

Gianfranco Carnevali

L'assistenza sanitaria *in Italia*

**Non solo diritto sanitario:
dalla medicina primordiale
alla tutela della salute**



**Prefazione di
Walter Ricciardi**

Manuale per

- gli operatori della sanità
- i partecipanti a corsi di aggiornamento, laurea e specializzazione in materia sanitaria
- la preparazione ai concorsi del settore sanitario

esseditrice

**PANORAMA
Sanità**
Settimanale di informazione e documentazione sanitaria

*A mio figlio Claudio
ed in memoria di mia figlia Emanuela
e di mio padre Mario*

Gianfranco Carnevali

L'Assistenza sanitaria *in Italia*

Non solo diritto sanitario:
dalla medicina primordiale
alla tutela della salute

Manuale per

- gli operatori della sanità
- i partecipanti a corsi di aggiornamento, laurea e specializzazione in materia sanitaria
- la preparazione ai concorsi del settore sanitario

esseditrice



*L'Autore ringrazia gli amici medici che, gentilmente,
si sono resi disponibili a verificare i contenuti del manuale
dedicati alla evoluzione della medicina
rilevando comunque che la stessa è stata recuperata
da testi che ne illustrano la storia.*

Editore

ESSE EDITRICE srl

Via Cancelliera, 24 - 00040 Cecchina (Roma)
Tel. 065911662 - Fax 065917809

ISBN 978-88-88243-41-2

Esse Editrice 2007 - Tutti i diritti sono riservati, la riproduzione anche parziale è vietata

*L'autore ringrazia anticipatamente quanti vorranno fargli pervenire suggerimenti ed elementi da utilizzare
per l'eventuale stesura di una successiva edizione del manuale al seguente indirizzo di posta elettronica: gianfranco.carnevali1@tin.it*

Prefazione

Nel corso dei secoli, l'assistenza sanitaria è divenuta una materia sempre più complessa.

Da un'interazione essenzialmente individuale tra medico e paziente si è passati ad un'articolazione del lavoro sempre più interprofessionale e multidisciplinare, con il cittadino al centro di una rete di servizi che vedono sempre più operatori, non solo sanitari, ma anche sociali, alternarsi ed integrarsi per garantire una qualità dell'assistenza appropriata alle esigenze dei singoli e delle collettività.

I mutamenti demografici ed epidemiologici, la continua innovazione tecnologica, le aumentate aspettative della popolazione sono altri elementi importanti di questa crescente complessità.

È per questo che il lavoro di Gianfranco Carnevali non solo è straordinariamente efficace e tempestivo nel fornirci uno strumento di comprensione ed approfondimento su una tematica di così grande importanza per la società contemporanea, ma è anche di grande interesse certamente per chi deve, per motivi di studio o di lavoro, avvicinarsi ai temi della programmazione ed organizzazione sanitaria. Il suo lavoro parte, correttamente, da un inquadramento storico dell'assistenza, dalle primitive forme di medicina rituale e religiosa alla attuale medicina scientifica, con interessanti approfondimenti, in particolare sull'evoluzione dell'organizzazione sanitaria nel nostro Paese, arrivando fino all'attuale fase di transizione verso un assetto sempre più federale del sistema sanitario italiano.

Nella sua analisi, Carnevali sottolinea con grande precisione i diversi passaggi della storia sanitaria contemporanea in Italia, dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, all'emergenza delle sue criticità, per molti versi drammatica, all'inizio degli anni '90, dalla prima riforma al grande travaglio che attraversa l'inizio del nuovo secolo per quanto concerne la

ricerca dei più corretti ed equilibrati assetti istituzionali e finanziari nel rapporto tra Stato e Regioni/Province Autonome.

Una parte rilevante del libro è poi dedicata alla “aziendalizzazione” in sanità di cui l’Autore descrive tutti i passaggi giuridici, organizzativi e funzionali sottolineando i pregi ma anche i problemi di un siffatto assetto organizzativo in un contesto culturalmente non ancora perfettamente sintonizzato sui temi dell’efficienza gestionale.

Una particolare attenzione viene dedicata alle risorse umane che, come noto, costituiscono un elemento essenziale per il buon funzionamento delle organizzazioni sanitarie; l’approfondimento di tale aspetto è certamente significativo solo che si consideri che non vi è dubbio alcuno che mai come in questo periodo gli aspetti formativi, organizzativi e gestionali delle risorse umane in sanità sono al centro di cambiamenti importanti, a volte radicali.

Il passaggio da un approccio di tipo passivamente amministrativo ad una attenta gestione delle capacità e del potenziale di ogni singolo operatore sanitario, l’attenzione al raggiungimento degli obiettivi operativi piuttosto che il semplice rispetto della norma legislativa, la capacità di gestire il continuo e, in molti casi, vorticoso cambiamento, sono alcune delle tematiche affrontate attraverso analisi sempre approfondite e puntuali.

Uno sguardo conclusivo è poi rivolto al personale universitario che svolge funzioni assistenziali; un tema lungamente dibattuto e non ancora risolto, non solo nel nostro Paese, poiché rappresenta un esempio di particolare difficoltà in contesti di per sé, come abbiamo visto, estremamente complessi.

Conciliare le esigenze della didattica (formare medici e operatori sanitari) e della ricerca (trovare strumenti sempre più efficaci di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) con quelle dell’assistenza (garantire interventi tempestivi, appropriati, efficaci, efficienti, equi ed umani) è impresa davvero difficile e tuttavia indispensabile se, come auspica Carnevali, alcuni dei requisiti per il successo delle organizzazioni sanitarie sono la “disponibilità di operatori in possesso di adeguata professionalità” e il “coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori non solo sull’attività rispettivamente prestata ma anche sul raggiungimento della mission aziendale”.

Altri elementi vanno ricercati nelle capacità manageriali dei dirigenti e nel criterio meritocratico nella loro scelta e valutazione, criteri tanto condivisibili quanto spesso, purtroppo, inapplicati nella quotidiana realtà di molte organizzazioni sanitarie che, proprio per questo, soffrono di elevati livelli di disfunzionalità ed inefficienza.

Un ultimo accenno, infine, al ruolo che l'Autore individua per i cittadini: non più "oggetti passivi" né "pazienti impazienti", ma soggetti attivi nella promozione e mantenimento della propria salute, attraverso scelte informate e responsabili. Questo sarà particolarmente importante per un Paese, come l'Italia, caratterizzato da una preponderante morbosità legata a malattie cronico-degenerative, in larga parte correlate a fattori di rischio legati a stili di vita insalubri, il cui carico assistenziale può rapidamente diventare insostenibile se non si agisce tempestivamente sulla prevenzione:

- *primaria*, evitando cioè di ammalare attraverso la rimozione dei fattori di rischio,
- *secondaria*, intervenendo cioè tempestivamente con diagnosi precoci per evitare l'insorgenza clinica e/o l'aggravamento della malattia,
- *terziaria*, finalizzata a garantire ai soggetti malati una efficace riabilitazione ed una quanto più possibile buona qualità di vita.

Senza questo ruolo attivo da parte dei cittadini nessun sistema, anche se vasto e costoso, potrà reggere l'impatto di aspettative e costi crescenti.

Il *manuale* di Gianfranco Carnevali va apprezzato in relazione al fatto che oltre a proporci

- uno spaccato dell'evoluzione della medicina dalle sue origini ad oggi,
- una puntuale descrizione dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia dall'unificazione ai giorni nostri,

da una parte prospetta una serie di interventi la cui realizzazione sembra in grado di assicurare a ciascun individuo un sistema sanitario non solo efficiente ed efficace ma anche tempestivo, appropriato, equo ed umano sempre che tutti i soggetti coinvolti (Stato, Regioni, Comuni, Aziende Sanitarie, Manager, operatori di ogni ruolo e livello) ed anche tutti i cittadini assolvano in maniera etica ai compiti di rispettiva spettanza.

È anche con contributi come quelli forniti dal *manuale* che riteniamo possibile, per il nostro Paese, il raggiungimento dell'obiettivo, vitale ed irrinunciabile, sancito dall'articolo 32 della Costituzione: la tutela della salute quale diritto del singolo ed interesse della collettività.

WALTER RICCIARDI

Direttore Istituto di Igiene Università Cattolica di Roma

Indice delle abbreviazioni

A.I.D.S.	Sindrome di Immuno-Deficienza Acquisita
A.N.A.S.	Azienda Nazionale Autonoma Strade
A.O./A.S.O.	Azienda Ospedaliera/Azienda Sanitaria Ospedaliera
A.S.L./ A.U.S.L.	Azienda Sanitaria Locale /Azienda Unità Sanitaria Locale
A.S.U.R.	Azienda Sanitaria Unica Regionale
A.U.S.L.	Azienda Unità Sanitaria Locale
C.C.N.L.	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
C.I.P.E.	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unificato di Prenotazione
ddl	disegno di legge
D.D.T.	Dicloro Difenil Tricloroetano/Diclorofenotano
D.E.A.	Dipartimento di Emergenza ed Accettazione
D.L.	Decreto Legge
Dlgs./Dlvo	Decreto Legislativo
D.Lgt.	Decreto Luogotenenziale
D.M.	Decreto Ministeriale
D.N.A.	Desoxyribose Nucleic Acid/Acido desossiribonucleico
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
D.R.G./R.O.D.	Diagnosis Related Groups/Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi
E.C.M.	Educazione Continua in Medicina
E.N.P.A.L.S.	Ente Nazionale per la Previdenza e l'Assistenza dei Lavoratori dello Spettacolo
E.N.P.A.S.	Ente Nazionale per la Previdenza e l'Assistenza agli Statali
GC	Governo Clinico/Clinical Governance
H.I.V.	Human Immunodeficiency Virus
I.N.A.D.E. L.	Istituto Nazionale per l'Assistenza ai Dipendenti degli Enti Locali
I.N.A.I.L.	Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro
I.N.A.M.	Istituto Nazionale Assistenza Malattie
I.P.A.B.	Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza
I.R.C.C.S.	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
I.S.P.E.S.L.	Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro
l.	legge
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
l.r.	legge regionale
MST	Malattie Sessualmente Trasmissibili
OO.PP.	Opere Pie
P.S.N.	Piano Sanitario Nazionale
P.S.R.	Piano Sanitario Regionale
R.D.	Regio Decreto
R.M.N.	Risonanza Magnetica Nucleare
s.m.i./smi	successive modifiche ed integrazioni
S.P.D.C.	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
S.S.N./S.s.n.	Servizio sanitario nazionale
T.A.C.	Omografia Assiale Computerizzata
T.B.C.	Tubercolosi
U.S.L.	Unità Sanitaria Locale
U.(S).S.L.	Unità (Socio)-Sanitaria Locale

Indice generale

1. Introduzione	pag.	13
2. Origini della medicina	«	15
3. Organizzazione ed evoluzione della medicina durante la civiltà romana	«	31
4. Organizzazione ed evoluzione della medicina dalla liberalizzazione della professione della religione cristiana (313 d.C.) alla fine del I millennio con riferimento soprattutto al territorio italiano	«	39
5. Organizzazione ed evoluzione della medicina dall'inizio del II millennio all'unità d'Italia con riferimento soprattutto al territorio italiano	«	43
6. Organizzazione ed evoluzione della medicina dall'Unità d'Italia alla riforma ospedaliera	«	55
7. La riforma ospedaliera	«	71
8. La crisi del sistema mutualistico-ospedaliero ed i primi provvedimenti per il suo superamento	«	77
9. L'evoluzione della medicina a partire dagli ultimi decenni del XX secolo e fino ai nostri giorni	«	85
10. L'istituzione del servizio sanitario nazionale	«	91
10.1. Aspetti generali	«	91
10.2. Il servizio sanitario nazionale: definizione, finalità e modalità di loro perseguimento	«	96
10.3. L'Unità sanitaria locale: definizione e competenze	«	97
10.4. Gli aspetti istituzionali ed organizzativi delle unità sanitarie locali	«	99
10.5. La programmazione sanitaria	«	103
10.6. Il sistema di finanziamento	«	105
10.7. Il personale dipendente e convenzionato	«	107
11. Le criticità del primo decennio di applicazione della legge di riforma sanitaria e gli interventi finalizzati al loro superamento	«	117

12. L'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale	«	127
12.1. Aspetti generali	«	127
12.2. L'assetto istituzionale	«	131
12.2.1. L'azienda sanitaria: tipologie e livelli di auto- nomia	«	134
12.2.2. Gli organi dell'azienda sanitaria	«	138
12.2.2.1. Il direttore generale	«	138
12.2.2.2. Il collegio dei revisori	«	140
12.2.3. Gli organismi di supporto all'attività del diret- tore generale	«	141
12.3. L'assetto organizzativo	«	143
12.4. Le prime disposizioni in materia di accreditamento	«	145
12.5. Il nuovo processo della programmazione sanitaria	«	146
12.6. Le modifiche al sistema di finanziamento	«	149
12.7. La partecipazione e la tutela dei diritti del cittadino	«	152
12.8. Gli operatori	«	156
12.9. Raffronto tra le scelte effettuate dalla legge n. 833/1978 e quelle effettuate dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993	«	162
13. Il completamento del processo di aziendalizzazione e la re- gionalizzazione del servizio sanitario	«	165
13.1. Aspetti generali	«	165
13.2. L'assetto istituzionale del SSN dopo le modifiche e le integrazioni introdotte nella normativa preesistente al decreto legislativo n. 229/1999	«	171
13.2.1. Le innovazioni concernenti la tipologia e l'au- tonomia delle aziende	«	176
13.2.2. Gli organi aziendali in base alla vigente nor- mativa e relativi organismi di supporto	«	189
13.2.2.1. Il direttore generale: ruolo e modalità di nomina	«	190
13.2.2.2. Il collegio sindacale	«	205
13.2.2.3. Gli organismi di supporto all'attività del direttore generale	«	207
13.3. L'atto aziendale	«	217
13.4. L'organizzazione interna delle strutture aziendali con particolare riferimento all'assetto organizzativo dei pre- sidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti di preven-		

zazione e delle strutture che svolgono attività di supporto alla direzione strategica ed alle strutture sanitarie	«	226
13.5. Il sistema di accreditamento	«	245
13.6. La programmazione sanitaria	«	251
13.6.1. La rivisitazione del processo della programmazione	«	251
13.6.2. I piani sanitari nazionali 2003/2005 e 2006/2008	«	257
13.7. Il sistema di finanziamento dopo l'emanazione, nell'anno 1999, dei decreti legislativi 229 e 517	«	265
13.8. Il personale	«	271
13.9. La formazione del personale	«	279
13.10. Raffronto tra le scelte più significative effettuate dai decreti legislativi 502/1992 e quelle effettuate dal decreto legislativo 229/1999	«	281
14. Il rapporto tra servizio sanitario nazionale ed università e le aziende Ospedaliero-universitarie	«	283
14.1. Il rapporto ex art. 39 della legge n. 833/1978	«	284
14.2. Il rapporto ex art. 6 del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993	«	285
14.3. Il rapporto ex decreto legislativo n. 517/1999	«	286
14.4. Le aziende ospedaliero-universitarie	«	296
14.4.1. Aspetti generali	«	296
14.4.2. Assetto istituzionale	«	297
14.4.3. Assetto organizzativo	«	300
14.4.4. Finanziamento, controllo e contabilità	«	302
14.5. Il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali	«	304
15. Considerazioni conclusive	«	311
Bibliografia	«	321

1

Introduzione

La gestione dell'assistenza sanitaria in Italia, nonostante gli interventi disposti dal Legislatore a partire dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (23 dicembre 1978, n. 833) costituisce uno degli argomenti più dibattuti sia tra le forze politiche che tra i livelli istituzionali più direttamente ad essa interessati -cioè Stato e Regioni- sia tra i singoli cittadini che tra le loro rappresentanze sociali e sindacali, sia tra gli esperti del settore che tra i responsabili dei soggetti pubblici e privati del Servizio sanitario nazionale. Ciò nonostante la convinzione del Legislatore di aver data, con la richiamata legge, piena attuazione al dettato costituzionale secondo il quale lo Stato è tenuto da un lato a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e da altro lato a garantire cure gratuite agli indigenti.

La considerazione esplicitata induce ad approfondire lo status del sistema sanitario, ossia dell'assistenza sanitaria, in Italia avendo presente non solo che il Legislatore, con successivi interventi definiti durante l'ultimo decennio del secolo da poco trascorso, si è fatto carico prima di avviare e poi di completare il processo di aziendalizzazione e di regionalizzazione del servizio sanitario nazionale disciplinato con la richiamata legge n. 833/1978 ma anche essendo consapevoli della opportunità di procedere previamente alla disamina dell'evoluzione che la medicina e quindi l'assistenza sanitaria ai malati hanno avuto fin dall'antichità.

A quest'ultimo riguardo procederemo, giovandoci degli approfondi-

menti e delle scoperte effettuati dagli studiosi della storia della medicina, a fornire seppure in maniera succinta, nella prima parte del manuale, notizie:

- sulle origini della medicina,
- sull'organizzazione ed evoluzione della medicina durante la civiltà romana,
- sull'organizzazione ed evoluzione della medicina dalla liberalizzazione della professione della religione cristiana (313 d.C.) alla fine del I millennio, con riferimento soprattutto al territorio italiano,
- sull'organizzazione ed evoluzione della medicina dall'inizio del II millennio all'unità d'Italia, con riferimento soprattutto al territorio italiano.

Successivamente ci faremo carico di approfondire l'organizzazione del sistema sanitario ed a riferire dei più rilevanti aspetti dell'evoluzione della medicina durante i successivi decenni, avuto presente che alcuni aspetti relativi a quest'ultimo periodo assumono particolare rilevanza per comprendere le ragioni su cui si fonda l'attuale sistema di tutela della salute nel nostro Paese, al quale peraltro sono dedicati i maggiori e più puntuali contenuti del testo.

2

Origini della medicina

L'impossibilità ovvero l'obiettivo difficoltà di ricostruire scientificamente i primi interventi curativi realizzati dall'uomo per rimuovere le cause che alteravano la salute del singolo individuo non ha precluso agli storici di affermare che la medicina, intesa come qualsiasi elemento finalizzato a raggiungere il riferito obiettivo, da una parte ha certamente avuto origine contestualmente all'origine stessa dell'uomo e, dall'altra parte, si è sviluppata attraverso le successive fasi della:

- medicina istintiva,
- medicina sacerdotale,
- medicina magica,
- medicina empirica,
- medicina scientifica.

Al riguardo gli storici, dopo aver osservato che la *medicina istintiva* comprendeva tutte le modalità con cui l'uomo primitivo si opponeva alla malattia ed al dolore (esempio: detersione e disinfezione o, per meglio dire, leccamento delle ferite con la saliva; eliminazione dei parassiti dal corpo; posizionamento non doloroso ovvero il meno doloroso possibile di un arto traumatizzato) hanno affermato che siffatto genere di medicina, praticata nell'era preistorica e protostorica, deve essere considerata come l'humus da cui hanno tratto origine le sue successive fasi la cui evoluzione è avvenuta in modi, luoghi e tempi diversi andando di pari passo con l'evoluzione religiosa, filosofica e culturale dell'uomo. A conforto dell'affermazione gli storici

hanno evidenziato che mentre i popoli occidentali hanno sviluppato una filosofia basata sulla cura esclusiva del corpo e, quindi, dei sintomi della malattia, i popoli orientali hanno sviluppato una filosofia olistica che concepiva il corpo come un tutt'uno con lo spirito.

Per quanto concerne la medicina sacerdotale, la medicina magica e la medicina empirica, il cui sviluppo si realizzò nell'arco di molti secoli, gli storici ritengono che:

- la *medicina sacerdotale* abbia fatto perno sull'intervento dei sacerdoti nella credenza -errata- che essi fossero in grado, tramite le preghiere ed i sacrifici offerti alle divinità, di influire positivamente sulle malattie e quindi di agevolare la guarigione da eventi determinati da fenomeni naturali trascendenti ogni possibilità umana. Si riteneva infatti che il dolore, la malattia e la stessa morte fossero provocati da divinità malvagie a ciascuna delle quali andava ricondotto uno piuttosto che un altro evento, per cui spettava ai sacerdoti farsi carico degli interventi riparatori presso i templi loro rispettivamente dedicati. La cura e l'assistenza venivano fornite presso i templi da parte dei sacerdoti, cultori della medicina, nella maggior parte dei casi previo pagamento sia delle cure che dei farmaci;
- la *medicina magica* si sia affermata nel momento in cui, constatato il fallimento degli interventi sacerdotali, si verificò il subentro dell'uomo mago al sacerdote e, quindi, alle divinità nella credenza -anch'essa errata- che la magia fosse in grado non solo di influenzare ma addirittura di comandare i suddetti fenomeni naturali; essa fu praticata da maghi piuttosto che da stregoni, sciamani e guaritori i quali tutti adottarono formule suggestive (purificazioni, esorcismi) per riconciliare il malato con l'essere sovrannaturale ritenuto causa della malattia;
- la *medicina empirica*, si sia sviluppata progressivamente durante le fasi della medicina sacerdotale e di quella magica. La stessa, secondo alcuni storici, ebbe origine dal momento in cui fu riconosciuta ai sacerdoti di grado inferiore la possibilità di curare i pazienti con l'uso esclusivo di erbe e piante medicinali, anche esse in quanto dovute agli dei, mentre i sacerdoti di rango maggiore conservarono la prerogativa di soggetti in grado di ottenere le guarigioni tramite le preghiere ed i sacrifici. In realtà la medicina empirica permise di realizzare, a fronte di alterazioni omogenee dello stato di salute, interventi terapeutici uguali. Gli interventi, anche se basati su correlazioni -spesso errate- tra sintomo e malattia nonché tra strategia terapeutica ed effetto della stessa,

suggerirono la formulazione di nuove ipotesi e, conseguentemente, di nuovi interventi terapeutici che, pur utilizzando mezzi inadeguati, portarono comunque ad un miglioramento della prognosi;

- la *medicina scientifica*, si sia sviluppata dal momento in cui alla medicina empirica si affiancarono le prime osservazioni che portarono alla formulazione delle diagnosi -cioè al riconoscimento delle malattie partendo dai sintomi- da utilizzare per definire il tipo di cura per affrontarle; nasceva così il concetto di clinica, elemento cardine della medicina, che è tuttora in continua evoluzione.

In merito alle riferite fasi evolutive della medicina sembra possibile azzardare che gli storici abbiano provveduto alla classificazione avendo riguardo non a tutti gli stati patologici ma esclusivamente alle malattie per la cura delle quali era necessario stabilire le origini (diagnosi) onde decidere con quali strumenti intervenire per rimuoverle. Dalle e affermazioni fatte dagli storici si evince ulteriormente che:

- i popoli primitivi considerarono la malattia come un *evento sovranaturalale* ovvero come un *accidente più o meno casuale*, comunque naturale, che era solo in parte condizionabile dal soggetto portatore della malattia piuttosto che da altri soggetti, riuscendo in tal modo a stabilire una prima connessione tra la singola malattia e la relativa sede;
- la medicina primordiale ebbe una forte evoluzione in epoca classica dopo che fu sviluppata una prima classificazione delle malattie e dei relativi rimedi e fu dato l'avvio alla formazione di soggetti in grado di fare una corretta diagnosi delle prime e di applicare i secondi;
- alla medicina primordiale subentrò, con il passare dei secoli, la medicina di tipo naturalistico che fu praticata da soggetti che, pur confidando ancora nei benefici dell'azione suggestiva, curavano i malati dopo aver formulato le prime diagnosi e, conseguentemente, praticarono i primi interventi chirurgici e/o utilizzarono sostanze con poteri farmacologici, prima di tutte le erbe.

Gli approfondimenti effettuati dagli storici fanno risalire le prime testimonianze sulla pratica della medicina in Cina. Infatti in tale contesto territoriale, già intorno al 3600 a.C., risultava praticata la medicina empirica e, già intorno al 2800 a.C., era stato compilato il *Nei Ching* cioè il Canone della medicina nel quale erano contenute accanto a nozioni di anatomia e fisiologia umane, nozioni sulla pratica dell'agopuntura e dei massaggi nonché sui quattro fondamenti (inchiesta, osservazione, ascoltazione e palpazione del polso) della semiologia

(oggi nota come semeiotica). Per gli storici, intorno all'anno 1200 a.C., fu praticata una prima forma di *vaccinazione contro il vaiolo* consistente nella insufflazione nasale di crosta di pustola vaiolosa seccata e polverizzata ed ebbe particolare sviluppo la farmacologia, certamente la più evoluta tra quelle utilizzate da tutte le medicine antiche, come dimostra il raggruppamento dei farmaci in cinque distinte categorie (erbe - alberi - insetti, molluschi ed uccelli - minerali - grani) e la profonda conoscenza non solo delle piante medicinali ma anche dell'azione terapeutica di alcuni minerali (esempio: arsenico per le malattie veneree e solfato di sodio come purgante) e di alcuni organi animali (esempio: tiroide pestata di pecora per curare il gozzo ed il cretinismo). Con riferimento alla medicina cinese va rilevato in particolare che:

- le metodiche indicate nel Nei Ching per l'esecuzione dell'agopuntura e dei massaggi vengono tuttora applicate senza sostanziali variazioni;
- all'utilizzo del polso, quale elemento diagnostico, fu attribuita con l'andar del tempo particolare importanza per stabilire l'evoluzione delle malattie;
- la farmacologia comprendeva oltre 2000 preparati molti dei quali sono ancora usati nelle moderne terapie;
- i cinesi provvidero per primi alla definizione del ruolo del medico nonché dei suoi compiti e limiti. Infatti i medici, inizialmente suddivisi in medici di Corte e medici comuni, a partire dalla fine del XII secolo a.C. vennero suddivisi, in seguito all'avvento delle prime specializzazioni, in cinque categorie ciascuna delle quali aveva competenze diverse e precisamente:
 1. il medico principale, cui spettava esaminare le attitudini dei colleghi e stabilire il loro campo di interesse,
 2. il medico dietista, cui spettava indicare il tipo di cibo di cui il malato doveva fare uso,
 3. il medico delle malattie semplici, cui spettava trattare le patologie mediche,
 4. il medico delle ulcere, cui spettava trattare le patologie chirurgiche,
 5. il medico degli animali, cui spettava curare gli animali e che, per questo, possiamo equiparare al veterinario dei nostri tempi.

