio della Comunità montana, ai quali venne affidato il compito di deliberare, su proposta del Comitato di gestione, in materia di: bilancio preventivo, suo assestamento e conto consuntivo; spese vincolanti il bilancio per un periodo superiore all'anno; adozione complessiva delle piante organiche; convenzioni; articolazione dei distretti sanitari di base.

Fin dal 1990, con la L.R. n. 18/1990, la Regione Calabria emanò norme per l'esercizio delle funzioni in materia farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie, stabilendo che ogni Comune dovesse avere la propria pianta organica delle farmacie, nella quale fosse determinato il numero delle sedi farmaceutiche, il perimetro di ciascuna di esse e l'ubicazione di ogni farmacia.

L'attività ispettiva di vigilanza e di controllo sulle farmacie, di cui fossero titolari enti pubblici o i privati, doveva essere esercitata dal servizio farmaceutico dell'USL, intendendosi sostituito al medico provinciale il responsabile del servizio stesso.

Allo scopo di razionalizzare e qualificare l'uso del farmaco, la Regione stabilì che fosse il Comitato di gestione dell'USL a disciplinare le modalità di approvvigionamento delle preparazioni farmaceutiche da impiegare nei propri ospedali, presidi e strutture; vietò, inoltre, agli ospedali, agli

ambulatori ed a tutti gli altri presidi e servizi dell'Unità Sanitaria Locale di distribuire direttamente agli assistiti del SSN medicinali, fatte salve le eccezioni previste dalle disposizioni legislative vigenti.

Una fase importante nel processo di evoluzione del Servizio Sanitario Regionale fu quella sancita dalla L.R. n. 3 del 1992, che segnò il passaggio da trentuno USL ad undici Unità Socio Sanitarie Locali e l'aggiornamento dei servizi amministrativi, sanitari e sociali erogati dall'USSL per meglio rispondere all'evoluzione medico-sanitaria avutasi nel corso degli anni e più in generale ai bisogni emergenti della collettività.

2.2 Il primo Piano Sanitario Regionale

In seguito all'emanazione del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, la Regione Calabria, con L.R. n. 26/1994, confermò gli ambiti territoriali e le sedi delle undici Unità Sanitarie Locali precedentemente definite e stabili, con decreto del Presidente della Giunta regionale, la costituzione in Azienda Ospedaliera con personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica dei complessi ospedalieri di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Con la medesima legge, la Regione stabilì che i direttori generali delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere venissero nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, con le modalità e le procedure previste dalle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei criteri definiti dal Consiglio regionale.

Il primo Piano Sanitario Regionale venne approvato in Calabria con la L.R. n. 9/1995 per il triennio 1995-1997 ed era finalizzato a realizzare, attraverso i momenti coordinati ed integrati della prevenzione, della cura e della riabilitazione, la tutela della salute dei cittadini, in maniera qualitativamente appropriata, basandosi sul pieno rispetto della dignità della persona ed adottando criteri di efficienza, produttività ed economicità idonei a realizzare un corretto rapporto tra costo dei servizi e relativi benefici.

Per realizzare tali fini il PSR indicava le modalità di riorganizzazione e coordinamento dei servizi sanitari in modo da pervenire alla progressiva eliminazione degli squilibri territoriali e strutturali esistenti e perseguiva le sue finalità avvalendosi delle strutture sanitarie pubbliche e private rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa nazionale e regionale.

Le Unità Sanitarie Locali dovevano articolarsi territorialmente in distretti sanitari e, nell'ambito di ciascun distretto, in poli sanitari territoriali, in conformità ai criteri appositamente fissati dal Piano stesso.

Obiettivi sostanziali del PSR 1995-1997 erano: l'adeguamento dell'assistenza sanitaria di diagnosi e cura di base, generica e pediatrica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica ai bisogni della popolazione; la razionalizzazione e l'equilibrata distribuzione delle prestazioni sanitarie sul territorio regionale con riferimento ai livelli uniformi di assistenza sanitaria definiti dal Piano Sanitario Nazionale; lo sviluppo e l'organizzazione delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione ed integrazione sociale dei soggetti portatori di handicap per disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, individuando anche iniziative specifiche e coordinando gli interventi previsti dal PSR; l'incremento dell'attività di prevenzione delle malattie e degli infortuni per mezzo della profilassi degli eventi morbosi e l'indicazione delle misure idonee ad eliminare i fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro e ad assicurare l'igiene degli alimenti, delle bevande e dei prodotti di origine animale; il coordinamento delle politiche di intervento tra i settori sociale e sanitario; la formazione di una moderna coscienza sanitaria per mezzo di azioni di educazione sanitaria dei singoli e della collettività.

Il primo PSR individuava, inoltre, per il periodo della sua durata, gli obiettivi strumentali in materia di organizzazione e funzionamento delle strutture sanitarie prevedendo, in conformità agli indirizzi ed alle indicazioni desumibili dalla normativa nazionale, i criteri generali per: l'articolazione delle USL in distretti sanitari ed in poli sanitari territoriali, nonché la localizzazione, l'ambito territoriale di riferimento, il dimensionamento e la riorganizzazione delle attività dei servizi specialistici ambulatoriali, ospedalieri ed extraospedalieri, anche multizonali, esistenti o

da istituire nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie; il fabbisogno quantitativo e qualitativo di personale, in relazione ai servizi ed ai presidi pubblici, ed il conseguente adeguamento degli organici, tenuto anche conto di una corretta applicazione della disciplina delle compatibilità e della mobilità sulla base oggettiva dei servizi effettivi da coprire; il fabbisogno di attrezzature per il potenziamento e l'ammodernamento dei servizi pubblici; la formazione e l'aggiornamento del personale addetto al SSR, con particolare riferimento alle funzioni tecnico - professionali, organizzative e gestionali; l'adeguamento, mediante sistemi informatici, degli strumenti di rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari, necessari alle esigenze conoscitive, di valutazione e di controllo della Regione, anche ai fini dei conseguenti indirizzi gestionali per le Unità Sanitarie Locali e per le Aziende Ospedaliere; la definizione e la localizzazione del fabbisogno di prestazioni professionali convenzionate per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri e per le attività specialistiche di ricovero, cura e riabilitazione presso strutture private, secondo le reali necessità ed in relazione alla qualità dei servizi offerti; la partecipazione del volontariato ed il coordinamento delle attività che esso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi pubblici territoriali; la partecipazione dei cittadini alla verifica della qualità dell'assistenza sanitaria.

Le Unità Sanitarie Locali erano tenute ad attivare prioritariamente i distretti sanitari e la rete dei poli sanitari territoriali, il servizio regionale per l'emergenza sanitaria, i dipartimenti di prevenzione ed il sistema informativo sanitario.

Già in tale Piano venivano avvertite come prioritarie le esigenze di: ristrutturazione, razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera; avvio della rete ambulatoriale specialistica, intra ed extraospedaliera, anche

al fine di contenere i ricoveri nei limiti delle esigenze diagnostiche e curative; attivazione e potenziamento dei servizi riabilitativi; avviamento e consolidamento delle attività di formazione ed aggiornamento professionale; uniformazione degli interventi e dell'organizzazione; ristrutturazione e riqualificazione dei servizi ai progetti obiettivo avviati dalla Regione.

Il Piano approvato aveva efficacia di indirizzo, di prescrizione e di vincolo per tutti gli interventi in materia sanitaria nell'ambito regionale. Esso era valido per il triennio 1995-1997 ed in ogni caso fino a che non fosse stato approvato un nuovo Piano.

La Regione si impegnava, attraverso l'approvazione dello stesso, ad uniformare al Piano Sanitario Regionale la propria attività legislativa, regolamentare ed amministrativa nel settore sanitario, nonché la propria funzione di indirizzo, coordinamento e controllo nei confronti degli enti locali.

Ai contenuti ed agli indirizzi del Piano dovevano uniformarsi anche le Unità Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, le Province, i Comuni, singoli o associati, e le Comunità montane nell'esercizio delle loro funzioni.

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative e sanitarie delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, con particolare riferimento all'attuazione del PSR, era affidata alla Giunta regionale, che doveva esercitarla in conformità ai criteri fissati dal Piano stesso ed agli atti della programmazione sanitaria nazionale, nel quadro delle attribuzioni conferite alla Regione. Per l'esercizio di tale funzione veniva istituito, con delibera della Giunta regionale, un apposito Osservatorio Sanitario con compiti di monitoraggio del PSR e di supporto tecnico nei confronti del Consiglio regionale, della Giunta regionale e

dell'Assessore regionale alla sanità, per l'esercizio delle funzioni loro conferite.

Particolare importante della L.R. 9/1995 è la disposizione contenuta nell'art.9, in base alla quale dall'entrata in vigore di tale legge le Unità Sanitarie Locali assumono la denominazione di Aziende Sanitarie Locali ed i presidi ospedalieri costituiti in aziende quella di Aziende Ospedaliere.

Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore di tale legge, inoltre, le AUSL e le AO dovevano adottare e trasmettere alla Giunta regionale i propri piani attuativi, redatti in conformità ai contenuti del PSR.

I piani attuativi, in particolare, dovevano individuare gli obiettivi locali e particolari per una gestione unitaria e di utilizzazione delle risorse coerente con le funzionalità del PSR, indicando, tra l'altro: le iniziative finalizzate alla riqualificazione della spesa, con particolare riguardo all'organizzazione del lavoro nei poli sanitari territoriali, al fine di rispondere alle esigenze degli assistiti e di ottenere la piena utilizzazione e la massima produttività dei servizi; gli interventi innovativi e quelli di riequilibrio e riconversione della rete dei servizi sanitari, prevedendo prioritariamente l'utilizzazione ottimale delle strutture esistenti, da riconvertire o ancora non attivate, con destinazione preferibilmente a residenze sanitarie assistenziali; le iniziative volte a raggiungere, a parità di costo, il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi e delle prestazioni.

I piani attuativi dovevano, inoltre, definire tempi e modalità per la realizzazione degli interventi e delle iniziative programmate, con l'indicazione dell'ordine di priorità e delle conseguenti necessità finanziarie e di spesa.

La L.R. n. 9/1995 assegnava all'Assessore regionale alla Sanità la vigilanza sulla regolare e puntuale attuazione del PSR da parte delle AUSL e delle AO ed individuava nella formazione e nell'aggiornamento del personale un

obiettivo da perseguire in sede regionale e locale, al fine di far progredire il livello di preparazione, il coinvolgimento professionale e la propensione ad assumere responsabilità da parte di tutto il personale dipendente del SSR.

Il Piano Sanitario Regionale 1995-1997 era costituito, nello specifico, da ventitre allegati, tra i quali in primis i documenti relativi alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, alla rideterminazione della rete ospedaliera ed al rilevamento numerico preciso dei posti letto effettivi e dei ricoveri nei presidi ospedalieri pubblici e privati convenzionati per disciplina.

Dopo una generale disamina su definizione, ruolo e funzioni del distretto sanitario e del polo sanitario territoriale nell'ambito delle Aziende USL, il PSR 1995-1997 fissava gli standard di riferimento ed i parametri ai quali le AUSL dovevano attenersi nei loro piani attuativi per definire il numero dei distretti sanitari e dei poli sanitari territoriali, nonché i servizi e le prestazioni da assicurare alla popolazione.

Nel documento relativo alla rideterminazione della rete ospedaliera, invece, dopo aver riportato gli standard ospedalieri desunti dalle disposizioni normative nazionali al tempo vigenti veniva sancito il dovere per i piani attuativi delle AUSL e delle AO di prevedere: la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità, da dimensionare in rapporto alle esigenze assistenziali; la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione delle divisioni o sezioni autonome che non raggiungessero il tasso ottimale di utilizzazione dei posti letto; la promozione di una migliore e più umana qualità della vita dei degenti negli ospedali.

Gli spazi risultanti liberi dalle soppressioni di divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione dei posti letto mediamente inferiori al settantacinque per cento dovevano essere destinati a: specifiche sezioni di

degenza per la riabilitazione di malati lungodegenti e ad alto rischio invalidante; attività di day hospital; esercizio delle attività libero - professionali in sede ospedaliera dei medici a tempo pieno; miglioramento della ricettività alberghiera, anche per servizi da rendere a pagamento.

La riorganizzazione dei servizi ospedalieri, accompagnata dalla rideterminazione del personale da impiegare, doveva consentire, secondo le previsioni del Piano, il potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale almeno su due turni giornalieri, l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di dodici ore giornaliere, l'attivazione delle camere operatorie per non meno di cinque giorni la settimana ed all'occorrenza la turnazione antimeridiana e pomeridiana, con conseguente e documentabile riduzione ad un massimo di quindici giorni dei periodi di attesa e la contrazione della durata media delle degenze.

Tali previsioni, di per sé poco stringenti e passibili di ulteriori correzioni efficientiste, lasciano immaginare quale fosse la situazione antecedente l'approvazione del Piano, il quale stabiliva, inoltre, che le strutture che non rispettavano gli standard fissati andavano parzialmente disattivate, qualora fosse possibile con questa misura ricondurre il livello di produttività entro i valori parametrici prescritti, oppure totalmente disattivate e concentrate in un solo presidio ospedaliero, qualora presentassero valori di utilizzazione talmente bassi da pregiudicare non solo la conduzione economica, ma anche la stessa funzionalità sanitaria per i cittadini.

Visti i provvedimenti legislativi citati e le fasi di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale, è possibile affermare che l'assetto sanitario della Regione Calabria è stato caratterizzato da un forte ritardo nell'attuazione degli obiettivi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, come configurati dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, per motivi in

larga misura riconducibili alle perduranti inadempienze della Regione nell'adozione ed attuazione della programmazione (Griglio, 2005).

Ai problemi legati all'inerzia nell'adozione di strumenti programmatici adeguati si è aggiunto il problema dell'inadempienza nell'attuazione dei criteri di riorganizzazione del settore, per cui le stesse disposizioni contenute nel PSR 1995-1997 sono rimaste previsioni di facciata prive di un reale impatto sul sistema.

2.3 Il riordino del SSR

Con la Legge Regionale n. 2 del 1996, abrogativa delle precedenti eventualmente in contrasto con quanto da essa stabilito ed in particolare anche delle leggi regionali n. 18/1980, n. 18/1981, n. 23/1984 ed art. 2-7 della L.R. n. 3/1992, ha avuto inizio il riordino del Servizio Sanitario Regionale, con la finalità di assicurare ai cittadini livelli uniformi di assistenza sanitaria, in rapporto alle risorse a disposizione nell'ambito territoriale regionale.

Viene sancita la garanzia da parte del Servizio Sanitario Regionale della partecipazione dei cittadini, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, per mezzo dell'attivazione di modalità di informazione reciproca e preventiva, volta ad individuare esigenze e bisogni degli utenti ed eventuali disservizi o carenze strutturali.

Si sottolinea come alle finalità del SSR concorrano i Comuni, le Comunità montane, le Province, nonché le strutture sanitarie pubbliche e private, compresi gli ospedali militari ed i professionisti.

La Regione ha compiti di legislazione, programmazione, indirizzo e coordinamento delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere, le supporta e le controlla nelle loro attività e governa i rapporti fra Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche e private e professionisti, attraverso gli strumenti, le procedure ed i vincoli della programmazione sanitaria regionale.

Operativamente è la Giunta regionale che: predispone il Piano Sanitario Regionale e determina gli indirizzi in materia di tutela della salute; assegna la rispettiva quota parte di fondo sanitario regionale alle Aziende Sanitarie ed alle Aziende Ospedaliere, sulla base di criteri e parametri di natura

epidemiologica, demografica e gestionale, stabiliti dal PSR con l'obiettivo di superare gli squilibri esistenti nelle diverse aree del territorio; esercita le attività di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private.

Il Presidente della Giunta regionale, inoltre, ha il diritto-dovere di adottare i provvedimenti urgenti in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, che interessino il territorio della Regione o una parte di esso comprendente più Comuni.