Con riferimento all'agopuntura, all'erboristeria e, più in generale, alla medicina cinese va riferito che mentre in Italia la stessa sembra prendere sempre più piede, in Cina cominciano a sorgere dubbi sulla sua validità. L'affermazione si fonda da un lato sul fatto che, recentemente, un gruppo di scienziati cinesi ha proposta l'eliminazione dalla Costituzione delle di-

sposizioni che garantiscono pari dignità alla riferita millenaria medicina nei confronti della medicina attualmente praticata soprattutto in occidente, da un altro lato dal fatto che negli ultimi decenni il numero dei medici cinesi formati sulla medicina antica si è ridotto di circa il 50% e rappresenta ormai solo il 15% dei laureati complessivi ed infine da un ulteriore lato dal fatto che i medici cinesi più giovani e che abitualmente esercitano nelle metropoli praticano quasi esclusivamente la medicina occidentale considerando quella praticata dagli antenati una semplice superstizione.

Ulteriori testimonianze sulla pratica della medicina a partire all'incirca dall'inizio del terzo millennio a.C. sono state rinvenute in Mesopotamia, Egitto ed India. In particolare gli storici affermano che:

- in Mesopotamia, tra il 3000 ed il 2000 a.C., si sviluppò una medicina magico-teurgica che subì l'influenza delle varie popolazioni di volta in volta dominanti (sumeri, accadici, babilonesi ed assiri); essa fu pervasa da un buon grado di empirismo che prevedeva tra le varie modalità terapeutiche anche l'uso delle piante nel presupposto che la divinità del bene, *Aura Mazda*, si era fatta carico di creare almeno una pianta per guarire ogni tipo di malattia. Inizialmente la medicina fu praticata nel tempio ed affidata a tre categorie di sacerdoti e cioè ai sacerdoti-clinici (dediti all'eziologia, alla diagnosi ed alla prognosi della malattia), ai sacerdoti-esorcisti (capaci di scacciare i demoni responsabili della malattia) ed infine ai sacerdoti-guaritori (dediti alla cura del malato con l'utilizzo dei farmaci). Ai sacerdoti subentrarono in un primo tempo i medici sumeri che, per scacciare le malattie e per impedire le infezioni delle ferite o comunque per ridurre il numero o la gravità, oltre a praticare riti magici praticarono medicazioni e cataplasmi a base di sale come antisettico e di salnitro come astringente ed, in epoche successive, medici appartenenti alle altre popolazioni che di volta in volta dominarono nella regione. Il maggiore sviluppo della medicina si ebbe con il dominio assiro-babilonese (XVIII-IV secolo a.C.); infatti durante il citato periodo storico la medicina nata come teurgica - laddove la malattia era considerata un castigo divino - evolve in una prima fase verso la medicina magica attraverso l'uso, a scopo terapeutico, di formule magiche ed esorcismi e successivamente verso la medicina empirica tramite la realizzazione per lo più delle modalità terapeutiche e degli interventi chirurgici riportati e descritti nel codice di Hammurabi. Il testo comprende anche norme deontologiche, i compensi da richiedere per la singola prestazione erogata e le pene per i

trasgressori. I medici assiro-babilonesi furono grandi cultori della medicina come dimostra il fatto che:

1. conoscevano molte malattie del cuore, della pelle, delle articolazioni dell'intestino ed alcune malattie infettive (dissenteria, colera, lebbra, morbillo, epatite infettiva e malattie veneree);
 2. erano profondi conoscitori della patologia dentale tanto da essere in grado non solo di curare il mal di denti e le carie ma anche di confezionare protesi dentarie con buona perfezione. Una conferma al riguardo si è avuta di recente con la pubblicazione sulla rivista *Nature* dell'esito di uno studio realizzato da un gruppo internazionale di ricercatori i quali -avendo trovato molari con buchi, inequivocabilmente causa di trapanazione, profondi fino a tre millimetri e mezzo con cavità accuratamente pulite, in un sito ove si trovano reperti del neolitico (Merhgarh) nel Pakistan, cioè in un territorio che nell'antichità faceva parte della Mesopotamia- hanno configurato l'ipotesi che gli stessi dovessero essere stati sigillati con un apposito materiale del quale non è stata trovata traccia ma che gli stessi hanno ipotizzato potesse essere il bitume in relazione al fatto che questo è tuttora utilizzato nelle campagne del Pakistan per chiudere le ferite delle capre;
 3. praticavano non solo la disinfezione delle ferite e la riduzione delle fratture ossee ma anche il drenaggio di ascessi nonché l'esecuzione di paracentesi e di toracentesi;
 4. conoscevano la litiasi vescicale e vari tipi di calcoli e codificarono i calcoli come duri e molli con conseguente probabile trattamento chirurgico dei primi e chemiolitico dei secondi;
 5. disponevano di un rilevante bagaglio terapeutico costituito da medicamenti vegetali (alloro, olio di ricino, olio di lino, senape, papavero, cannabis, anice, belladonna, ecc,) e minerali (zolfo, rame, magnetite e creta) che venivano somministrati con varie modalità (decotti, infusi, fumigazioni, irrigazioni, instillazioni e clisteri);
- in Egitto, tra il 3000 ed il 1000 a.C., la medicina subì una profonda metamorfosi influenzata non solo dal progresso della civiltà ma anche dall'azione delle varie dinastie di volta in volta dominanti. Infatti durante il riferito periodo storico la medicina passa da una fase teurgica-magica ad una fase di empirismo fortemente illuminato in cui da una parte si registrarono una forte concezione biologica delle malattie e contestualmente la conoscenza dei loro vari quadri sintomatologici e

della farmacologia e da un'altra parte si fornirono indicazioni precise sulle terapie da usare per curarle con tisane, decotti, macerazioni, creme, polveri e pastiglie nonché sulle modalità di confezionamento e somministrazione di dette sostanze. Per avere un'idea della varietà dei preparati terapeutici in uso basti ricordare che nel solo papirò di Ebers ne sono menzionati circa 500. La decifrazione dei papiri di Ebers e di Edwin Smith, risalenti entrambi alla XVIII dinastia, ha consentito di appurare che i medici egizi avevano, già nel XVI secolo a.C., una buona conoscenza dell'anatomia; ad essi erano infatti note l'importanza del cuore e dei vasi sanguigni, l'attività ritmica del cuore ed il rapporto tra battito cardiaco e polso periferico. A ciò aggiungasi che:

- a) ad un sacerdote di nome Imhotep viene attribuito il primo trattato sulla chirurgia, datato attorno al 2700 a.C.;
- b) esistevano testi specializzati per ogni parte del corpo (esempio: di ginecologia, di odontoiatria, di veterinaria, ecc.) nonché numerosi libri di ricette per la preparazione di medicamenti;
- c) nel periodo che va all'incirca dal 1900 al 1500 a.C., i sacerdoti basandosi su discrete conoscenze anatomiche praticavano la palpazione, l'ispezione e, forse, l'auscultazione; curavano inoltre le lesioni traumatiche, le lussazioni e le ferite ed infine eseguivano bendaggi sulle fratture;
- d) i medici:
 - coniarono per primi il termine *cervello*, ne descrissero accuratamente la morfologia ed alcune alterazioni funzionali secondarie al suo danneggiamento intuendo che la localizzazione della paralisi era subordinata alla sede ed all'estensione del trauma cranico e che la lesione di un suo emisfero comportava danni alla parte opposta del corpo;
 - intuirono, pur non conoscendo adeguatamente la fisiologia della respirazione, che l'aria è elemento indispensabile alla vita e ne descrissero il percorso all'interno del corpo umano: introduzione tramite gli orifizi naturali (bocca, naso ed orecchie), convogliamento nel cuore, diffusione capillare tramite i vasi sanguigni;
 - sapevano riconoscere tramite i segni ed i sintomi, sebbene non si conoscessero le cause eziologiche delle malattie, un gran numero di malattie infettive (parassitosi intestinali ed urinarie, gonorrea, epatite, poliomielite, vaiolo, lebbra, ecc.) e non infettive (asma, epilessia, scorbuto, ecc.);

- erano profondi conoscitori delle patologie ostetrico-ginecologiche, come dimostra la messa a punto anche di metodiche per la contraccezione e per il riconoscimento del sesso del nascituro;
 - sapevano che il cuore era l'organo principale del corpo e che il polso ne trasmetteva i battiti;
 - eseguirono, previa applicazione dell'anestesia locale, interventi chirurgici di circoncisione e di infibulazione;
 - furono gli antesignani della *cartella clinica* in quanto annotavano con diligenza non solo quanto rilevato nell'esame ispettivo ed obiettivo (palpazione e percussione) del paziente ma anche lo stato di coscienza, il polso periferico, l'attività cardiaca, lo stato delle feci, delle urine e dell'espettorato dello stesso nonché l'eventuale presenza ed i caratteri di secrezioni e tumefazioni rinvenute sul suo corpo ed, infine, la prognosi della malattia riscontrata;
- e) l'igiene non solo fu tenuta in grande considerazione nella pratica medica ma ebbe anche grande rilevanza nella vita sociale e religiosa, come dimostrano:
- la pratica da parte dei chirurghi del lavaggio accurato delle proprie mani, della detersione delle ferite, del lavaggio accurato dello strumentario operatorio e della sua purificazione (oggi diremmo sterilizzazione!) con il fuoco onde ridurre il rischio di infezione;
 - il recupero di regole igieniche all'interno delle regole religiose in quanto si riconosceva alle stesse la capacità di conservare lo stato di salute elargito come dono dagli dei;
 - la pratica di norme igieniche giornaliere sia personali che alimentari che fu capace di influenzare in maniera importante lo stile di vita dell'epoca. Gli Egizi infatti prestavano particolare cura alla bellezza dell'intero corpo: lo trattavano con oli profumati, essenze di fiori, ombretti, depilatori, deodoranti, lozioni; peraltro la pratica dei riferiti trattamenti costituì un rimedio anche per la tutela della salute in relazione al fatto che la pelle, prima di essere trattata, veniva accuratamente pulita con creme specifiche e che gli ombretti venivano utilizzati anche per prevenire le infezioni causate soprattutto dalle mosche. Le lozioni venivano utilizzate anche contro la caduta dei capelli, contro la forfora e contro la calvizie;
- f) la farmacopea faceva uso di sostanze di origine vegetale (tremetina, elleboro, zafferano, mandragora, giusquiamo, birra, stramonio,

- rafano, cipolla, aglio, ecc.), animale e minerale (ferro, antimonio, piombo, ecc.);
- g) agli aspiranti medici -che solitamente studiavano presso un medico affermato, anche se non si esclude la presenza di scuole di medicina presso alcuni templi mentre si dà come certa la presenza di una scuola per ostetriche- si insegnava l'utilità di osservare attentamente il paziente, di odorarlo, di tastarlo e di interrogarlo prima di formulare qualsiasi diagnosi;
 - h) i malati venivano accolti in spazi appositamente allestiti nei templi di Iside e di Serapide, laddove i sacerdoti sia nel diagnosticare le malattie che nella scelta delle terapie fecero prevalere l'aspetto sovrannaturale a quello rigorosamente scientifico;
- in India la medicina fu influenzata sia dalle invasioni che dalle culture religiose che, nelle varie epoche, si sono succedute sul suo territorio. Anche se i suoi albori vengono fatti risalire al 2500 a.C., della sua evoluzione si hanno notizie scritte solo a partire dal 1500 a.C. in quanto in precedenza tutti gli eventi venivano tramandati oralmente. Essa, in un primo periodo (1500-800 a.C.) egemonizzata dagli Indù, si sviluppò nella sua forma originale attraverso la trattazione che ne fanno i libri sacri -detti "Veda" e la cui completezza ed organicità ne consente ancora la sopravvivenza- i quali trattano in maniera accurata, tra l'altro, di grande e piccola chirurgia, della cura delle malattie infantili, della tossicologia e della preparazione di elisir e di afrodisiaci. A quanto precede va aggiunto che:
- a) fin dal III millennio a.C. venivano utilizzate tecniche proprie dello yoga al fine ultimo di distaccarsi dal mondo materiale per raggiungere l'Anima Suprema. Le tecniche riguardavano le modalità con cui controllare il respiro, la concentrazione ed il rilasciamento ed erano finalizzate ad influenzare non solo la frequenza degli atti respiratori ed il battito cardiaco, ma anche ad acquisire l'insensibilità al dolore ed a ridurre drasticamente i processi metabolici e quindi a permettere di vivere a lungo senza cibo;
 - b) venivano effettuati interventi chirurgici di vario tipo quali le amputazioni di arti e le estrazioni di bulbi oculari;
 - c) notevoli erano la perfezione e la varietà dello strumentario chirurgico, le tecniche di medicazione praticate e l'abilità negli interventi di litomia e di rinoplastica;
 - d) già intorno al 2000 a.C. erano state definite le Leggi di Manu, contenenti numerose norme igieniche;

- e) nel periodo che va dal 1500 al 1300 a.C. -come risulta dal testo religioso Atharvaveda- si aveva conoscenza di alcune malattie (cardiopatie, gotta, reumatismo, vaiolo, malattie veneree, ecc.). La terapia di dette malattie, sulla base di quanto riferito nel testo, si basava soprattutto su pratiche magiche anche se si accenna all'utilizzo di alcune piante/erbe a scopo terapeutico;
- f) venivano utilizzate sostanze afrodisiache e sostanze favorenti la fecondità e l'aborto;
- g) i malati venivano accolti, fin dal IV secolo a.C., presso i grandi monasteri buddisti, dove erano predisposti separati locali per il ricovero di pellegrini e/o infermi; in tali luoghi di ospitalità prestavano assistenza e cure, con mansioni infermieristiche, anche le donne.

Con il subentro, all'incirca dall'anno 800 a.C., dei Brahamani agli Indù la medicina ebbe il massimo sviluppo come dimostrano anche:

- la conoscenza del diabete, che in relazione al sapore dolciastro proprio delle urine dei portatori di tale patologia, fu chiamato mellito e di metodologie per diagnosticarlo seppure in maniera empirica,
- i contenuti del Codice di Manu o Libro del comportamento, scritto tra il 200 a.C. ed il 200 d.C. laddove si dà ampia testimonianza tra l'altro di studi anatomici basati sulla semplice osservazione.

A partire dagli ultimi secoli del secondo millennio a.C. si hanno testimonianze della pratica della medicina anche da parte degli ebrei, degli etruschi e soprattutto dei greci. Per quanto attiene la medicina ebraica (XIII-VI secolo a.C.) e quella etrusca (VIII-IV secolo a.C.) gli storici sottolineano in particolare che sia l'una che l'altra ebbero un mero carattere teurgico nel senso che il solo sacerdote era ritenuto in grado di realizzare la guarigione dagli stati morbosi in considerazione della credenza secondo la quale Dio era l'unica fonte di malattia e di risanamento, rilevando ulteriormente che il carattere teurgico della medicina praticata presso gli etruschi non precluse agli stessi di ottimizzare le conoscenze che nel settore si erano già affermate presso le altre civiltà mediterranee e non. In particolare i medici etruschi:

1. furono profondi conoscitori delle piante officinali e ne sfruttarono l'efficacia terapeutica;
2. furono gli antesignani dell'idrologia medica; infatti per primi esaltarono il ruolo delle acque termali per la cura di alcune malattie (dell'apparato urinario, della pelle, dell'infertilità, della gotta, dell'obesità, ecc.) il quale

- costituì il riferimento culturale per la realizzazione dei primi impianti termali;
3. elaborarono una serie di interventi per prevenire le malattie infettive e le epidemie; in particolare oltre a stimolare la pratica dell'igiene personale e degli alimenti e dell'attività fisica, realizzarono il miglioramento dell'habitat sia abitativo che ambientale: quest'ultimo costituì il riferimento culturale per la costruzione della *cloaca massima* e per la bonifica della valle padana;
 4. raggiunsero nella pratica odontoiatrica ottimi livelli di professionalità come dimostra il ritrovamento di numerosi teschi con protesi dentarie, prevalentemente d'oro, di fattura particolarmente perfetta e sofisticata ottenuta utilizzando la granulazione e la filigrana nonché, quali strumenti di lavoro. i crogioli, le pinze, i saldatori ed i trapani;
 5. ebbero importanti conoscenze nel campo dell'anatomia e delle patologie dell'apparato masticatorio; queste ultime consentirono loro da un lato di riconoscere i denti che dovevano essere curati, quelli da estrarre e quelli da utilizzare come appoggio per i ponti e dall'altro lato di individuare le indicazioni e le controindicazioni per vari tipi di protesi e precisamente per fissare i denti vacillanti e per sostituire i denti mancanti.

Particolare attenzione va posta all'evoluzione della medicina in Grecia il cui approfondimento viene sviluppato con riferimento a due diversi periodi storici: quello antecedente e quello successivo all'avvento di Ippocrate cioè all'avvento di colui che è universalmente considerato il *padre* non solo della medicina greca. Per quanto attiene il periodo della così detta *medicina pre ippocratica* -sviluppatasi a partire dal XII secolo sotto l'influsso delle conoscenze maturate nel settore dalle civiltà egiziana, indiana, assiro-babilonese- va rilevato che la stessa fu caratterizzata dalla nascita del mito di Asclepio tramandato come Esculapio, dio greco della medicina, dopo che i figli ne avviarono il culto erigendogli un'ara dopo la morte. In verità Asclepio fu un principe della Tessaglia -vissuto sicuramente qualche secolo prima di Omero (VIII secolo a.C. circa) in relazione alla citazione che questi ne fa come partecipante, insieme ai figli, alla guerra di Troia nelle file degli Achei- che insegnò al figlio Podalirio a riconoscere ed utilizzare le piante medicinali nonché a indurre la guarigione tramite il loro uso ed al figlio Macaone a curare le ferite e le fratture nonché ad estrarre le frecce ed a praticare le incisioni, cioè a praticare interventi riconducibili rispettivamente alla medicina ed alla chirurgia. Nei secoli successivi, i discendenti dei figli oltre a continuarne ed a diffonderne il culto si dedicarono all'esercizio ed all'insegnamento della me-

dicina: presso i templi di Esculapio, dove da tempo erano presenti appositi spazi per la cura dei malati, sorsero a partire dal VI secolo a.C., accanto alle mere scuole filosofiche, le prime scuole di filosofia a carattere biologico, cioè le scuole di medicina. Particolare notorietà ebbero la scuola medica di Cnido, dove si svilupparono i primi studi di anatomia, e quella di Coo o Cos, dove furono realizzate le prime osservazioni dirette del malato che portarono alla nascita del concetto di clinica e di formulazione delle diagnosi, concetti dei quali si giovò lo stesso Ippocrate. La nascita di tali scuole si ebbe dopo la decadenza civile, culturale e medica verificatasi successivamente all'invasione della Grecia da parte dei Dori (1184 a.C.). Infatti durante i successivi 4/5 secoli a seguito della riferita profonda decadenza la medicina acquisì un carattere sempre più magico e teurgico favorito dagli influssi che ebbero su di essa la medicina egizia e la medicina orientale dove venivano praticati i riti dell'incubatio dai sacerdoti di Iside e dagli adoratori di Serapide in Egitto e dai sacerdoti del dio Baal in Oriente. Tale tendenza si modificò dal momento in cui l'uomo, a partire dal VII-VI secolo a.C., iniziò ad osservare e studiare i fenomeni della natura con rigore razionale ed ad arrogarsi il diritto di pensare autonomamente e di non subire le imposizioni religiose. Da questi fermenti culturali nacquero le scuole di medicina e di filosofia dove il filosofo era colui che aveva una cultura poliedrica in quanto si interessava e sapeva di matematica, biologia, medicina, astronomia, musica, fisica e, più in generale, era colui che amava conoscere e sapere.

Le scuole di medicina furono caratterizzate dalla laicità dei medici che presero sempre più le distanze dai sacerdoti, acquisendo conseguentemente e progressivamente autonomia dalla medicina teurgico-magica. I medici grazie alla riferita progressiva laicizzazione oltre a praticare una medicina più conoscitiva e razionale, quindi sempre più empirica, costituirono anche una propria organizzazione.

Nel periodo che va dal VI secolo a.C. fino all'affermarsi della medicina ippocratica:

- a) la medicina acquisì un carattere itinerante: molti medici si spostavano su propria iniziativa di città in città per curare i malati mentre quelli più famosi venivano chiamati a svolgere la professione nell'esercito, a corte od all'estero;
- b) i medici chiesero il giusto onorario per le cure praticate;
- c) l'esercizio indebito dell'arte medica fu considerato sacrilego;
- d) Alcmeone, rappresentante della scuola medica di Crotone vissuto nel VI secolo a.C., introdusse il concetto di isonomia (salute come conseguenza dell'equilibrio fra le varie parti del corpo) e ne indicò i fattori in

- grado di turbarla (alimentazione, fattori ambientali e climatici, predisposizioni personali), cioè applicò alla medicina categorie razionali attribuendo alla malattia un'origine biologica e non divina. Egli fu il primo ad introdurre nella medicina il concetto di prevenzione ed ad individuare nel cervello l'organo più importante del corpo umano, facendo dello stesso l'organo che comandava l'intero organismo umano;
- e) Empedocle, contemporaneo di Alcmeone ed appartenente alla scuola siciliana, oltre ad effettuare studi sulla respirazione, sul cuore (lo considerò organo centrale del sistema vascolare), sull'orecchio (scoprì il labirinto dell'orecchio interno), dimostrò competenze di grande igienista nel momento in cui suggerì di bonificare le paludi stagnanti che si trovavano intorno alla città per liberarla, come in realtà avvenne, da gravi epidemie,
 - f) comparirono figure specifiche dell'ambito sanitario e precisamente la figura dell'ostetrica, che poteva essere esercitata solo da donne che avessero già partorito, e quella del rizotomo, cioè di persona capace di riconoscere e raccogliere radici per poi dosarle e confezionarle in miscugli e pozioni (antesignano dell'attuale farmacista).

Durante la fase della medicina pre-ippocratica in Grecia i malati furono accolti e curati in un primo periodo dai sacerdoti in spazi appositamente destinati all'assistenza allestiti nei templi di Epidauro e Pergamo, dedicati alle divinità greche che governavano la salute ovvero, come già ricordato, presso i templi di Cnido e Coos o Cos dedicati al dio Esculapio. Successivamente l'assistenza e la cura furono praticate in luoghi ricavati all'esterno dei templi, denominati *jatreia*, dove i medici oltre ad visitare e curare i pazienti vendevano loro i medicinali da essi stessi preparati nonché nei *ginnasi* e nelle *palestre* laddove persone in possesso di conoscenze abbastanza approfondite di traumatologia e massoterapia trattavano le lesioni in cui inevitabilmente incorrevano alcuni dei frequentatori, facendosi carico del coinvolgimento dei medici solo in presenza dei casi più gravi. Spazi separati e distinti furono inoltre attrezzati per ospitare le partorienti ed i moribondi;

Lo sviluppo della medicina ebbe un impulso relevantissimo, a partire dalla Grecia, con l'avvento di Ippocrate. Questi -vissuto nell'isola di Coos o Cos tra il 460 ed il 377 a.C., cioè nel periodo aureo dell'ellenismo ed appartenente alla scuola che sviluppò la medicina razionale intesa come negazione dell'intervento divino nelle malattie- è ritenuto il *padre* della medicina greca sia per aver svincolato completamente la professione medica dal controllo sacerdotale definendo regole chiare ed inderogabili e comportamenti a cui il singolo medico doveva attenersi scrupolosamente che, soprattutto,

per i progressi che ottenne in campo sia diagnostico che terapeutico. Ippocrate raggiunse l'acme della fama tra il 430 ed il 427 a.C. allorché riuscì a debellare tre ondate di pestilenza sviluppatesi ad Atene mentre era assediata dagli Spartani durante la guerra del Peloponneso. Rifacendosi a quanto affermato in precedenza da Alcmeone, egli sostenne che la malattia derivava dallo squilibrio fra i quattro elementi fondamentali del corpo individuati dal filosofo Talete per cui la medicina doveva occuparsi innanzi tutto dell'uomo nella sua interezza onde evitare che sullo stesso si verificassero squilibri ovvero onde, al loro verificarsi, ripristinare l'equilibrio tra i riferiti elementi vitali. In tale contesto i principi fondamentali della medicina ippocratica riconobbero forza guaritrice alla natura, sempre che la stessa fosse accompagnata da idonee condizioni ambientali (esempio: salubrità dell'aria) ed individuali e da adeguata alimentazione. Conseguentemente Ippocrate sostenne che si dovesse osservare attentamente il malato ed intervenire il meno possibile sullo stesso: la cura migliore delle malattie si sarebbe ottenuta con diete mirate e con blandi ausili farmacologici. Ad esso, peraltro, viene attribuito l'utilizzo, per eliminare alcune malattie, del capipurgio (purga del capo), del clistere, del salasso o del sanguisugio; egli, comunque, raccomandò di utilizzare con la massima parsimonia i suddetti rimedi. Ad Ippocrate sono anche attribuiti i testi della prima elaborazione scientifica della medicina greca, laddove sono descritti tutti i sintomi di tutte le malattie allora conosciute, i relativi decorsi ed i tipi di intervento che avrebbe dovuto praticare il medico al quale viene consigliato -in coerenza con la sua concezione della forza medicatrice della natura- di curare le malattie soprattutto prescrivendo diete mirate al singolo male e blandi ausili farmacologici e di intervenire chirurgicamente solo in casi estremi. La rilevanza della figura di Ippocrate è anche testimoniata dal fatto che il suo nome è stato utilizzato per indicare un'intera ed importante fase della medicina greca: la medicina ippocratica.

L'elaborazione scientifica della medicina sviluppata da Ippocrate fu raccolta sotto il nome di *Corpus Hippocraticum* la cui elaborazione completa fu probabilmente realizzata in un arco di tempo di circa 150 anni. Il testo è composto di 72 volumi, di cui solo 17 sono stati attribuiti sicuramente ad Ippocrate mentre i rimanenti 55 sono il frutto della partecipazione alla stesura oltre che dei figli Tessalo e Dracone anche di discepoli più o meno diretti che praticarono nel tempo la sua medicina. Nella raccolta, che rappresenta la summa del sapere di Ippocrate e dei suoi discepoli diretti ed indiretti riferita a metà del V ed al IV secolo a.C., vengono descritte anche numerose tecniche chirurgiche, alcune delle quali ritenute tutt'ora valide, nonché gli stru-

menti chirurgici (coltelli e bisturi di varie forme e dimensioni) utilizzati per eseguire vari interventi (in particolare: riduzioni di lussazioni e fratture di arti, trapanazione del cranio, cura dei piedi storti, trattamento della deviazione del collo dell'utero con obliterazione e soppressione delle mestruazioni). Relativamente al Corpus ed, in particolare, agli aforismi in esso contenuti va evidenziato che gli stessi non solo sono da considerare il condensato di tutto il sapere medico, ma anche che sono stati materia di insegnamento nelle università per oltre due millenni come dimostra la sostituzione della cattedra ippocratica con quella di igiene, presso l'università di Napoli, soltanto nell'anno 1840.