La legge regionale di riordino del SSR per quanto concerne l'organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere stabilisce che: a ciascuna struttura ed unità operativa devono essere assegnati compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità ed omogeneità; per ciascun livello organizzativo deve essere individuato un unico ufficio di livello dirigenziale, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati alle strutture o unità operative del medesimo livello organizzativo ed all'interno di detto ufficio devono prevedersi ulteriori articolazioni con un ambito di responsabilità definita di livello inferiore; ciascuna struttura ed unità operativa deve essere individuata come centro di attività e di costo ed in quanto tale deve essere assegnataria sia di specifici obiettivi in termini quantitativi e qualitativi, sia di un definito budget e del raggiungimento degli obiettivi, nel rispetto del budget, risponde il responsabile della struttura o unità operativa; devono essere previsti meccanismi volti ad assicurare il coordinamento tra strutture ed unità operative che, pur operando nell'ambito della propria autonomia, devono agire in maniera necessariamente integrata; l'organizzazione delle funzioni amministrative deve avvenire a livello centrale di azienda ed a livello di distretto e presidio ospedaliero non costituito in azienda; le funzioni sanitarie devono essere organizzate in dipartimenti e per aree omogenee su base aziendale; si deve provvedere all'organizzazione dipartimentale delle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie svolte a

livello distrettuale, su base aziendale; l'organizzazione dei presidi ospedalieri deve essere anch'essa per dipartimenti.

All'Azienda Sanitaria Locale vengono assegnate funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione. Essa deve adottare per la propria organizzazione il modello dipartimentale, deve ripartirsi in distretti socio-sanitari e poli territoriali. In collaborazione con i Comuni, a carico dei quali sono poste le attività di assistenza sociale, e con le Province, l'AUSL deve assicurare l'integrazione funzionale ed operativa delle attività sanitarie con quelle di assistenza sociale, in conformità alle indicazioni del Piano Sanitario e di quello socio-assistenziale.

Spetta al Direttore generale, nominato dal Presidente della Giunta regionale previa delibera della Giunta stessa ed in conformità ai criteri fissati dal Consiglio regionale, assicurare, attraverso le aree dipartimentali ed in condizioni di uniformità e di efficienza sul territorio dell'azienda, i livelli uniformi di assistenza stabiliti dal PSN e dal PSR.

A tal fine al Direttore generale vengono assegnati tutti i poteri di gestione, la rappresentanza dell'Azienda Sanitaria o dell'Azienda Ospedaliera ed egli è responsabile verso la Regione del raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria previsti dal Piano Sanitario Regionale ed in particolare della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.

Il Direttore generale è coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e, nel caso in cui l'Azienda Sanitaria assuma la gestione di attività o servizi sociali su delega dei singoli enti locali, dal coordinatore dei servizi sociali. Il Direttore generale si avvale, inoltre, della collaborazione del Consiglio dei sanitari, quale organo di consulenza tecnico-sanitaria, e del servizio di controllo interno, o nucleo di valutazione.

La medesima legge regionale di riordino si preoccupa di definire il presidio ospedaliero non costituito in azienda come struttura tecnico funzionale, mediante la quale l'Azienda Sanitaria assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione stabiliti dal Piano Sanitario Regionale.

Al presidio ospedaliero è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda Sanitaria, fondata sul principio dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

I presidi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria sono raggruppati in un'unica area dipartimentale dell'assistenza ospedaliera e, nell'ambito dell'autonomia economico-finanziaria, a ciascun dipartimento è assegnato un budget, la cui gestione spetta al dirigente del dipartimento stesso.

Nell'Azienda Sanitaria e nell'Azienda Ospedaliera deve essere garantita l'attività poliambulatoriale che assicuri l'erogazione di prestazioni specialistiche, sia in ambito dipartimentale ospedaliero che dipartimentale territoriale.

Il Collegio dei revisori deve vigilare sull'osservanza delle leggi, verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esaminare il bilancio di previsione, le relative variazioni e l'assestamento.

Al fine di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali e di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, viene costituita la Conferenza dei sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Sanitaria. A tale Conferenza vengono assegnate le funzioni di: definire, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività delle Aziende Sanitarie; esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di

esercizio, rimettendo alla Giunta regionale le relative osservazioni; verificare l'andamento generale dell'attività e contribuire alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale ed alla Giunta regionale; definire i criteri e le modalità per l'affidamento alle aziende dei servizi sociali.

Per quanto concerne il controllo sugli atti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, la L.R. n. 2/1996 stabilisce che vanno sottoposti a controllo preventivo della Giunta regionale: il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio preventivo economico annuale ed il bilancio consuntivo di esercizio; la determinazione complessiva della pianta organica del personale e le sue variazioni; i provvedimenti a contenuto generale che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, con esclusione dei provvedimenti di attribuzione del trattamento giuridico ed economico in esecuzione dei contratti nazionali di lavoro, ad eccezione dei provvedimenti che comportino modifiche di posizione funzionale e di livello economico o che attribuiscono mansioni superiori; i regolamenti di organizzazione.

Si sottolinea nella medesima legge il divieto in ogni caso per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di ricorrere a forme di indebitamento, fatte salve unicamente le eccezioni normativamente previste, ovvero un ricorso al credito consentito solo nelle forme dell'anticipazione di tesoreria per il credito a breve termine e del mutuo o delle forme simili di indebitamento per il credito a medio - lungo termine esclusivamente per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione della Regione.

Sempre attraverso la legge di riordino del SSR è istituito in ciascuna Azienda Sanitaria il dipartimento di prevenzione, quale struttura tecnico-operativa dell'Azienda Sanitaria preposta a garantire l'attività di prevenzione, caratterizzata da autonomia gestionale ed economico-finanziaria ed assegnataria di un budget gestito dal dirigente del dipartimento.

I dipartimenti di prevenzione afferiscono alle Aziende Sanitarie e devono essere organizzati in modo da garantire: interventi unitari in rapporto alle esigenze del territorio; il decentramento nell'erogazione delle prestazioni, in base a specifiche criticità territoriali per i diversi fattori di rischio concernenti la salute pubblica; l'utilizzo flessibile delle risorse finanziarie, del personale e delle attrezzature, tenendo conto del rapporto ottimale fra la domanda di prestazioni e l'offerta di servizi.

Il riordino della normativa in materia di finanziamento, programmazione, contabilità, patrimonio, contratti e controllo delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere è affidato ad un'apposita legge, la L.R. n. 43 del 1996, che stabilisce innanzitutto i criteri di gestione, sottolineando come l'attività di gestione delle aziende debba essere informata a criteri di programmazione coerenti con le linee guida dettate dal PSR e che, per lo svolgimento della loro attività gestionale, le aziende devono avvalersi di un insieme coordinato di strumenti preordinati alle scelte, secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Le aziende devono fornire alla Regione tutte le informazioni ritenute da questa utili per la definizione dei criteri di programmazione e di pianificazione e favorirne il sistematico aggiornamento.

Le risorse disponibili per il finanziamento delle Aziende Sanitarie vengono stabilite annualmente dalla Giunta Regionale con riferimento ai livelli uniformi di assistenza sanitaria e l'impiego delle risorse da parte delle aziende è vincolato al rispetto da parte delle stesse dei parametri fissati dal PSN.

Nella legge si puntualizza come l'azienda possa sì assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali, ma con oneri a totale carico degli enti deleganti e con contabilità separata.

Le scelte di programmazione delle aziende devono basarsi sul Piano Sanitario Nazionale, sul Piano Sanitario Regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione. Le scelte di programmazione si effettuano, in particolare, attraverso un insieme coordinato di piani, programmi e progetti: i piani definiscono le finalità, gli indirizzi, gli obiettivi e le politiche di gestione, individuando le politiche programmatiche conseguenti, e possono essere generali, se si riferiscono all'attività complessiva dell'azienda, o particolari se riguardano specifici settori d'attività; i programmi sono strumenti attuativi dei piani generali e consistono in una o più azioni coordinate e preordinate al raggiungimento degli obiettivi fissati dal piano generale; i progetti sono strumenti attuativi dei piani particolari riferiti a specifici settori di intervento.

In particolare, strumenti di programmazione delle Aziende Sanitarie sono il Piano attuativo, il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio economico preventivo.

Il Piano attuativo definisce le linee strategiche dell'Azienda, è adottato dal Direttore generale, sentita la Conferenza dei sindaci ed in conformità al Piano Sanitario Regionale, e specifica gli obiettivi dell'Azienda e gli indirizzi di gestione, articolati in programmi ed in progetti.

Il Piano attuativo ha la stessa durata del PSR ed è aggiornato annualmente, anche in correlazione alla verifica dello stato di conseguimento degli obiettivi di programma. Nella sua formulazione si deve tener conto dei principi espressi nella Carta dei diritti degli utenti ed al suo interno sono evidenziati: le risorse finanziarie ed economiche per la realizzazione degli obiettivi del piano; il programma pluriennale degli investimenti; gli indicatori di economicità aziendale e di qualità; la riorganizzazione e la ristrutturazione dei servizi; le prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza da assicurare; le prestazioni e la riorganizzazione dei

servizi a livello di singoli distretti, tali da assicurare un'assistenza uniforme a livello di Azienda Sanitaria.

Il bilancio pluriennale ha durata triennale e, nel rispetto delle direttive impartite dalla Regione, traduce in termini economici, patrimoniali e finanziari le indicazioni del Piano attuativo, con particolare riguardo agli investimenti programmati per il triennio considerato. A tal fine il bilancio pluriennale rappresenta distintamente lo stato patrimoniale ed il conto economico che, in conseguenza dell'attuazione del piano ed a giustificazione del medesimo, si prevede di conseguire per ciascun esercizio del triennio. Al bilancio pluriennale è allegato, inoltre, il piano degli investimenti, che definisce le iniziative da intraprendere e ne quantifica le spese con l'indicazione delle relative modalità di finanziamento.

Il bilancio economico-preventivo, infine, esprime analiticamente il risultato economico dell'Azienda previsto per il successivo anno solare, è redatto conformemente al bilancio pluriennale di previsione e deve essere formulato in base allo schema di bilancio obbligatorio approvato dalla Regione, in conformità allo schema interministeriale.

Il bilancio economico-preventivo è corredato da una relazione illustrativa del Direttore generale, che ne costituisce parte integrante.

Le aziende adottano il sistema di budget come metodologia per la formazione del loro Piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano. La programmazione annuale delle aziende è, dunque, esplicitata nel loro budget generale, che riguarda l'intera attività dell'azienda e si articola in tre parti: il budget patrimoniale, che indica analiticamente le fonti di finanziamento e la loro utilizzazione, in modo da consentire la separata evidenza della gestione corrente e della gestione degli investimenti; il budget finanziario, che indica

particolarmente i flussi di entrata e di spesa; il budget economico, che indica in analisi le attività, i costi, i ricavi ed i proventi.

Al budget generale deve essere allegata una relazione illustrativa che evidenzia le ipotesi ed i parametri su cui si fondono le previsioni, le azioni preordinate agli obiettivi fissati nel budget, i risultati attesi, i criteri di misurazione adottati, con separata evidenza dei servizi sociali delegati.

Responsabile del budget generale dell'Azienda è il Direttore generale ed i dirigenti preposti alle strutture delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere a cui viene assegnato il budget rispondono al Direttore generale degli obiettivi e delle risorse loro assegnate. Entro il relativo tetto di risorse si esplica l'autonomia gestionale ed organizzativa di ciascun dirigente di struttura ed a tale autonomia corrisponde la responsabilizzazione sul raggiungimento degli obiettivi di budget e sull'utilizzo delle risorse.

La gestione economica, patrimoniale e finanziaria delle Aziende deve informarsi ai principi previsti dal codice civile in materia di contabilità e bilancio ed il bilancio d'esercizio deve rappresentare con chiarezza, in modo veritiero e corretto, il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento, con separata indicazione dei servizi socio-assistenziali. Ai bilanci delle Aziende Sanitarie devono essere allegati i bilanci di ciascun presidio ospedaliero.

Il bilancio d'esercizio deve essere corredato da una relazione del Direttore generale sulla situazione dell'Azienda e sull'andamento della gestione, con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi ed ai proventi, ai costi ed agli oneri dell'esercizio.

Le Aziende sono articolate, da un punto di vista contabile, in centri di costo, ovvero in unità organizzative nell'ambito delle quali sono svolte attività dirette o ausiliarie che, per il loro carattere di omogeneità, consentono di imputare al centro i vari costi sostenuti. All'articolazione delle Aziende

Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere in centri di costo provvedono i Direttori generali attraverso un Piano dei centri di costo adottato sulla base di uno schema tipo predisposto dalla Giunta Regionale, che consenta un'analisi omogenea dei dati.

I centri di costo devono coincidere o essere ricompresi nelle componenti organizzative in cui si articolano le Aziende ed il responsabile di ciascun centro di costo è individuato nel responsabile della componente organizzativa di riferimento.

Con la L.R. n. 29 del 2002 la Regione Calabria recepisce il D.P.C.M. 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e favorire forme di assistenza più idonee. Con l'approvazione di tale legge le Aziende Sanitarie Locali ed ospedaliere sono tenute all'osservanza di quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia di risorse finanziarie destinate ai livelli assistenziali ed al rispetto degli indici di ospedalizzazione e del tasso di utilizzo dei posti letto fissati dalla normativa vigente. Ai fini della verifica e del miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e della remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori presso i quali si registrano frequenze elevate di ricoveri inappropriati vengono definiti dalla Giunta regionale specifici standard e parametri per l'applicazione delle relative sanzioni.

A fronte di un evidente dissesto economico della sanità calabrese, già con la L.R. n. 29/2002 vengono presi provvedimenti di razionalizzazione della spesa, quali: il blocco delle assunzioni da parte delle Aziende Sanitarie di personale appartenente a qualsiasi categoria professionale fino all'attuazione di un nuovo PSR, ma comunque non oltre un anno dall'entrata in vigore della legge; l'obbligo per le Aziende Sanitarie di aderire alle convenzioni per l'acquisto di beni e servizi, salva la dimostrazione di ottenere migliori condizioni, ed alla stipula di contratti di

fornitura per beni e servizi a valenza regionale; il divieto ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie di stipulare contratti di consulenza con professionisti esterni per attività che possono essere svolte con personale dipendente delle strutture aziendali, salvo in via eccezionale il conferimento di incarichi di consulenza per comprovate esigenze e per singole prestazioni, con provvedimento da sottoporre a controllo della Giunta regionale; l'adozione di vari provvedimenti finalizzati a ricondurre la spesa farmaceutica nei limiti di un determinato tetto massimo di spesa ammissibile; l'obbligo per le Aziende Sanitarie di avvalersi di società specializzate nella certificazione dei bilanci per avviare una precertificazione del bilancio d'esercizio ed assicurarne successivamente la certificazione.

Con la medesima legge viene istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali, con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale.

La nomina dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie assume, infine, con la L.R. n. 29/2002 natura esclusivamente fiduciaria ed è revocabile in qualsiasi momento con il venir meno del rapporto di fiducia da parte dell'organo che ha effettuato la nomina, ove riscontrasse un'azione di contrasto e di non osservanza dei programmi, delle direttive e degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

In seguito alla riforma costituzionale del Titolo V, la Regione Calabria, in attuazione dei principi di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione delle funzioni e competenze, con la L.R. n. 34 del 2002, detta i criteri e disciplina gli strumenti, le procedure e le modalità per il riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi esercitati dai Comuni, dalle Provincie, dagli altri Enti locali, dalle autonomie funzionali e dalla Regione. Con tale legge la

Regione Calabria provvede al pieno conferimento agli Enti locali di tutte le funzioni ed i compiti amministrativi relativi alla cura degli interessi delle comunità locali, riservando a sé esclusivamente le funzioni ed i compiti che richiedono necessariamente l'esercizio unitario a livello regionale.

In materia di servizi alla persona ed alla comunità, ed in particolare di tutela della salute, sono riservate alla Regione le funzioni ed i compiti amministrativi relativi a: approvazione di piani e programmi di settore non aventi rilievo ed applicazione nazionale; adozione dei provvedimenti puntuali per l'erogazione delle prestazioni; adozione dei provvedimenti di urgenza in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica, qualora l'emergenza avesse una dimensione sovracomunale; verifica della conformità rispetto alla normativa nazionale e comunitaria di attività, strutture, impianti, laboratori, officine di produzione, apparecchi, modalità di lavorazione, sostanze e prodotti, ai fini del controllo preventivo, nonché della vigilanza successiva, compresa la verifica dell'applicazione della buona pratica di laboratorio; pubblicità sanitaria, ad esclusione delle funzioni riservate allo Stato e ferme restando le competenze dei Sindaci; vigilanza e controllo sugli enti pubblici e privati che operano a livello infraregionale e sulle attività di servizio rese dalle articolazioni periferiche degli enti nazionali; attività assistenziale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed attività degli istituti zooprofilattici sperimentali; vigilanza sui fondi integrativi sanitari, istituiti e gestiti a livello regionale o infraregionale; riconoscimento del servizio sanitario prestatato all'estero, ai fini della partecipazione dei concorsi indetti a livello regionale ed infraregionale ed ai fini dell'accesso alle convenzioni per l'assistenza generica e specialistica con le Aziende Sanitarie Locali; accertamento e verifica del rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private; determinazione degli standard di qualità che

costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi; fissazione delle tariffe delle prestazioni e successive modificazioni ed integrazioni, nel rispetto dei criteri generali definiti a livello statale.

È compito della Giunta regionale verificare la coerenza dei piani strategici triennali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere con gli indirizzi della programmazione regionale.

Alle Provincie sono, invece, attribuite le funzioni amministrative ed i compiti concernenti: la formazione e la revisione della pianta organica delle farmacie; l'istituzione e la gestione dei dispensari farmaceutici; l'istituzione di farmacie succursali; il decentramento delle farmacie; l'indizione e lo svolgimento dei concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche vacanti o di farmacie succursali; l'assegnazione ai Comuni della titolarità delle farmacie.

Ai Comuni, infine, sono attribuite le funzioni amministrative ed i compiti concernenti: l'autorizzazione per la pubblicità di tutti i presidi sanitari privati soggetti ad autorizzazione regionale o comunale; l'autorizzazione all'apertura di depositi all'ingrosso di medicinali e di gas medicinali; l'autorizzazione per l'apertura, l'ampliamento o la trasformazione delle strutture private che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, nonché per la sospensione e la chiusura delle medesime; la pubblicità sanitaria relativa all'esercizio delle professioni sanitarie, delle professioni sanitarie ausiliarie e degli studi professionali.

Le funzioni amministrative inerenti la pubblicità sanitaria concernente le strutture di ricovero e cura e le strutture ambulatoriali, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio sono, invece, delegate alle Aziende Sanitarie Locali.

Sempre nel 2002, dopo il flop del Piano Sanitario Regionale 1995-1997, mai concretamente attuato, ed il fallimento del progetto di programmazione sanitaria per il triennio 2001-2003, elaborato ma mai approvato, si tentò di dettare degli indirizzi di programmazione ed organizzazione sanitaria con il progetto di Piano Sanitario Regionale 2002-2004, ma neppure questo vide mai l'approvazione.

Seppur con tutti i limiti connessi ad una superficiale lettura della situazione reale ed alla scarsa incisività delle misure in esso contenute, il progetto di PSR 2002-2004 riconosceva lucidamente il mancato adeguamento del Servizio Sanitario Regionale al dettato del D.Lgs. n. 229/1999 e l'assenza in ambito regionale di un qualsivoglia strumento di programmazione sanitaria.

La Griglio (2005) sottolinea come *“l'assenza di una programmazione periodica organica ha contribuito a favorire la disorganicità degli interventi di riassetto delle strutture e dei servizi previsti dalla programmazione nazionale, alla quale si è cercato di dare attuazione solo attraverso saltuari ed isolati interventi normativi, che peraltro non hanno inciso in maniera rilevante sul riordino e sulla riconversione del sistema”*.

Lo stato dell'aziendalizzazione in Calabria ha sempre presentato, e purtroppo tutt'oggi presenta, continui ritardi ed inadempienze rispetto agli obiettivi ed ai dettami della disciplina nazionale.

Nonostante l'emanazione di due leggi generali di disciplina del settore, le L.R. n. 2 e n. 43 del 1996, finalizzate a realizzare i nuovi orientamenti promossi a livello nazionale sotto il profilo dell'organizzazione, le stesse hanno mostrato profonde e costanti lacune da un punto di vista attuativo ed operativo, dando a loro volta origine a tutta una serie di ritardi ed inadempienze, che hanno negativamente condizionato l'evoluzione organizzativa del Servizio Sanitario Regionale.

L'inerzia nell'attuazione delle linee programmatiche e normative può essere in parte spiegata dal carattere non auto-applicativo delle due citate leggi regionali di riferimento, ispirato dai principi del decentramento e della flessibilità, tipici del modello della legislazione sanitaria regionale calabrese.

In Calabria, inoltre, l'impossibilità di procedere ad una compiuta e tempestiva attuazione delle prospettive di aziendalizzazione è stata in larga misura determinata dalla sovrapposizione tra responsabilità politiche ed amministrative che hanno di fatto ostacolato una compiuta conformazione del sistema sanitario regionale ai nuovi parametri funzionali ed organizzativi statali (Griglio, 2005). La presenza di questo ritardo originario ha notevolmente contribuito a condizionare la successiva inerzia attuativa nel recepimento del D.Lgs. n. 229 del 1999 e l'intero riordino del sistema, facendo sì che di fatto la compiuta implementazione della "Riforma Ter" venisse a sovrapporsi con il recepimento a livello regionale delle nuove sfide aperte dalla riforma costituzionale.

Altri due parametri particolarmente rilevanti nell'analisi dello stato di aziendalizzazione della Regione, oltre all'incapacità di incidere a fondo negli assetti organizzativi ed all'inerzia nell'adozione di una programmazione organica, sono: la notevole instabilità degli incarichi dirigenziali, ed in particolar modo di quello di Direttore generale, con la conseguente impraticabilità degli strumenti di valutazione e controllo dell'operato dell'organo direzionale, non raggiungendosi nella maggior parte dei casi il periodo di diciotto mesi di carica, che rappresenta il lasso di tempo minimo individuato dal D.Lgs. n. 229/1999 per procedere alla verifica del compimento degli obiettivi assegnati a ciascun direttore generale e dei risultati aziendali conseguiti; la ristrutturazione della rete ospedaliera, in armonia con i criteri e gli obiettivi stabiliti a livello nazionale.

Il sistema regionale calabrese, a causa dei ritardi e delle inadempienze nell'attuazione delle riforme e dei nuovi indicatori nazionali, ha dato vita ad un'aziendalizzazione disorganica e fundamentalmente incompleta, che necessita ancora di essere definita ed assestata per quanto concerne alcuni profili organizzativi (Griglio, 2005).

In particolare, per favorire un completamento organico del processo di aziendalizzazione assume prioritaria importanza la realizzazione di un sistema informativo integrato regionale, che consenta alla Regione di monitorare in tempo reale l'attività svolta dalle singole aziende, al fine di garantire una piena coerenza degli obiettivi aziendali con la programmazione regionale²⁰.

L'inerzia regionale nell'attivazione di meccanismi informativi tra Aziende e Regione ne ha pesantemente condizionato la capacità di assumere quel ruolo di coordinamento, basato su una conoscenza approfondita delle varie realtà presenti all'interno della Regione stessa, che si sostanzia nella programmazione e nella successiva valutazione di una corretta implementazione della stessa.

La presa di coscienza dell'impellente necessità di ispirare ai principi della programmazione la nuova organizzazione del servizio sanitario della Regione Calabria e della primaria funzione di guida del Piano Sanitario Regionale per il governo della sanità, sia in relazione agli obiettivi di salute da perseguire che al funzionamento dei servizi ed alla quantificazione e reperimento delle risorse, ha dato vita al Piano Sanitario Regionale 2004-2006, oggi ancora in vigore.

²⁰ Come ha evidenziato anche la Corte dei Conti in *"Indagine sul tema dell'assistenza sanitaria – anni 1998/2000"*

3 Scenari attuali e prospettive future della sanità calabrese

3.1 Il Piano Sanitario Regionale 2004-2006

Lo scenario istituzionale e politico nel quale si colloca il Piano Sanitario Regionale 2004-2006 è radicalmente diverso da quello in cui era stato approvato il precedente PSR, come dimostrano le rilevanti differenze tra i due piani in termini di metodo, obiettivi e contenuti.

Il nuovo PSR presenta un approccio più integrato e globale alla gestione della sanità calabrese, configurando un intervento radicalmente diverso dal precedente, poiché intende la programmazione come definizione di fini e di obiettivi prima ancora che come elaborazione di strategie d'intervento (Griglio, 2005) e costituisce il primo fondamentale passo verso la ridefinizione del sistema sanitario regionale nel suo insieme, assumendo la funzione primaria di guida in relazione agli obiettivi di salute da perseguire, al funzionamento dei servizi sanitari ed al reperimento delle risorse necessarie²¹.

L'obiettivo fondamentale del riassetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale è quello di dar vita ad un impianto in cui le esigenze ed i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, il rafforzamento del processo di aziendalizzazione e la razionalizzazione dei processi assistenziali e gestionali possono trovare una rimodulazione tale da assicurare alla collettività un sistema sanitario efficace, efficiente ed

²¹ Come afferma lo stesso Comunicato stampa preposto dalla Presidenza della Giunta regionale in coincidenza con la pubblicazione della L.R. n. 11 del 2004 di approvazione del Piano

economicamente sostenibile, nel quadro delle nuove autonomie e responsabilità affidate alle collettività locali.

Lo sviluppo progressivo dell'organizzazione del SSR deve avvenire secondo una logica progettuale, al fine di adattare le configurazioni al variare delle strategie necessarie per regolare i rapporti fra i livelli decisionale, organizzativo ed operativo.

Il rilievo del Piano Regionale per la Salute 2004-2006, che intende anche trasformarsi da atto programmatico e di pianificazione sanitaria in vero e proprio progetto per la salute, in grado di assicurare ai cittadini calabresi un sistema sanitario efficace, efficiente ed economicamente sostenibile, è confermato dalla volontà della Regione di “blindarne” l'approvazione con la L.R. n. 11 del 2004, al fine di garantirgli una diversa tutela processuale, potendo diventare oggetto di ricorso solo davanti alla Corte Costituzionale. La scelta di questa tutela processuale “forte” sottolinea l'incisività del Piano su governance e government del sistema sanitario regionale, che appariva e, purtroppo per larghi tratti appare tutt'oggi, scarsamente efficace ed efficiente sia dal punto di vista del cittadino utente che da quello degli operatori sanitari e rispetto ai costi richiesti per la sua gestione, non essendo riuscito a garantire equità, soddisfazione dei bisogni sanitari degli utenti, efficienza organizzativa e sostenibilità economica²².

La programmazione sanitaria regionale è lo strumento indispensabile per la definizione degli obiettivi e delle regole di funzionamento del sistema sanitario regionale, dei criteri di appropriatezza delle prestazioni e degli standard di funzionamento dei servizi, degli indirizzi per l'attivazione dei processi aziendali di produzione e controllo e dei criteri e requisiti di accreditamento.

²² Come ammette anche il “*Piano Regionale per la salute 2004-2006*”, Assessorato tutela della salute ed organizzazione sanitaria, Regione Calabria

Il principio della programmazione costituisce il fondamento del nuovo Servizio Sanitario Regionale presentato nel Piano e la Regione si impegna ad assicurare e garantire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari, nonché a promuovere iniziative per la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi e favorire il loro coinvolgimento nelle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

La Carta dei Servizi, in particolare, è lo strumento attraverso il quale le Aziende del SSR sono tenute ad orientare ed adeguare le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti, definisce gli impegni e gli standard generali e particolari cui i servizi devono adeguarsi e le Aziende hanno il dovere di promuovere specifiche attività informative e di tutela degli utenti, nonché un piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della Carta e della relativa attuazione.

La Carta è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti, non si tratta, però, di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati²³, nell'ambito del ruolo che tale strumento gestionale svolge nei processi di responsabilizzazione e miglioramento dei servizi a livello aziendale. Affinché la Carta dei Servizi sia realmente uno strumento in grado di orientare l'organizzazione all'ascolto dell'utente/cliente e verso migliori livelli di performance, è necessario che i suoi contenuti siano completi e che le logiche sottostanti la

²³ Come stabilito dallo stesso D.M. "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" del 19 Maggio 1995, in G.U. 31 Maggio 1995, n. 125, Sup. Ord.

sua elaborazione garantiscano: la partecipazione di tutti i soggetti interni ed esterni coinvolti nel processo di erogazione del servizio; la coerenza con i meccanismi operativi aziendali; l'adeguata promozione e diffusione del documento tra gli utenti attuali e potenziali; il continuo confronto con le valutazioni degli utenti, che devono alimentare il processo di miglioramento continuo (Tanzi, Panetta, 2010).

Il processo di attuazione della Carta dei servizi nel settore sanitario è basato sulla definizione di Carte specifiche da parte di ciascuna struttura sanitaria, in grado di fissare gli standard più opportuni per la loro realtà, ma che devono tutte contenere i principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficacia ed efficienza.

Nell'ambito del processo di riassetto istituzionale ed organizzativo del SSR, ampio rilievo viene dato anche al profilo della partecipazione degli enti locali alla programmazione, alla gestione ed al controllo dei servizi e delle attività, con la valorizzazione di alcuni organismi di coordinamento territoriale, quali i Comuni, il Comitato dei sindaci del distretto, la Conferenza dei sindaci e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, già istituita dalla L.R. n. 29/2002, ma profondamente riformata dalla L.R. n. 11/2004, che la ha resa vero e proprio organo rappresentativo delle autonomie locali, con funzioni consultive nei confronti del Consiglio e della Giunta regionale.

La Conferenza dei sindaci rappresenta le esigenze sanitarie della popolazione ed esprime il bisogno socio-sanitario delle comunità locali, ai Comuni, infatti, si riconosce lo specifico ruolo di garanzia e di tutela dei bisogni sanitari e socio-sanitari delle popolazioni amministrare ed il sistema delle autonomie locali rimane l'interlocutore privilegiato rappresentativo degli interessi della comunità locale ed espressione dei suoi bisogni di salute.

La stessa ridefinizione del distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale presuppone una rivalutazione e valorizzazione del ruolo dei Comuni, che il legislatore ha inteso realizzare anche con l'istituzione del Comitato dei Sindaci del distretto, che svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello dei bisogni sanitari dei cittadini rispetto ai servizi erogati, rappresentando il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, infine, istituita per realizzare il coinvolgimento dei Comuni, delle Province e delle Comunità Montane e la loro responsabilizzazione sui temi sanitari, è l'organismo rappresentativo delle autonomie locali, con il fine di potenziare il loro ruolo nei procedimenti di programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale a livello regionale e locale, con pari dignità istituzionale fra Regione ed Enti locali, in linea con quanto previsto dal nuovo Titolo V della Costituzione.

La valorizzazione della concertazione con gli ambiti territoriali di organizzazione e produzione e con gli enti locali permette che la programmazione che si esplica nel Piano Sanitario Regionale trovi attuazione nel Piano Attuativo Locale, che è l'atto di programmazione sanitaria aziendale, e nel Programma delle Attività Territoriali, chiamati a rendere operativi sul territorio gli indirizzi e gli obiettivi sanciti a livello regionale.

La Giunta regionale: indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie aziendali, anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati; approva la conformità dei piani attuativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle disposizioni del Piano Regionale per la Salute, emanando eventuali prescrizioni di adeguamento; controlla la corrispondenza dei

risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi; nell'ambito delle proprie competenze può attivare iniziative atte a verificare la rispondenza fra gli atti di programmazione e l'azione di governo delle Aziende²⁴.

La gestione delle attività e delle risorse deve avvenire in base al piano di attività aziendale ed al bilancio preventivo annuale, definiti secondo gli indirizzi di programmazione annualmente stabiliti dalla Giunta regionale in attuazione della pianificazione vigente.

Per quanto concerne la copertura economica del Servizio Sanitario Regionale, al finanziamento delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni in esse ricomprese provvede la Giunta regionale nei limiti delle quote del Fondo Sanitario Regionale.

La Giunta regionale provvede, inoltre, a determinare i volumi e le tipologie delle prestazioni, le modalità di remunerazione ed i limiti di spesa per gli accordi ed i contratti che le Aziende Sanitarie stipulano con le strutture pubbliche e con gli erogatori privati accreditati, entro i limiti degli standard relativi ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con riferimento alla qualità delle prestazioni.