Con Ippocrate la medicina divenne legalmente laica ed i relativi insegnamenti, distaccatisi dalle ferree regole sacerdotali, furono accessibili da tutti coloro che si legavano alla scuola con uno specifico *contratto materiale*, che prevedeva il versamento anticipato di un importo destinato al sostentamento dei maestri, e con un *contratto morale*, che comprendeva tra l'altro il giuramento di affiliazione (giuramento di Ippocrate) sul quale torneremo successivamente. Infatti secondo Ippocrate il medico doveva osservare regole comportamentali e professionali ben definite. Le regole comportamentali imponevano al medico di essere serio, corretto nel modo di vestire, dignitoso nel presentarsi e nel modo di sedere, premuroso verso i pazienti, padrone di se stesso davanti a possibili complicazioni, disponibile a rispondere prontamente alle domande con linguaggio semplice e conciso; quelle professionali imponevano al medico, dopo aver raccolto la storia clinica del malato (anamnesi), di approcciarlo andando oltre l'empirismo e percorrendo con razionalità i tre momenti fondamentali della diagnosi -cioè l'analisi (intesa come ricerca di segni e sintomi della malattia), la sintesi (intesa come collegamento dei sintomi ad una unità concettuale) e la deduzione o diagnosi (intesa come deduzione dalla legge generale del caso preso in esame)- per poi trascrivere puntualmente quanto rilevato esplicitando in ultimo la probabile evoluzione della malattia, cioè la relativa prognosi, sulla base anche delle cure consigliate, cioè della terapia prescritta.

Gli insegnamenti di Ippocrate e, più in generale, della medicina ippocratica influenzarono l'evoluzione della medicina anche al di fuori dei confini della Grecia. Infatti:

- prima della fine del IV secolo a.C. la scuola dogmatica, facendo tesoro della dottrina di Ippocrate, riaffermò l'importanza dell'esame del polso come sintomo imprescindibile per valutare lo stato di salute del singolo individuo e la scuola alessandrina sviluppò soprattutto gli studi di fisiologia e di anatomia utilizzando anche le vivisezioni per migliorare le co-

noscenze della struttura e delle funzioni degli organi osservati dando, conseguentemente, origine all'anatomia patologica;

- durante il III secolo a.C., all'interno della scuola alessandrina, ebbe un nuovo sviluppo la medicina empirica la quale recuperò le conoscenze derivanti dalla diretta esperienza relativa alla cura delle malattie ritenendo da una parte sterile l'impostazione della scuola dogmatica e dall'altra parte eccessivamente sperimentale l'insegnamento ippocratico.

Al termine del presente excursus sembra opportuno da una parte riferire che tutte le opere dei medici greci ci sono pervenute grazie alla traduzione che delle stesse era stata fatta dagli arabi e dall'altra parte rilevare come la fama e la considerazione che si ha ancora oggi di Ippocrate si deve non solo ai suoi insegnamenti nel campo della medicina ma anche e soprattutto al fatto che egli, tramite alcuni contenuti del già citato giuramento di affiliazione richiesto a chi voleva essere ammesso alla scuola medica da lui istituita, ha posto le basi dell'etica medica. Coloro che aspiravano ad essere ammessi alla scuola medica dovevano infatti giurare, per quanto concerne gli aspetti richiamati, di impegnarsi a:

- rispettare la vita umana,
- fare tutto il possibile per ripristinare la salute del paziente,
- non nuocere al paziente compiendo manovre o interventi non conosciuti a pieno,
- non somministrare veleni in grado di causare la morte, anche se esplicitamente richiesti dal paziente,
- non praticare l'aborto, impedendo la procreazione,
- mantenere il segreto professionale, cioè osservare l'obbligo di tenere segreta e di non rilevare qualunque cosa vista od ascoltata durante la pratica professionale o al di fuori di essa, che non sia necessario divulgare al fine del trattamento del malato.

La perdurante validità dei riferiti principi etici elaborati da Ippocrate è confermata dal fatto che il neo-laureato in medicina è chiamato ancora oggi a prestare solenne giuramento -noto come *Giuramento di Ippocrate*- con il quale si impegna ad attenersi, nell'esercizio della professione medica, alle riferite regole a perpetuazione dell'obbligo imposto da Papa Clemente VII con propria *bolla* del 1572.

3

Organizzazione ed evoluzione della medicina durante la civiltà romana

Nell'antica Roma la medicina fu scarsamente considerata; lo dimostra il fatto che la stessa fu praticata inizialmente solo a livello sacerdotale e che successivamente, per alcuni secoli, l'esercizio della professione medica fu considerato così disdicevole da preferire che lo stesso fosse appannaggio di schiavi o di stranieri, per lo più di lingua greca, trasferitisi a Roma. Quest'ultimo periodo storico, in conseguenza della riferita scelta, fu caratterizzato anche dalla presenza di medici greci in possesso di scarsa abilità tecnica e di dubbia moralità. La situazione si modificò in un primo momento per l'influenza esercitata dalla convivenza con la civiltà etrusca -conseguente alla dominazione esercitata su Roma da detto popolo fino all'anno 509 a.C.- la quale consentì l'acquisizione della tecnologia e della perizia medica che abbiamo viste essere particolarmente floride presso la civiltà etrusca e successivamente dal momento in cui nel 293 a.C. per debellare la pestilenza fu introdotto in Roma il culto di Asclepio, sostituendolo a quello delle divinità romane della salute. In occasione di tale evento infatti i malati di peste e lebbra vennero raccolti sull'isola Tiberina dando luogo alla prima forma di ospedalizzazione in un contesto di isolamento igienico.

Ferme restando le esplicitate notizie sulla pratica della disciplina medica durante i primi quattro secoli della esistenza di Roma, si ritiene opportuno rilevare che nella sostanza il primo vero impulso alla pratica della medicina si ebbe soltanto nel momento in cui, a partire dagli ultimi anni del III secolo a.C., arrivarono medici greci in possesso di abilità tecnica e di

sicura moralità. Questi infatti in un primo momento avviarono l'esercizio della medicina pubblica all'interno delle *tabernae medicinae* (equivalenti alle jatreia dei greci) ed, una volta acquisita fama e fiducia, presso i ginnasi e le terme nonché nell'esercito; successivamente si avvalsero della fama e della fiducia acquisite per esercitare la professione in ambito privato e cioè presso le abitazioni dei consoli, dei patrizi e, più in generale, dei nobili. I medici più affermati furono anche chiamati a risolvere i problemi igienici abitativi ed urbani.

Le prime scuole di medicina nacquero a Roma solo a partire dall'inizio dell'era imperiale. Esse ebbero tra gli esponenti più famosi Dioscoride (vissuto nel I secolo d.C.) che può essere considerato il fondatore dell'erboristeria farmaceutica per aver descritto nel libro *De materia medica*, rimasto come base della farmacologia fino agli inizi del XIX secolo, le proprietà medicinali di circa 600 specie vegetali. L'avvento di una pluralità di scuole mentre da una parte dette luogo al periodo di maggiore splendore della medicina a Roma da un'altra parte favorì l'insorgere tra le stesse di contrapposizioni culturali e filosofiche le quali, comunque, furono alla base dell'avvio del vero pensiero medico. In tale contesto presero corpo tre diverse fasi di sviluppo della medicina le quali ebbero come punto di riferimento Galeno nel senso che sono ricordate rispettivamente come le fasi *pre-galenica*, *galenica* e *post-galenica*.

Per quanto riguarda la fase della medicina pre-galenica -che si sviluppa dall'arrivo a Roma di Asclepiade fino all'avvento di Galeno- va rilevato che durante la stessa ebbero un forte sviluppo la scuola metodica, quella pneumatica, quella eclettica e l'enciclopedismo. In particolare al riguardo giova rilevare che:

1. Asclepiade di Bitinia -originario dell'Asia Minore, vissuto a Roma nel I secolo a.C. ed ispiratore della scuola metodica- contrapponendosi ad Ippocrate, affermò che il medico doveva governare la natura e non esserne servo e che le malattie dovevano essere curate facendo ricorso alla dieta, alle attività fisiche, alle acque termali nonché ad alcune pratiche particolarmente diffuse all'epoca e cioè ai bagni ed ai massaggi. Asclepiade fu il primo a suddividere le malattie in acute e croniche, a praticare la tecnica della tracheotomia ed ad introdurre in medicina il concetto di *massa* (onkos, in lingua greca) da cui è derivato il termine *oncologia* per indicare la disciplina medica che studia i tumori;
2. Aulo Cornelio Celso -letterato e medico originario di Roma, vissuto dal 14 a.C. al 37 d.C. ed appartenente all'enciclopedismo- nel testo *De*

re medica libri octo, scritto circa nell'anno 30 d.C., non solo approfondì la patologia, la clinica e l'igiene ma descrisse altri importanti settori di intervento medico quali le malattie infettive e non, le malattie della pelle, le fratture e le lussazioni, il trattamento delle ferite e delle emorragie ad esse conseguenti, le modalità di doppia legatura dei vasi sanguigni da lui utilizzata anche per le amputazioni ed, infine, gli interventi chirurgici maggiormente praticati all'epoca. Con riferimento a questi ultimi Aulo Cornelio Celso descrisse in particolare le nuove tecniche da lui realizzate per l'escissione delle neoplasie del labbro inferiore, per l'estrazione dei calcoli vescicali ivi compresa la litotripsia, per gli interventi di tonsillectomia e di asportazione della cataratta. Egli descrisse e praticò anche alcune tecniche di chirurgia plastica ed elaborò il primo dizionario in lingua latina dei termini medici greci;

3. Ateneo di Attalia -vissuto nel I secolo d.C. e fondatore, intorno all'anno 50 d.C. della scuola pneumatica che professava il dogma ippocratico- è famoso per gli studi di semeiotica e sul polso. Egli sostenne che la salute e la malattia dipendevano dalle condizioni del pneuma e dal modo in cui lo stesso si mescolava con gli altri quattro elementi ritenuti fondamentali dai medici dell'epoca e cioè l'aria , l'acqua, il fuoco e la terra;
4. Sorano di Efeso -vissuto tra il I ed il II secolo d.C. e appartenente alla scuola di Asclepiade- approfondì soprattutto l'ostetricia e le patologie pediatriche; ad esso si deve l'utilizzo per la prima volta della sedia da parto romana ed il primo trattato di ostetricia che, giova precisarlo, è stato importante testo di riferimento fino al XV-XVI secolo;
5. Areteo di Cappadocia -vissuto nel II secolo d.C. ed appartenente alla scuola eclettica (una commistione tra le teorie della scuola metodica e della scuola pneumatica) di cui era stato fondatore intorno all'anno 90 d.C. Agatino da Sparta- descrisse in modo certamente accurato nella sua opera, in 8 volumi, *Delle cause, dei segni e della cura delle malattie acute e croniche* l'etiologia e la sintomatologia di importanti malattie quali il diabete, la polmonite, l'itterizia, le paralisi e l'isterismo.

Per quanto riguarda la fase della medicina galenica va rilevato che la stessa prende nome dal suo fondatore, Galeno di Pergamo (129/130-199/201 d.C.), il quale visse ed operò per lunghi periodi a Roma; lo stesso a dire di qualcuno (vedasi Wikipedia, l'enciclopedia libera) deve essere considerato il fondatore della medicina sistemica in quanto contrappose alla concezione biologica-cosmica della medicina espressa da

Ippocrate la sua concezione morfologica-analitica. Egli -che fu senza dubbio il più famoso medico della latinità e che con Ippocrate costituisce di certo la figura più rappresentativa della medicina antica- approfondì soprattutto la medicina interna e l'anatomia patologica e, sebbene i suoi studi anatomici avessero riguardato prevalentemente animali, concluse che la funzione e la morfologia di qualsiasi organo, anche se appartenente a specie animali diverse, è uguale per tutti gli animali compreso l'uomo e che ogni lesione d'organo si appalesa con una alterazione della funzione corrispondente. Fu inoltre il primo a capire che le vesciche urinarie non producevano urina, ma che questa proveniva dagli ureteri. A Galeno si devono anche numerosi studi in campo neurologico che gli permisero, tra l'altro, di dimostrare che alla sezione del nervo ricorrente consegue l'incapacità di emettere gridi acuti e che i nervi possiedono due sezioni (sensitiva e motoria) e di distinguere le malattie in semplici ed organiche per la cura delle quali suggerì l'utilizzo di medicinali semplici che, ancora oggi, si chiamano galenici. I suoi libri contengono anche annotazioni e suggerimenti riferibili alla chirurgia e lui stesso, quale valente chirurgo, effettuò interventi di asportazione di polipi nasali e sulle vene varicose, suture intestinali e della parete addominale nonché trapanazioni del cranio. Nella sostanza Galeno, dopo aver realizzato una puntuale sintesi di tutta la medicina antica, definì, pur ispirandosi alla riferita concezione medicatrice della natura sposata da Ippocrate, un sistema assistenziale basato sulle ampie conoscenze di anatomia e fisiologia nel frattempo da lui stesso maturate rispettivamente attraverso l'approfondimento delle funzioni e delle finalità di ogni singola parte dell'organismo ed attraverso sperimentazioni mirate. In particolare egli da una parte introdusse la dottrina della patologia locale secondo cui la malattia di ogni organo costituisce un fattore a sé stante e dall'altra parte affermò che il medico dovesse comunque operare riconoscendo alla natura una generale capacità di curare le malattie, forse anche in quanto influenzato dall'idea cristiana di provvidenza che si stava sempre più affermando. Quest'ultimo aspetto consentì alla visione della medicina espressa da Galeno di mantenersi attuale fino al XV secolo. Egli fu anche il primo vero esperto di medicina legale e sottolineò l'importanza dell'esame delle urine e dell'esame del polso.

Alla fase in questione, sviluppatasi esclusivamente durante l'arco di tempo in cui Galeno esercitò la professione medica, appartiene anche Antillo il quale, in campo chirurgico, va considerato certamente superiore a Galeno. Ad Antillo infatti si deve la codifica delle tecniche chirurgiche per l'asportazione della cataratta, per l'escissione delle cicatrici ipertrofiche,

per il trattamento delle fistole con indicazione delle relative complicazioni ed, infine, per la correzione degli aneurismi; quest'ultimo intervento ideato da Antillo è stato l'unico procedimento standard rimasto in uso fino al 1700, cioè per circa sedici secoli.

Per quanto riguarda la fase della medicina post-galenica -che si sviluppa dalla morte di Galeno fino alla caduta dell'impero romano d'occidente- va sottolineato che durante la stessa la medicina non solo non ebbe alcuna evoluzione particolare ma spesso fu influenzata dalla magia e dall'astronomia. Debbono infatti ritenersi eccezioni rispetto alla situazione enunciata:

- a) gli studi sulla filaria e sulle nuove tecnologie per gli interventi di ernia inguinale e gozzo effettuati da Leonida di Alessandria,
- b) le nuove tecniche operatorie realizzate e descritte dal chirurgo Filagrio che fu il primo a praticare il taglio del collo della vescica per l'estrazione dei calcoli,
- c) gli studi sulle malattie del cervello e la conseguente puntuale descrizione dei deliri acuti, degli stati comatosi e di quelli catalettici, dell'epilessia e della rabbia effettuati da Poseidonio, fratello di Filagrio,
- d) il riordino di tutto l'insegnamento della medicina realizzato nel III secolo d.C. facendo tesoro anche degli insegnamenti della medicina greca integrati con le più recenti regole igieniche,
- e) l'affidamento ai medici -coadiuvati da personale non medico (frictores e unguentari)- della cura e della responsabilità dello stato di salute dei cittadini,
- f) la sistematizzazione curata da Celio Aureliano -originario della Numidia, vissuto a Roma nel V secolo d.C. e ritenuto il più grande medico dell'epoca post galenica- nel libro *De morbis acutis et chronicis* delle diverse malattie fino ad allora conosciute distinguendole in acute e croniche con elaborazione, per alcune di esse, della diagnosi differenziale.

I sintetici richiami fin qui esplicitati concernenti l'organizzazione e l'evoluzione della medicina durante la civiltà romana non sono sufficienti a fornire un puntuale quadro del suo reale stato. A quest'ultimo fine si ritiene infatti necessario ulteriormente evidenziare che:

- per lo Stato assunse rilevante interesse la tutela dell'igiene e della sanità pubblica finalizzata sia a formare buoni soldati che a proteggere la salute di tutti i cittadini. Allo scopo di perseguire i riferiti obiettivi lo Stato, fin dall'epoca repubblicana, da una parte si fece carico della re-

alizzazione di acquedotti, cloache e terme e dall'altra parte emanò i primi provvedimenti mirati al miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione. I provvedimenti riguardarono in particolare:

- la sorveglianza igienica sugli alimenti,
- l'organizzazione del servizio di nettezza urbana,
- l'espurgo dei rifiuti,
- la manutenzione di strade, fognature e latrine,
- l'ordinamento dei parchi.

I riferiti interventi furono -in assenza di efficaci terapie di prevenzione- l'unico mezzo disponibile per contrastare non solo le grandi epidemie ma anche la diffusione di altre patologie; essi comunque evitarono che le une e le altre avessero l'ampia diffusione che si registrò in altri territori;

- all'educazione fisica fu attribuito, nell'organizzazione sanitaria, un ruolo di fondamentale importanza, di vero e proprio caposaldo: infatti fu impartita nei ginnasi e nelle palestre per irrobustire i giovani e per forgiare cittadini sani e soldati forti;
- i malati vennero inizialmente accolti presso gli ospedali da campo realizzati all'interno degli accampamenti militari ed, in età imperiale, nei "valetudinaria" e nelle "medicatrinae" o "iatreiae" cioè, rispettivamente, in locali in cui si prestava esclusivamente l'assistenza ai liberti ed agli schiavi ed in locali appositamente predisposti presso le case dei medici, per l'assistenza e l'osservazione dei singoli cittadini;
- alla medicina fu riconosciuto, soprattutto all'interno dell'esercito, il compito di mantenere sano il corpo e di farsi carico dell'igiene pubblica da cui si fa derivare il noto detto *mens sana in corpore sano*;
- nell'esercito vi era la presenza di un medico per ogni coorte e di due medici per ciascuna coorte che era in prima linea. I medici dipendevano dal praefectus castrensis e da un medico capo il quale, sovente, era, durante l'epoca imperiale, anche il medico personale dell'imperatore. L'assistenza ai feriti era prestata da infermieri, massaggiatori ed inservienti o direttamente sul campo o nel *valetudinaria castrensis* capace di ospitarne fino a 200;
- l'insegnamento della medicina sviluppatosi dall'inizio dell'età imperiale nelle numerose scuole private cui si è fatto in precedenza riferimento fu riordinato dal momento in cui lo Stato dispose che lo stesso doveva comprendere una parte teorica ed una parte pratica. La parte teorica doveva essere realizzata nelle biblioteche pubbliche e nelle stesse scuole, quella pratica nei valetudinaria e nelle medicatrinae/iatreiae.

Gli insegnamenti pratici fornivano rudimenti di semeiotica, clinica e chirurgia. L'interesse dello Stato imperiale è confermato dal fatto che:

- l'imperatore Vespasiano riconobbe uno stipendio ai docenti,
- l'imperatore Adriano dispose che agli stessi fosse corrisposto, al termine dell'insegnamento, un compenso e fece costruire un *atheneum* da utilizzare per tenere lezioni pubbliche anche di medicina,
- l'imperatore Alessandro Severo istituì la prima cattedra di medicina,
- l'imperatore Giuliano l'Apostata dispose che il corso di studi doveva comprendere frequenze obbligatorie e concludersi con un esame di idoneità.

Sulla riferita organizzazione ed evoluzione della medicina ebbe ripercussioni fortemente negative la decadenza dell'impero romano d'occidente. Le ripercussioni negative, come vedremo successivamente, si manifestarono soprattutto nei paesi in cui si era diffuso maggiormente il cristianesimo in conseguenza del fatto che il Cristo venne concepito come medico dell'anima e del corpo e la guarigione come conseguenza di un intervento divino.

4.

Organizzazione ed evoluzione della medicina dalla liberalizzazione della professione della religione cristiana (313 d.c.) alla fine del I millennio con riferimento soprattutto al territorio italiano

Nel momento in cui, dopo aver approfondito sotto il precedente capitolo l'organizzazione e l'evoluzione della medicina durante la civiltà romana, ci siamo proposti di fare altrettanto per il periodo successivo, abbiamo ipotizzato di farlo innanzi tutto con riferimento a tre diverse epoche storiche e precisamente:

- in un primo momento con riferimento al *Medioevo* cioè al periodo storico che -secondo colui che (Cristoforo Keller) utilizzò per primo tale termine nella sua opera *Historia medii aevi*- va dai tempi di Costantino (imperatore nei primi decenni del 300) alla caduta di Costantinopoli (1453) e che -sulla base della tradizione più comunemente accettata- va dalla caduta dell'impero romano d'occidente (476) alla scoperta dell'America (1492);
- in un secondo momento con riferimento all'*Alto Medioevo* cioè al periodo storico caratterizzato dall'organizzazione feudale impostasi dopo la caduta dell'impero romano d'occidente (476) e rimasta in vita, in Italia, fino alla fine dell'11° secolo ed in altri Stati europei anche successivamente;
- in un terzo momento con riferimento al periodo che va dalla *caduta dell'impero romano d'occidente* (476) all'*inizio del Rinascimento* (fine del XIV secolo).

Nessuna delle riferite epoche storiche ci è sembrata però convincente ai fini del preannunciato approfondimento. Di qui la scelta di procedervi facendo riferimento al periodo che va dall'emanazione da parte dell'imperatore Costantino, nell'anno 313, dell'editto con il quale fu liberalizzata la professione della religione cristiana fino alla fine del I millennio in conseguenza

delle indubbie ripercussioni che sulla medicina ebbe il cristianesimo, liberamente professato, sui territori in cui più forte fu la sua diffusione. Al riguardo si rileva, in via prioritaria, che nel periodo preso in considerazione e soprattutto dal momento della caduta dell'impero romano d'Occidente (476) l'organizzazione e l'evoluzione della medicina si sviluppò in maniera differenziata nei territori in cui il cristianesimo si diffuse come dimostra il fatto che:

1. in Oriente, cioè nel mondo bizantino, la medicina fu notevolmente influenzata da due medici di estrazione cristiana e cioè dapprima da Oribasio di Pergamo (325-403) e successivamente da Paolo di Egina (625-690): il primo compendì in 70 volumi i testi di molti medici dell'antichità ed in particolare di Galeno, aggiungendovi propri commenti, il secondo fece un riassunto della scienza medica dell'epoca, comprendendovi anche informazioni sulle proprie esperienze chirurgiche, e riducendo da 70 a 7 i volumi di Oribasio. Quest'ultima opera ebbe una notevole influenza sulla medicina occidentale contribuendo al mantenimento dell'attualità dell'opera di Galeno fino al XV secolo cui si è fatto riferimento in precedenza;
2. in Occidente, la progressiva diffusione della religione cristiana contestualmente all'abbandono del culto delle divinità pagane fece sì che la medicina perdesse il carattere magico per diventare da un lato sempre più razionale e dall'altro lato sempre più monastica in quanto espressione della carità verso il prossimo bisognoso. La nuova concezione religiosa fece sì che in molte nazioni europee:
 - a) furono realizzati, fin dai primi secoli di diffusione del cristianesimo, ospizi e ricoveri per l'assistenza caritativa ai malati, ai bisognosi ed ai viandanti da parte di ministri del cristianesimo e, non di rado, anche da parte di persone facoltose che avevano abbracciata la suddetta religione. Particolare impulso alla costruzione di spazi per il ricovero di malati, bisognosi e viandanti si ebbe sia in conseguenza della liberalizzazione del culto della religione cristiana disposta dall'imperatore Costantino sia e soprattutto dopo che il Concilio di Nicea (325) rese obbligatoria la predisposizione presso ogni Vescovado di un ricovero per viandanti e malati bisognosi. Il primo ministro del cristianesimo ad attuare la volontà espressa dal Concilio fu il Vescovo Basilio (330c.a-379), poi proclamato Santo, il quale realizzò a Cesarea la prima struttura per il ricovero di viandanti e malati bisognosi. La sua iniziativa costituì un esempio al quale si ispirarono sia altri ministri del cristianesimo che persone facoltose di ispirazione cristiana per realizzare strutture analoghe. Tutte le strutture realizza-

- te sulla base delle influenze riferite furono comunque, per molti secoli, organizzate in forma più caritatevole che sanitaria;
- b) furono costruiti, tra il IV e l'VIII secolo e più in generale nell'Alto Medioevo, moltissimi spazi per il ricovero di pellegrini malati, in prossimità ovvero all'interno dei monasteri e lungo le vie che dovevano essere percorse per recarsi ai luoghi Santi. Tali strutture in relazione al tipo di persone assistite assunsero, come vedremo, nomi diversi;
 - c) si provvide, soprattutto durante lo stesso periodo storico indicato sotto la precedente lettera, alla realizzazione, per motivi igienici fuori le mura delle città, di numerosi lebbrosari per assistere le persone colpite da tale malattia;
3. ancora in Occidente, sia nelle strutture realizzate dai Vescovi sulla base delle indicazioni del Concilio di Nicea che nei sempre maggiori spazi per il ricovero e la cura dei pellegrini malati realizzati accanto ovvero all'interno di monasteri per lo più situati sulle vie dagli stessi praticate, le cure furono fin dall'inizio basate, seguendo gli insegnamenti di Ippocrate, principalmente su preparati a base di erbe coltivate negli orti dei monasteri associati alle diete nonché sull'esercizio fisico;
 4. in Italia San Benedetto da Norcia (480c.a-547) promosse gli studi medici, comprendenti anche la copiatura dei testi antichi, dai quali ebbe inizio la così detta medicina monastica; provvide inoltre alla realizzazione presso Salerno di un ospizio dove sorse e successivamente si sviluppò una importante e famosa scuola medica;
 5. la medicina monastica, che ben presto si diffuse in tutta l'Europa, si dotò di un'organizzazione tutta propria e certamente complessa: utilizzò infatti per prima da un lato il *monachus infirmarius* per curare gli infermi ed istruire i novizi che avrebbero dovuto assicurare la continuità dell'assistenza e dall'altro lato le farmacie, denominate *armamentarium pigmentarium*, per conservare le erbe medicinali molto spesso ricavate da coltivazioni realizzate negli orti monasteriali;
 6. la promozione da parte di persone facoltose -che convertitesi al cristianesimo professarono i voti di povertà, castità ed obbedienza- della costituzione di ordini cavallereschi che si occuparono dell'assistenza caritativa ai malati, ai bisognosi ed ai pellegrini che si recavano nei luoghi santi. Grande rilievo in tale contesto ebbe fin dagli inizi l'Ordine di San Giovanni di Gerusalemme, divenuto poi Ordine dei Cavalieri di Malta, al quale si deve la costruzione dei primi xenodochia od ospizi laddove in una prima fase venne offerta ospitalità ai viandanti ed ai pellegrini e successivamente ai bisognosi ed ai malati anche per l'avvento di una maggiore povertà molto spesso causata da carestie, malattie ed epi-

demie. L'ampliamento delle tipologie di persone accolte indusse a destinare gli *xenodochia* esclusivamente all'assistenza degli stranieri e, conseguentemente, a costruire i *ptochia* per l'assistenza ai poveri, i *gerontocomi* per l'assistenza ai vecchi, i *brefotrofi* per l'assistenza ai bambini ed, infine, gli *orfanotrofi* per l'assistenza agli orfani;

7. la costituzione da parte di persone appartenenti a ceti popolari di ispirazione religiosa di congregazioni e confraternite allo scopo di supportare le iniziative caritative poste in essere dai ministri della religione cristiana in analogia con gli scopi che si erano prefissi gli ordini cavallereschi;
8. nel mondo islamico, a partire dal VII secolo, vi fu una graduale riscoperta del ruolo della medicina soprattutto in conseguenza della traduzione in lingua araba dei molti testi medici antichi, cui si è fatto i precedenza cenno. Il nuovo interesse è confermato anche dagli scritti del persiano di lingua araba Abu I-Qasim az-Zahrawi, noto con il nome di Rhazes Albucasis, (Zagara 936-1013) e del persiano di lingua araba Abu 'Alì al-Husain Ibn Sina, noto come Avicenna, (Afhasana, presso Buhara, 980-Hamadan 1037), considerati rispettivamente come il principale trattatista della medicina chirurgica del suo tempo e come uno dei massimi esponenti del periodo migliore della scuola medica araba. In particolare:
 - Rhazes Albucasis fu autore del compendio di medicina, il *Liber continens*, dove tra l'altro approfondì la differenza tra morbillo e vaiolo, contestò la convinzione secondo la quale era possibile diagnosticare una malattia con il semplice esame delle urine e descrisse tecniche operative per quei tempi senza dubbio assai ardite (ernioplastica, uso del catetere nelle malattie della vescica, applicazione di denti artificiali, cura delle ferite da armi da taglio e da punta),
 - Avicenna descrisse i suoi studi di anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia nel *Canone della medicina* dove non solo sistematizzò tutte le conoscenze greche ed arabe nelle suddette materie ma esplicò anche aforismi e consigli utili per il vivere quotidiano.