Si evidenzia un nuovo ruolo della Regione, quale soggetto istituzionale cui sono demandati il compito e la responsabilità di determinare l'organizzazione complessiva dell'offerta dei servizi e delle prestazioni individuati dai livelli essenziali di assistenza, coerentemente con le indicazioni epidemiologiche peculiari della Regione e con la propria disponibilità di risorse.

²⁴ Art. 10 della L.R. n. 11 del 2004

La Regione, attraverso gli strumenti della programmazione, individua annualmente gli obiettivi che devono essere raggiunti dal SSR, assegna le risorse e verifica il conseguimento degli obiettivi tramite l'impiego di idonei strumenti di controllo di gestione e di governo della spesa sanitaria.

Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006, in linea con gli indirizzi dettati dai D.Lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999, si propone di dare una risposta unitaria e coerente al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini, all'efficienza ed alla sostenibilità economica del sistema sanitario.

La L.R. n. 11 del 2004 focalizza subito la sua attenzione, dopo il generale riconoscimento della tutela della salute quale diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, sulla garanzia: dei Livelli Essenziali ed uniformi di Assistenza definiti dal Piano Regionale per la Salute, nel rispetto dei principi del PSN; dei bisogni di salute delle popolazioni; dell'equità nell'accesso all'assistenza; della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze; dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Le prestazioni e le attività sanitarie comprese nei LEA sono garantite dal Servizio Sanitario Regionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione nazionale e dalle disposizioni regionali.

La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini calabresi e l'efficace ed efficiente erogazione delle prestazioni e delle attività in essi ricomprese costituiscono, in relazione alle rispettive e specifiche competenze ed attribuzioni istituzionali delle Aziende del SSR, gli obiettivi assistenziali che le Aziende Sanitarie dovranno perseguire e realizzare con il programma delle attività distrettuali e che le Aziende Ospedaliere

dovranno includere nei rispettivi piani attuativi, nell'arco di vigenza del Piano Regionale per la Salute.

La Regione, al fine di garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, dispone l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie di linee guida tecnico-professionali coerenti ed integrate con il programma nazionale e promuove il riassetto organizzativo e funzionale delle strutture e dei servizi in modo tale da assicurare le prestazioni e le attività sanitarie comprese nei LEA.

Sono due, nello specifico, le principali strategie di intervento individuate dalla Regione Calabria per lo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza: da un lato l'adozione di strumenti volti a monitorare ed a migliorare la qualità del servizio; dall'altro la valorizzazione degli interventi finalizzati a riequilibrare l'offerta assistenziale, depotenziando i settori che risultano sovradimensionati e potenziando quelli più carenti (Griglio, 2005).

La Regione predispose gli indirizzi per ottimizzare le risorse disponibili, attraverso il loro utilizzo finalizzato all'erogazione di quei livelli assistenziali che combinano nel modo migliore possibile l'efficacia della prestazione e l'economicità dell'intervento, accrescendo in tal modo l'efficienza e le potenzialità del sistema sanitario regionale.

Fondamentale è lo stretto collegamento che ci deve essere tra: Livelli Essenziali di Assistenza, intesi come tipologie assistenziali delle prestazioni e dei servizi che il SSN offre, produce e finanzia in applicazione dei principi ispiratori delle sue finalità e dei suoi obiettivi; regionalizzazione, quale strategia diretta ad affrontare il nuovo rapporto bisogni-risorse e le esigenze di cambiamento dell'organizzazione sanitaria sul piano istituzionale, ai fini del ridisegno dell'offerta assistenziale ed in riferimento al modello organizzativo - gestionale dei servizi e delle prestazioni; aziendalizzazione, quale processo che individua l'azienda come mezzo per

riordinare l'organizzazione produttiva in una logica strumentale rispetto al raggiungimento di finalità di tutela della salute ed economiche.

È necessaria una razionalizzazione dell'organizzazione produttiva, attuata attraverso l'applicazione dei principi della scienza dell'organizzazione, in base ai quali emergono due tipologie fondamentali di processi di lavoro, l'attività di ricovero ospedaliero e l'attività territoriale, che esigono diverse ed appropriate gestioni dell'offerta e della produzione.

Occorre riorientare la domanda di salute secondo principi di appropriatezza, avviando iniziative di educazione ed informazione dei cittadini, poiché una migliore informazione sulle opportunità terapeutiche, sui fattori di salute e sui rischi derivanti dall'abuso di pratiche mediche non necessarie deve portare ad una riduzione di interventi terapeutici inappropriati.

I principi ed i valori che devono orientare il nuovo Servizio Sanitario Regionale si realizzano, inoltre, attraverso: la ricerca di economie di scala, realizzabili attraverso la semplificazione delle procedure gestionali e la razionalizzazione dei processi di organizzazione e produzione; la netta distinzione nell'ambito dell'organizzazione produttiva tra responsabilità gestionali, organizzative e produttive; la coerenza delle strategie gestionali ed organizzative con le condizioni e la disponibilità di risorse professionali e di struttura; il superamento della schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, con una valorizzazione delle prima quale punto di riferimento per le prestazioni sanitarie di maggior complessità, rilevanza ed eccellenza; la piena assegnazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale all'organizzazione produttiva dei servizi territoriali e l'attribuzione all'assistenza territoriale di tutte le attività di assistenza sanitaria che non costituiscono ricovero o che comunque non fanno parte dell'assistenza ospedaliera; un rinnovato rapporto tra strutture pubbliche e private, basato su una capacità di offerta in una logica di sistema e su una correttezza di rapporti, a garanzia della qualità ed

appropriatezza delle prestazioni, nonché della sostenibilità della spesa, fondata sulla chiarezza e distinzione nell'uso di strumenti come autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale e sullo stimolo reciproco allo sviluppo²⁵.

Visti tali principi e valori, condizioni indispensabili per lo sviluppo del SSR sono: la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere; la creazione di un sistema di rete attento alla compatibilità tra risorse impiegate e risorse disponibili per l'assistenza sanitaria; l'attuazione di quell'innovazione su vari fronti resa ormai necessaria ed opportuna dalle trasformazioni demografiche, sociali, epidemiologiche, dal continuo sviluppo delle tecnologie sanitarie, dai vincoli imposti della finanza pubblica, dalle opportunità offerte da informatica e telematica e dall'evoluzione dei modelli organizzativi; l'adozione di una programmazione e valutazione delle prestazioni e delle attività rese dal SSR; l'implementazione di percorsi assistenziali ben congegnati e progettati; la diffusione della comunicazione, quale strategia per favorire uno sviluppo condiviso della rete dei servizi sanitari ed un senso di appartenenza e condivisione da parte di cittadini ed operatori del servizio sanitario; la garanzia di una qualità complessiva delle prestazioni sanitarie rese ai cittadini.

È compito delle Aziende Sanitarie garantire le prestazioni e le attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza, dimensionate ed organizzate in relazione alle specificità del territorio ed ai bisogni delle popolazioni, secondo gli indirizzi fissati dalla legge, avvalendosi anche delle strutture private accreditate²⁶.

²⁵ Come evidenziato dallo stesso *"Piano Regionale per la Salute 2004-2006"*, Assessorato Tutela della Salute ed Organizzazione Sanitaria, Regione Calabria

²⁶ Come stabilito dall'art. 11 della L.R. n. 11 del 2004

Le Aziende Sanitarie assicurano l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei servizi territoriali con quelle dei presidi ospedalieri a gestione diretta e con quelle delle Aziende ospedaliere, in conformità ai criteri di organizzazione definiti dal Piano Regionale per la Salute.

Per quanto concerne l'organizzazione delle Aziende Sanitarie, è importante sottolineare la separazione che vi deve essere tra Direzione Generale, costituita da Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo, tenuti a collaborare nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità, e Direzione di strutture aziendali individuate in corrispondenza delle attività gestionali, di organizzazione e di produzione, cui spetta la responsabilità sotto il profilo gestionale, organizzativo e produttivo delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Risultano, inoltre, imprescindibili i criteri di distinzione: tra attività gestionali, organizzative, produttive e di erogazione; fra attività centrali ed attività centralizzate di gestione e fra attività decentrate ed attività delegate di organizzazione, produzione ed erogazione; tra responsabilità dei fattori produttivi, che caratterizza l'organizzazione, e responsabilità dell'attuazione dei processi, che caratterizza la produzione; tra responsabilità delle infrastrutture produttive e responsabilità dei processi produttivi.

Per la direzione complessiva dell'azienda sotto il profilo gestionale, organizzativo, produttivo ed erogativo bisogna procedere all'individuazione di una struttura centrale di Direzione Aziendale, che si occupi anche della riorganizzazione delle strutture e delle attività aziendali, del raggruppamento dei processi produttivi delle prestazioni individuate dai livelli di assistenza e dell'aggregazione delle attività che compongono i

processi assistenziali, nonché di quelle tecnico-amministrative di fornitura e gestione delle risorse utilizzate nei processi produttivi, di supporto sia all'attività di programmazione e controllo che all'attività di gestione, con la costituzione di un'apposita area gestionale.

I risultati attesi dal processo di riorganizzazione promosso dal Piano Regionale per la Salute 2004-2006 si articolano in risultati di governo, gestionali, organizzativi e produttivi.

Nell'ambito dell'attività di governo del Servizio Sanitario Regionale, ciò che ci si attende è: la riorganizzazione del dipartimento sanità; la pianificazione, programmazione, verifica e valutazione dell'attività e dei risultati del SSR rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza previsti; il controllo ed il contenimento della spesa; la valorizzazione della distinzione tra area di offerta, propria della Regione, ed organizzazione produttiva, propria delle Aziende Sanitarie; la razionalizzazione del rapporto pubblico/privato; lo sviluppo di capacità di indirizzo e coordinamento da parte del SSR; la riduzione dei processi di mobilità passiva verso altre Regioni; il riequilibrio fra le aree territoriali in cui si articola il SSR.

In campo gestionale è prevista la riorganizzazione su base divisionale dei servizi delle aziende e la loro articolazione in distretti, al fine di rafforzare le logiche aziendali, con particolare attenzione al prodotto ed alle aree di attività. Altro elemento da rivedere sono gli strumenti contabili di gestione, che vanno armonizzati con i principi della contabilità economico-patrimoniale. Bisogna, inoltre, accrescere la capacità di gestione e controllo della formazione dei costi attraverso la distinzione fra gestione, ovvero chi decide, organizzazione, ovvero chi gestisce le risorse, produzione ed erogazione, cioè chi utilizza le risorse per soddisfare la domanda. Lo sviluppo dell'efficienza gestionale delle produzioni ospedaliere passa, infine, attraverso l'attribuzione di livelli di specializzazione ed eccellenza

alle Aziende Ospedaliere e l'eliminazione delle diseconomie di produzione dei presidi ospedalieri non aziendalizzati.

I risultati che ci si attende da questa nuova condotta gestionale sono: l'eliminazione delle discrepanze nelle decisioni gestionali nell'ambito del SSR; l'omogeneizzazione della gestione del personale e delle decisioni di acquisto ed utilizzo di beni e servizi; la riduzione delle risorse destinate alle produzioni ospedaliere con il corrispondente incremento di quelle messe a disposizione del territorio; lo sviluppo della pianificazione aziendale attraverso la predisposizione del Piano Attuativo Locale, del piano di attività aziendale e dei programmi territoriali di Distretto; il collegamento visibile tra quanto si spende e cosa e come viene realizzato, ovvero tra bilancio ed attività; il miglioramento dei rapporti tra sistema tariffario e spesa sostenuta; la compatibilità tra accordi contrattuali e limiti di spesa; l'attuazione di sperimentazioni gestionale che prevedano forme di collaborazione pubblico-privato al fine di contenere la spesa sanitaria, migliorare efficienza e qualità dell'assistenza, riqualificare le strutture sanitarie e ridurre progressivamente la mobilità sanitaria.

L'obiettivo del riequilibrio dell'offerta assistenziale viene fortemente perseguito attraverso un ripensamento del ruolo e dell'attività del Distretto, precedentemente lasciato in una situazione di profondo disordine e di totale marginalità rispetto agli obiettivi assistenziali regionali, al quale si attribuisce ora il compito di garantire, nella continuità assistenziale, una promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari (Griglio, 2005).

Il Distretto costituisce un centro di responsabilità ed autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della Direzione Aziendale e coerentemente con le scelte di programmazione regionale.

Il buon funzionamento del Distretto è condizione necessaria per lo sviluppo del welfare locale, sanitario e sociosanitario, integrato con le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo accesso unitario ai servizi, continuità assistenziale e responsabilizzazione sui risultati e sugli esiti di salute.

Il dimensionamento del Distretto deve rispondere ai criteri propri di uno spazio sociale geograficamente, economicamente e culturalmente ben determinato. Il Distretto deve, pertanto, configurarsi ed assumere un ruolo diverso a seconda del contesto geografico, abitativo e di ecosistema unitario nell'ambito del quale va ad inserirsi.

Da un punto di vista organizzativo si deve puntare a: sviluppare capacità e strutture per l'organizzazione dei servizi territoriali; riorganizzare le direzioni dei presidi ospedalieri; sviluppare una rete ospedaliera di eccellenza, un'attività ambulatoriale specialistica ed una rete organizzativa dei servizi socio-sanitari; realizzare una rete distrettuale; riconvertire le strutture ospedaliere che non rientrano nei parametri fissati a livello nazionale e regionale, riducendo i posti letto per acuti, aumentando quelli per lungodegenza e riabilitazione, potenziando day hospital e day surgery e ridefinendo la distribuzione delle discipline; temperare organizzazione produttiva pubblica e privata su base territoriale in una logica di complementarietà; ridistribuire risorse umane e professionalità; avviare un sistema di formazione continua; sviluppare un sistema informativo sanitario.

Per quanto concerne l'organizzazione produttiva, infine, l'obiettivo che ci si pone è quello di: sviluppare le attività di prevenzione e tutela della salute; migliorare la qualità delle prestazioni ospedaliere; ridurre i ricoveri non appropriati ed i tempi di degenza; utilizzare il prontuario terapeutico regionale; ottimizzare il rapporto tra risorse utilizzate e prestazioni prodotte;

rendere adeguato l'uso delle strutture da parte della popolazione; potenziare il sistema di emergenza-urgenza e le prestazioni di continuità assistenziale.

Nell'ambito della ricerca di nuove soluzioni organizzative che consentano di rendere più efficace ed efficiente il Servizio Sanitario Regionale e che promuovano un adeguamento dell'offerta di prestazioni ai bisogni emergenti dei cittadini, prioritaria attenzione è stata attribuita al problema della ristrutturazione della rete ospedaliera, che malgrado gli interventi di riforma presenta ancora ritardi e profili di inefficienza.

Sotto il profilo dell'offerta qualitativa di servizi, la rete ospedaliera deve essere pienamente adeguata ai parametri indicati dalle disposizioni nazionali, mentre la situazione attuale riflette il permanere di una situazione di squilibrio nella disponibilità di posti letto in relazione alle diverse forme di assistenza.

Va detto che la significativa presenza del privato nel settore sanitario calabrese contribuisce a rendere più complesso ed articolato il processo di ristrutturazione della rete ospedaliera secondo criteri di efficacia ed efficienza.

Manca un intervento organico di riforma del settore privato finalizzato ad introdurre nella Regione quella "competizione amministrata" tra pubblico e privato volta ad elevare il livello qualitativo dell'offerta sanitaria.

A causa della mancata introduzione di una specifica disciplina regionale in materia di accreditamento istituzionale, il privato accreditato ha operato sempre in una situazione di transitorietà e provvisorietà che è andata a danno di efficacia ed efficienza.

Altro obiettivo del nuovo modello sanitario regionale proposto è la riorganizzazione della rete emergenza-urgenza che, date le caratteristiche geomorfologiche del territorio regionale calabrese, lo stato della viabilità e la dislocazione abitativa, deve assicurare i sistemi più idonei al trasporto

nelle strutture più adeguate degli infermi che necessitano di cure specialistiche urgenti.

Secondo il Piano Regionale per la Salute 2004-2006 il rinnovato assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale deve prevedere, inoltre, l'integrazione delle strutture ospedaliere con quelle socio-sanitarie del territorio, al fine di garantire adeguate forme di continuità assistenziale alla collettività e senza sottovalutare l'attivazione di forme di assistenza ospedaliera a domicilio, ad integrazione dell'assistenza sociosanitaria domiciliare erogata istituzionalmente dai Distretti.

Molto importante, oltre all'assistenza domiciliare, che è una delle funzioni che vanno potenziate per costituire prestazioni alternative ai ricoveri ospedalieri, è l'assistenza sanitaria di base. Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono i riferimenti più diretti ed immediati per le persone e le famiglie in ambito di assistenza sanitaria. Sono proprio loro a dover essere responsabilizzati in modo adeguato per favorire l'integrazione tra i servizi territoriali, la collaborazione con i servizi ospedalieri, il riorientamento della domanda ed il contenimento della spesa sanitaria per i propri assistiti ottenuto grazie ad un nuovo approccio alla prescrizione.

Due ambiti di intervento che nel contesto del riequilibrio dell'offerta assistenziale assumono un ruolo determinante sono proprio la razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica e la riforma del settore dell'integrazione socio-sanitaria.

La spesa farmaceutica territoriale deve essere contenuta nei limiti percentuali previsti dagli indirizzi di programmazione sanitaria regionale, in coerenza con quanto previsto dagli Accordi fra Stato e Regioni. A tal fine la Regione Calabria fa ampio ricorso agli strumenti di compartecipazione alla spesa, erogazione diretta di farmaci agli assistiti in dimissione dai presidi e

servizi delle Aziende Sanitarie, interventi sull'uso dei generici, monitoraggio della spesa farmaceutica, predisposizione di procedure centralizzate d'acquisto, razionalizzazione dei punti di distribuzione di farmaci ed ausili medici e standardizzazione degli stessi.

Il Piano Regionale per la Salute 2004-2006, dettando le linee programmatiche nel settore dell'assistenza farmaceutica, pone l'accento non solo sull'obiettivo del contenimento della spesa, ma anche sulla promozione di una nuova cultura assistenziale fondata sull'appropriatezza e sull'economicità degli interventi farmaco-terapeutici. I problemi di sostenibilità economica dettati dalle tendenze demografiche e sanitarie, in atto anche a livello regionale, sollecitano un ripensamento dei percorsi di cura farmaceutici che, per mezzo di un'effettiva integrazione tra dimensione territoriale ed ospedaliera ed attraverso la responsabilizzazione delle competenti strutture sulle attività di governo, controllo e verifica dei consumi, consentano di ripensare l'intero sistema di erogazione dei farmaci a livello regionale (Griglio, 2005).

In armonia con l'orientamento globale ai temi della tutela della salute perseguito nel Piano, esso formula una strategia per l'integrazione socio-sanitaria incentrata non solo sulla ristrutturazione della dimensione organizzativa, ma su una riforma complessiva dei profili istituzionali, gestionali e professionali funzionali ad una compiuta integrazione dei diversi percorsi assistenziali, che possa offrire alla Regione Calabria un modello di riferimento adeguato alle caratteristiche sociali, politiche, storiche ed amministrative del relativo territorio ed ai bisogni di assistenza dei cittadini.

Per quanto concerne il finanziamento del Piano Regionale per la Salute, precondizioni indispensabili per la sua concreta realizzabilità sono rappresentate da risorse finanziarie certe, disponibili e sufficienti e da strumenti allocativi e di governo della spesa sanitaria adeguati ed efficaci.

Il finanziamento delle Aziende Sanitarie deve assicurare disponibilità di risorse e prestazioni in grado di garantire livelli uniformi ed appropriati di assistenza. A tal fine si procede al finanziamento sulla base della quota capitaria per popolazione residente e per Livelli Essenziali di Assistenza, eventualmente integrata da opportuni correttivi, cui si affianca il finanziamento delle attività tariffabili a prestazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, nel rispetto dei tetti massimi di spesa annualmente stabiliti dal governo regionale, ed il finanziamento delle attività e delle funzioni non tariffabili delle aziende, nonché il finanziamento specifico di progetti obiettivo nazionali e regionali.

Nel complesso il processo di riforma avviato dal Piano Regionale per la Salute 2004-2006, pur non avendo determinato una rivoluzionaria e sostanziale modifica del modello generale di riferimento, ha il merito di aver introdotto, quantomeno da un punto di vista programmatico, radicali innovazioni in tema di organizzazione ed assistenza, destinate a conferire un nuovo aspetto alla tradizionale articolazione regionale delle strutture sanitarie.

Con una nota amara, che traspare dalle parole di Griglio (2005), si può concludere che: *<si consuma, tra elementi di conservazione, tentativi di innovazione e profili di perdurante inattuazione, la portata innovativa del primo intervento di programmazione post-riforma costituzionale nel settore dell'organizzazione del sistema>*.

3.2 Le cinque Aziende Sanitarie Provinciali ed il processo di razionalizzazione

Nell'ambito del processo di razionalizzazione delle strutture e delle attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni, perseguendo contemporaneamente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari, a garanzia dei cittadini e del principio di equità distributiva, si inserisce a pieno titolo la L.R. n. 9 del 2007, che tra le misure per lo sviluppo socio-economico e per la razionalizzazione dell'azione pubblica prevede l'istituzione della Stazione Unica Appaltante e l'accorpamento delle ASL e tra le disposizioni in materia sanitaria sancisce il contenimento della spesa sanitaria e la riforma della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

La responsabilizzazione della Regione nella risposta ai bisogni sanitari e nel rispetto dei vincoli economici, imposta dalla riforma costituzionale e dal "federalismo fiscale", passa attraverso la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie, che devono acquisire il senso di appartenenza ad un sistema complesso da governare ai diversi livelli nella piena condivisione degli obiettivi. In tale contesto le Aziende Sanitarie sono chiamate a completare il processo di aziendalizzazione, utilizzando a pieno le leve gestionali imprenditoriali e sfruttando al meglio gli spazi di autonomia, esse devono perseguire gli obiettivi di salute ed assistenziali, affidati loro dai provvedimenti di indirizzo regionali, in condizioni di efficacia, efficienza ed economicità.

Il rientro dal deficit accumulato in sanità dalla Regione rappresenta il nucleo fondamentale attorno al quale si articola la questione del "federalismo fiscale", poiché il bilancio regionale è in gran parte costituito dalla spesa sanitaria e la responsabilità che la Regione si trova ad affrontare

è prima di tutto quella di impegnarsi a rientrare nel bilancio, responsabilità che per essere sviluppata appieno prevede la capacità, da parte della Regione stessa, di utilizzare gli strumenti della programmazione, di intervenire sull'organizzazione complessiva del Sistema Sanitario Regionale, di riequilibrare il rapporto tra ospedale e territorio e di correggere il deficit della spesa farmaceutica (Balduzzi, 2008).

Fondamentale ai fini di un efficace processo di razionalizzazione della spesa, che non deve incidere sull'offerta di servizi, da ampliare e migliorare, è il contenimento dei costi organizzativi e gestionali, attraverso scelte quali la riduzione del numero delle ASL e la centralizzazione degli acquisti, che rispondono anche a ragioni di appropriatezza organizzativa e che sono volte alla riduzione degli oneri non direttamente collegati alla produzione di servizi sanitari.

Al fine di semplificare e rendere omogenea l'azione amministrativa, nonché per avere una gestione più uniforme, trasparente e conveniente degli appalti di opere, lavori pubblici e forniture di beni e servizi, è istituita una Stazione Unica Appaltante, cui devono obbligatoriamente ricorrere, salvo eccezioni adeguatamente motivate, anche le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per le procedure di predisposizione e di affidamento degli appalti, fino alla stipula del contratto di affidamento, che rimane nella titolarità dell'ente beneficiario della prestazione.

La Stazione Unica Appaltante rappresenta un intervento di management sanitario di alto profilo, poiché essa, oltre ad avere una ricaduta positiva sui bilanci della sanità, contribuisce anche ad elevare la trasparenza della prassi amministrativa e la cultura della legittimità e della legalità, garantita dalla presenza altamente qualificata al suo interno delle forze dell'ordine dedicate alla supervisione di tutta la complessa gestione dei procedimenti, del monitoraggio e dell'esecuzione dei contratti d'appalto (Guerzoni, 2009).

Con la L.R. n. 9 del 2007 le undici Aziende Sanitarie precedentemente presenti sul territorio regionale vengono accorpate prima in sei e poi in cinque Aziende Sanitarie Locali, che assumono la denominazione di Aziende Sanitarie Provinciali ed il cui territorio di riferimento corrisponde alle attuali circoscrizioni provinciali.

Le nuove Aziende subentrano nelle funzioni e nei rapporti attivi e passivi relativi alle Aziende preesistenti, in ragione dell'ambito provinciale di riferimento.

Parziale e temporanea eccezione a tali disposizioni era quella riguardante le Aziende Sanitarie n. 9 di Locri e n. 11 di Reggio Calabria, per le quali l'attuazione delle disposizioni di accorpamento su base provinciale doveva avvenire previo accordo con il Ministero dell'Interno, in quanto l'ASL di Locri era commissariata, in seguito allo scioglimento nel 2006 per infiltrazione mafiosa, e come tale non poteva subire modificazioni.

La situazione è stata risolta dalla Giunta Regionale che, in un primo tempo, con la delibera n. 229 del 2010, preso atto della sopraggiunta inutilità dell'accordo con il Ministero dell'Interno essendo cessate le ragioni che lo avevano imposto, aveva dato avvio alla procedura di accorpamento e successivamente con la delibera n. 441 del 2010 stabilisce che a decorrere dalla data di pubblicazione sul B.U.R.C. della delibera in oggetto l'ASL n.9 di Locri e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria sono estinte ed accorpate di diritto in una nuova Azienda Sanitaria, il cui territorio di riferimento corrisponde all'attuale circoscrizione provinciale di Reggio Calabria e che la nuova Azienda subentra nelle funzioni e nei rapporti attivi e passivi relativi alle Aziende preesistenti.

Con la L.R. n. 9 del 2007 nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale l'indicazione e l'espletamento di concorsi, le assunzioni, anche a tempo determinato, i trasferimenti, la mobilità, i comandi ed ogni altra forma di

copertura di posti della dotazione organica anche mediante forme di lavoro flessibile, collaborazione coordinata e continuativa o a progetto, sono soggette a preventiva autorizzazione regionale²⁷.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale è istituita quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria, è organo consultivo del Consiglio e della Giunta Regionale, esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal Piano Regionale per la Salute ed il Dipartimento regionale della sanità ne assicura le attività di supporto logistico e di segreteria necessarie per il suo funzionamento.

Nel corso dello stesso 2007 venne predisposta una bozza di PSR 2007-2009, che per varie ragioni politico-amministrative non vide mai l'approvazione, ma che per realismo, profondità di analisi ed acume di lettura merita di essere brevemente esaminata.

Il Piano abbozzato operava scelte impegnative per il riordino della rete ospedaliera, la cui realizzazione veniva vista come la sola condizione per un reale cambiamento di rotta, per offrire servizi qualificati ai cittadini ed invertire decisamente il grado di disaffezione e di sfiducia da essi avvertito e che alimenta le fughe extraregionali.

Il riordino strutturale ed organizzativo della rete ospedaliera veniva visto come imprescindibile anche per rispettare gli obblighi derivanti dagli accordi contratti con lo Stato, che individuano standard precisi e non eludibili cui tutte le Regioni devono necessariamente attenersi.

Il Piano individuava un ulteriore asse strategico, che è quello di considerare la sanità come fattore ed occasione di sviluppo, delineando una riforma del

²⁷ Art. 16 c. 1 della L.R. n. 9 del 2007

Servizio Sanitario Regionale sì impegnativa, necessaria ed improcrastinabile, ma anche possibile.

Obiettivo prioritario della nuova sanità delineata nella bozza di PSR 2007-2009 era quello di costruire un “sistema normale”, dove per “sistema normale” si intendeva un servizio organizzato, sia all’interno di ciascuna azienda che fra le diverse aziende e complessivamente a livello regionale, come un “sistema coerente”, con carattere di equità nell’organizzazione ed articolazione nei diversi territori. Un sistema che garantisse un adeguato e facilitato diritto di accesso di tutti i cittadini in uguale misura, che collocasse il cittadino-utente al centro e lo considerasse come soggetto per il quale lavorare attraverso la presa in carico, che individuasse percorsi assistenziali definiti per le diverse esigenze e che garantisse la continuità assistenziale, l’armonizzazione dell’offerta e dell’accoglienza e la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni. Un “sistema normale” significava anche rimodulare l’offerta sanitaria secondo criteri di appropriatezza organizzativa, funzionale e prescrittiva, orientando servizi e prestazioni alla qualità, al fine di eliminare sprechi e di garantire il conseguente recupero di risorse da destinare al miglioramento dei livelli di assistenza. Per “sistema normale” si intendeva, infine, la qualificazione dell’offerta in modo tale da permettere una sostanziale riduzione della mobilità impropria dei cittadini all’interno ed al di fuori della Regione, per ridurre gli sprechi economici che ne derivano e per alleviare i grandi sacrifici umani, sociali ed economici di chi vi è costretto.

Tra le linee strategiche della nuova sanità propugnate dalla bozza di PSR 2007-2009 c’era quella in base alla quale l’organizzazione delle Aziende e la loro articolazione in strutture organizzative e funzionali doveva essere ispirata a criteri di essenzialità, di efficacia e di adeguata flessibilità operativa, garantendo l’unitarietà dell’intervento aziendale ed assicurando adeguati livelli di qualità delle prestazioni e gradi elevati di accessibilità.

Andavano, inoltre, garantiti il modello di gestione in rete dei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e la generalizzazione della gestione per budget, quale strumento di unificazione del ciclo programmazione – controllo -riprogrammazione, affidando alla direzione generale le decisioni relative all'assegnazione delle risorse, nonché la verifica, la valutazione ed il controllo delle attività e delle prestazioni erogate dalle unità operative, in relazione alle risorse loro assegnate. Tutte le Aziende dovevano organizzarsi secondo rigorosi criteri che garantissero il controllo direzionale, il sistema dei budget, il controllo di gestione, la contabilità analitica, un efficace sistema informativo e la realizzazione di sistemi oggettivi ed efficaci di valutazione e controllo, rivolti soprattutto ai risultati in termini di salute dei cittadini sulla base di un positivo rapporto costi-benefici. Attraverso tali criteri organizzativi ed un'effettiva applicazione degli istituti contrattuali dovevano delinearci con chiarezza gli obiettivi delle macro-strutture, delle strutture complesse e semplici e dei singoli operatori, promuovendone le rispettive responsabilità e la soddisfazione professionale.

Ulteriore obiettivo funzionale alla realizzazione del sistema progettato era la creazione di un servizio di supporto ed ispettivo, allo scopo di verificare e controllare le attività delle Aziende con particolare riferimento alla qualificata realizzazione dei LEA ed all'appropriato uso delle risorse.

La costruzione della nuova sanità non poteva, inoltre, prescindere da un efficiente sistema informativo sanitario, la cui realizzazione veniva vista come fondamentale ed improrogabile, che doveva consentire la piena disponibilità delle informazioni necessarie alla programmazione ed al controllo, per assolvere agli adempimenti informativi nei confronti degli organi centrali dello Stato.

Nell'ambito dell'analisi della spesa sanitaria, con riferimento alle risorse disponibili ed alla sostenibilità del sistema, la bozza programmatica

individuava alcuni elementi causali specifici del sistema sanitario regionale, tutt'oggi estremamente attuali, quali: il troppo elevato tasso di ospedalizzazione, nonostante i vari provvedimenti ed indirizzi nazionali e regionali; il mantenimento della spesa farmaceutica ad un valore al di sopra di quanto previsto dalla programmazione nazionale; la quota di spesa correlata agli elevati e non sempre appropriati consumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale; il crescente costo del personale ed il sottoutilizzo di alcuni fondamentali fattori produttivi.

A fronte di tutto ciò, obiettivo prioritario del riequilibrio del sistema era quello di rendere la spesa compatibile con le risorse impiegate, attraverso l'incremento dell'efficienza e dell'appropriatezza, garantendo una compatibilità tra livelli di spesa e risorse sia a livello programmatico, nella definizione del fabbisogno e delle priorità, che gestionale, nel monitoraggio della spesa, qualificazione del management e sistemi incentivanti.