Entrambi influenzarono a lungo con le loro teorie l'operato di medici e chirurghi europei in generale e spagnoli in particolare. Infatti in Spagna, soprattutto a Cordoba, si ebbe in conseguenza del dominio stabilito dagli arabi un forte sviluppo della cultura e quindi della medicina praticata in oriente e soprattutto nel mondo arabo. Tale situazione assume particolare rilevanza in quanto dal momento della caduta del regno arabo i più insigni professori di medicina ed i più valenti medici della Spagna musulmana si trasferirono per lo più a Montpellier ed a Salerno dove dettero un rilevante impulso allo sviluppo delle scuole di medicina ivi presenti.

5.

Organizzazione ed evoluzione della medicina dall'inizio del II millennio all'unità d'Italia con riferimento soprattutto al territorio italiano

Alla base dello sviluppo sul territorio italiano delle riferite iniziative volte a fornire, durante la prima storica fase di espansione della religione cristiana, accoglienza ed ospitalità ai pellegrini, alle persone senza fissa dimora, agli emarginati, ai poveri e successivamente ospitalità, cura ed assistenza alle persone malate, ci fu sicuramente la così detta *hospitalitas*, intesa come disponibilità di un qualsiasi individuo a soccorrere un proprio simile al semplice verificarsi di un *bisogno*. L'*hospitalitas* è riconducibile in generale alla diffusione dei *principi del cristianesimo*, e più direttamente alla diffusione del principio dell'*amore verso il prossimo*. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, rilevato che l'ospedale inteso come luogo specialistico di cura si sostanzia esclusivamente a partire dal XIX secolo, riteniamo opportuno sottolineare, in particolare, che l'affermarsi del valore etico-religioso dell'*hospitalitas*:

- a) favorì la creazione di sempre maggiori spazi per il ricovero e la cura dei pellegrini malati soprattutto all'interno dei monasteri situati sulle vie dagli stessi praticate;
- b) fu alla base della nascita dei primi *lazzeretti* cioè di strutture per il ricovero obbligatorio di persone affette da malattie infettive, prima fra tutte la peste, di cui si era manifestata un'ampia diffusione in conseguenza del passaggio di pellegrini da e verso la Palestina;
- c) determinò un ulteriore forte impulso alla realizzazione da parte di rappresentanti della Chiesa cattolica di strutture per ospitare le persone malate e povere, come dimostra la miriade di ospedali costruiti a partire dall'inizio del XIII secolo ed in particolare la costruzione:
 - a Roma dell'ospedale di Santa Maria in Sassia (1201), dovuta al Papa

Innocenzo III e che diventò *ospedale S. Spirito* a seguito di decisione assunta nel 1228 da Papa Gregorio IX;

- a Vercelli dell'*ospedale Sant'Andrea* (1248), dovuta al Cardinale Guala Biccheri;
- a Pistoia dell'*ospedale del Ceppo* (1277);
- a Firenze dell'*ospedale Santa Maria Novella* (1288), dovuta ad una elargizione di Folco Portinari, padre della Beatrice cantata da Dante.

Con riferimento ai suddetti ospedali va rilevato non solo che di essi rimangono importanti testimonianze ma anche che un piccolo numero di essi è stato utilizzato fino agli ultimi decenni del secolo scorso od, addirittura e seppure in numero limitatissimo, è ancora funzionante.

Sull'esempio dei rappresentanti della Chiesa nei secoli immediatamente successivi anche i *signorotti* dei vari territori svilupparono iniziative per fornire assistenza sanitaria; ciò anche al fine di confrontarsi ed, a volte, di contrapporsi al potere temporale dei *religiosi*.

Pertanto non va dimenticato che:

- agli inizi del periodo preso in considerazione furono creati i primi ordini ospedalieri, i quali in sostanza erano associazioni aventi natura ospedaliera, militare e religiosa che si facevano carico di prestare assistenza, fuori dal territorio italiano, agli infedeli ed ai nemici del cristianesimo. Particolarmente rilevante fu l'opera svolta dalle già citate associazioni ed in particolare dall'Ordine di San Giovanni di Gerusalemme più noto con il nome assunto successivamente di Sovrano Ordine di Malta e del quale abbiamo già riferito sotto il precedente capitolo. Quest'ultimo infatti già nella seconda metà dell'anno 1000 forniva presso un proprio ospedale, tramite monaci in abito nero, cure ai pellegrini ed ai crociati come testimonia la *Bolla* con cui Papa Pasquale II, nel 1113, concesse preziosi indulti alla struttura definendola *vera casa di Dio*;
- dopo l'anno 1000 l'organizzazione ospedaliera ricevette un notevole impulso anche dalla costituzione di altri Ordini Cavallereschi (dei Templari, dei Teutonici) i quali al pari di quanto aveva già fatto il Sovrano Ordine di Malta assunsero come loro scopo originario l'assistenza agli infermi;
- tra il X ed il XII si ebbe il fiorire della scuola medica salernitana, sorta probabilmente all'inizio del IX secolo, la quale si avvale anche dei testi di medicina arabi e greci grazie alla loro traduzione in latino effettuata da Costantino Africano dopo che, per molti decenni, si era avvalsa di insegnamenti tramandati oralmente dai monaci. La scuola ebbe il merito di non accettare passivamente la malattia ma di combatterla, curarla

e, laddove possibile, prevenirla e si distinse dalle altre scuole per aver indotto i docenti a discutere con gli allievi, presso il letto dei pazienti, i singoli casi. Gli insegnamenti fondamentali della scuola furono raccolti in un trattato, il *Regimen sanitatis salernitanum* noto anche sotto il nome di *Flos Medicinæ Salerni*; in esso sono indicati gli elementi esterni (alimentazione, attività fisica, fattori climatici, habitat, ecc.) da controllare per conservare e migliorare la salute delle persone. Il trattato fu senza dubbio per molti decenni il libro di testo più conosciuto e sullo stesso studiarono diverse generazioni di futuri medici. La scuola ebbe una tale importanza ed un tale prestigio da indurre Ruggero II ad emanare, nel 1130, una legge con la quale si obbligavano gli aspiranti medici a sostenere una prova di abilitazione alla professione davanti ad una commissione da lui stesso nominata: erano esonerati dalla prova solo coloro che avevano frequentata la scuola salernitana;

- Trotula De Ruggiero, medichessa vissuta durante il secolo XI, oltre ad insegnare nella scuola salernitana scrisse molti libri il più importante dei quali è ritenuto il *De mulierum passionibus in ante e post partum* dove descrisse la gravidanza, il parto, il puerperio, l'alimentazione neonatale e la tecnica della perineorrafia. L'importanza del testo fu tale che conservò validità fino al XV secolo;
- con il Concilio di Reims (1131) prima e con il Concilio Laterano (1215) successivamente furono imposte ai medici-monaci proibizioni sempre più ampie all'esercizio extraconventuale della medicina, favorendo di conseguenza anche l'insegnamento della medicina presso le prime università;
- il Papa Innocenzo III, nel 1215, con la bolla *Ecclesia abhorret a sanguine* costrinse i medici-monaci ad abbandonare la pratica della chirurgia. La decisione fu causa della mancata evoluzione, per molti decenni, delle tecniche operatorie in considerazione del fatto che l'attività chirurgica fu realizzata esclusivamente da persone non colte (artigiani e barbieri);
- a partire dall'inizio del XIII secolo si ebbe la creazione delle prime *Misericordie* cioè di associazioni che -come era avvenuto per le congregazioni e le confraternite- furono per lo più dovute all'iniziativa di appartenenti a ceti popolari di ispirazione religiosa. Esse si proposero di organizzare e gestire direttamente la beneficenza e l'assistenza e, con riferimento al tema della presente trattazione, di prestare assistenza agli ammalati, rifugio ai pellegrini e sepoltura ai morti;
- Federico II di Svevia:
 - a) in occasione della Crociata dell'anno 1228, commissionò ad Adamo da Cremona il "*Regimen iter agentium vel peregrinatum*" cioè un

testo di medicina militare che istruiva i cavalieri ed i pellegrini in partenza sul come affrontare il viaggio, sul clima e sugli animali dei paesi orientali;

- b) nel 1231, emanò le “constitutiones” all’interno delle quali si trovavano, tra l’altro, la prima raccolta delle leggi volte a regolamentare gli studi e l’esercizio della medicina nonché norme e provvedimenti per la salvaguardia dell’igiene ambientale e della salute delle popolazioni nel mondo occidentale e per l’esercizio della polizia mortuaria. Le richiamate disposizioni disciplinavano anche la preparazione e la vendita di medicinali, sciroppi e medicamenti, che comunque dovevano avvenire sotto la responsabilità ed alla presenza di un medico. Era inoltre previsto un rigido controllo, ad opera di funzionari regi, non solo sulla vendita, sul confezionamento, sulla durata e sui prezzi dei farmaci ma anche sul percorso del corso di laurea per diventare medici. Le regole rimasero inalterate per oltre quattro secoli dalla fondazione della scuola salernitana di medicina. Il corso di laurea in medicina prevedeva la frequenza per tre anni della scuola di logica e per i successivi cinque anni di studi specifici da svolgere presso l’Università di Salerno, dove era obbligatorio effettuare uno studio accurato dei testi autentici di Ippocrate e di Galeno, oltre a studi altrettanto dettagliati sull’anatomia umana che, comunque, dovevano sempre precedere qualunque pratica chirurgica. L’esercizio della professione medica era inoltre subordinato all’effettuazione, post-laurea, di un anno di tirocinio presso un medico esperto ed al superamento di un ulteriore esame finalizzato a valutare la preparazione scientifica del futuro medico; l’esame era effettuato da una commissione pubblica di Maestri di Salerno ed il suo superamento dava luogo alla consegna, da parte dello stesso re o di un suo rappresentante, dell’autorizzazione all’esercizio della professione. Qualche anno dopo l’esame di abilitazione alla professione poteva essere sostenuto davanti ai Commissari della Curia Regia e delle Curie provinciali. Il corso di laurea poteva essere frequentato da tutti, compresi ebrei e donne;

- le Università dovettero giocoforza interessarsi di assistenza sanitaria in considerazione della presenza sul proprio territorio di centri laddove l’insegnamento della medicina era già praticato da parte di persone, sia laiche che religiose, famose per l’abilità e/o per il valore didattico. Al riguardo sembra opportuno ricordare che i primi corsi di medicina furono avviati:
 - in Italia, alla fine del XII secolo, presso l’università di Bologna, fondata nell’anno 1088 ed, all’inizio del XIII secolo, anche presso le uni-

versità di Padova e di Napoli e, pochi anni dopo, presso l'università di Salerno;

- all'estero, ancora una volta all'inizio del XIII secolo, presso le università di Montpellier, Parigi, Oxford e Cambridge. I corsi tenuti presso l'università di Montpellier furono fortemente influenzati dalle scuole ebraica e salernitana.

L'insegnamento universitario in Italia fu disciplinato soprattutto da bolle pontificie; infatti Papa Alessandro III, nel 1179, istituì l'obbligo per lo studente di sostenere un esame al termine del corso di laurea in medicina e Papa Onorio III, nel 1219, regolamentò l'insegnamento stabilendo, tra l'altro, che per poter essere *Magister* dei corsi di laurea in medicina bisognava aver ottenuta specifica licenza rilasciata dalle autorità ecclesiastiche. La disciplina del corso di laurea fu, nel 1286, ulteriormente modificata prevedendo, forse in analogia con quanto avveniva presso l'università di Salerno, che alla fine del corso il futuro medico doveva sostenere due sessioni di esami, la prima volta ad accertare il grado di preparazione dello studente e la seconda durante la quale lo stesso era chiamato a svolgere dinanzi ai Magister ed alle Autorità una dissertazione su tema prestabilito. Conseguentemente e coerentemente con la riferita regolamentazione le lauree furono per molti decenni conferite dal Vescovo, fatta eccezione per quelle ottenute presso l'università di Padova laddove il conferimento avveniva da parte del responsabile della città, l'attuale sindaco. Quest'ultima situazione, dopo la controriforma, favorì l'accesso presso l'università di Padova di studenti di religione protestante ai quali non veniva imposto l'obbligo di giurare fiducia al cattolicesimo.

A quanto precede aggiungasi che le università di Bologna e di Padova furono le prime a fornire alle persone malate varie tipologie di assistenza sanitaria idonee ad assicurare supporti adeguati ai vari tipi di insegnamento di volta in volta praticato e che i vasti rivolgimenti politici e religiosi verificatisi nei secoli XV e XVI procurarono forti modificazioni al sistema fin qui descritto. I rivolgimenti infatti determinarono un profondo mutamento dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria e soprattutto di quella ospedaliera la quale non solo fu sottratta ai religiosi ma venne assunta direttamente dai singoli Stati esistenti nelle varie epoche sul territorio italiano: tale passaggio attenuò il carattere caritativo degli interventi per sostituirlo con la difesa sociale dei sani dai malati.

D'altra parte va ricordato che le ricorrenti epidemie -dovute oltre che alla lebbra anche alla malaria, al così detto fuoco di S. Antonio, al vaiolo, al tifo, allo scorbutto ed alla febbre bubbonica- nonchè la mancanza assoluta di igiene unite alla più completa ignoranza dei meccanismi di contagio, oltre a

procurare elevata mortalità indussero fatalmente la diffusione, in aggiunta ai già citati lebbrosari, dei lazzeretti. Presso queste nuove strutture veniva realizzato l'isolamento del malato contagioso piuttosto che la pratica sullo stesso di cure sanitarie specifiche ovvero interventi di diversa tipologia, comunque finalizzati a ridurre i rischi del contagio. L'isolamento veniva imposto con la tradizionale quarantena.

Ai fini della riduzione dei rischi del contagio vanno considerate di particolare rilevanza le misure igieniche adottate a Venezia per combattere le epidemie; infatti le stesse prevedevano, ad esempio, che le navi provenienti da luoghi *sospesi* (cioè interdetti in quanto vi era notizia della presenza di epidemie) oppure sprovviste di *fedi di sanità* (certificati di idoneità sanitaria) dovessero essere prese in consegna dai così detti *guardiani del magistrato alla sanità* ai quali competeva da una parte di scortare i relativi passeggeri fino al lazzeretto e dall'altra parte di impedire a chiunque di avvicinarsi alle navi sospette durante tutto il periodo di contumacia stabilito. In tale contesto presso gli stessi ospedali si svilupparono, assai spesso, focolai di malattie contagiose che furono combattute con risultati positivi soltanto dopo che, nei secoli XVII e XVIII, furono acquisite maggiori conoscenze nel campo della patologia e dell'applicazione sistematica dell'antisepsi.

Con riferimento al periodo storico preso in considerazione, vanno opportunamente ricordate altre importanti tappe evolutive della medicina in relazione all'influenza che le stesse ebbero sull'assistenza sanitaria ed in particolare:

- l'illustrazione da parte di Ruggero Frugardi (1180 - ?), nel suo testo *Practica chirurgiae*, delle tecniche operatorie dell'epoca nelle quali si faceva uso di fili di seta, nonché di una forma rudimentale di anestesia. Lo stesso consigliò anche l'utilizzo di spugne ed alghe contenenti iodio per il trattamento medico del gozzo;
- l'ideazione da parte di Ugo dei Borgognoni (Lucca 1160-Bologna 1252) dei primi apparecchi per l'immobilizzazione di arti fratturati e la realizzazione da parte di suo figlio Teodorico (Lucca 1205-Bologna 1298) delle prime rudimentali anestesi praticando, durante gli interventi chirurgici, la narcosi tramite apposizione sul viso del paziente di spugne imbevute di mandragora, giusquiamo ed oppio;
- l'approvazione da parte della religione cristiana, tramite il Papa Sisto IV (1414-1484), dell'esecuzione delle autopsie o dissezioni; la loro esecuzione favorì infatti gli studi di anatomia dai quali conseguì la messa a punto di nuove tecniche chirurgiche;
- lo studio da parte di Leonardo da Vinci (1452-1519), nei primi anni del Cinquecento, del corpo umano da cui lo stesso trasse osservazioni che

- rivoluzionarono la scienza medica tradizionale. Leonardo in particolare effettuò importanti studi sul cervello dove stabilì la sede del terzo ventricolo;
- la pubblicazione, da parte di Papa Clemente VII (Pontefice dal 1523 al 1534), di una *bolla* nella quale si stabiliva che il laureato in medicina doveva impegnarsi solennemente ad osservare il testo del giuramento di Ippocrate. La bolla di Papa Clemente da un lato consentì il recupero della concezione ippocratica -peraltro diffusasi ampiamente nei secoli- secondo la quale cardine della personalità del medico doveva essere l'agire con calma, moralità, onestà, serenità nel giudizio, amore sia per la propria arte che per il malato e da un altro lato codificò una prassi che è tuttora in vigore;
 - l'avvio da parte di Filippo Aurelio Teofrasto Bombasto von Hohenheim, noto come Paracelso, (Einsiedeln 1493- Salisburgo 1541) della demolizione dei dogmi dei padri della medicina fino ad allora intoccabili che lo indusse ad un gesto plateale: il rogo sulla pubblica piazza dei libri di Galeno ed Avicenna. Paracelso ebbe anche il merito di scrivere uno dei primi trattati sulle malattie mentali, *Malattie che privano l'uomo della ragione*, dove descrisse la mania e l'epilessia e preconizzò i rapporti tra cretinismo e gozzo endemico. Egli deve altresì essere considerato il padre dell'anestesia in quanto sperimentò per primo l'azione dell'etere solforico osservandone la capacità a sedare le persone ed ad attenuare qualsiasi dolore. Per lenire il dolore fece uso anche del laudano e di altri composti chimici. Fu anche un grande utilizzatore di tutti gli elementi chimici tanto da essere considerato, per un certo periodo, il fondatore della iatrochimica, anche se in realtà fu solo un alchimista;
 - la pubblicazione da parte di Fracastoro Girolamo (Verona 1483-Verona 1553), nell'anno 1530, del testo *Syphilis sive de morbo gallico* nel quale descrisse l'evoluzione e la terapia della lue -da allora chiamata sifilide- nonché, negli anni 1538 e 1546, rispettivamente del trattato *Dies critici vel de dierum criticorum causis* e del trattato *De contagione et contagiosis morbis* nei quali elaborò le teorie del contagio dovuto a germi avanzando ipotesi sulle cause e sulle vie delle infezioni. Con i contenuti di questi ultimi testi egli pose le basi della moderna microbiologia;
 - la descrizione puntuale da parte di Bartolomeo Eustachi (San Severino Marche ca. 1503-? 1574) di alcune ossa del cranio e di alcune strutture anatomiche dell'orecchio, del fegato e dei vasi sanguigni nonché il tentativo di analizzare la struttura fine dei reni e dei denti. In relazione ai riferiti studi, egli da una parte è ricordato per aver dato il nome alla famosa *tromba o tuba di Eustachio* e da un'altra parte è considerato uno dei riformatori dell'anatomia ed uno dei precursori dell'anatomia microscopica;

- la pubblicazione nell'anno 1543, da parte di André van Wesele (Bruxelles 1514-Zante 1564) -noto in Italia con il nome di Andrea Vesalio- del trattato *De humani corporis fabrica* nel quale descrisse *ex novo* tutta l'anatomia del corpo umano scardinando alcune nozioni anatomiche di Galeno. In verità il Vesalio, che fu professore di anatomia presso l'università di Padova, è considerato il principe degli anatomisti, sebbene non sia stato autore di alcuna scoperta sensazionale. Allo stesso va riconosciuto comunque il merito di aver contribuito, anche se in modo non determinante, al rinnovamento degli studi anatomici che improntò a criteri rigidamente scientifici rifiutando di accettare acriticamente le teorie di Galeno al suo tempo dominanti nel mondo accademico. In particolare egli sulla base degli esiti degli studi anatomo-fisiologici effettuati da un lato descrisse per la prima volta l'anatomia del cuore ed il decorso delle vene nonché l'anatomia di alcune ossa ed articolazioni (osso sacro, sterno, menischi articolari della mano e del ginocchio) e da altro lato sostenne che la chirurgia non poteva più essere considerata un'arte minore svolta esclusivamente da *cerusici* e *barbieri*, ma un'attività specifica dei medici. I contenuti del richiamato testo sono peraltro ancora oggi alla base degli studi di anatomia;
- i numerosi studi effettuati da Gabriele Falloppio (Modena 1523-Padova 1562) -successore del Vesalio nella cattedra di anatomia presso l'università di Padova- sugli organi della riproduzione, all'interno dei quali si trova la prima esatta descrizione delle tube uterine le quali da allora sono conosciute come *trombe di Falloppio*. Allo stesso si deve anche:
 - la descrizione dei seni sfenoidali, del canale del nervo facciale e l'introduzione nel linguaggio scientifico di termini anatomici ancora oggi in uso: vagina, placenta, velo palatino, palato, labirinto, coclea;
 - il perfezionamento delle tecniche per la realizzazione del taglio cesareo anche su donne vive nonché l'introduzione del forcipe per estrarre dal grembo materno non solo i feti morti ma anche i neonati vivi;
- gli studi anatomici effettuati dalla fine del XV secolo e per tutto il secolo successivo da molti anatomisti. In particolare vanno ricordati Berengario da Carpi ed Andrea Cisalpino, vissuti durante il XVI secolo, al primo dei quali va riconosciuto il merito di aver descritto la funzione delle valvole cardiache e la morfologia del rene a ferro di cavallo e dell'appendice vermiforme nonché di aver per primo distinto i vasi chiliferi dalle vene ed al secondo il merito di una scoperta rivoluzionaria: dimostrò infatti che vene ed arterie originano dal cuore e che questo costituisce il centro propulsore del sangue;
- il trasferimento, a partire dai primi anni del XVII secolo, dell'interesse

- medico dagli studi anatomici agli studi dei fenomeni vitali, favorito da nuove scoperte, anche strumentali, nel campo della fisica e della chimica;
- l'invenzione da parte di Galileo Galilei (Pisa 1564-Arcetri 1642) del termometro ad alcool e del microscopio che, come vedremo, furono utilizzati anche nel campo della medicina favorendone l'evoluzione;
 - i primi studi sul metabolismo effettuati dall'allievo della scuola galileiana Santorio Santorio (Capodistria 1561-Venezia 1636) i quali consentirono allo stesso di osservare che il peso dei materiali escreti era inferiore a quello di quelli ingeriti da cui derivò la teoria secondo la quale l'energia liberata dal cibo ingerito veniva eliminata con altri meccanismi che denominò *perspiratio insensibilis*. Santorio peraltro utilizzò per primo il termometro ad alcool inventato da Galileo Galilei per misurare la febbre e prese lo spunto dall'invenzione galileiana per realizzare altri tre tipi di termometro con cui rilevare la temperatura del corpo in diverse sue parti;
 - l'introduzione dell'insegnamento al letto del paziente dovuta al medico tedesco Franz de la Boe (Hannau 1624-Amsterdam 1672) a tutti noto come Sylvius;
 - l'utilizzo del microscopio, inventato da Galileo Galilei, nel campo della ricerca sperimentale al quale si devono molte scoperte. In particolare il microscopio fu utilizzato da Marcello Malpighi (Crevalcore 1628-Roma 1694), anch'esso allievo di Galileo, per concludere gli studi sulla circolazione del sangue lasciati incompleti dal medico e fisiologo inglese William Harvey (Folkestone 1578-Londra 1657) il quale aveva scoperto che vi era una circolazione arteriosa ed una venosa ma non aveva capito con quali modalità i due sistemi comunicassero tra loro. Malpighi infatti dimostrò che il punto di scambio è rappresentato dai vasi capillari che permettono la comunicazione tra le arteriole e le venule. Egli, oltre ad essere il padre dell'embriologia ed il fondatore dell'anatomia microscopica, scoprì l'esistenza dei glomeruli renali, considerò la cellula come l'elemento fondamentale di ogni essere vivente e descrisse, per primo, le varie strutture anatomiche;
 - l'individuazione da parte di Giovanni Cosimo Bonomo (Livorno 1666-Firenze 1696) di un acaro dell'agente etiologico della scabbia;
 - la pratica in maniera massiccia, a partire dalla fine del XVII secolo, delle trasfusioni di sangue la quale però consentì di ottenere benefici soltanto in rari casi per la mancata conoscenza all'epoca dei gruppi sanguigni e delle regole di asepsi;
 - la pubblicazione, nell'anno 1700, da parte di Bernardino Ramazzini (Carpi 1633-Padova 1714) del testo *De morbis artificum diatriba* nel quale vengono