Obiettivi generali del triennio erano il raggiungimento del pareggio economico a livello aziendale e regionale ed un'equa ed efficiente allocazione delle risorse tra i tre macro-livelli di assistenza: prevenzione, distrettuale, ospedaliera.

Significativa era l'osservazione in base alla quale l'ospedale deve essere visto come una risorsa estrema, da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario, e deve essere ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con le sue esigenze di cura ed i suoi bisogni di assistenza. La presa in carico del cittadino deve avvenire nel territorio, con l'organizzazione dei necessari percorsi socio-assistenziali.

Le Aziende Sanitarie erano tenute, secondo il suddetto progetto programmatico, ad attivare esperienze di utilizzo di strutture residenziali di carattere sanitario, alternative all'ospedalizzazione e basate sul

coinvolgimento dei medici di medicina generale, che costituissero una valida alternativa al ricovero.

Per quanto concerne l'assistenza farmaceutica, infine, la bozza di PSR 2007-2009 indicava quale obiettivo primario della razionalizzazione dell'utilizzo del farmaco e della spesa farmaceutica quello di promuovere negli operatori sanitari la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto erogato, al fine di dare accesso tempestivamente a prestazioni di buona qualità a chi ne avesse bisogno, evitando danni per la salute legati ad un consumo sanitario incontrollato e conseguendo la sostenibilità economica del sistema sanitario.

Il controllo della spesa, secondo la bozza, era ottenibile valorizzando l'attività sistematica di monitoraggio e di reporting del consumo di farmaci, prevedendo anche il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con un'attenzione continua all'attività di analisi della spesa e del consumo di farmaci, sia a livello aziendale che del dipartimento per la tutela della salute, anche avvalendosi della collaborazione di soggetti istituzionalmente deputati alla raccolta ed all'elaborazione dei dati di consumo.

Dopo la mancata approvazione di tale bozza programmatica non vi sono stati, fino ad oggi, altri Piani Sanitari Regionali e la situazione del sistema sanitario regionale ne ha risentito, configurandosi sempre più un vero e proprio "problema sanità".

Un importante elemento di criticità è dato dalla presenza di diffuse inapproprietezze nel SSR, sia di carattere strutturale, come la frammentazione dei presidi ospedalieri, l'irrazionale articolazione delle specialità ed il tasso medio di utilizzo dei posti letto sotto il valore ottimale stabilito a livello nazionale, che di carattere prescrittivo, come l'alto ed ingiustificato livello della spesa farmaceutica, il ricorso incongruo

all'ospedalizzazione e l'alto consumo di prestazioni specialistiche, soprattutto di diagnostica strumentale e di laboratorio, che producono un irrazionale uso delle risorse.

Vi è, inoltre, una persistente sperequazione fra le risorse assegnate ai tre fondamentali livelli di assistenza, in modo sproporzionato a favore dell'assistenza ospedaliera ed ampiamente inferiori agli standard nazionali per quanto riguarda la prevenzione collettiva e l'assistenza territoriale. Ciò conferma l'improprio utilizzo delle strutture ospedaliere, la cui collocazione al centro dell'offerta sanitaria condiziona la possibilità di costruire un sistema che individui la propria missione nella prevenzione e nella promozione della salute.

Caratteristica saliente del sistema sanitario calabrese è quella di fornire una risposta di ricovero ospedaliero alla maggior parte dei bisogni della popolazione, producendo inappropriata di ricoveri e rigidità organizzativa, condizionando la possibilità di costruire un sistema sanitario più equilibrato, in cui l'ospedale, secondo una moderna concezione dell'offerta sanitaria, va visto e vissuto come un presidio ad alta tecnologia, ad alta efficienza e specificamente dedicato alle acuzie.

La rimodulazione dell'offerta ospedaliera, che ha come obiettivo operativo la contrazione del numero di posti letto per abitanti, ha bisogno di politiche che favoriscano modelli assistenziali virtuosi, che spostino in regimi diversi da quelli del ricovero ordinario la diagnosi, la cura e la riabilitazione di specifiche patologie, attraverso l'attivazione di processi di continuità assistenziale che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale²⁸.

²⁸ Come spiegato anche nella *"Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008"*, a cura del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Tra i vari elementi critici, inoltre, particolarmente rilevanti sono: l'elevata emigrazione per prestazioni sanitarie, aggravata dal fatto che la maggior parte del fenomeno attiene a prestazioni di media e bassa assistenza; il non adeguato livello di utilizzo delle risorse umane e strumentali, con particolare riferimento a diffuse incoerenze nell'organizzazione dei servizi ed a scarsi livelli di utilizzo di beni fondamentali quali sale operatorie e tecnologie sofisticate, che configurano inefficienze tali da non consentire il raggiungimento di una produttività adeguata a soddisfare la domanda di prestazioni, generando lunghe liste d'attesa ed alta mobilità in uscita; la cronica divisione tra attività territoriali ed ospedaliere, che non permette la realizzazione di quel continuum assistenziale tra territorio ed ospedale che caratterizza i migliori sistemi sanitari; la scarsa diffusione del criterio della presa in carico del cittadino-utente e la non adeguata trattazione delle sue problematiche attraverso percorsi assistenziali definiti ed ancorati a linee guida e protocolli appropriati; l'accesso ai servizi non organizzato in tutte le Aziende secondo criteri oggettivi e razionali, tramite efficienti Centri Unificati di Prenotazione; l'insufficiente sviluppo di collaborazioni operative, nel campo della formazione e della ricerca, con il sistema universitario calabrese.

Criticità di carattere strategico sono, infine, individuabili: nelle attuali condizioni degli edifici destinati alle attività ospedaliere e territoriali, dovute anche al mancato utilizzo di una parte consistente delle risorse destinate all'edilizia sanitaria e ad un'inadeguata attività di manutenzione; nell'insufficiente disponibilità di tecnologie avanzate e nell'obsolescenza di quelle esistenti; nella distribuzione del personale tra le Aziende, in alcuni casi fortemente disallineata rispetto a razionali parametri di dimensionamento degli organici, che condiziona l'equilibrio economico e la stessa possibilità di assicurare in maniera equa i livelli di assistenza.

Uno dei principali fattori di instabilità che si ripercuotono negativamente sull'efficienza e la funzionalità del sistema sanitario della Regione Calabria è rappresentato dalla situazione finanziaria delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, che denota margini di incertezza in ordine all'effettiva dimensione quantitativa dei disavanzi maturati negli anni precedenti, determinandosi in tal modo un'obiettiva difficoltà nella definizione di Piani di rientro congrui e coerenti.

Negli anni 2007-2008 la Regione Calabria è stata oggetto di numerose disposizioni urgenti per fronteggiare l'emergenza socio – economico – sanitaria emersa nel territorio regionale e col passare del tempo la spesa sanitaria è divenuta sempre più un fardello oggettivamente insostenibile per la Regione, che si è vista costretta ad autorizzare la Giunta regionale, con la L.R. n. 11 del 2009, a definire, proporre, stipulare, attuare, monitorare e rimodulare con lo Stato un accordo per il rientro dai disavanzi del servizio sanitario, al fine di pervenire al risanamento strutturale del SSR, anche attraverso la ristrutturazione dei debiti contratti, la cui consistenza, ancora non del tutto accertata, costituisce un problema fondamentale che impedisce una serena programmazione ed una fattiva attuazione di linee operative volte al miglioramento della “qualità totale” del servizio sanitario calabrese.

La Regione, con la stessa L.R. n. 11 del 2009, assume il principio dell'appropriatezza delle prestazioni quale strumento imprescindibile per la riorganizzazione del sistema ospedaliero, al fine di realizzare l'efficientamento dei servizi e la razionalizzazione delle risorse.

Ai fini del rispetto dell'obbligo di riduzione del costo del personale delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed ospedaliero - universitarie, le stesse devono, prima di procedere alla pubblicazione dei bandi di concorso o di avvisi per l'assunzione, acquisire l'autorizzazione della Giunta regionale. Tale autorizzazione deve essere acquisita anche per le assunzioni a tempo determinato, per i rapporti di collaborazione, consulenza o per altre

tipologie contrattuali a qualsiasi titolo riconducibili a nuove spese per il personale, comprese quelle per la specialistica ambulatoriale interna e per la continuità assistenziale. È fatto, inoltre, divieto di procedere ad assunzioni di nuovo personale, fatti salvi l'eventuale reclutamento di profili infungibili ed indispensabili al fine del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza preventivamente autorizzati dalla Giunta regionale e la mobilità infraregionale tra le aziende. Si configura così un vero e proprio blocco delle assunzioni.

Al fine di ottimizzare e potenziare l'attività di controllo, vigilanza ed ispezione sulle Aziende pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni di assistenza sanitaria, il Consiglio regionale nomina l'Autorità per il sistema sanitario, con il compito di fornire referti periodici agli organi regionali di indirizzo e di gestione amministrativa competenti²⁹. L'autorità per il sistema sanitario, inoltre, deve: valutare e controllare l'adeguatezza delle attività sanitarie e socio-sanitarie; analizzare atti e circostanze sanitarie ed amministrativo-contabili; verificare, attraverso specifiche indagini, l'applicazione degli standard di qualità ed appropriatezza; proporre ogni forma di intervento surrogatorio e/o di sanzione prevista dalla normativa vigente.

La perdurante incertezza sullo stato dei conti regionali, la sostanziale scarsa affidabilità dei procedimenti amministrativo-contabili che sottostanno alla determinazione di tali conti, la situazione di incertezza istituzionale, con particolare riferimento ai soggetti deputati a predisporre e gestire il Piano di rientro, e la sussistenza di una situazione di significativo disavanzo strutturale regionale hanno portato il Presidente del Consiglio dei Ministri a diffidare il Presidente della Regione Calabria a predisporre un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del SSR,

²⁹ Art. 6 della L.R. n. 11 del 2009

vista la straordinaria necessità ed urgenza di assicurare le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di perseguire il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della Regione, anche sotto il profilo amministrativo e contabile³⁰.

³⁰ Come si legge nella lettera di diffida del Presidente del Consiglio dei Ministri, 2 Luglio 2009

3.3 Il Piano di Rientro ed il commissariamento

Il Piano di Rientro è lo strumento adottato d'intesa tra la Regione interessata ed i Ministeri della Salute e dell'Economia al fine di definire le azioni di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale, in modo da ricoprire i deficit pregressi e riformare il servizio, per superare le inefficienze e le disorganizzazioni strutturali e strategiche del sistema sanitario.

In base a quanto stabilito anche dal nuovo Patto per la Salute 2010-2012 sancito tra il Governo e le Regioni³¹, il Piano di Rientro deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei medesimi LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel Piano stesso.

Sono tre fondamentalmente gli obiettivi che il Governo si propone attraverso i Piani di Rientro: la programmazione della spesa, legata alla questione dei costi standard del "federalismo fiscale"; la razionalizzazione della rete ospedaliera, sotto il profilo del numero e della tipologia dei posti letto e sviluppo delle cure primarie; la definizione dei budget assegnati agli erogatori privati, ovvero la capacità di definire di quanto privato c'è

³¹ I cui contenuti principali riguardano l'avvio di un diverso sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e la puntualizzazione delle modalità di adozione, conduzione e verifica dei piani di rientro e degli eventuali commissariamenti (Balduzzi, Moirano, 2010)

bisogno nel contesto di ciascuna Regione rispetto al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dai LEA³².

Il Piano di Rientro dal disavanzo della Regione Calabria è stato definitivamente approvato con delibera della Giunta regionale n. 845 del 2009, ad integrazione e modifica del documento precedentemente adottato dalla Regione con le delibere della Giunta regionale n. 585 e n. 752 del 2009, con l'obiettivo strategico della riqualificazione e del miglioramento dell'intero sistema sanitario regionale.

Con l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, firmato a Roma il 17 Dicembre 2009, la Regione si è impegnata ad attuare le misure contenute nel Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale per il perseguimento dell'equilibrio economico. Il Ministero della Salute, da parte sua, in collaborazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, si è impegnato ad affiancare la Regione per l'attuazione del Piano, assicurandone il monitoraggio attraverso la verifica trimestrale del raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti dal Piano stesso.

Le attività di affiancamento realizzate in collaborazione dai due Ministeri, in particolare, si realizzano attraverso tre fasi: monitoraggio formale del Piano, che ha l'obiettivo di verificare se, a fronte degli impegni presi nel Piano, la Regione abbia o meno deliberato gli atti previsti nei tempi pianificati; monitoraggio sostanziale del Piano, che ha l'obiettivo di verificare se, a fronte degli atti deliberati dalla Regione, siano stati attuati gli interventi previsti nelle modalità e nei tempi pianificati, cosiddetto

³² Come confermato nell'articolo "*Piani di rientro, un primo bilancio. Intervista al sottosegretario alla Salute Francesca Martini*" di E. Antoniotti, in "Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, numero 22, 2008

monitoraggio di attuazione, nonché di valutare come il SSR stia evolvendo per effetto degli interventi previsti dal Piano di Rientro e degli altri fattori che ne determinano la dinamica, cosiddetto monitoraggio di sistema; coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali, che consiste nel coordinamento di gruppi regionali con funzione consultiva che supportano le Regioni nella definizione degli interventi previsti nel Piano³³.

L'obiettivo strategico che la Regione Calabria intende perseguire con la definizione e l'attuazione del Piano di rientro è il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, così facendo il Piano stesso diviene, oltre che semplice strumento tecnico-amministrativo per il riequilibrio economico-finanziario della Regione, leva ed occasione per un ripensamento complessivo del sistema sanitario regionale.

L'Accordo, in particolare, consta: di una parte organizzativa, nella quale sono contenuti gli indirizzi per la riqualificazione del SSR che la Regione Calabria, in conformità ai principi di efficacia, efficienza ed economicità e nel rispetto dei LEA, deve progressivamente attuare; di una parte finanziaria, nella quale vengono presentate le forme e le modalità con le quali si provvede a coprire il disavanzo.

Il Piano, dopo un breve excursus delle vicende che hanno condotto alla sua formulazione ed approvazione ed una veloce disamina del quadro normativo sul quale si basa, dà un'inquadratura generale del contesto regionale nel quale va ad inserirsi e tenta, in particolare, di fare un'analisi di quelli che sono i punti di debolezza e di forza, le minacce e le opportunità del sistema sanitario regionale.

Eloquenti, concisi, chiari ed incisivi sono i punti di debolezza inseriti nella "SWOT Analysis": scarto tra programmazione formale e risultati operativi;

³³ Come spiegato nella "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008", a cura del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

scarsa cultura aziendale e modesto orientamento al risultato del management; prestazioni inappropriate in numerose tipologie assistenziali; elevata mobilità passiva; elevata spesa farmaceutica; squilibrio allocativo tra ospedale e territorio; distribuzione inefficiente delle risorse umane; costi di produzione elevati; servizio informativo non efficace; basso livello di interazione istituzionale; eccesso di pressioni corporative. Sono questi i punti fondamentali sui quali bisogna focalizzare l'attenzione nel processo di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale.

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera, gli aspetti più negativi rilevati nel Piano e sui quali è indispensabile porre azioni di carattere correttivo sono: il numero dei ricoveri complessivi, che vanno ridotti attraverso la diminuzione dell'inappropriatezza in regime ordinario, rimodulando tutto il processo diagnostico-terapeutico e correlandolo alle funzioni e strutture più appropriate; la mobilità passiva, in riferimento alla quale è necessario ridurre la migrazione sanitaria di bassa complessità e trovare risposta nelle Aziende Ospedaliere della Regione per i ricoveri particolarmente complessi.

Sul versante dell'offerta la principale criticità è rappresentata dal numero di strutture sia pubbliche che private di piccole e piccolissime dimensioni in termini di posti letto ed al tempo stesso di bassissima attività di ricovero, che rendono la casistica frammentata e di conseguenza particolarmente a rischio.

Altra notevolissima criticità riguarda il numero di strutture private caratterizzate da scarsa attività ed inappropriatezza delle prestazioni. L'analisi dell'attività nelle strutture private mostra che nella maggior parte dei casi si tratta di duplicazioni di unità operative di base già presenti nei presidi pubblici e caratterizzate da bassa o bassissima casistica, bassa complessità ed alta percentuale di inappropriatezza dei ricoveri.

La rete ospedaliera calabrese presenta, dunque, numerose criticità, sia sul versante della domanda che dell'offerta, ed il processo intrapreso con il Piano di Rientro è teso a promuovere il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale, che deve essere sempre più specializzato ed orientato alla cura delle patologie acute e delle casistiche a maggiore complessità, puntando all'individuazione di centri di eccellenza in grado di riqualificare l'offerta del servizio reso e stabilendo un sempre più efficace collegamento con i presidi sanitari nei diversi nodi del processo assistenziale, mediante l'integrazione dei servizi a livello ospedaliero con quelli del livello di cure primarie e distrettuali.

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera prevede, come obiettivo da raggiungere gradualmente, la razionalizzazione della rete, fissando standard sui posti letto e sul tasso di ospedalizzazione, in linea con quanto richiesto dalla normativa nazionale in materia.

Operativamente nel Piano appare urgente prevedere un intervento sui piccoli presidi ospedalieri, di cui occorre: in alcuni casi prevedere la chiusura o l'eventuale riconversione in strutture residenziali o riabilitative o in "case della salute", accompagnata da un potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale con la presenza di branche normalmente assenti in quei presidi; in altri casi prevedere la dismissione delle branche chirurgiche e dei punti nascita con bassa attività, sviluppando eventuali attività di chirurgia ambulatoriale nei presidi trasformati in "case della salute" o in altri presidi territoriali. In base alle Linee Guida del Ministero della Salute, la "casa della salute" rappresenta la sede pubblica in cui trovano allocazione i servizi territoriali che erogano contemporaneamente prestazioni sanitarie e sociali, è una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione ed è quindi un luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale.

La ristrutturazione della rete ospedaliera e la maggior concentrazione di attività potrà consentire una razionalizzazione ed una maggiore produttività dell'investimento tecnologico, che costituisce oggi un fattore essenziale per la qualificazione del servizio. Elemento non secondario nell'ambito della riqualificazione funzionale e strutturale della rete ospedaliera, che valorizzi i punti di eccellenza e tagli i costi, è la riduzione dei ricoveri sulla componente privata, che avrebbe un notevole effetto economico di riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere da privato.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è la chiave per la riqualificazione di tutto il sistema sanitario, in quanto all'interno di essa sono ricomprese tutte le attività ed i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina generale all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ed ausili, dai servizi domiciliari agli anziani a quelli ai malati terminali, dai servizi territoriali consultoriali ai SERT ed ai servizi per la salute mentale, da quelli riabilitativi alle strutture semiresidenziali e residenziali.

La sfida che l'organizzazione dei servizi territoriali nel distretto deve oggi affrontare è quella di acquisire una capacità di governo della domanda sanitaria e di erogare delle cure primarie appropriate e continuative. Per tale finalità diviene importante sviluppare un'operatività multiprofessionale e coinvolgere in modo diretto e strutturale i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, costruendo percorsi di integrazione tra territorio ed ospedale che consentano una risposta assistenziale più appropriata³⁴. Il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale è un elemento essenziale, in quanto sono loro di fatto la

³⁴ Come si legge nello stesso "Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale" per il triennio 2010-2012 della Regione Calabria

“porta d’accesso” dei cittadini al servizio e solo attribuendogli un ruolo attivo nell’organizzazione si potrà chiedere contestualmente loro una maggiore appropriatezza prescrittiva, un maggior controllo ed un importante contributo al contenimento della spesa.

Alla base dello sviluppo di meccanismi di coordinamento più evoluti ed efficaci vi è la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale (Damiani et al., 2011), che si basa su: l’esistenza di obiettivi condivisi e di una vision comune, che comportano una radicale trasformazione di valori ed attività e rendono necessarie sinergie orientate ai bisogni del cliente-assistito; la consapevolezza da parte dei professionisti delle loro interdipendenze e dell’importanza di gestirle, che si traduce in senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale di ciascuno, dei loro valori e fiducia reciproca; la formalizzazione, ossia la definizione chiara di azioni, ruoli e responsabilità attraverso diversi strumenti; la governance, intesa come capacità, da parte degli organismi di governo, di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, al fine di guidare azioni strategiche in grado di promuovere l’implementazione di processi di collaborazione.

In questa visione, il distretto esprime la funzione di integrazione nei servizi sanitari e socio-sanitari tra diversi professionisti, organizzazioni ed assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la responsabilizzazione degli operatori e la programmazione e la valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Nell’ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali, la Regione intende muoversi lungo alcune linee programmatiche fondamentali, quali: facilitare l’accesso all’assistenza territoriale da parte del cittadino; favorire la prevenzione e la promozione della salute, facendo nascere una cultura che porti all’adozione di nuovi stili di vita; sviluppare forme organizzate di medicina generale e creare percorsi e servizi integrati con la rete ospedaliera; potenziare le cure domiciliari.

Nel complesso dell'attività specialistica, un particolare ruolo hanno le attività dei laboratori d'analisi, caratterizzati da continui progressi di ordine tecnologico e dall'aumento dei costi correlati. Sulla base di apposite direttive regionali, è necessario che le Aziende Sanitarie Provinciali attuino puntuali processi di riorganizzazione dei laboratori pubblici, al fine di migliorare gli standard di qualità delle prestazioni e di ridurre i costi di gestione, attraverso una concentrazione delle attività che sfrutti i benefici derivanti dalle economie di scale connesse all'aumento dei volumi. Al contempo va realizzato un processo di razionalizzazione della rete privata, che specie in alcune aree mostra un eccesso di offerta con attività di piccole dimensioni non sempre adeguate agli standard qualitativi richiesti. Tale processo dovrà tendere a favorire una diversa collocazione territoriale dell'offerta ed un utilizzo integrato e sussidiario dei servizi rispetto all'offerta pubblica. Va sottolineato, inoltre, come il raggiungimento di adeguati standard qualitativi delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali passi necessariamente, soprattutto per i produttori privati, attraverso il completamento della procedura di accreditamento.

Una criticità rilevante del Servizio Sanitario Regionale calabrese, analizzata nel Piano di Rientro, è la spesa farmaceutica convenzionata, per quanto riguarda la quale è operativamente necessario mettere in atto interventi volti ad un controllo accurato della "medicalizzazione" degli assistiti e ad una ricerca di soluzioni più economiche per l'erogazione dei medicinali agli assistiti.

Al fine di una migliore qualificazione delle prestazioni erogate dai servizi sanitari un importante elemento da affrontare è quello relativo alle variabili organizzative e comportamentali in grado di produrre errori o eventi avversi nei confronti dei pazienti trattati. Il miglioramento della qualità dell'assistenza deve diventare patrimonio culturale comune a tutto il personale sanitario ed obiettivo di tutti, da perseguire attraverso processi

valutativi e formativi ed un continuo confronto multiprofessionale. La formazione si configura nel Piano di Rientro quale leva strategica a supporto dei cambiamenti culturali, gestionali ed organizzativi e la sua importanza richiede la predisposizione di un piano di formazione focalizzato su azioni capaci di avviare integrazioni e relazioni intersettoriali e di vincere la sfida di coniugare l'efficienza gestionale con la qualità delle cure.

Complessa, ma di vitale importanza, è la questione relativa al sistema dell'emergenza-urgenza, che richiede una rivisitazione complessiva, mostrando in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità e scarsa efficienza. La necessaria razionalizzazione del servizio di emergenza territoriale 118 passa attraverso una distribuzione strategica sul territorio dei mezzi di soccorso adeguati ai tipi d'intervento ed una più corretta distribuzione delle postazioni di soccorso con medico a bordo, con una parallela riorganizzazione del servizio di Guardia Medica e di continuità assistenziale, in funzione di una più razionale ed appropriata rete ospedaliera dell'emergenza, la cui corretta riorganizzazione passa anche attraverso una più razionale presenza della rete territoriale del 118, che garantisce la tempestiva stabilizzazione dei pazienti critici di quel determinato territorio e la conseguente allocazione alla sede più idonea per il trattamento definitivo, in armonia con un'efficiente ed equilibrata rete per le patologie complesse. È necessario, inoltre, allentare la pressione impropria sul Pronto Soccorso, che ne condiziona l'efficacia ed efficienza, vista l'alta percentuale di codici bianchi e verdi registrata dal servizio di emergenza-urgenza, casi che potrebbero essere opportunamente trattati in altre strutture presenti sul territorio.

Un altro ambito di intervento identificato dal Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del SSR come prioritario per le finalità di rientro è quello relativo al costo del personale, che per entità complessiva della spesa e

disallineamento rispetto alla media nazionale richiede un intervento strutturale che permetta di ridurre al contempo la numerosità del personale ed il costo medio per dipendente.

La Regione Calabria mostra una sostanziale carenza nei sistemi di monitoraggio e controllo, volti sia alla verifica dell'attendibilità delle scritture contabili e quindi dei dati di bilancio, sia alle verifiche gestionali ed al monitoraggio dell'andamento della gestione, nonché alla verifica della correlazione tra dati di produzione e corrispondenti dati economici di derivazione contabile³⁵.

Il governo della dinamica dei costi di produzione impone l'adeguamento del Sistema di monitoraggio regionale delle prestazioni e dei servizi sanitari erogati e dei costi sostenuti per erogarli. Il Sistema deve abilitare i processi di pianificazione, programmazione e controllo delle variabili gestionali ed economiche, processi indispensabili ai fini del perseguimento degli obiettivi definiti dalle politiche regionali e dallo stesso Piano di Rientro. L'attività di monitoraggio ha come obiettivo quello di apportare consistenti effetti economici indiretti inducendo comportamenti improntati ad una via via maggiore efficienza e legittimità. Essa, però, può esplicarsi solo in presenza di sistemi informativi e di controllo precisi, puntuali ed efficaci, ben lontani dalle informazioni poco tempestive, incomplete e con basso livello di certificazione fornite dal sistema sanitario regionale in assenza di un programma di innovazione digitale.

Il perseguimento degli obiettivi del Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del SSR per essere efficace deve, dunque, essere accompagnato anche da una profonda riorganizzazione dei sistemi

³⁵ Come rileva lo stesso "Piano di Razionalizzazione e Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale" per il triennio 2010-2012 della Regione Calabria

informativi, che dovranno essere progettati e realizzati a supporto dei processi di governo della spesa e di erogazione dei servizi sanitari.

Nella prima metà del 2009 la Regione, in seguito ad una crescita costante della domanda sanitaria e della spesa sanitaria, ha vissuto un periodo di grande criticità, risultando inadempiente relativamente ad alcune attività che garantiscono i LEA e venendo affiancata da un Advisor per una ricognizione della situazione economico-finanziaria, che ha determinato, in via ancora provvisoria ed approssimativa, in 2.166 milioni di euro il debito aggregato delle Aziende Sanitarie calabresi.

Viste queste premesse, la Regione Calabria con il Piano di Rientro intende riportare il cittadino al centro del sistema sanitario, adottando una prospettiva di “*clinical governance*” che, attraverso il riequilibrio assistenziale, nel giovare al cittadino, diviene anche condizione favorente il raggiungimento del riequilibrio economico, patrimoniale e finanziario.

In una visione d’insieme, il Piano di Rientro nella sua struttura triennale è un’operazione di estrema complessità, i cui obiettivi principali ed assi portanti degli interventi operativi programmati sono: la ristrutturazione della rete dell’offerta territoriale e la riqualificazione della rete dell’offerta ospedaliera, attraverso il bilanciamento del rapporto tra il territorio e l’ospedale; la riorganizzazione ed il rafforzamento delle procedure e delle strutture di monitoraggio e controllo amministrativo-gestionale e dell’analisi della produzione.

In seguito alla riunione di verifica tenutasi nel Luglio 2010 circa lo stato di attuazione degli obiettivi del Piano, essendo state riscontrate permanenti criticità ed inadeguatezze tali da costituire i presupposti necessari ai fini dell’attivazione della procedura di commissariamento, il Consiglio dei Ministri, con delibera del Presidente del Consiglio del 30 Luglio 2010, ha nominato il Presidente pro-tempore della Regione Calabria Giuseppe

Scopelliti quale Commissario ad acta per dare attuazione al Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario.

Successivamente, visto il drammatico quadro della sanità calabrese, in data 4 Agosto 2010, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha affiancato al Commissario ad acta due sub-commissari: il Generale della Guardia di Finanza dott. Luciano Pezzi ed il dott. Giuseppe Navarra, al fine di rafforzare l'impatto dell'attività commissariale.

In particolare, i punti del mandato commissariale in capo al dott. Pezzi riguardano: la razionalizzazione ed il contenimento delle spese per il personale e per l'acquisto di beni e servizi; la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, dei tetti di spesa delle relative prestazioni e la ridefinizione delle relative tariffe; la revoca o la modifica dei provvedimenti regionali approvati in carenza o difformità di preventivo parere di approvazione da parte dei Ministeri interessati all'attività di affiancamento, in coerenza con le linee del Piano di Rientro.

Al dott. Navarra, invece, in base a quanto stabilito nel mandato commissariale, competono: gli interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata, per la realizzazione degli obiettivi del Piano e sulla spesa farmaceutica ospedaliera, finalizzati al suo riallineamento agli obiettivi programmati in sede nazionale; il completamento del riassetto della rete dei laboratori e di assistenza specialistica ambulatoriale; gli interventi sulla spesa relativa alla medicina di base; l'introduzione di misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie; il riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; l'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazione ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale.

La verifica del 27 Ottobre 2010 ha mostrato il permanere di criticità rispetto agli obiettivi del Piano di Rientro, specie per la tardiva adozione di provvedimenti per quanto concerne il riordino della rete ospedaliera, territoriale, dell'emergenza-urgenza e la sottoscrizione dei contratti con gli operatori privati.

La necessità sempre più impellente di una profonda rivisitazione ed innovazione dell'attuale strutturazione del Servizio Sanitario Regionale è stata espressa anche nell'ultimo Documento di Programmazione Economico Finanziaria della Regione Calabria per gli anni 2011-2013, in cui l'appropriatezza delle prestazioni viene identificata quale obiettivo principale da perseguire non solo da parte di chi garantisce le cure, ma anche favorendo una crescita culturale di chi fruisce delle strutture sanitarie, al fine di evitare un uso improprio delle stesse. Si dovrà passare da un'organizzazione incentrata sull'erogazione di singole prestazioni ad una che individua processi ben definiti, standardizzati e finalizzati al conseguimento di obiettivi di salute certi, condivisi e valutabili, un'organizzazione a rete che mette al centro la persona, all'interno della quale ruoli e responsabilità sono ben definiti e la comunicazione esercita una funzione importante³⁶.

Gli adempimenti connessi agli impegni assunti con il Piano di Rientro della spesa sanitaria rendono improcrastinabile una riforma dell'attuale assetto istituzionale ed organizzativo, su cui basare la ricostruzione dell'intero sistema e puntando prioritariamente, oltre che su una progressiva reingegnerizzazione dei processi interni, anche sulla valorizzazione delle risorse umane.

³⁶ Come sottolinea il Documento di Programmazione Economico Finanziaria della Regione Calabria (DPEFR) per gli anni 2011-2013 approvato dal Consiglio Regionale della Calabria in data 3 Gennaio 2011

3.4 Conclusione

In una prospettiva di analisi comparativa dei Piani di Rientro della spesa sanitaria, nell'ambito di una riflessione critica ad ampio raggio dello strumento in questione, va rilevato come i Piani di Rientro hanno sì da un lato comportato apprezzabili risultati in termini di rallentamento della crescita della spesa per le Regioni interessate, ma dall'altro non sono stati capaci di incidere sulla modifica delle determinanti critiche dei deficit. Si tratta, dunque, di una procedura istituzionale molto costosa, che sembra non produrre esiti in linea con le notevoli attese che vi si accompagnavano (Cuccurullo, Ferré, Lega, 2010).

I Piani di Rientro sono nati per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario dei Servizi Sanitari Regionali, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza ed andando ad incidere sulle cause strutturali del disequilibrio, attraverso strumenti di coordinamento, collaborazione e confronto, al fine di diffondere best practice ed emulare le migliori procedure amministrative, ma forse è proprio in questo che sta il limite più evidente dei Piani e, dunque, la causa dei risultati alquanto deludenti o comunque inferiori alle aspettative. Il problema consiste nel gap tra le finalità intrinseche dello strumento, che lo vedono quale piano di effettivo riequilibrio e riqualificazione del SSR, e la sua sostanza primaria, che è prettamente normativo - burocratica, propria di uno strumento di controllo amministrativo, di pianificazione razionale e gerarchica, che ritiene naturale che gli adempimenti amministrativi determinino automaticamente effetti positivi, non considerando le peculiarità dei contesti ai quali si applicano ed avendo quale finalità quasi esclusiva il ristabilimento in tempi urgenti di una situazione di grave indebitamento attraverso azioni di razionalizzazione, ridimensionamento o riduzione di servizi, limitati al miglioramento nel breve periodo della gestione operativa.