- descritte le malattie collegate alle 52 categorie professionali esistenti all'epoca ed individuate le misure terapeutiche e profilattiche. Egli è inoltre riconosciuto come fondatore della clinica delle malattie del lavoro per aver individuato, sulla base di intuizioni scientifiche che anticipavano l'approccio scientifico della moderna epidemiologia, la relazione esistente tra esposizione a sostanze nocive e malattia. Ramazzini è peraltro ricordato per aver propugnato l'esigenza di iniziative rivolte alla prevenzione e l'opportunità dell'emanazione di leggi che salvaguardassero l'igiene del lavoro;
- lo sviluppo dello studio della medicina da parte di studiosi europei che indusse a ritenere superata la convinzione dell'esistenza di una causa unica delle malattie ed ad abbracciare la teoria secondo la quale era necessario classificare i vari quadri clinici onde far precedere la diagnosi alla ricerca della causa ed alla definizione della terapia di ogni stato patologico, nella consapevolezza, comunque, della necessità di collegare i sintomi alle alterazioni anatomiche che li accompagnavano ad evitare una ingiustificata proliferazione delle malattie. A quest'ultimo fine ebbe grande rilevanza Giambattista Morgagni (Forlì 1682-Padova 1771), fondatore dell'anatomia patologica, il quale sostenne che le varie malattie si manifestavano con un'alterazione dell'organo corrispettivo per cui si rendeva necessario associare il quadro clinico di una malattia con il relativo quadro anatomo-patologico. Il Morgagni compendì il riferito nuovo metodo di ricerca osservazione dapprima nell'*Adversaria anatomica* e successivamente, cioè nel 1761, nel trattato in cinque volumi *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, dove mise in relazione, previa comparazione, i fenomeni clinici di 700 casi -alcuni dei quali appartenuti al Malpigli ed al suo maestro Antonio Maria Valsala- con il quadro anatomo-patologico associando per primo la registrazione dei casi clinici con i reperti autoptici ed utilizzando l'indagine anatomica per la ricerca della sede e delle cause delle malattie. Allo stesso peraltro vanno attribuiti importanti contributi nel campo della patologia quali la descrizione della cirrosi epatica e dell'endocraniosi. Nello stesso periodo in cui Morgagni pubblicò il suo trattato il medico austriaco Leopold Auenbrugger (Graz 1722-Vienna 1809) pubblicò il testo noto con il titolo abbreviato *Inventum Novum*, nel quale descrisse e sostenne l'importanza della percussione come tecnica semeiotica per osservare in vivo gli organi toracici onde eventualmente accertarne le alterazioni;
 - l'affermarsi, durante l'epidemia di vaiolo che colpì la Toscana nel 1756, della tecnica dell'innesto del virus di vaiolo vaccino, pratica che fino ad allora non godeva dell'unanime approvazione del mondo scientifico dell'epoca;
 - la dimostrazione da parte del chimico francese Antoine Laurent Lavoisier

(Parigi 1743-1794) -considerato il fondatore della chimica moderna per le innovazioni introdotte nella metodologia della ricerca e nella elaborazione teorica dei dati sperimentali- dell'esatto svilupparsi dei fenomeni della respirazione e la individuazione dell'ossigeno quale gas fondamentale per la stessa;

- gli studi effettuati da Lazzaro Spallanzani (Scandiano 1729-Pavia 1799) il quale giovandosi della scoperta del Lavoisier riuscì a collegare la respirazione tessutale con il consumo di ossigeno osservando il passaggio del sangue dalle arterie alle vene; allo stesso si deve anche la dimostrazione del potere digestivo dei succhi gastrici, l'infondatezza della teoria della generazione spontanea ed, infine, la descrizione del fenomeno della morte apparente;
- il grande sviluppo della chirurgia verificatosi nell'Europa centrale grazie essenzialmente a Giovanni Alessandro Brambilla (1728-1800) il quale fece comprendere l'importanza fondamentale dell'anatomia per il suo esercizio;
- gli studi sull'ipnotismo effettuati da Franz Anton Mesmer (Iznanz, lago di Costanza 1734-Meersburg 1815) appartenente alla corrente vitalistica della scuola di Montpellier;
- gli studi sul vaiolo effettuati da Edward Jenner (Berkeley, Gloucestershire 1749- ? 1823) a seguito dei quali egli dimostrò l'immunità indotta sulla persona attraverso la vaccinazione con la tecnica della vaiolizzazione aprendo la strada alla moderna immuno-profilassi e produsse artificialmente la prima infezione come misura profilattica: vaccinando infatti suo figlio con tale tecnica si rese conto che dopo la formazione della pustola lo stesso risultava immune dal vaiolo;
- la scoperta del sistema linfatico da parte di Paolo Mascagni (Castelletto, Siena 1755- Firenze 1815);
- la pubblicazione, nel 1793, da parte di Vincenzo Chiarugi (Empoli 1759-Firenze 1820) del testo *Della pazzia in genere e in specie* laddove la malattia mentale viene considerata al pari delle altre malattie e, quindi, meritevole di essere trattata in apposite strutture.

Pertanto non vanno dimenticati gli interventi legislativi, soprattutto in materia di sanità pubblica, approvati prima dell'Unità d'Italia e precisamente:

- l'emanazione da parte dello Stato Pontificio, a partire dalla fine del XV secolo, di leggi finalizzate a combattere la diffusione delle epidemie;
- l'attuazione da parte dello Stato Pontificio a partire dalla prima metà del Settecento delle *condotte ostetriche*;
- la promulgazione, nel 1806, del "Regolamento Napoleonico di Polizia

Medica, Sanità Continentale e Sanità Marittima” con il quale si diede vita nella sostanza al primo sistema organico di sanità pubblica affidato alle Prefetture. Il regolamento, tra l’altro, istituì la *polizia medica* prevedendone la collocazione presso le sedi universitarie di Bologna, Padova e Pavia, con affidamento della relativa direzione al Ministero degli Interni e rese inoltre obbligatoria la vaccinazione antivaiolosa;

- la promulgazione, nel 1818, della “Legge generale sulla sanità” da parte dello Stato Pontificio;
- la promulgazione, nel 1819, della “Legge organica sanitaria” e, nel successivo anno 1820, del “Regolamento sanitario” da parte del Regno delle Due Sicilie;
- l’introduzione nello Stato Pontificio, da parte di Benedetto XIV (1740-1758), dell’obbligo della vaiolizzazione, intesa come innesto cutaneo su un soggetto sano di un po’ di pus prelevato da un malato di vaiolo in via di guarigione. L’obbligatorietà della vaccinazione fu voluta dal Papa nonostante si fossero placate le grandi epidemie sulla scorta dell’esperienza in tal senso fatta in altre realtà territoriali (Costantinopoli e Venezia) che lo stesso considerò positive anche se la sua pratica aveva procurato molte morti;
- la promulgazione, nel 1859, della “Legge sanitaria sabauda” da parte del Regno di Sardegna; la stessa peraltro fu applicata dopo la proclamazione del Regno d’Italia in tutti i territori annessi al Regno di Sardegna nei quali non vigevano già altre leggi in materia.

La situazione riferita giustifica ampiamente gli orientamenti dei singoli Stati rivolti alla realizzazione di iniziative finalizzate a ridurre la frequenza delle malattie e la mortalità. Infatti in occasione dell’insorgenza di malattie infettive, specie se a carattere epidemico, le disposizioni richiamate consentirono di realizzare azioni di polizia sanitaria le quali, pur se mirate all’interesse della collettività, avevano sicuramente come obiettivo prevalente la salvaguardia dell’incolumità e dell’ordine pubblico anche se non sfuggiva fin da allora la loro rilevanza economica in quanto si riconosceva alle stesse la capacità di abbattere l’alto costo sociale derivante dalla riduzione di manodopera procurata dalle malattie.

A conclusione del presente capitolo riteniamo opportuno sottolineare come gli interventi volti a tutelare la salute pubblica, adottati nel XVIII secolo, testimonino che, già fin da tale epoca, era stata acquisita la consapevolezza degli indubbi vantaggi che potevano derivare al mantenimento dello stato di salute del singolo dalla pratica dell’igiene individuale ed al mantenimento della salute pubblica dalla pratica della pulizia abitativa e da quella della pulizia individuale e pubblica.

6. Organizzazione ed evoluzione della medicina dall'unità d'Italia alla riforma ospedaliera

Anche il Regno d'Italia non poté fare a meno di affrontare, fin dalle sue origini, i gravi problemi inerenti la tutela della salute dei suoi sudditi nonostante fosse stata introdotta la legge sanitaria sabauda, come riferito in precedenza, nei territori annessi presso i quali non fossero in vigore leggi sanitarie emanate dai precedenti governanti. Il primo intervento in tema di assistenza sanitaria che riguardò tutti i territori del Regno fu certamente la legge n. 753/1862 con la quale furono, per la prima volta, dettate norme per disciplinare gli *ospedali per infermi*: agli stessi, che furono ricompresi fra le “opere pie” (OO.PP.), fu affidata la cura gratuita degli indigenti, nei limiti delle rispettive possibilità patrimoniali. A distanza di meno di tre anni dall'adozione del riferito intervento legislativo, fu emanata la legge 20 marzo 1865, n. 2248, il cui allegato “C” costituiva il primo nucleo di norme organiche in materia sanitaria. Essa in particolare disponeva che la tutela della sanità pubblica fosse affidata, a livello centrale, al Ministero degli Interni che doveva farsene carico tramite l'*Ufficio sanitario centrale* ed, a livello periferico, ai Prefetti, ai sottoprefetti ed ai Sindaci e prevedeva, quali organismi di supporto ai soggetti dei suddetti diversi livelli dell'organizzazione territoriale del regno, la costituzione rispettivamente del *Consiglio superiore di Sanità*, dei *Consigli provinciali di sanità* ed, infine, dei *Consigli sanitari di circondario*.

Le disposizioni della legge in questione riconobbero agli ospedali per infermi, costituiti in opere pie in attuazione della precedente legge n. 753/1862, l'autonomia propria di dette istituzioni fermo restando il controllo

dell'autorità governativa (Ministero degli Interni) e la tutela dell'autorità provinciale (Prefetto). Alla legge n. 2248/1865 fece seguito l'emanazione, nell'anno 1874, di specifico Regolamento il quale dispose l'istituzione in ogni Comune di una *Commissione Municipale di Sanità* con compiti analoghi a quelli che successivamente furono attribuiti all'ufficiale sanitario ed impose ad ogni Comune di redigere un *Regolamento di Igiene*.

L'organizzazione definita con la citata legge n. 2248/1865 ed integrata con il regolamento del 1874 trovò difficoltà ad affermarsi anche in relazione alla carenza dei tecnici che dovevano entrare a fare parte delle citate commissioni municipali, per cui a distanza di pochi anni fu rivisitata con la legge 22 dicembre 1888, n. 5849, nota come legge Crispi-Pagliani. La legge in questione oltre a ricondurre ad uniformità su tutto il territorio del regno la preesistente e diversificata legislazione in materia, tra l'altro:

- prefigurò la istituzione, a livello centrale, in seno al Ministero degli Interni, della *direzione generale della sanità pubblica*. La suddetta nuova articolazione organizzativa nacque dalla trasformazione dell'ufficio sanitario centrale il quale era stato istituito con la legge n. 2248/1865 perché si fosse fatto carico di svolgere le funzioni in materia sanitaria affidate al ministero in questione;
- dispose la costituzione degli *uffici sanitari provinciali* ed istituì la figura del *medico provinciale* quale loro responsabile. Allo stesso fu attribuito il compito di affiancare il Prefetto nella gestione della sanità;
- prevede la vigilanza sulle professioni sanitarie;
- dettò norme per regolamentare l'assistenza medico-chirurgica, farmaceutica, ostetrica e zootica, nonché l'igiene del suolo, dell'abitato, delle bevande e degli alimenti;
- definì le misure obbligatorie da adottare per contrastare la diffusione delle malattie infettive;
- disciplinò l'esercizio della polizia mortuaria.

Come può evincersi dalla elencazione testè esplicitata la legge in questione disciplinò in maniera organica ampi settori dell'assistenza sanitaria a dimostrazione della presa di coscienza, da parte degli statisti dell'epoca, della necessità di assumere la tutela della salute come impegno pubblico in considerazione della dimensione sociale che poteva avere l'insorgenza di stati patologici; ciò anche se la suddetta tutela era ancora intesa come interesse esclusivo del singolo il quale poteva provvedervi con le modalità ritenute di volta in volta più opportune salvo ricorrere agli interventi delle Opere Pie. A quanto precede aggiungasi che la legge n. 5849/1888, anche se in seguito è stata parzialmente modificata ed integrata, nella sostanza ha costituito il pun-

to di riferimento per quanto attiene la politica della tutela della salute pubblica sino al momento del trasferimento dallo Stato alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Prima di procedere alla disamina dell'evoluzione della medicina durante il periodo storico preso in considerazione sembra oltremodo opportuno ricordare che nel 1863 fu fondata a Ginevra, ove ha tuttora sede, la Croce Rossa Internazionale (CRI) su sollecitazione soprattutto del ricco finanziere svizzero Henry Dunant (Ginevra 1828-Heiden, Happenzell, 1910) il quale, impressionato dallo stato nel quale venivano lasciati i feriti sul campo durante la battaglia di Solferino (1859), abbandonò tutte le sue attività per dedicarsi alla risoluzione di tale deprecabile situazione. La CRI, giovandosi anche dell'esperienza dell'infermiera Florence Nightingale (Firenze 1820-Londra 1910) che aveva organizzato i servizi sanitari al seguito dell'esercito britannico durante la guerra in Crimea (1854), si proclamò associazione neutrale ed assunse tra i suoi principi che i feriti in un conflitto, anche se nemici, dovevano essere curati e che le strutture mediche militari dovevano essere rispettate. La gran parte degli Stati occidentali, tramite convenzioni internazionali, si è impegnata ad osservare i riferiti principi. L'esperienza riferita fu a breve scadenza ripetuta nei paesi islamici attraverso la fondazione della Mezza Luna Rossa.

Nel periodo intercorrente tra l'emanazione delle citate leggi n. 2248/1865 e n. 5849/1888 nonché negli anni immediatamente successivi:

- l'assistenza infermieristica, fino ad allora monopolio del personale religioso, cominciò ad essere prestata anche da laici: risale infatti all'anno 1877 la nascita della prima scuola per infermieri aperta a chicchessia. L'infermiere laico, previa iscrizione nell'apposito albo professionale voluto dallo Stato, era autorizzato ad assistere i malati, di norma sotto la supervisione di un medico, sia presso le strutture ospedaliere che presso gli studi medici, le prime strutture ambulatoriali, i luoghi di lavoro, le scuole ed, infine, al domicilio del paziente. La prima scuola per infermieri aperta a tutti si deve alla nobildonna inglese Florence Nightingale -della quale ci siamo già interessati- la quale per prima ne intuì la grande importanza anche per l'esperienza fatta durante la guerra di Crimea;
- l'ospedale da luogo destinato ad ospitare e confortare i viandanti/pellegrini e gli indigenti assume le caratteristiche che ancora attualmente gli sono proprie e cioè diviene il luogo destinato al trattamento terapeutico

- ed all'assistenza sanitaria degli ammalati con il duplice scopo di tutelare la salute degli stessi e di riconsegnarli alla società come soggetti produttivi;
- sulle navi adibite al trasporto passeggeri vengono attrezzate le prime sale mediche, in attuazione dei regolamenti di polizia medica ispirati dal timore del diffondersi delle malattie epidemiche contratte per contagio;
 - lo statunitense William Green Morton (Charlton, Massachusetts, 1819-New York 1868) usò per primo il cloroformio e l'etere solforico come anestetici e ne propose l'uso durante gli interventi chirurgici;
 - nella seconda metà del XIX secolo fu utilizzata dai chirurghi l'acqua di cloro per lavarsi le mani e furono ottenute prognosi post-operatorie migliori dalla introduzione della bollitura dello strumentario chirurgico (1878) e, qualche anno più tardi (1891), da quella della sterilizzazione a secco dello stesso;
 - il francese Louis Pasteur (Dole 1822-Villeneuve, l'Etang 1895) dimostrò che le malattie infettive erano dovute alla contaminazione ed alla moltiplicazione di germi nell'organismo e riaffermò l'efficacia delle vaccinazioni perfezionandone e generalizzandone i relativi procedimenti e preparando per la prima volta vaccini con germi attenuati. In particolare egli realizzò il vaccino contro il carbonchio e quello utilizzabile negli uomini morsi da animali affetti da rabbia e mise a punto anche un processo per la conservazione degli alimenti con il calore, ancora oggi in uso con il nome di *pastorizzazione*. La realizzazione del vaccino antirabbico ne consacrò definitivamente la fama;
 - l'anatomico italiano Filippo Pacini (Pistoia 1812-Firenze 1883) descrisse il vibrione del colera. La scoperta però non si diffuse nell'ambiente scientifico certamente in conseguenza del fatto che quest'ultimo non fu capace di comprenderne tempestivamente l'importanza ai fini di individuare le modalità per la cura della malattia;
 - il tedesco Robert Koch (Clausthal, Hannover, 1843-Baden/Baden 1910) scoprì il bacillo della tubercolosi (1882), cioè della malattia infettiva maggiormente diffusa all'epoca, dimostrando oltre la contagiosità della stessa anche, definitivamente, quella del vibrione del colera (1884). Alla scoperta del Koch fecero seguito negli anni successivi analoghe scoperte per altre malattie infettive particolarmente diffuse all'epoca, quali la difterite, la febbre tifoide, il tetano, la malaria, la peste e la sifilide;
 - il medico italiano Carlo Forlanini (Milano 1847-Genova Nervi 1918) effettuò importanti studi sull'ipertensione arteriosa e sull'enfisema polmonare e propose il pneumotorace (introduzione di aria nella cavità pleurica per collassare il polmone) per il trattamento della tubercolosi (1882);

- l'evoluzione delle conoscenze in campo microbiologico, unita ad un più rigido controllo dell'igiene degli operatori e dei degenti, consentirono la diminuzione delle infezioni nosocomiali e quella delle morti per sepsi sia delle donne che partorivano in ospedale che degli operati. La diminuzione delle infezioni e della mortalità fu ottenuta inizialmente (1865) con l'utilizzo in sala operatoria, tramite nebulizzazione, del fenolo, successivamente (1878) con la pratica della bollitura degli strumenti operatori, qualche anno dopo (1891) con la sterilizzazione preventiva del materiale chirurgico e della sala operatoria ed, infine, nei primi anni del secolo scorso anche con l'uso routinario dei guanti chirurgici in gomma accanto ai riferiti interventi di asepsi. L'utilizzo del fenolo fu introdotto da parte del chirurgo inglese Joseph Lister (Upton, Essex, 1827-Walmer, Kent, 1912) il quale ne aveva individuate le proprietà di antisettico; la sterilizzazione del materiale chirurgico e della sala operatoria si deve ad Ernest von Bergman (Riga 1836-Wiesbaden 1907). Quest'ultima pratica segnò il passaggio dall'antisepsi all'asepsi;
- l'anatomo-patologo Rudolf Virchow (Schivelbein, Pomerania, 1821- Berlino 1902) con la pubblicazione del trattato *La patologia cellulare* affermò che le lesioni tessutali causate dalle malattie erano riscontrabili a livello cellulare in quanto la cellula è l'elemento morfologico cardine di tutti gli organismi e quindi di tutti i fenomeni vitali dell'individuo sia sano che malato. Egli, che è considerato il fondatore dell'istopatologia ancora oggi alla base della diagnostica, contribuì alla conoscenza dei processi che sottendono l'infiammazione e la genesi del cancro e coniò il termine leucemia provvedendo altresì alla sua descrizione;
- la chirurgia registrò un notevole sviluppo in conseguenza da un lato dell'evoluzione delle conoscenze acquisite nel campo dell'anatomia patologica e dall'altro lato della moltitudine di guerre che si combatterono in quegli anni (moti rivoluzionari, guerra di Crimea, guerre coloniali, guerre per l'indipendenza in Italia, ecc.). In particolare i progressi anatomo-patologici consentirono sia di evidenziare nuove entità nosologiche sia di acquisire nuove conoscenze anatomo-funzionali che contribuirono a rendere praticabili interventi chirurgici nuovi, mentre gli eventi bellici impraticarono i chirurghi soprattutto sulle modalità di arresto delle emorragie, sull'amputazione degli arti e sugli interventi da trauma, ivi compresi i gravi traumatismi addominali;
- l'evoluzione delle conoscenze nel campo neurologico dovuta soprattutto a Camillo Golgi (1843-1926) ed a Charles Scott Sherrington (1857-1952) consentì di definire il metodo per studiare il sistema nervoso, in virtù del quale fu loro assegnato insieme, nel 1906, il premio Nobel per la medicina;

- l'introduzione in campo anestesilogico del cloroformio rese possibili interventi chirurgici più complessi mentre l'allestimento di carri attrezzati, trainati da infermieri, per il trasporto di feriti e, più in generale, di malati gravi rese possibile oltre al trasporto più veloce degli stessi verso l'ospedale anche la pratica dei primi interventi di soccorso sia sul luogo di loro recupero che durante il tragitto tra il luogo del recupero e la struttura ospedaliera;
- ebbe grande influenza sia sulla vita di tutti i giorni che sull'economia la diffusione della teoria dei germi, sviluppata a partire dagli studi effettuati da Pasteur. Infatti la paura delle infezioni da un lato indusse le donne a non utilizzare più le sottovesti multiple e le gonne lunghe tipiche dell'età vittoriana e gli uomini a radersi il viso e dall'altro lato favorì la nascita della odierna industria degli apparecchi igienico-sanitari, dei disinfettanti per le case, degli accessori usa e getta (carta igienica, assorbenti, bicchieri e fazzoletti di carta, ecc.).

Un successivo intervento (legge 17 luglio 1890, n. 6972) riguardò esclusivamente gli ospedali e l'assistenza ospedaliera. La citata legge infatti:

- trasformò gli ospedali per infermi da opere pie in *Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza* (IPAB) affidando loro l'erogazione di cure gratuite ad alcune categorie di soggetti (esempio: benefattori, beneficiari di lasciti), sempre nei limiti delle possibilità patrimoniali;
- istituì la retta giornaliera di degenza con lo scopo di assicurare agli ospedali il recupero delle spese sopportate per erogare l'assistenza;
- dettò norme di rilevante importanza in materia di assistenza ospedaliera prevedendo, tra l'altro, l'istituzione del così detto *domicilio di soccorso* in ragione del quale le spese di ricovero degli indigenti e dei bisognosi erano assunte dai comuni ove gli stessi risultassero residenti da almeno due anni.

Negli anni successivi si verificarono interventi che riguardarono aspetti specifici dell'assistenza sanitaria con i quali, tra l'altro, si dispose:

- a) l'istituzione dell'ufficio sanitario comunale e del laboratorio di sanità pubblica (R.D. 3 febbraio 1901, n.45), prevedendo che la responsabilità del primo fosse affidata all'ufficiale sanitario comunale al quale fu attribuito anche il compito di affiancare il sindaco nella gestione delle sue competenze in campo sanitario;
- b) l'istituzione delle condotte mediche ed ostetriche tramite le quali i Comuni erano chiamati ad assicurare i servizi di assistenza sanitaria obbligatoria gratuita ai poveri (R.D. 19 luglio 1906, n. 466);

- c) l'istituzione dell'*ambulatorio per la cura gratuita delle malattie veneree* e del *con-sorzio/ /dispensario provinciale antitubercolare*;
- d) la regolamentazione delle procedure per l'assunzione dei primari ospedalieri (R.D. 30 dicembre 1923, n. 206);
- e) la modifica della legge sulle IPAB (legge 17 giugno 1926, n. 1187).

Prima di proseguire nel richiamo delle disposizioni in materia sembra opportuno ricordare che nel corso del XIX secolo apparve e si sviluppò la mutualità volontaria e che nei primi decenni del XX secolo fu resa obbligatoria l'assicurazione contro le malattie. Al riguardo si rileva in particolare che:

1. la mutualità volontaria -già sperimentata, molti secoli prima, in Grecia e durante l'impero Romano quale mezzo per realizzare la solidarietà tra i lavoratori di un'arte o di un mestiere e fatta propria, durante il Medioevo e durante il Rinascimento, dalle varie corporazioni- ebbe un grande impulso a seguito della rivoluzione industriale verificatasi in Inghilterra dove sorsero, nella seconda metà del XVIII secolo, le prime *Friendly Societies*. In Italia la stessa si diffuse parallelamente allo sviluppo del movimento operaio. Della mutualità volontaria furono fautori, per primi, Mazzini e Garibaldi; da essa trasse ispirazione ed alimento il movimento cooperativistico cui si deve la realizzazione delle *società operate* e delle *società di mutuo soccorso*, quali soggetti deputati ad assistere i rispettivi associati. La mutualità volontaria, finalizzata ad affrontare l'evento malattia, ebbe in Italia il massimo sviluppo negli ultimi decenni del XIX secolo e coinvolse esclusivamente i lavoratori nel senso che gli stessi autocontribuirono alla costituzione di un fondo comune da utilizzare per la copertura dei costi derivanti dalla realizzazione di piccoli interventi. L'elargizione aveva carattere puramente risarcitorio;
2. l'assicurazione obbligatoria fece la sua prima apparizione negli ultimissimi anni del secolo in questione: fu infatti istituito, con legge 17 marzo 1898, n. 80, l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) con il compito di assicurare la copertura degli stati patologici conseguenti al verificarsi di siffatti eventi. La scelta fu sicuramente influenzata dell'annuncio fatto dal cancelliere dell'impero germanico e del regno di Prussia, Ottone (principe di Bismarck-Schonhausen, a tutti noto come Bismarck, cancelliere di ferro), in occasione del messaggio imperiale al Reichstag dell'anno 1881: all'interno del messaggio il cancelliere auspicò l'affermarsi delle assicurazioni sociali come sviluppo della libera mutualità;
3. la limitata copertura dei rischi affidata dalla richiamata legge n. 80/1998 all'INAIL e l'insufficienza dell'assistenza erogata dalle mutue vo-

lontarie, dovuta alla irrisorietà delle contribuzioni dei rispettivi soci-lavoratori, indusse i più avanzati sindacati dei lavoratori a chiedere l'assicurazione obbligatoria contro le malattie ed, in assenza di risposte da parte dello Stato, a proporre, con interventi forti e determinati, il coinvolgimento dei datori di lavoro nelle mutue volontarie. A questi ultimi infatti fu chiesto di concorrere al finanziamento delle mutue volontarie mediante il versamento di un contributo di pari entità rispetto a quello dovuto dal lavoratore. Tale nuova fase della mutualità volontaria ebbe un grande sviluppo fino al momento della creazione delle assicurazioni obbligatorie per le varie categorie di operatori. Le mutue volontarie comunque realizzarono esclusivamente interventi rivolti a risarcire parzialmente ai rispettivi associati le spese sostenute per cure ospedaliere e/o specialistiche e/o farmaceutiche ed, in alternativa ovvero in aggiunta, erogarono agli stessi prestazioni da parte di propri medici e/o presso proprie strutture e/o presso strutture convenzionate. La mutualità volontaria comunque non riguardò mai i lavoratori autonomi (agricoltori, commercianti, artigiani, ecc.);

4. l'approvazione di numerose leggi con cui si provvide alla istituzione degli enti mutualistici perché provvedessero a garantire i relativi iscritti ed i familiari a loro carico dagli infortuni e dalle malattie che non erano già assistiti oltre che dall'INAIL anche da altri enti (ad esempio: INPS per la tubercolosi), consentì di superare la limitatezza delle coperture realizzata dalla mutualità volontaria. Le leggi in questione riguardarono l'istituzione, tra l'altro, dell'*Istituto nazionale per l'assistenza ai dipendenti degli enti locali* (INADEL) nel 1925, dell'*Ente nazionale per la previdenza e l'assistenza dei lavoratori dello spettacolo* (ENPALS) nel 1937, dell'*Ente nazionale per la previdenza e l'assistenza agli statali* (ENPAS) nel 1942 e dell'*Istituto nazionale per l'assistenza di malattia ai lavoratori* nel 1943; quest'ultimo nel 1947 diviene Istituto Nazionale Assistenza contro le Malattie (INAM). Con riferimento al riferito ordinamento dell'assicurazione obbligatoria va sottolineato che oggetto dell'assicurazione era il rischio di malattia e che la costituzione del rapporto assicurativo aveva luogo "ope legis" nel senso che il diritto ad ottenere le prestazioni scattava automaticamente anche nel caso in cui l'assicurante, cioè nella maggior parte delle situazioni il datore di lavoro, non avesse versato i contributi;
5. nonostante la pletora degli enti mutualistici istituiti, milioni di cittadini restavano comunque fuori da qualsiasi sistema di copertura sanitaria e quelli che avevano la copertura ricevevano prestazioni fortemente differenziate.

Tornando alla disamina delle disposizioni in materia sanitaria sottolineiamo la particolare rilevanza che assunsero nel periodo all'esame il R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 "Testo unico delle leggi sanitarie" ed il R.D. 30 settembre 1938, n. 1631 "Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale degli ospedali".

Il R.D. n. 1265/1934, in parte ancora vigente, completò e perfezionò, in forma coordinata, tutta la preesistente normativa in materia sanitaria definendo in particolare:

- le funzioni della Direzione Generale di sanità presso il Ministero degli Interni e dell'Istituto Superiore di Sanità;
- le funzioni degli uffici sanitari provinciali e comunali;
- la disciplina per l'esercizio delle professioni e delle arti sanitarie nonché di tutte le altre attività soggette a vigilanza sanitaria;
- la disciplina per lo svolgimento delle funzioni proprie dell'igiene del suolo e dell'abitato, della tutela igienica dell'alimentazione e dell'acqua potabile ed, infine, per lo svolgimento delle funzioni proprie della polizia mortuaria.

Il R.D. n.1631/1938, ormai del tutto superato:

- definì l'organizzazione interna degli ospedali articolandoli in *divisioni, sezioni e servizi*;
- classificò i medici come *primari, aiuti ed assistenti*;
- stabilì che la direzione sanitaria degli ospedali dovesse essere affidata non più a medici generici ma a medici igienisti particolarmente esperti e versati nell'igiene e tecnica ospedaliera.

Nonostante i citati importanti interventi legislativi il sistema sanitario soffrì dell'inesistenza di una amministrazione sanitaria autonoma a livello centrale. Alla carenza si cercò di ovviare con l'istituzione dapprima (D.Lgt. 12 luglio 1945, n. 417) dell'*Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica*, reso indipendente dal Ministero degli Interni e successivamente (legge 13 marzo 1958, n. 296), in conseguenza anche dello scarso ruolo assunto dall'Alto Commissariato, del *Ministero della sanità*. La legge in questione affidava al neo istituito ministero il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica nonché quello della vigilanza e del controllo sulle strutture e sui soggetti che esercitavano attività sanitaria giovandosi anche di organi periferici individuati negli uffici del medico e del veterinario provinciale, degli ufficiali sanitari dei Comuni e dei Consorzi comunali e degli uffici sanitari speciali previsti dal richiamato R.D. n. 1265/1934. Il nuovo sistema come sopra delineato, pur se affidava nella sostanza al Ministero della sanità tutte le competenze tipiche dell'igiene e della sanità pubblica e demandava ad altri soggetti (ospe-

dali, mutue ed enti previdenziali) -seppure sotto la vigilanza ministeriale- importanti competenze in materia di assistenza sanitaria, palesò ben presto evidenti inconvenienti dovuti essenzialmente:

- al frazionamento delle competenze,
- alla disparità di trattamento praticato nei confronti dei rispettivi assistiti dai diversi soggetti preposti all'erogazione delle prestazioni sanitarie,
- allo squilibrio nella distribuzione dei servizi e delle strutture sul territorio,
- all'impossibilità di programmare, dal punto di vista gestionale e finanziario, i servizi da istituire ed erogare.

L'esame dei più importanti interventi, specifici del settore sanitario, realizzati dal Legislatore nell'ultimo decennio del XIX secolo e fino alla metà del quinto decennio del secolo da poco trascorso non debbono far dimenticare che durante lo stesso periodo l'assistenza sanitaria subì profonde modificazioni in conseguenza dello sviluppo della scienza medica, dal quale derivarono indubbi vantaggi soprattutto in campo diagnostico-terapeutico. Essa infatti trasse giovamento:

- dalla introduzione, alla fine del XIX secolo, di nuove soluzioni terapeutiche (ludoterapia ed ergoterapia) per la cura dei malati mentali delle quali va sottolineata la grande valenza umana;
- dallo sviluppo, tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, della chirurgia. Infatti durante il suddetto periodo storico non solo furono perfezionati molti interventi chirurgici già praticati in epoche lontane ma ne furono anche ideati dei nuovi che resero possibile il trattamento chirurgico di affezioni che in precedenza erano state trattate esclusivamente con la semplice terapia farmacologica;
- dall'impiego nella medicina della scoperta dei raggi X. La scoperta fu fatta casualmente, nel 1895, dal tedesco Wilhelm Konrad Roentgen (Lennep in Bergishen 1845-Monaco di Baviera 1923) nel momento in cui si rese conto che i raggi emanati da un tubo catodico potevano attraversare lo scheletro ed impressionare una lastra fotografica. L'impiego della scoperta rivoluzionò infatti alcune strategie terapeutiche e diagnostiche e aprì la strada alla nascita di due nuove discipline specialistiche: la radiologia e la radioterapia. L'impiego dei raggi X consentì, a partire dai primi anni del XX secolo, di ottenere in radiologia grandi progressi in campo diagnostico e di realizzare in radioterapia le prime applicazioni della terapia radiante ed in particolare della roentgenterapia nel trattamento dei tumori maligni e della elettroterapia per il trattamento, quasi esclusivamente, delle malattie depressive gravi. Per quanto concerne il campo radiologico va ulteriormente rilevato che l'utilizzo dei raggi X, a partire dagli anni in cui

si svolse la prima guerra mondiale, favorì anche la realizzazione e la diffusione di importanti progressi tecnici nella sua pratica. Infatti le nuove tecniche, in un primo momento, furono utilizzate quale strumento per individuare con prontezza i danni subiti dai militari feriti e successivamente per l'effettuazione di più rapide e corrette diagnosi specie delle patologie ossee (fratture, artrosi, ecc.) e polmonari (TBC) soprattutto in ambito ospedaliero;

- dalla commercializzazione, nell'anno 1899, da parte della Bayer dell'aspirina;
- dall'introduzione, verso la fine del XIX secolo, di strumenti molto importanti quali: il laringoscopio, l'otoscopio, l'esofagoscopio, l'oftalmoscopio, il gastroscopio ed il cistoscopio. Il loro uso rese possibile lo studio dei rispettivi organi cavi e la rilevazione delle eventuali patologie di cui gli stessi erano affetti;
- dalle ricerche e sperimentazioni in campo citologico, istologico e immunologico effettuate da parte di Paul Ehrlich (Strehlen 1852-Francoforte sul Meno 1915) per le quali lo stesso fu insignito del premio Nobel per la medicina nel 1908, insieme con I. Metchnikoff. Allo stesso si deve anche la scoperta del primo chemioterapico veramente efficace;
- dall'invenzione, nel 1903, da parte di Wilhelm Einthoven (Semarang, Indie Olandesi, 1860-Leida 1927) di un particolare tipo di galvanometro a corda capace di registrare graficamente i potenziali elettrici del miocardio. L'invenzione costituì l'elemento fondamentale per la realizzazione da parte di Jena da Hans Berger sia dei primi elettrocardiografi che, nel 1929, dell'elettroencefalografo, cioè di due strumenti diagnostici che ancora oggi sono di vitale importanza per la diagnosi di patologie particolarmente importanti. Al Berger per la realizzazione dell'elettrocardiografo fu assegnato il premio Nobel nel 1924;
- dall'invenzione dello sfigmomanometro da parte di Scipione Ricci-Rocci (1863-1937) e dal suo utilizzo per la misurazione della pressione sanguigna ed anche per attuare un primitivo monitoraggio delle condizioni generali dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. La sua diffusione in tutto il mondo si deve al neurochirurgo americano Harvey Cushing (1869-1939) il quale, incuriosito dalla scoperta, venne in Italia per verificarne l'utilità e, soddisfatto del relativo esito, lo introdusse nelle proprie procedure operatorie;
- dalla scoperta, nel 1900, dei gruppi sanguigni da parte di Karl Landsteiner (Vienna 1868-New York 1943) che consentì di comprendere finalmente il meccanismo che rendeva incompatibile il sangue di soggetti diversi. Lo stesso, unitamente a R. Wiener, scoprì, nel 1940, il fattore Rh;

- dallo sfruttamento delle scoperte della scienza atomica ed in particolare della scoperta del radio effettuata nel 1902 dai coniugi Pierre (Sèvres 1859-Parigi 1906) e Marie (Varsavia 1867-Sancellemoz 1934) Curie. Con riguardo ai riferiti sfruttamenti giova rilevare da un lato che il radio fu utilizzato fin dall'inizio per la cura di alcune patologie neoplastiche, da un altro lato che l'utilizzo della radioattività dell'uranio (elemento chimico scoperto da M. H. Klaproth nel 1789) ha consentito, a partire dagli anni sessanta del secolo scorso, la cura delle artriti croniche ed, infine, che l'utilizzo di tutti i radioisotopi si è rilevato utile per lo studio di alcuni metabolismi, per la effettuazione delle diagnosi funzionale e per il trattamento dei tumori;
- dallo sviluppo, a partire dagli inizi del XX secolo, degli studi batteriologici, virologici ed immunologici in conseguenza del proliferare delle iniziative per la lotta alle infezioni. Gli studi infatti da un lato hanno consentito la realizzazione e, quindi, la produzione di vaccini e dall'altro lato la individuazione e la sintetizzazione su larga scala di molti farmaci quali: chemioterapici, diuretici, cardiovascolari, antistaminici, preparati ormonali e, come vedremo più dettagliatamente poco sotto, antibiotici;
- dal grande sviluppo della radiologia tradizionale verificatosi dal momento in cui l'americano Walter Canon (1871-1945) introdusse l'uso dei mezzi di contrasto per visualizzare organi interni, ivi compresi quelli del sistema cardiovascolare, altrimenti invisibili;
- dagli studi fondamentali sui trapianti di tessuti ed organi effettuati durante il suo soggiorno negli Stati Uniti da Alexis Carrel (Sainte-Foyles-Lyon, Rhone, 1873-Parigi 1944). Carrel ottenne nel 1912 il premio Nobel per i significativi esiti degli studi effettuati ed è considerato il pioniere dei trapianti d'organo per averne praticato il primo nel 1902. Lo stesso compì studi anche sulle suture dei vasi sanguigni, realizzò un primo cuore artificiale e, soprattutto, mise a punto un metodo di coltura dei tessuti in vitro dimostrando tramite lo stesso che era possibile non solo mantenere tessuti ed organi vivi e vitali per lungo tempo dopo il prelievo, purchè si provvedesse a mantenerli a bassa temperatura, ma anche e conseguentemente effettuare trapianti degli organi. L'avvio dei trapianti d'organo rappresentò un ulteriore impulso per lo sviluppo non solo della chirurgia ma anche di molte altre branche specialistiche interessate a risolvere le problematiche ad essi collegate ed in particolare le problematiche medico-legali ed etiche, ivi compreso l'accertamento di morte, nonché quelle concernenti le metodiche di espianto e trapianto, le tecniche anestesilogiche e rianimatorie, le tec-

niche immunologiche per la valutazione della compatibilità tra donatore e ricevente ed, infine, le terapie farmacologiche per la prevenzione dei rigetti;

- dalla scoperta delle vitamine e degli ormoni nonché dalla loro tempestiva utilizzazione per la terapia di importanti patologie quali il diabete, la pellagra e lo scorbuto. Particolare importanza al riguardo ebbe la scoperta della possibilità di curare il diabete con l'insulina fatta intorno al 1920 dagli endocrinologi Charles Herbert Best (1899-1979), Frederick Grant Banting (1891-1941) e John James R. Mac Leod (1876-1935). Per la scoperta al Banting ed al Mac Leod fu conferito il premio Nobel nel 1923;
- dalla ideazione e realizzazione di protesi sempre più sofisticate oltre che dallo sviluppo di tecniche chirurgiche per il loro impianto conseguenti alla necessità di perseguire il recupero ed il reinserimento nelle attività sociali dei soldati che subirono gravi mutilazioni durante la prima guerra mondiale;
- dalla realizzazione, intorno agli anni venti del secolo scorso, dei primi reparti specialistici ed in particolare delle cliniche ostetriche; la realizzazione di queste ultime si proponeva di evitare il perpetuarsi dei rischi gravissimi precedentemente corsi sia dalle puerpere che dai neonati quando il parto era espletato nella totalità dei casi entro le mura domestiche, salvo il ricorso all'ospedale in conseguenza del verificarsi di complicanze;
- dalla scoperta, nel 1928, da parte del medico e batteriologo inglese Alexander Fleming (Lochfield, Ayrshire, 1881-Londra 1955) di una sostanza -la penicillina- con proprietà inibenti lo sviluppo dello streptococco. La scoperta procurò al Fleming il conferimento, nel 1945, del premio Nobel per la medicina e permise, anche se soltanto qualche anno più tardi, la realizzazione del primo antibiotico. Dopo la scoperta infatti la penicillina fu impiegata, in un primo momento, esclusivamente in laboratorio per facilitare la selezione e la crescita preferenziale delle specie di germi che si riproducevano anche in sua presenza: l'impiego ne consentì l'isolamento in forma pura. Successivamente e precisamente a partire dal 1940 furono effettuati -su incarico del governo statunitense- studi sulla sua azione terapeutica oltre che dallo stesso Fleming anche dal medico australiano Howard Walter Florey (Adelaide 1898-1968) e dal chimico ebreo di origine tedesca Ernest Boris Chain (Berlino 1900-Irlanda 1979). I positivi risultati degli studi ne consentirono la produzione industriale e quindi l'utilizzazione a partire dal 1941 come primo antibiotico nei confronti degli individui affetti dalle patologie per le quali il farmaco era ed è tutt'ora ritenuto efficace. Rilevare che l'utilizzo su larga scala della penicillina ha

- rappresentato sicuramente una tra le più importanti scoperte della storia della medicina è da ritenersi addirittura pleonastico;
- dalla realizzazione, agli inizi degli anni trenta del secolo scorso, dei primi centri per la diagnosi precoce del cancro su iniziativa della Lega Italiana per la lotta contro i tumori costituita nell'anno 1922;
 - dalle ricerche sperimentali nel campo della chemioterapia effettuate da Gerhard Domagk (Lagow, Brandeburgo, 1895-Burgberg, Baden, 1964) che gli consentirono l'accertamento, nel 1932, delle proprietà antibatteriche dei sulfamidici e, nel 1948, dell'azione antitubercolare dei tiosemicarbazoni. Per le ricerche sui sulfamidici allo stesso fu conferito, nel 1939, il premio Nobel per la fisiologia e la medicina che fu rifiutato per imposizione delle autorità naziste;
 - dall'utilizzo per il trasporto degli ammalati verso gli ospedali, a partire dall'anno 1934, delle autoambulanze;
 - dal diffondersi, soprattutto durante gli anni trenta del secolo scorso, delle cure termali quali strumenti di azione terapeutica;
 - dall'isolamento, da parte di Giuseppe Brotzu (1895-1976) con l'aiuto del suo assistente Antonio Spanedda, del fungo che inibiva la crescita dei germi Gram negativi che chiamò cefalosporina. Brotzu però non riuscì a riprodurre su vasta scala la cefalosporina per mancanza di finanziamenti. Tale operazione fu possibile, invece, all'allievo di Fleming, Edward Abraham (1913-1999), il quale venne in possesso di alcuni ceppi del fungo cefalosporium da un ufficiale sanitario inglese che a sua volta li aveva avuti dal Brotzu durante un soggiorno in Sardegna avvenuto nei primi anni '50 in occasione della campagna antimalarica;
 - dall'utilizzo del DDT per la lotta alla malaria in un primo momento (1944) nell'area circostante la foce del Tevere e successivamente (1947) per realizzare il *piano di risanamento dell'Italia dalla malaria* sull'intero territorio nazionale. Il piano debellò la malattia nel giro di 15 anni.

Con riferimento ai progressi in tutti i campi di indagine e di intervento terapeutico fin qui presi in considerazione va rilevato che gli stessi non hanno arrecato alla tutela della salute i benefici sperati in conseguenza forse anche della scarsa considerazione data agli aspetti organizzativi, sociali e politici che la tutela comporta. Quest'ultimo aspetto, a nostro modesto avviso, non è però sfuggito ai componenti dell'Assemblea Costituente come dimostra la lettura dei testi della Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore dal 1° gennaio 1948, di seguito trascritti con i quali sono stati dettati importanti e significativi principi generali in materia sanitaria:

- *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.”* (art. 32, comma 1);
- *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”* (art. 32, comma 2);
- *“La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, semprechè le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni.*
.....omissis.....
beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera;
.....omissis..... .” (art. 117, comma 1);
- *“Spettano alla Regione le funzioni amministrative per le materie elencate nel precedente articolo*omissis..... .” (art.118, comma 1).

Fermo restando l'intendimento di verificare sotto i successivi capitoli se la riferita nostra convinzione ha trovato riscontro nelle disposizioni dettate dopo l'avvento dello Stato Repubblicano, si ritiene di dover sollecitare l'attenzione, innanzi tutto:

1. sull'importanza delle affermazioni contenute nell'art. 32, 1° e 2° comma, rilevando, in particolare, al riguardo che:
 - 1.1. la Corte Costituzionale con sentenza n. 319/1989 ha definito il diritto alla tutela della salute come fondamentale, inviolabile e non sopprimibile precisando ulteriormente che lo stesso è un corollario del diritto alla vita;
 - 1.2. la tutela della salute viene riconosciuta come compito primario dello Stato volto a garantire ed a proteggere lo stesso sviluppo della personalità dei singoli individui tramite la realizzazione di interventi idonei a rimuovere gli ostacoli di ordine morale e sociale che si frappongono al raggiungimento dell'obiettivo;
 - 1.3. lo Stato è chiamato a tutelare la salute dell'individuo sia come diritto del singolo che come interesse della collettività. La scelta del Legislatore assume particolare rilievo solo che si abbia presente da una parte che la salute del singolo incide anche sugli altri individui, per cui va riconosciuta l'indispensabilità dell'intervento pubblico ogni qualvolta lo stesso è teso a tutelare l'integrità della collettività, e dall'altra parte che l'individuo sano è in grado di lavorare e quindi di assicurare il proprio contributo alle capacità produttive dello Stato (PIL) per cui l'intervento pubblico deve ritenersi imprescindibile onde mettere il singolo individuo nella condizione di con-

correre al raggiungimento del più alto livello economico e sociale della comunità nazionale;

- 1.4. il singolo può essere limitato, nel suo diritto di libertà e quindi di autodeterminazione nella scelta degli interventi tramite i quali tutelare la propria salute, esclusivamente nel caso in cui il trattamento a lui imposto sia teso non solo alla tutela della sua salute ma anche alla salvaguardia della salute collettiva. Il trattamento obbligatorio, anche se comporta un rischio specifico, comunque non deve richiedere il sacrificio della salute del singolo a vantaggio della tutela della salute degli altri né deve mai violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana;
2. il nuovo testo degli articoli 117 e 118, come risultante dalla sostituzione disposta con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha rafforzato il potere delle regioni in materia sanitaria. Infatti:
 - 2.1. l'art. 117 non solo riconosce da un lato allo Stato la legislazione esclusiva soltanto per quanto attiene la *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti (civili e) sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale* e da un altro lato elenca tra le materie di legislazione concorrente (Stato-Regioni) quella relativa alla *tutela della salute* ma precisa in aggiunta che *nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato* e che *la potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni ed alle Regioni in ogni altra materia*;
 - 2.2. l'art. 118 stabilisce che *le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza* e che *i Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze*.

Dell'evoluzione della medicina nel periodo che va dall'entrata in vigore della Costituzione all'approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (23 dicembre 1978, n. 833) tratteremo sotto il successivo capitolo 8 "La crisi del sistema mutualistico-ospedaliero ed i primi provvedimenti per il suo superamento".

7. La riforma ospedaliera

Il primo ed unico intervento legislativo organico e di sicuro rilievo in materia sanitaria attuato dopo l'emanazione della Carta Costituzionale e prima dell'approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale è certamente rappresentato dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 "Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera". Con la citata legge -a nostro avviso- si dava attuazione, anche se parziale, al dettato dell'articolo 32 della Carta, pur in carenza di qualsiasi riferimento in tal senso nel relativo testo. Quest'ultima affermazione trova conferma nella lettura del testo degli articoli 1 e 2 della legge di riforma ospedaliera laddove viene, tra l'altro, precisato rispettivamente che:

1. l'assistenza ospedaliera pubblica doveva essere svolta a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente:
 - a) dagli enti ospedalieri definiti, al comma 1 del successivo articolo, enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi, in coerenza con le disposizioni che li riguardano,
 - b) dagli ospedali psichiatrici, dagli istituti di cura per malattie mentali, dagli IRCCS, dalle case di cura private convenzionate con gli istituti mutualistici ed assicurativi, dalle cliniche e dagli istituti universitari di ricovero e cura,
 - c) dalle fondazioni e dalle associazioni disciplinate dagli articoli 12 e seguenti del c.c. ed in possesso dei requisiti prescritti dalla stessa legge che, provvedendo istituzionalmente al ricovero ed alla cura degli infermi, ne facciano richiesta,

- d) dagli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera;
- 2. gli enti ospedalieri:
 - 2.1. dovevano:
 - a) provvedere, entro i limiti derivanti dalla specializzazione della struttura ospedaliera o dalle particolari esigenze tecniche legate alla patologia del malato, al ricovero senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione dei cittadini italiani e stranieri, assistiti o meno da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici o privati, necessitanti di cure urgenti di qualsivoglia tipologia,
 - b) partecipare alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali,
 - c) contribuire alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico,
 - d) promuovere l'educazione igienico-sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario,
 - 2.2. potevano:
 - a) istituire, anche al di fuori della sede ospedaliera, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro e per il recupero funzionale sempre che gli stessi rientrino nel quadro delle prescrizioni e previsioni del piano regionale ospedaliero,
 - b) compiere ricerche ed indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali.