Il maggior problema che si riscontra nella definizione e soprattutto nel monitoraggio dei Piani di Rientro, inoltre, è la carenza o la qualità dei dati, in particolare di carattere economico-finanziario, che ha spinto il Governo ad obbligare le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro ad essere supportate da un *Advisor* contabile, individuato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, al fine di un rafforzamento della credibilità delle azioni adottate e di una maggiore garanzia di adeguatezza dei modelli contabili e delle procedure amministrative.

Quella che è mancata in molti casi è una diagnosi seria delle eterogenee relazioni di causa-effetto tra determinanti, interne ed esterne, che generano il deficit, unita ad una continua e fattiva comunicazione con gli stakeholder principali, al fine di allargare la percezione della gravità dei problemi e della necessità di un *turnaround*, ovvero di un esplicito, coerente ed unificato piano degli interventi di azione concreta sui problemi strutturali del sistema sanitario regionale.

Un approccio esclusivamente economicistico rivolto ai problemi finanziari della sanità ha come limite forte il fatto che la sola prospettiva economica di per sé è riduttiva e porta spesso solamente a risultati e soluzioni di breve termine e non strutturali.

I problemi correlati alla crescita costante della spesa e della domanda sanitaria non possono essere risolti con dei tradizionali, per quanto utili e ben articolati possano essere, interventi congiunturali, ma necessitano di manovre ampie e complesse, che hanno implicazioni tecniche, economiche, organizzative, sociali e politiche.

Per quanto concerne, nello specifico, la sanità calabrese diventa necessario ed imprescindibile unire ai doverosi sforzi di risanamento (Guerzoni, 2009), attraverso l'individuazione di aree di spreco e di inefficienza gestionale ed organizzativa a livello di pianificazione come di erogazione delle

prestazioni sanitarie, la sperimentazione di una nuova cultura di governo organizzativo. L'attenzione deve essere posta non solo sugli strumenti e sugli automatismi della programmazione strategica ed operativa, ma anche su tutti quegli aspetti, non meno importanti, che riguardano la storia, la cultura ed il contesto sociale, economico e politico peculiare della sanità calabrese.

La sanità più di altri è un settore personnel intensive, in cui la qualità fornita al cittadino-utente-cliente è principalmente il risultato del modo in cui le persone operano, è dunque fondamentale la valorizzazione delle risorse umane che prestano il proprio servizio all'interno delle Aziende Sanitarie e che sono espressione di una determinata cultura o sottocultura organizzativa e manageriale in tema di gestione della sanità.

La componente umana, nei suoi aspetti individuali e sociali, va necessariamente considerata per la progettazione ed il funzionamento dei sistemi manageriali della realtà calabrese, poiché può costituire un reale ed efficace supporto ai processi di pianificazione, programmazione e gestione dei servizi sanitari (Guerzoni, 2009). Il ruolo delle persone è, infatti, basilare per far funzionare un sistema, com'è quello calabrese, "tecnicamente perfettibile", problematico, ma nel quale la componente umana ha una forza trainante.

La cultura, intesa quale insieme di valori, credenze e concezioni difficili da modificare, deve essere sempre tenuta in considerazione in tema di gestione della sanità, in quanto è l'unica forse in grado di influenzare i comportamenti, tanto nelle situazioni operative quanto nelle scelte di carattere strategico e nella loro attuazione.

Le misure economiche e finanziarie contenute e previste dal Piano di Rientro sono da sole insufficienti all'indispensabile ed inderogabile

riassetto del Servizio Sanitario Regionale, esse vanno accompagnate da una radicale metamorfosi dei modelli organizzativi e culturali di riferimento.

La classe politica calabrese è rimasta per decenni insensibile ai profondi cambiamenti che hanno interessato il Sistema Sanitario Nazionale, causando carenze, omissioni e ritardi nell'organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria regionale³⁷.

Le incertezze che per lungo tempo hanno caratterizzato il quadro programmatico, i ritardi e le inadempienze nell'attuazione delle disposizioni normative possono contribuire a spiegare le inefficienze e le carenze dell'assetto sanitario calabrese (Griglio, 2005) e la sua incapacità di adeguarsi alle sollecitazioni di riforma provenienti dalla normativa statale che, attraverso fasi successive e transitorie, ha continuato a svolgere un ruolo di "supplenza" nei confronti del governo della sanità a livello regionale.

Lo stesso Piano di Rientro, in un'ottica critica di stampo economico-aziendale, rappresenta un'evidente limitazione della sovranità regionale e dell'autonomia aziendale, che vengono sottomesse ai dettati ministeriali in cambio di finanziamenti aggiuntivi.

È mancata negli anni in Calabria una visione complessiva della sanità regionale, che ha impedito la nascita di quella giusta tensione, anche di tipo valoriale, che permette di canalizzare tutti gli interventi e gli sforzi verso un unico obiettivo condiviso. Si è proceduto per decenni con azioni correttive tardive ed incrementalì, nell'ambito di una totale assenza di una realistica percezione collettiva della gravità del problema del disavanzo sanitario, a

³⁷ Come ha rilevato anche la Corte dei Conti nella "Relazione sul tema dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento alla gestione ospedaliera nella Regione Calabria – anni 2000/2001 e stime 2002"

causa dell'errata convinzione circa la gravità e l'allarme della situazione, ritenuta congiunturale e non radicata in elementi strutturali.

Anche quando ci si è resi conto della necessità di un processo di riforma radicale ed immediato, esso ha incontrato non pochi ostacoli a causa del gran numero di stakeholder interessati, una moltitudine di attori rilevanti con obiettivi fortemente conflittuali che tende a favorire la paralisi strategica o la diluizione delle iniziative di cambiamento.

Il processo di riforma, inoltre, è stato poco partecipato ed è mancata la necessaria coesione tra i diversi soggetti coinvolti. La Regione Calabria, dunque, per poter garantire ai propri cittadini servizi socio sanitari efficienti, ha ancora oggi bisogno di una profonda rivisitazione ed innovazione dell'attuale strutturazione del Servizio³⁸ che, nell'ultimo quinquennio, in assenza di un piano sanitario e totalmente slegato dalle reali esigenze di funzionalità che il sistema richiedeva, ha portato il deficit finanziario a toccare il considerevole importo di oltre due miliardi di euro, peraltro non ancora accertato in via definitiva.

La vera sfida consiste nell'individuare realmente la mission della sanità calabrese nella promozione e tutela della salute dei cittadini-utenti, mettendo in moto un circolo virtuoso che dia vita ad un vero rinnovamento dei servizi sanitari calabresi, partendo da valori condivisi, da un comune senso di responsabilità e puntando sul capitale umano.

C'è bisogno di una governance seria e coerente, che non significa solo capacità di dettare linee guida chiare e precise, ma anche leadership di manager e classe dirigente, supporto ai professionisti ed apprendimento continuo per sostenere i cambiamenti nelle attività cliniche, condivisione di

³⁸ Come ammette anche il "*Documento di Programmazione Economico Finanziaria della Regione Calabria per gli anni 2011-2013*", approvato dal Consiglio Regionale della Calabria il 3 Gennaio 2011

rischi e responsabilità a livello decisionale tra tutti i soggetti coinvolti, collegamento tra individui ed organizzazioni facilitato dalla disponibilità di luoghi d'incontro.

Il management delle istituzioni sanitarie calabresi deve assumersi l'obiettivo di motivare il proprio personale ad essere agente del cambiamento (Guerzoni, 2009) e per fare ciò deve essere dotato esso stesso in primis di notevoli capacità di leadership, autorevolezza e credibilità, in quanto non si tratta solo di gestire una realtà di per sé estremamente complessa, ma di favorire anche un profondo cambiamento dei valori attualmente presenti, impostando tutta l'attività su criteri indispensabili per la produzione di un outcome coerente con le esigenze della collettività.

Nonostante il tempo perso e le occasioni sprecate, dunque, la Calabria può ancora farcela, ma serve uno sforzo eccezionale da parte di tutti gli attori ed i soggetti coinvolti, un rinnovamento culturale, strutturale ed organizzativo condiviso, in quanto solo la condivisione di soluzioni che vanno oltre i meri interessi particolari in gioco può permettere al sistema sanitario regionale di uscire dalla crisi in cui versa.

Serve una classe dirigente rinnovata, capace, forte e coesa, in grado di costruire ed implementare veri programmi aziendali ad ampio respiro ed a lungo termine che, basandosi sulla condivisione delle ambizioni e dei rischi ed investendo sul potenziale del personale, si impegni concretamente nel cambiamento.

Bibliografia

E. Anessi Pessina, E. Cantù, C. Carbone e F. Ferré, “Executive Summary” di “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010”

V. Antonelli, “L’azienda sanitaria locale: struttura e funzioni”, in “Amministrazione in cammino”, Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell’economia e di scienza dell’amministrazione, a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “Vittorio Bachelet”,
<http://amministrazioneincammino.luiss.it/wp-content/uploads/2010/04/Aziende.pdf>, (02/04/11)

E. Antoniotti, “Piani di rientro, un primo bilancio. Intervista al sottosegretario alla Salute Francesca Martini”, in “Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, numero 22, 2008

R. Balduzzi, “Piani di rientro: difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità”, in “Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, numero 22, 2008

R. Balduzzi, F. Moirano, “Il Patto per la salute e il ruolo dell’Agenas”, in “Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno IX, numero 25, 2010

R. Balduzzi, F. Moirano, “La rete dei distretti sanitari in Italia”, in “I quaderni di Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute: La rete dei distretti sanitari in Italia”, 8° Supplemento al numero 27, 2011 di Monitor

C. Carbone, F. Ferré, A. Liotta, “La struttura del SSN”, in “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010”, a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010

G. Carpani, “Comuni e servizio sanitario dopo la riforma del Titolo V della Costituzione”, in “Il governo della salute: Regionalismi e diritti di cittadinanza”, a cura di L. Chieffi e M. Ricca, Quaderni Formez n° 41

A. Cicchetti, “Assetto istituzionale - organizzativo”, in “Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane: Rapporto Osservasalute 2010”, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

B. Consales, I. Sangiuliano e R. Sangiuliano, “Legislazione sanitaria e sociale” IX edizione, Edizioni Giuridiche Simone, Napoli, 2003

C. Cuccurullo, F. Ferrè, F. Lega, “I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un’analisi comparativa”, in “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010”, a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010

G. Damiani et altri, “Lo sviluppo dell’assistenza primaria ed il valore dell’integrazione per il distretto”, in “La rete dei distretti sanitari in Italia”, Quaderno di Monitor n. 8, supplemento al numero 27, Anno X, 2011

C. Favaretti, “Organizzazioni in rete e processi di aziendalizzazione”, http://www.carlofavaretti.it/pdf/art_reti_aziendali.pdf, (02/04/11)

E. Griglio, “Il sistema sanitario della Regione Calabria a due anni dalla riforma costituzionale”, in “I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema”, a cura di R. Balduzzi, Quaderni-43, Giuffrè Editore, Milano, 2005

A. Guerzoni, “Considerazioni a margine del Piano di rientro per la Calabria”, in “Monitor: Elementi di analisi e osservazione del sistema salute”, Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VIII, numero 24, 2009

“Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale”, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali – LUISS “Guido Carli”, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachel”, 2008

F. Massicci, “Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di Rientro”, in “Monitor: Elementi di analisi e osservazione dl sistema salute”, Trimestrale dell’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, Anno VII, numero 22, 2008

E. Menichetti, “L’aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza”, in “L’aziendalizzazione nel D.Lgs. 229/99”, a cura di R. Balduzzi e G. Gaspare, Giuffré Editore, Milano, 2001

“Rapporto Osservasalute 2010: Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane”, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane

E. Tanzi, C. Panetta, “La Carta dei Servizi in sanità: lo stato dell’arte a quindici anni dalla sua introduzione”, in “L’aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2010”, a cura di E. Cantù, Egea, Milano, 2010

Fonti Normative

Legge n. 833/1978

Legge n. 421/1992

Decreto Legislativo n. 502/1992

Decreto Legislativo n. 517/1993

Decreto Ministeriale “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari” del 19 Maggio 1995, in G.U. 31 Maggio 1995, n. 125, Sup. Ord.

“Linee di guida n. 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari”, G.U. n. 126 del 31-05-1996

Legge n. 59/1997

Legge n. 419/1998

Decreto Legislativo n. 229/1999

Legge Costituzionale n. 3/2001

Legge n. 311/2004

“Indagine sul tema dell’assistenza sanitaria con particolare riferimento alla gestione ospedaliera nella Regione Calabria – anni 1998/2000”, Corte dei Conti, Sezione Regionale di Controllo per la Regione Calabria

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001, in G.U. 8 Febbraio 2002, n. 33

Corte dei Conti: “Relazione sul tema dell’assistenza sanitaria con particolare riferimento alla gestione ospedaliera nella Regione Calabria – anni 2000/2001 e stime 2002

“Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008”, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell’Economia e delle Finanze e la Regione Calabria per l’approvazione del Piano di rientro di individuazione degli

interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, Roma, 17 Dicembre 2009

Patto per la Salute 2010-2012, Governo – Regioni

Delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 Luglio 2010, Consiglio dei Ministri n. 103 del 30/07/2010

Delibera del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 Agosto 2010, Consiglio dei Ministri n. 104 del 04/08/2010

Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, Ministero della Salute

Legge Regionale (Calabria) n. 18/1980

Legge Regionale (Calabria) n. 18/1981

Legge Regionale (Calabria) n. 21/1981

Legge Regionale (Calabria) n. 23/1984

Legge Regionale (Calabria) n. 38/1986

Legge Regionale (Calabria) n. 18/1990

Legge Regionale (Calabria) n. 3/1992

Legge Regionale (Calabria) n. 26/1994

Legge Regionale (Calabria) n. 9/1995

Legge Regionale (Calabria) n. 2/1996

Legge Regionale (Calabria) n. 11/1996

Legge Regionale (Calabria) n. 43/1996

Legge Regionale (Calabria) n. 29/2002

Legge Regionale (Calabria) n. 34/2002

Legge Regionale (Calabria) n. 30/2003

Legge Regionale (Calabria) n. 11/2004

Legge Regionale (Calabria) n. 18/2004

Legge Regionale (Calabria) n. 32/2004

Legge Regionale (Calabria) n. 2/2005

Legge Regionale (Calabria) n. 9/2007

Legge Regionale (Calabria) n. 11/2009

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 585/2009

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 752/2009

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 845/2009

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 908/2009

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 97/2010

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 229/2010

Delibera di Giunta Regionale (Calabria) n. 441/2010

Piano Sanitario Regionale 1995-1997, Assessorato alla Sanità, Regione Calabria

Piano Regionale per la Salute 2004-2006, Assessorato Tutela della Salute ed Organizzazione Sanitaria, Regione Calabria

Bozza del Piano Sanitario Regionale 2007-2009, Assessorato tutela della salute e politiche sanitarie, Regione Calabria

“Piano di Razionalizzazione e Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale” per il triennio 2010-2012, Regione Calabria

“Monitoraggio dei Piani di Rientro: Regione Calabria”, a cura del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Ministero della Salute

Documento di Programmazione Economico Finanziaria della Regione Calabria (DPEFR) per gli anni 2011-2013, Consiglio Regionale della Calabria, 3 Gennaio 2011

Sitografia

www.agenas.it

www.agenziafarmaco.it

www.amministrazioneincammino.luiss.it

www.bancaditalia.it

www.camera.it

www.carlofavaretti.it

www.cergas.unibocconi.it

www.cipecomitato.it

www.coripe.unito.it

www.federfarma.it

www.formez.it

www.istat.it

www.ministerosalute.it

www.nsis.salute.gov.it

www.normativasanitaria.it

www.osservasalute.it

www.salute.gov.it

www.ssosa.com

<http://camera.mac.ancitel.it/lrec/>