Dalla lettura dei richiamati contenuti della legge di riforma ospedaliera emerge in maniera evidente che l'attività ospedaliera assurge a servizio pubblico rivolto alla cura ed al recupero dello stato di salute dei ricoverati e che, contestualmente, l'ospedale, oltre a rappresentare il luogo e lo strumento più idonei per assicurare il riferito recupero, veniva configurato quale struttura fondamentale per la tutela sulla salute singola e collettiva di cui si faceva garante lo Stato in conseguenza dell'attribuzione allo stesso di altre funzioni quali la preparazione professionale dei suoi operatori, l'educazione igienico-sanitaria, l'istituzione e la gestione di centri per la prevenzione e la cura delle malattie sociali, la ricerca scientifica. Peraltro la legge di riforma ospedaliera assumeva particolare rilevanza oltre che per i contenuti testè riferiti anche per aver:

- 1. previsto che ciascun ente ospedaliero potesse comprendere uno o più ospedali intesi quali stabilimenti dotati di servizi sanitari funzionalmente autonomi;
- 2. prefigurato il *rapporto degli enti ospedalieri con le Regioni* di cui era in fase avanzata il processo istitutivo;

3. introdotto il *principio della programmazione del settore*, da attuare tramite una legge di programma ospedaliero di durata non superiore a quella del programma economico nazionale nonché un piano ospedaliero nazionale della stessa durata della legge di programma e distinti piani ospedalieri regionali di durata quinquennale. La legge di programma doveva fissare i criteri per la determinazione del fabbisogno di posti letto, per la realizzazione di un attivo coordinamento tra i vari presidi del sistema sanitario ed indicare i mezzi finanziari statali da destinare - ad integrazione di quelli messi a disposizione dalle singole regioni- all'ampliamento, trasformazione ed ammodernamento delle strutture ad all'acquisto di attrezzature di primo impianto. Il piano ospedaliero nazionale doveva -in coerenza con le direttive del programma economico nazionale, della legge di programma ospedaliero e della stessa legge n. 132/1968- stabilire i criteri per l'utilizzo dei finanziamenti statali determinando, in particolare la ripartizione quali-quantitativa dei posti letto che ciascuna regione avrebbe potuto istituire utilizzando il costituendo fondo nazionale ospedaliero. Il singolo piano ospedaliero regionale doveva programmare gli interventi regionali uniformandosi alle scelte del programma economico nazionale nonché ai principi della legge di programma ospedaliero e della stessa legge all'esame definendo tra l'altro l'ubicazione degli ospedali sul territorio tenendo conto delle prestazioni che dovevano essere garantite da ciascun ospedale in relazione alla classificazione attribuitagli;
4. affidato ad un *consiglio di amministrazione* -a forte caratterizzazione politica in quanto composto da membri eletti dalla regione e dal comune ove aveva sede l'ente ospedaliero con l'aggiunta di n. 2 rappresentanti degli originari interessi di ciascun ospedale- l'approvazione dello statuto e di tutti i provvedimenti relativi al governo del nuovo ente, ivi compresa la determinazione dell'entità della retta di degenza e delle tariffe per prestazioni ambulatoriali da addebitare al soggetto (ente mutualistici od assicurativo, comune-domicilio di soccorso, eventuale altro ente pubblico o privato) a carico del quale il singolo paziente aveva diritto di ottenere le prestazioni ricevute ovvero da applicare ai paganti in proprio;
5. prevista l'istituzione del *collegio dei revisori* e del *consiglio dei sanitari* ovvero del *consiglio sanitario centrale* affidando agli stessi rispettivamente funzioni di vigilanza sull'attività amministrativa dell'ente e funzioni consultive nei confronti del consiglio di amministrazione con riferimento alle decisioni concernenti gli aspetti sanitari ed il miglioramento dell'efficienza dei

servizi, ivi compresa l'espressione di parere sull'acquisto di attrezzature scientifiche di particolare importanza diagnostica e terapeutica e sulla determinazione delle tariffe relative alle prestazioni erogate ai paganti in proprio;

6. individuato i requisiti minimi da possedere da parte delle strutture che esercitavano attività di ricovero e cura per ottenere il riconoscimento quali ospedali;
7. classificato gli ospedali come generali, specializzati, per lungodegenti e convalescenti disponendo che i primi potessero essere di zona, provinciali e regionali, i secondi esclusivamente provinciali e regionali ed, infine, gli ultimi esclusivamente di zona o provinciali;
8. definita la struttura interna degli ospedali in sezioni, divisioni, servizi speciali di diagnosi e cura e servizi generali;
9. dettato principi e criteri direttivi per l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri e dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura nonché per lo stato giuridico ed il trattamento economico del personale dipendente, demandando al Governo l'emanazione delle disposizioni per la loro attuazione.

In attuazione delle disposizioni richiamate il Governo approvò n. 3 distinti provvedimenti e precisamente:

- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" il quale:

1) individuò tre tipologie di servizi classificandoli come:

- a) servizi igienico-organizzativi, con affidamento della direzione e del coordinamento al sovrintendente sanitario nel caso in cui l'Ente comprendeva più ospedali od al direttore sanitario nel caso in cui l'Ente comprendeva un solo presidio;
- b) servizi di diagnosi e cura, a loro volta distinti in divisioni e sezioni (intese come sub-articolazioni delle divisioni) ovvero in servizi speciali. Le divisioni e le sezioni erano dotate di posti letto per la degenza dei pazienti, i servizi speciali non disponevano di posti letto. La direzione ed il coordinamento delle divisioni e dei servizi speciali autonomi doveva essere affidata al primario;
- c) servizi amministrativi e generali, con affidamento della direzione e del coordinamento al direttore amministrativo. Allo stesso, peraltro, era affidata la responsabilità della gestione dell'ente ospedaliero con previsione che delle risultanze della stessa il direttore amministrativo doveva rispondere al consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero;

- 2) definì la dotazione organica minima delle divisioni e dei servizi sanitari;
 - 3) definì le attribuzioni del personale medico (sovrintendente sanitario, direttore sanitario, vice direttore sanitario, ispettore sanitario, primario, aiuto ed assistente) e delle altre qualifiche del personale dipendente, ivi comprese quelle del direttore amministrativo;
- il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 129 “Ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degli istituti universitari di diagnosi e cura” il quale dispose che il suddetto ordinamento dovesse adeguarsi a quello dei servizi ospedalieri e che l'organizzazione dei servizi fosse analoga a quella dei corrispondenti servizi ospedalieri, anche nel caso in cui le cliniche e gli istituti facevano parte di policlinici universitari. Il decreto in questione dispose altresì che il personale universitario chiamato allo svolgimento dell'incarico di primario, di aiuto e di assistente nei confronti dell'ente ospedaliero avesse gli stessi diritti e doveri della corrispondente qualifica ospedaliera e che il rapporto fosse disciplinato tramite apposita convenzione tra l'ente ospedaliero e l'università;
 - il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 “Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri” il quale:
 1. provvide alla individuazione delle varie categorie e qualifiche del personale e dei requisiti necessari per l'accesso a ciascuna di queste ultime,
 2. definì le procedure concorsuali da espletare per la copertura dei posti vacanti in ciascuna qualifica,
 3. individuò e disciplinò diritti, doveri, responsabilità ed incompatibilità dei dipendenti,
 4. definì e disciplinò le cause di rescissione del rapporto di lavoro.

Esprimendo il proprio parere sulla riforma ospedaliera definita con la legge n. 132/1968 il Benvenuti (vedasi: Annali di studi giuridici economici e statistici, in L'azienda pubblica ospedaliera, 1968, pag. 14) affermava che la stessa *“realizzava innanzi tutto una prima opera di uniformazione della concezione organizzatoria del modello ospedaliero dopo trent'anni di esperienza ponendo in secondo piano il momento istituzionale costituito dal riconoscimento agli enti ospedalieri della personalità giuridica e della collocazione dell'istituto ospedaliero nel campo più vasto dell'organizzazione statale”*. Ciononostante, per le motivazioni che esplicheremo nel successivo capitolo, non solo le aspettative derivanti dall'approvazione della legge furono ampiamente deluse, ma si verificò anche una profonda crisi del sistema sanitario mutualistico-ospedaliero che ne rappresentava le componenti principali.

8.

La crisi del sistema mutualistico-ospedaliero ed i primi provvedimenti per il suo superamento

Come anticipato la riforma ospedaliera non solo non appagò tutte le aspettative che si erano determinate al momento della sua approvazione ma da più parti fu considerata come un vero e proprio fallimento. Ne furono cause principali:

1. l'accentuazione della polarizzazione dell'intervento sanitario nell'ospedale in contrapposizione con le stesse motivazioni poste a base dell'urgenza dell'approvazione della legge 12 febbraio 1968, n. 132, secondo le quali la riforma avrebbe dovuto costituire la premessa della più generale riforma della sanità. La legge in questione infatti definì un modello assistenziale ospedaliero minuziosamente regolamentato e totalmente autoreferenziale e pertanto per nulla coordinato con gli altri settori dell'assistenza sanitaria;
2. il ritardo nella istituzione delle regioni a statuto ordinario e, soprattutto, nel trasferimento alle stesse delle competenze in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera loro assegnate dall'art. 117 della Costituzione, da cui conseguì l'impossibilità per le regioni di farsi carico di tutte le funzioni attribuite loro dalla legge n. 132/1968. In particolare il ritardo fu alla base da una parte dell'impossibilità di realizzare il prefigurato rapporto tra i nuovi enti e le regioni e dall'altra parte della perduranza di un regime transitorio tanto lungo da influenzare certamente in maniera negativa l'attuazione della riforma. Vale la pena ricordare al riguardo che le Regioni, la cui nascita avvenne a seguito delle elezioni dei relativi Consigli svoltesi nel

giugno 1970, nella sostanza cominciarono a funzionare solo dal 1° aprile 1972. Da tale data infatti avvenne il trasferimento ad esse da parte dello Stato, in attuazione di ben 11 decreti legislativi datati 14 e 15 gennaio 1972, di alcune delle funzioni indicate dal richiamato articolo della Carta Costituzionale, escluse -tra le altre- quelle relative all'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Il trasferimento di quest'ultime e di tutte le altre funzioni a valenza assistenziale, quale che ne fosse il contenuto e quali che ne fossero i fruitori, avvenne in applicazione del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, dopo che con precedenti interventi (leggi 17 agosto 1974, n. 386 e 29 giugno 1977, n. 349) erano state trasferite alle Regioni dapprima le funzioni in materia di assistenza ospedaliera e successivamente tutte le altre funzioni già esercitate dagli enti mutualistici. Con l'emanazione del D.P.R. n. 616/1977 si concludeva il trasferimento alle Regioni di tutte le competenze elencate nell'art. 117 della Costituzione;

3. la mancata approvazione della legge di programma ospedaliero e lo scarso rilievo dedicato all'assistenza sanitaria nel programma economico nazionale 1971/1975 il quale aveva indicato *obiettivi addirittura arretrati* rispetto a quelli definiti con il precedente programma nonostante le diverse indicazioni ricavabili dal dettato della legge di riforma ospedaliera;
4. la mancata approvazione del piano nazionale ospedaliero da parte dello Stato e quella dei piani regionali ospedalieri da parte della maggioranza delle Regioni, una volta costituite. L'inadempienza delle Regioni è certamente da addebitare alla mancata accettazione dell'impostazione settoriale conferita al processo programmatico dalla legge n. 132/1968 in considerazione, forse, della convinzione che il fabbisogno di ospedali non potesse essere valutato a sé stante ma solo all'interno di una valutazione globale ed integrata di tutti i servizi sanitari presenti sul territorio di ciascuna;
5. l'impossibilità del sistema di soddisfare la crescente domanda di prestazioni sanitarie non disgiunta da una sempre più marcata crisi economica dei soggetti chiamati a gestirlo;
6. l'incremento notevolissimo della spesa conseguente all'aumento del costo delle singole prestazioni erogate, del consumo indiscriminato dei farmaci e della durata media delle degenze, nonché alla duplicazione -a breve distanza- degli interventi medici e degli esami ed al ricorso improprio alla ospedalizzazione. L'aumento della durata media delle degenze, la duplicazione delle prestazioni ed il ricorso a ricoveri impropri erano connaturati -come vedremo subito dopo- al nuovo sistema di determinazione dell'addebito ai soggetti (enti mutualistici, assicurazioni, comuni-domicilio di soccorso, ecc.) cui spettava assicurarne la co-

- pertura, delle prestazioni erogate a favore dei rispettivi beneficiari;
7. la possibilità di ricomprendere nella retta giornaliera di degenza -introdotta nel sistema ospedaliero, come riferito in precedenza, dalla legge n. 6972/1890- da addebitare agli enti mutualistici ed assicurativi, ai comuni-domicilio di soccorso ed ad eventuali altri enti pubblici o privati delle cui prestazioni aveva diritto il singolo assistito non solo il costo complessivo dell'assistenza prestata ma anche i costi:
 - a) per l'ammortamento, il rinnovo e l'ammodernamento delle attrezzature nel limite massimo del quattro per cento della retta determinata tenendo conto del suddetto costo complessivo,
 - b) per la cessione in delegazione dei proventi delle rette, nel limite massimo di un ventesimo del loro ammontare, finalizzata alla stipula di mutui da destinare al finanziamento degli oneri derivanti dalla costruzione di nuove strutture ospedaliere e per l'ampliamento, trasformazione ed ammodernamento di strutture esistenti.

La possibilità di caricare sulla retta giornaliera di degenza il costo degli ammortamenti e dei mutui di cui detto ha indotto i singoli enti ospedalieri a far ricadere sulla gestione ordinaria i costi derivanti da investimenti molto spesso dovuti al manifestarsi di spinte campanilistiche e sovradimensionati rispetto alle reali esigenze della popolazione di riferimento con conseguente incremento degli oneri a carico dei soggetti tenuti al pagamento della retta. Tale situazione determinò da un lato l'indebitamento, nel giro di pochi anni, soprattutto degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e, conseguentemente, di questi ultimi nei confronti dei relativi fornitori e dall'altro lato un ulteriore incremento della retta di degenza conseguente alternativamente, ma a volte anche cumulativamente, agli interessi da riconoscere ai tesorieri per gli scoperti realizzati al fine di assicurare ai fornitori i pagamenti nei tempi concordati ovvero all'aumento dei prezzi delle varie forniture conseguente al fatto che i fornitori tenevano conto per la relativa formulazione non solo dei preventivabili ritardi nei pagamenti ma anche dell'inflazione che all'epoca era a livelli molto alti;

8. la pluralità dei soggetti tenuti all'erogazione delle prestazioni sanitarie dalla quale è indubbiamente derivata in gran parte la duplicazione delle prestazioni sanitarie cui si è fatto precedentemente cenno.

La riferita situazione non trovò giovamento, per le motivazioni cui si è fatto cenno in precedenza, nemmeno con l'avvio del funzionamento delle Regioni, come dimostra anche l'intervento del Legislatore nazionale il quale per porvi rimedio approvò dapprima la legge 17 agosto 1974, n. 386, con la quale

veniva disposta la conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 8 luglio 1974, n. 264, contenente “Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri. Finanziamento della spesa ospedaliera e avvio della riforma sanitaria” e successivamente la legge 29 giugno 1977, n. 349, contenente da un lato norme transitorie -come si è già accennato- per il trasferimento alle Regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e da un altro lato disposizioni per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria. In particolare:

- la legge n. 386/1974 oltre a prevedere il finanziamento da parte dello Stato dei debiti degli enti mutualistici:
 - faceva divieto agli enti ospedalieri, fino alla data di entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, da un lato di istituire nuove divisioni, sezioni e servizi, salvo il caso in cui gli stessi rispondessero a specifiche inderogabili esigenze delle comunità locali di riferimento non soddisfacibili mediante utilizzazione di analoghe strutture esistenti in ospedali limitrofi e da un altro lato di aumentare gli organici e di assumere, anche temporaneamente, nuovo personale fatte salve la sostituzione del personale cessato dal servizio o collocato in aspettativa senza assegni od in congedo per gravidanza e puerperio e l'assunzione del personale necessario a far funzionare le divisioni, sezioni e servizi istituiti in presenza delle situazioni riferite;
 - faceva divieto agli enti mutualistici, fino alla data di cui detto, di deliberare, salvo autorizzazione ministeriale, la istituzione di nuove strutture o servizi sanitari e di assumere nuovo personale, fatto salvo l'espletamento dei concorsi già indetti;
 - prevedeva che i soggetti non assistibili dagli enti mutualistici potevano ottenere l'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli, disciplinati in sede regionale, versando un importo, pari alla spesa media rilevata dall'INAM per l'anno 1974 e dalle Regioni per gli anni successivi e che ai soggetti privi di copertura non potevano essere comunque rifiutate prestazioni ospedaliere urgenti spettando alla singola Regione di fissare le modalità per la loro retribuzione. Gli importi riscossi in applicazione della riferita normativa dovevano confluire nell'istituendo *fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera*;
 - trasferiva -come accennato in precedenza- alle Regioni sia a statuto speciale che ordinario i compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti previdenziali. In conseguenza del trasferimento le Regioni dovevano assicurare l'erogazione delle relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli aventi diritto avvalendosi degli

enti ospedalieri e, tramite stipula di convenzione, delle cliniche universitarie, degli IRCCS, degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, degli ospedali di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 (ospedali evangelici di Genova, Napoli, Torino, Pomaretto e Torre Pellice nonché ospedale israelitico di Roma, sempre che gli stessi, avendo ordinamenti equipollenti a quelli fissati dal D.P.R. n. 130/1969, avessero ottenuto con decreto del Ministro per la sanità l'equiparazione dei servizi e dei titoli acquisiti dal proprio personale ai servizi ed ai titoli acquisiti dal personale in servizio presso gli ospedali di uguale classifica, amministrati da enti ospedalieri). Qualora il ricorso alle suddette strutture non fosse in grado di assicurare le esigenze del settore ospedaliero, le Regioni potevano anche -sempre tramite stipula di convenzioni- utilizzare le case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge n. 132/1968;

- faceva carico alla Regioni di procedere al rimborso degli oneri sopportati per prestazioni ospedaliere avute in forma indiretta dai soggetti che ne avevano diritto a carico degli enti mutualistici di provenienza nei limiti definiti dalle rispettive disposizioni in materia;
- dettava le norme perché con decreto del Presidente della Repubblica si provvedesse allo scioglimento dei consigli di amministrazione degli enti mutualistici ed alla nomina dei commissari straordinari per la temporanea gestione degli stessi, fissandone comunque la liquidazione entro il mese di giugno 1977;
- disponeva che la spesa per l'assistenza ospedaliera fosse a carico del citato fondo nazionale, con conseguente implicita soppressione della retta giornaliera di degenza, e che il relativo finanziamento passasse sotto il controllo delle Regioni cui spettava di provvedervi sulla base delle risultanze dei bilanci degli enti ospedalieri;
- disponeva l'estensione del prontuario terapeutico per l'assistenza farmaceutica dell'INAM agli altri enti mutualistici, ivi comprese le casse mutue aziendali;
- autorizzava gli enti ospedalieri ad acquistare direttamente medicinali e galenici presso le imprese produttrici con obbligo da parte di queste ultime di concedere uno sconto non inferiore al 50% del prezzo di vendita al pubblico;
- la legge n. 349/1977, oltre a porre fine all'ordinamento mutualistico disponendo il passaggio dei relativi enti dallo stato di commissariamento a quello di liquidazione, introduceva nel sistema elementi fortemente innovativi proiettati verso la costruzione di un modello, nuovo

ed integrato, dei servizi sanitari ed assistenziali come dimostra, tra l'altro, l'affidamento alle Regioni della programmazione e del coordinamento dell'organizzazione dei servizi, presidi ed attività destinati ai fini suddetti e la possibilità di utilizzare parte del personale mutualistico per i servizi di prevenzione di competenza degli enti locali.

Nel periodo in questione il Legislatore, oltre ad aver approvato i riferiti interventi a forte contenuto istituzionale ed organizzativo, aveva disciplinato ex novo importanti settori dell'assistenza sanitaria quali, in particolare:

- a. la cura ed assistenza ai nuclei familiari affidandola, con la legge n. 405/1975, ai "consultori" i quali proprio perché chiamati a svolgere le riferite funzioni furono chiamati "familiari";
- b. gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione concernenti i malati di mente provvedendo, con la legge n. 180/1978, da una parte a definire le modalità con le quali l'autorità sanitaria poteva disporre nei confronti dei malati mentali accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione e dall'altra parte a trasferire dalle province alle regioni di rispettiva competenza territoriale le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera con contestuale previsione dell'obbligo per le regioni e per le province autonome di Trento e di Bolzano di istituire specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) onde addivenire al superamento degli ospedali psichiatrici;
- c. la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza provvedendo, con la legge 194/1978, a definirne le situazioni in cui si poteva fare ricorso, con le modalità dalla stessa stabilite, all'interruzione nel rispetto del diritto alla vita del nascituro.

La legge in questione, peraltro, depenalizzava l'aborto. Riguardo all'aborto sembra opportuno riferire che lo stesso, in passato, era stato valutato in maniera affatto difforme in conseguenza delle concezioni morali, religiose, di costume e demografiche affermatesi nei diversi periodi storici come dimostra il fatto che lo stesso:

1. nel periodo romano non fu punito per molti secoli e fu assimilato all'omicidio solo a partire dall'epoca dell'imperatore Settimio Severo (145-211 d.C.),
2. sotto l'influenza del cristianesimo fu punito dapprima soltanto a partire dal momento in cui si riteneva che il feto fosse *animato* (40 giorni per i maschi ed 80 giorni per le femmine dopo il concepimento).

mento) e successivamente in qualsiasi momento, ferma restando la sua liceità nel caso in cui lo stesso fosse necessario per salvare la vita della madre,

3. nel periodo dell'illuminismo, cioè nel corso del XVIII secolo, fu punito in maniera più attenuata in quanto poteva essere giustificato da motivi d'onore o dallo stato di povertà,
4. nella legislazione italiana successiva all'unità fu inserito tra i reati contro la persona,
5. nel codice penale fascista del 1930 (così detto Codice Rocco) fu inserito tra i delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe ed, in aggiunta, furono puniti come reati anche la propaganda anticoncezionale e gli atti diretti a rendere la persona impotente alla procreazione.

Nel sottolineare che i richiamati interventi legislativi adottati in circa trent'anni -cioè dal momento dell'entrata in vigore della Costituzione fino al momento dell'entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale- assicurarono un più funzionale assetto istituzionale ed organizzativo al sistema chiamato a fornire l'assistenza sanitaria al singolo individuo, riteniamo opportuno rilevare che nello stesso periodo la medicina ha realizzato grandi progressi in tutte le sue branche. In particolare la medicina trovò giovamento:

- dalla introduzione in campo chirurgico, dopo che nei primi anni del secolo erano state messe a punto nuove tecniche operatorie, di interventi finalizzati al recupero od al ripristino funzionale di organi e di arti tramite l'applicazione di protesi o la realizzazione di trapianti favorita dalla sempre crescente consapevolezza che tale nuova pratica avrebbe consentito di realizzare indubbi giovamenti rispetto a quelli in precedenza conseguiti tramite la semplice asportazione di arti e di organi ammalati;
- dall'inizio, nel corso degli anni '50, dell'era dei trapianti d'organo come dimostrano l'esecuzione del primo trapianto di reni in gemelli omozigoti nel 1954, di midollo osseo nel 1958, di rene tra estranei nel 1960, di pancreas nel 1966, di fegato e cuore nel 1967, ed infine di polmoni nel 1968. Al riguardo ricordiamo il grande eco ed impatto mediatico che ebbe il primo trapianto di cuore realizzato, su un paziente che dopo 18 giorni dall'intervento morì in conseguenza di reazione di rigetto, da parte del chirurgo sudafricano Christian Neethling Barnard (Beaufort, West Sud Africa 1922-2001) che portò lo stesso ad una immediata, ma ancora oggi persistente notorietà;

- dagli studi sulle malattie infettive ed in particolare sulla poliomielite e sul virus che la determina effettuati dal medico polacco naturalizzato americano Albert Bruce Sabin (Bialystok 1906-Washington 1993). Gli studi consentirono a Sabin di realizzare, nel 1953, un vaccino orale contro la poliomielite utilizzando virus vivi ma attenuati. Dal 1956 il vaccino viene usato efficacemente per la profilassi della poliomielite in sostituzione di quello preparato, solo un paio di anni prima, dal microbiologo statunitense Jonas Edward Salk (New York 1914-La Jolla, California, 1995). Il vaccino ottenuto dal Salk da virus uccisi con formalina e somministrato per via parenterale, si dimostrò ben presto meno rapido e sicuro rispetto a quello ottenuto da Sabin;
- dalla realizzazione, nel 1960, del primo contraccettivo orale. Il contraccettivo, ottenuto da parte di Gregiry Pinkus (1903-Boston 1967), coadiuvato dai chimici Russell Marker (Hagerstown, Maryland 1902-U.S.A. 1997) e Carl Djerassi (Vienna 1903-vivente), si aggiunse agli altri contraccettivi fino ad allora utilizzati e cioè al diaframma, inventato nel 1842, ed al preservativo in gomma, introdotto nel 1869. In Italia l'uso del contraccettivo orale sarà possibile solo dopo la legalizzazione del controllo delle nascite avvenuta nel 1971;
- dalle ricerche sulla morfologia e fisiologia del sistema endocrino e dell'apparato genitale effettuate da Gheorghios Papanikolau (Kymè, Rubea, 1883-Miami 1962). A Papanikolau si deve infatti anche la realizzazione di una prova diagnostica per l'accertamento precoce dei tumori della cervice uterina nota come test di Papanikolau o, più semplicemente, come Pap-test. Attualmente il test è anche utilizzato per lo studio della situazione ormonale della donna;
- dalla scoperta della struttura del DNA, effettuata nel 1953 da James Watson e da Francis Crick, la quale consentì non solo la decifrazione del codice genetico del singolo ma, più in generale, lo sviluppo della biologia molecolare ed il suo utilizzo per la ricerca oncologica.

Dell'evoluzione della scienza medica degli anni successivi tratteremo nel successivo capitolo 9; qui sembra comunque opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che la stessa non di rado è stata possibile grazie anche alle scoperte, invenzioni e realizzazioni effettuate dagli inizi del secolo da poco trascorso fino alla fine dei suoi anni '60 anche in settori diversi ma che, comunque, trovarono applicazione pure in campo sanitario magari a seguito di idonei adattamenti.

9. L'evoluzione della medicina a partire dagli ultimi decenni del XX secolo e fino ai nostri giorni

Il XX secolo e soprattutto gli ultimi suoi decenni sono stati per la medicina estremamente fecondi in quanto l'introduzione di nuove tecnologie ha permesso di allargare e di percorrere nuovi campi di ricerca che hanno condotto anche alla comparsa di nuove specializzazioni.

Fino ad ora ci siamo fatti carico di procedere alla descrizione, seppure sommaria, delle tappe più importanti dell'evoluzione della medicina collegando ciascuna fase a periodi storici ben definiti. La riferita impostazione non sembra però percorribile anche per descrivere le fasi di sviluppo che si sono realizzate a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso in quanto è da ritenersi tuttora in corso un processo molto rapido di evoluzione della scienza medica che rende oltremodo difficoltoso collegare ciascuna fase ai periodi storici che verranno presi in considerazione nella restante parte del presente testo. La difficoltà è dovuta non solo alla brevità di ciascun periodo ma anche a quella, forse ancora più ardua, di collegare la singola fase all'uno piuttosto che all'altro periodo. Di conseguenza daremo corso alla descrizione secondo la nuova riferita impostazione premettendo alla stessa una valutazione di carattere generale sull'evoluzione della medicina durante il secolo in questione e riferendo innanzi tutto dei suoi sviluppi derivati da alcune scoperte e/o invenzioni e/o realizzazioni verificatesi negli anni immediatamente precedenti a quelli indicati.

Il Novecento a detta di molti studiosi è ritenuto il secolo in cui la medicina si è fortemente evoluta sia per la introduzione di elementi volti al

superamento delle nuove problematiche etiche ed organizzative appalesatesi in più occasioni sia perché l'applicazione alla stessa delle nuove tecnologie e scoperte scientifiche hanno consentito il raggiungimento in campo medico di obiettivi certamente più importanti rispetto a quelli conseguiti sulle stesse basi in tutti gli altri settori. In particolare la scienza medica è stata influenzata, sia indirettamente che direttamente, da molte tecnologie utilizzate al fine di affrontare e superare le molte problematiche che si sono presentate ai suoi cultori giorno dopo giorno. Al riguardo sembra sufficiente richiamare l'attenzione sul fatto che in campo medico:

- l'utilizzazione della scoperta dei raggi X ha rappresentato un importante strumento di diagnostica e terapia;
- l'utilizzo dell'elettronica ha consentito la realizzazione dell'elettrocardiografo e dell'elettroencefalografo;
- la lotta alle infezioni, sviluppatasi soprattutto all'inizio del secolo, ha favorito lo sviluppo della batteriologia, dell'immunologia e della farmacologia;
- la sperimentazione delle vaccinazioni di massa sui soldati, ha fatto comprendere la loro utilità e, quindi, suggerito di rendere obbligatorie alcune di esse soprattutto sui bambini;
- la necessità di praticare interventi tempestivi nei confronti di soldati feriti durante le molte guerre in cui si trovarono coinvolti Stati appartenenti a più continenti, ha spinto i medici degli ospedali da campo a provare nuove tecniche chirurgiche ed a sperimentare nuove tecniche anestesologiche al fine di prevenire lo shock operatorio;
- l'utilizzo della scienza atomica in campo medico, dopo il suo impiego in ambito militare, ha comportato importanti vantaggi sia nel campo della diagnostica (esempio: utilizzo di radioisotopi per lo studio metabolico di tessuti ed organi: tiroide, cuore, ossa, polmoni, ecc.) sia nel campo della terapia per le patologie neoplastiche;
- l'introduzione degli ultrasuoni nella diagnostica per immagini ha permesso l'esecuzione di esami ecografici in sostituzione di alcuni esami radiologici tradizionali. Sicuramente la pratica degli esami ecografici - dovuti all'adattamento degli ultrasuoni già utilizzati per la rilevazione dei sottomarini in occasione dei richiamati eventi bellici - ha avuto una rapida diffusione perché gli esami ecografici erano di più facile esecuzione e meno invasivi rispetto agli esami tradizionali in precedenza utilizzati per eseguire lo stesso tipo di indagini;
- l'utilizzo del laser a partire dalla fine degli anni '60 per la cura di varie patologie, dopo le prime sperimentazioni effettuate intorno agli anni

'50 del secolo scorso sugli orologi atomici ed in campo militare. Il laser per le sue caratteristiche tecniche e per la precisione del suo raggio ha trovato ampia utilizzazione sia in campo medico che, soprattutto, chirurgico: infatti con il passare degli anni ha consentito l'effettuazione di ablazioni sempre più precise e di coagulazioni del sangue assolutamente efficaci nonchè, più di recente, la effettuazione, in associazione con l'endoscopia, dell'asportazione di lesioni patologiche degli organi cavi. Le sue richiamate caratteristiche tecniche ne hanno altresì consentita l'utilizzazione, fin dai suoi primi anni di impiego soprattutto per l'esecuzione di interventi di oculistica e di ginecologia. I riferiti utilizzi del laser hanno evitato non solo il ricorso all'accesso chirurgico tradizionale per la patologia di volta in volta interessata ma ha soprattutto ridotto considerevolmente il rischio di complicazioni e la durata della degenza con conseguente drastica riduzione dei costi in precedenza sopportati per intervenire chirurgicamente in modo tradizionale sulle stesse patologie.

Peraltro non può essere taciuto il fatto che la scoperta del DNA da parte di James Waston (Chicago 1920-vivente) e Francis Crick (Northampton, Inghilterra 1906-San Diego, USA 2004), della quale abbiamo fatto cenno al termine del precedente capitolo -dopo aver permesso agli stessi la decifrazione del codice genetico del singolo e lo sviluppo della biologia molecolare con conseguente suo utilizzo per la ricerca oncologica- ha consentito in seguito ad ulteriori studi di individuare i geni che regolano la sintesi e la diversità anticorpale e dovrebbe favorire, a detta degli esperti, la realizzazione di farmaci antitumorali sempre più efficaci.

Successivamente, cioè a partire dal 2002, sono stati avviati gli studi sulla regolazione genetica dello sviluppo degli organi che hanno permesso di individuare un codice di programmazione della morte cellulare (apoptosi).

A sua volta la scoperta dei virus oncogeni ha originato approfonditi studi sulla genetica virale e sui meccanismi di sua replicazione, sul rapporto esistente tra virus oncogeni e materiale genetico, sulle capacità di riconoscimento e di risposta del sistema immunitario verso i suddetti virus. Gli studi in particolare hanno permesso di scoprire, nel 1989, i retrovirus oncogeni e, nel 1997, i prioni come nuovo principio biologico delle infezioni virali.

Parimenti importante è stata l'esperienza in tema di trapianti acquisita negli anni '50 e '60; essa infatti ha consentito la realizzazione dei trapianti sempre più complessi quali quelli: di cuore-polmoni, nel 1981 e di insule pancreatiche, nel 1991. Non va peraltro dimenticato che, nel 1992, è stato

impiantato il primo cuore artificiale e che, nel 1998, è stato eseguito il primo impianto di mano.

In Italia il primo trapianto di midollo osseo fu eseguito presso l'Ospedale San Martino di Genova, nel 1976, da Alberto Marmont; il primo trapianto di pancreas presso lo stesso ospedale, nel 1981, da Egidio Tosatti; il primo trapianto di fegato presso il policlinico Umberto I di Roma, nel 1982, da Raffaello Cortesini; il primo trapianto di cuore presso il policlinico di Padova, nel 1985, da Vincenzo Gallucci; il primo impianto di cuore artificiale presso il policlinico di Pavia, nel 1987, da Mario Viganò; il primo trapianto di polmone presso il citato policlinico di Roma, nel 1991, da Costante Ricci; il primo trapianto di cuore-polmone ancora dal Viganò presso il policlinico di Pavia; il primo trapianto di insule pancreatiche con indipendenza all'insulina, nel 1997, da Antonio Secchi presso l'ospedale San Raffaele di Milano, cui hanno fatto seguito a brevissima distanza trapianti dello stesso tipo presso altri ospedali italiani; il primo trapianto di mano presso l'ospedale S. Gerardo di Monza, nel 2000, da Marco Lanzetta.

Grande rilevanza nell'evoluzione della scienza medica hanno avuto, nel periodo storico preso in considerazione, molte scoperte fatte nei più diversi campi delle ricerca ed in particolare:

- la scoperta, nel 1978, ad opera di Jean Francois Borel (1933-vivente) della ciclosporina, farmaco immunosoppressore in grado di inibire parzialmente o totalmente le reazioni di rigetto dell'organo trapiantato. Il suo utilizzo, fin dal 1983, nei trapianti d'organo ha comportato una drastica diminuzione del numero dei rigetti e quindi della mortalità a breve distanza dall'intervento;
- la realizzazione della sintesi di farmaci antiretrovirali ed il loro successivo inserimento nella terapia, secondo schemi prestabiliti, per la cura dell'AIDS (Sindrome da Immuno-Deficienza Acquisita), malattia comparsa sulla scena mondiale agli inizi degli anni '80 e definita come la peste del secolo. Infatti con l'utilizzo dei farmaci antiretrovirali l'AIDS ha modificato il suo decorso da prevalentemente acuto a prevalentemente cronico pur mantenendo una natura sostanzialmente infausta. L'AIDS ha anche favorito la recrudescenza della TBC;
- il recente isolamento, da parte degli australiani Barry J. Marshall (Kalgoorie, Western Australia 1951-vivente) e J. Robin Warren (Adelaide, South Australia 1933-vivente), nello stomaco dei soggetti affetti da gastrite, ulcera gastrica e duodenale e da alcune forme di neoplasia gastrica del germe *helicobacter pylori* che ha reso possibile modificare completamente la strategia terapeutica della quasi totalità

di tali affezioni passando da una terapia prevalentemente chirurgica ad una terapia prevalentemente antibiotica. Per la scoperta agli stessi è stato conferito nel 2005 il premio Nobel per la medicina;

- la profonda evoluzione verificatasi in radiologia. L'evoluzione è stata possibile in particolare perché la radiologia ha affiancato all'applicazione squisitamente diagnostica, anche se fortemente evolutasi durante tanti decenni di pratica, della scoperta dei raggi X effettuata -come ricordato sotto il precedente capitolo 6- nel 1895 da parte di Roentgen anche un'applicazione di tipo interventistico della scoperta stessa. Quest'ultima pratica, nota come radiologia interventistica, ha permesso l'esecuzione di manovre chirurgiche mininvasive;
- la realizzazione di una vasta gamma di strumentazioni accessorie che hanno consentito indagini radiologiche in grado di approfondire, con tecniche mininvasive, le più diverse patologie. Infatti l'introduzione prima della TAC (tomografia assiale computerizzata) e successivamente della RMN (risonanza magnetica nucleare) non solo ha consentito indagini diagnostiche di maggiore qualità ed agevolato la risoluzione dei casi più complessi ma è stata l'artefice dell'evoluzione della diagnostica per immagini. L'invenzione della TAC, avvenuta nel 1973, è dovuta agli studi del fisico sudafricano Allan Mac Leod Cormack (Johannesburg, 1924-1998) e dell'ingegnere elettronico inglese Godfrey Newbold Hounsfield (Newark, Nottinghamshire, 1919-2004) ai quali, nel 1979, fu conferito per tale invenzione il premio Nobel per la fisiologia e la medicina; quella della RMN è dovuta agli studi sull'applicazione alla medicina di tale metodica effettuati tra la fine degli anni '70 e gli inizi degli anni '80 del secolo appena trascorso da Paul Lauterbur (Sidney, Ohio, 1929-vivente) e da Peter Mansfield (London, UK 1933-vivente) ai quali è stato conferito per gli studi richiamati il premio Nobel per la medicina nel 2003. La metodica della RMN trova particolare indicazione per lo studio delle patologie neurologiche che interessano il sistema nervoso centrale;
- la scoperta da parte di Rita Levi Montalcini (Torino 1909-vivente) del *nerve growth factor*, importante fattore di crescita implicato tra l'altro nella prevenzione di malattie come l'Alzheimer, la quale Le procurò il conferimento del premio Nobel per la medicina nel 1986;
- l'introduzione delle fibre ottiche e di altre alte tecnologie negli endoscopi ed in svariati altri strumenti diagnostici, la quale ha reso possibile ottenere immagini sempre più precise e strumenti sempre più flessibili e di piccolo calibro utilizzabili anche a scopo chirurgico.

10. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

10.1. Aspetti generali

Alla crisi del sistema mutualistico ospedaliero esplosa durante gli anni '70 del secolo scorso e non risolta né con gli interventi previsti dalle leggi n. 386/1974 e n. 349/1977 né con quelli disposti dal D.P.R. n. 616/1977 con cui fu completato il trasferimento alle Regioni di tutte le competenze in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera in applicazione dell'art. 117 della Costituzione, il Legislatore ha posto rimedio con l'approvazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale" a tutti nota come legge di riforma sanitaria. La stessa fu approvata a larghissima maggioranza dal Parlamento in epoca in cui nel Paese si registrava, politicamente, la così detta *solidarietà nazionale* ed, economicamente, il così detto *boom*. La riferita approvazione a larghissima maggioranza -che certamente mal si conciliava con le differenti posizioni e filosofie che i più importanti partiti presenti in Parlamento avevano sempre sbandierato in materia di sanità- sembra trovare giustificazione da una parte sul fatto che la legge n. 833/1978, dopo aver sancito principi ed obiettivi di carattere generale conciliabili con tutte le posizioni politiche e pertanto da tutti condivisi, ha fatto scelte operative caratterizzate da forte genericità ovvero ha demandato alle Regioni la loro definizione e dall'altra parte sull'ampiezza illimitata dei servizi e delle prestazioni che al neo istituito *servizio* si faceva carico di assicurare ai singoli giustificata dalla citata fase di *boom economico* che attraversava il Paese. Peraltro va dato atto che la fase di *boom* era destinata ad essere ridimensionata a breve scadenza in conseguenza del suo esaur-

rimento prima della stessa costituzione delle unità sanitarie locali. Ferme restando le considerazioni fin qui sviluppate va comunque sottolineato che la legge in questione - frutto di un dibattito iniziato negli anni '60 che aveva coinvolto politici, rappresentanti delle organizzazioni sindacali e di altre rappresentanze dei cittadini, esperti del settore, singoli soggetti- oltre a proporsi l'obiettivo irrinunciabile di dare attuazione all'art. 32 della Carta Costituzionale e di rimediare, in via definitiva, alla crisi finanziaria in cui si era venuto a trovare il sistema mutualistico-ospedaliero nonostante gli interventi posti in essere durante il decennio che stava per concludersi, si propose di superare:

- una normativa alquanto lacunosa e confusa in tema di assistenza sanitaria nel suo complesso tramite l'attribuzione di precisi compiti alla Regione ed agli altri Enti Locali e la conseguente razionalizzazione del preesistente sistema,
- la scarsa qualificazione del sistema sanitario vigente, conseguente anche al tipo di operatori utilizzati per fornire le prestazioni;
- la pluralità dei soggetti erogatori dalla quale, molto spesso, derivava anche la diversità delle prestazioni ottenibili dal singolo.

I riferiti obiettivi hanno trovato risposta tramite:

- 1) una puntuale definizione del servizio sanitario nazionale, delle sue finalità e delle modalità tramite cui conseguirle;
- 2) l'attribuzione, ai Comuni singoli od associati od alle Comunità montane, della titolarità di tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria non attribuite espressamente allo Stato ed alle Regioni;
- 3) l'affidamento dell'esercizio di tutte le competenze in materia sanitaria, di cui era stata attribuita la titolarità ai Comuni singoli od associati od alle Comunità montane, ad un unico soggetto: *l'Unità sanitaria locale*. La scelta portò inevitabilmente da un lato alla eliminazione degli enti ospedalieri nonché degli enti mutualistici che svolgevano esclusivamente attività riconducibili all'assistenza sanitaria e dall'altro lato alla sottrazione delle competenze in materia sanitaria che fino ad allora erano state esercitate dai Comuni, dalle Province, dalle Regioni nonché dagli enti mutualistici che svolgevano anche attività previdenziali o comunque attività non riconducibili all'assistenza sanitaria;
- 4) la definizione di una puntuale disciplina degli aspetti istituzionali ed organizzativi dei nuovi soggetti preposti all'esercizio delle funzioni finalizzate alla tutela della salute del singolo cittadino;
- 5) l'introduzione della programmazione sanitaria quale strumento irrinun-

ciabile tramite il quale fissare periodicamente gli obiettivi del servizio sanitario nazionale e la contestuale definizione delle procedure tramite le quali dovevano essere approvati sia il piano sanitario nazionale che i piani sanitari regionali;

- 6) la definizione di un nuovo sistema di finanziamento della spesa sanitaria;
- 7) il riconoscimento al singolo cittadino del diritto ad ottenere, a carico del servizio sanitario nazionale, tutte le prestazioni comprese nei livelli uniformi di assistenza;
- 8) la definizione di nuove regole concernenti gli operatori del settore/comparto sanità che, anche se mutate in gran parte dal pubblico impiego, si facevano carico di disciplinare alcuni aspetti peculiari degli stessi ovvero di stabilire i principi a cui ispirarsi per provvedervi.

Prima di approfondire i riferiti singoli contenuti della legge di riforma sanitaria riteniamo opportuno proporre alcune considerazioni di carattere generale sul suo impianto complessivo rilevando innanzi tutto che l'ideologia che la supportava e che, come vedremo, si esprimeva tramite i principi e gli obiettivi assegnati al servizio sanitario nazionale, si sostanzialmente nella volontà di assicurare ai cittadini un servizio sanitario efficace ed integrato finalizzato non solo a perseguire il recupero dalle varie patologie ma anche e, prioritariamente, lo stato di equilibrio fisico, psichico e sociale del singolo individuo in coerenza con la definizione del concetto di salute enunciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'anno di entrata in vigore della Costituzione repubblicana (1948) secondo la quale il suddetto concetto è *"lo stato di completo benessere fisico-spirituale e sociale e non solo l'assenza di malattie ed infermità"*. Il recupero della suddetta concezione ideologica doveva essere considerato alla base:

- a) della sostituzione della cura della malattia con la tutela globale della salute previo riconoscimento della stessa come diritto del singolo, realizzando nella sostanza il capovolgimento del sistema assicurativo fino ad allora vigente dal quale derivava esclusivamente -come si è avuto modo di riferire in precedenza- la copertura, molto spesso parziale e fortemente differenziata, del rischio di malattia,
- b) della integrazione della fase di cura delle malattie con quelle della prevenzione e della riabilitazione,
- c) dell'abbattimento dei limiti temporali dell'assistenza di malattia,
- d) del livellamento delle prestazioni di cui il servizio sanitario nazionale doveva assicurare l'erogazione a tutte le categorie dei cittadini, indipendentemente dalle relative condizioni economiche e sociali e dalle relati-

- ve convinzioni religiose nonché dalle situazioni del contesto territoriale in cui ciascuno dimorava;
- e) del riconoscimento a ciascun cittadino del diritto ad ottenere una serie di nuove e qualificate prestazioni (quelle, già ricordate di natura preventiva e riabilitativa) in specifici ambiti di erogazione (famiglia, luogo di lavoro, scuola, ambiente naturale, alimenti, animali, ecc.).

In conseguenza delle suddette scelte ideologiche e, nello stesso tempo, in funzione della loro concretizzazione la riforma si era dato un profilo strutturale del tutto particolare che incideva anche su aspetti, in certa misura, estranei alla sanità quali:

- la distinzione tra soggetto (comune singolo od associato ovvero comunità montana) titolare delle funzioni amministrative in materia sanitaria non riservate per legge allo Stato ed alle Regioni e soggetto (unità sanitaria locale) titolare del loro esercizio;
- la ridefinizione dei rapporti tra Stato, Regioni, Comuni ed altri Enti Locali;
- l'istituzionalizzazione del coinvolgimento dei cittadini sia a livello associativo che a livello personale. Infatti le associazioni dei cittadini potevano essere chiamate dalle unità sanitarie locali a concorrere al conseguimento dei loro obiettivi ed ai singoli si chiedeva di porre in essere nuovi tipi di comportamenti -conseguenti all'acquisizione della specifica coscienza sanitaria che la legge poneva tra gli obiettivi fondamentali del neo istituito SSN- capaci di concorrere alla tutela della salute nel suo complesso ferma restando la diagnosi e la cura degli stati patologici in capo agli operatori del settore;
- la interdisciplinarietà degli interventi da cui conseguiva l'introduzione del lavoro di gruppo;
- l'istituzionalizzazione dei processi di pianificazione e programmazione sanitaria finalizzata a conseguire il capovolgimento della tradizionale metodologia di gestione dei servizi assistenziali nel senso che gli stessi avrebbero dovuto essere commisurati alle risorse economiche messe a disposizione della sanità all'interno delle risorse generali del Paese e sottoposti a verifiche e controlli preventivi, successivi ed anche concomitanti in grado di garantire il loro contenimento nei limiti di quanto pianificato e programmato a monte rilevando che la suddetta previsione normativa non ha avuto riscontro nella realtà;
- la introduzione del principio della professionalizzazione costante del personale di cui ciascuna unità sanitaria locale doveva giovare per adem-

piere alle funzioni ad essa attribuite avendo ben presente che il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate costituiva un primo importante obiettivo della rivisitazione complessiva del sistema preesistente.

I due riferiti aspetti (ideologici e strumentali) di carattere generale della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale vanno considerati non come due diverse parti del nuovo sistema ma come due momenti di quest'ultimo tra loro fortemente interrelazionati.

A quanto precede va aggiunto che la legge n. 833/1978:

- prefigurava un governo unitario e globale della salute. Essa infatti configurava un servizio sanitario basato sui principi della globalità delle prestazioni, della universalità dei destinatari, dell'uguaglianza dei trattamenti e contestualmente introduceva il decentramento in materia di sanità pubblica in precedenza improntato a centralismo ed autoritarismo;
- ripartiva in maniera puntuale le competenze in materia sanitaria tra Stato (programmatoria nazionale, definizione dei livelli uniformi di assistenza, quantificazione dei finanziamenti e definizione dei criteri per il relativo riparto, emanazione di leggi quadro), Regioni (programmazione regionale, organizzazione delle unità sanitarie locali, legislazione in tutte le altre materie indicate da leggi statali) nel rispetto delle leggi fondamentali dello Stato, Comuni singoli od associati e Comunità montane (titolarità di tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria ed ospedaliera non espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni nonché controllo, in riconoscimento del ruolo cui gli stessi erano chiamati a svolgere sul territorio di competenza, sull'attività dei soggetti cui spettava esercitarle) infine *unità sanitarie locali* con individuazione di queste ultime quali soggetti unici titolari dell'esercizio -cioè dell'organizzazione e della gestione- di tutte le funzioni amministrative di cui erano titolari i comuni singoli od associati ovvero le comunità montane del rispettivo territorio;
- prevedeva l'iscrizione degli utenti del servizio sanitario nazionale in appositi elenchi istituiti ed aggiornati dalla unità sanitaria locale del territorio di rispettiva residenza;
- prevedeva un sistema di finanziamento basato sulla contribuzione obbligatoria dei cittadini, in cui le entrate dovevano affluire nelle casse dello Stato il quale era tenuto a metterle a disposizione, tramite la legge annuale di bilancio, delle Regioni perché, a loro volta, provvedessero a finanziare le unità sanitarie locali;

- prevedeva che le unità sanitarie locali potevano giovare per svolgere i compiti loro assegnati sia di personale dipendente che di personale convenzionato. La legge in coerenza con il richiamato obiettivo di definire nuove regole per gli operatori del SSN stabiliva:
 - a) all'art. 47, che lo stato giuridico ed economico del personale dipendente doveva essere disciplinato secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego, fatta eccezione per le deroghe espressamente previste dallo stesso articolo in relazione alle peculiarità del settore/comparto sanitario; al Governo veniva attribuita specifica delega per provvedervi nel rispetto degli uni e delle altre;
 - b) all'art. 48, che il rapporto con il personale convenzionato doveva essere disciplinato, sia negli aspetti economici che negli aspetti normativi, da specifiche convenzioni aventi durata triennale.

In ultimo va sottolineato che la legge in questione assicurava *ai cittadini* il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari ed all'accesso, per motivate ragioni o in caso di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale, *ai militari* il diritto all'accesso ai servizi di assistenza delle località ove si trovavano ad operare ed *agli italiani immigrati, che rientrassero temporaneamente in patria*, il diritto all'accesso ai servizi assistenziali della località in cui si trovavano.

10.2. Il servizio sanitario nazionale:

definizione, finalità e modalità di loro perseguimento

La legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" dopo aver affermato, confermando in maniera puntuale il dettato dei commi 1 e 2 dell'articolo 32 della Costituzione, che *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività* e che *la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana* precisa che:

- la tutela avviene *mediante il servizio sanitario nazionale*;
- *il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*;
- *il conseguimento delle finalità riferite è assicurato mediante*:
 - a) *la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di una adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità*;

- b) *la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;*
- c) *la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;*
- d) *la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;*
- e) *la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;*
- f) *l'igiene degli alimenti, delle bevande e dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;*
- g) *una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;*
- h) *la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale, il quale nell'ambito delle sue competenze è tenuto a perseguire il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese, la sicurezza del lavoro, le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, la promozione della salute nell'età evolutiva, la tutela sanitaria delle attività sportive, la tutela della salute degli anziani, la tutela della salute mentale ed infine la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo.*

La normativa è stata riprodotta, quasi nella sua interezza, in quanto la stessa è da ritenersi sicuramente tuttora vigente essendo sopravvissuta alle modifiche ed integrazioni ad essa apportate successivamente; queste ultime hanno infatti riguardato tutti gli altri aspetti esplicitati sotto il precedente punto 10.1, per cui sembra oltremodo opportuno procedere al loro approfondimento nei successivi punti del presente capitolo.

10.3. L'Unità sanitaria locale: definizione e competenze

L'Unità sanitaria locale era stata definita dalla legge di riforma sanitaria come *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*; la stessa:

- avrebbe dovuto avere un ambito territoriale con una popolazione di solito compresa tra 50.000 e 200.000 abitanti in relazione alle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche del territorio; il suddetto numero poteva essere elevato o, in casi particolari, ridotto in presenza di una popolazione particolarmente concentrata o sparsa;

- avrebbe dovuto essere articolata, sulla base di criteri definiti con legge regionale, in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di primo intervento;
- avrebbe dovuto provvedere in particolare:
 - a) all'educazione sanitaria;
 - b) all'igiene dell'ambiente;
 - c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
 - d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
 - e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
 - f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
 - g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
 - h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
 - i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare per le malattie fisiche e psichiche;
 - j) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
 - k) alla riabilitazione;
 - l) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
 - m) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
 - n) alla profilassi e alla polizia veterinaria; all'ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale sull'alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;
 - o) *agli accertamenti, alla certificazione ed a ogni altra prestazione medico-legale, esclusi gli accertamenti tecnico-sanitari delle condizioni del personale delle Forze armate, dei Corpi di polizia, del Corpo degli agenti di custodia, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco ed, infine, dell'ANAS dei quali era stata prevista la competenza dello Stato;*
- avrebbe dovuto provvedere ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti in sede di approvazione, con legge, del piano sanitario nazionale.

L'uso del condizionale nell'elencazione testè esplicitata consegue al fatto che molti compiti compresi nella stessa sono stati disattesi.

10.4. Gli aspetti istituzionali ed organizzativi delle unità sanitarie locali

La legge di riforma sanitaria non ritenne di riconoscere alle unità sanitarie locali la personalità giuridica in quanto considerò le stesse come soggetti strumentali dei titolari delle funzioni finalizzate alla tutela della salute dei cittadini: i Comuni singoli o associati ovvero le Comunità Montane. Il Legislatore effettuò siffatta scelta nonostante la necessaria attribuzione alle unità sanitarie locali, perché fossero in grado di perseguire il raggiungimento dell'irrinunciabile obiettivo di tutelare la salute del singolo, dell'esercizio di competenze aggiuntive rispetto a quelle affidate in precedenza ad enti ospedalieri, mutue ed enti locali, cioè a soggetti in possesso di personalità giuridica. La scelta legislativa che, *stricto iure*, avrebbe comportato il mancato riconoscimento alle unità sanitarie locali della capacità di agire, cioè di essere soggetti di diritto, aprì un ampio dibattito dottrinale in cui si confrontarono teorie contrapposte le quali tutte convennero comunque sulla irrinunciabilità di riconoscere alle stesse, ad esempio, la capacità di stipulare contratti, di assumere personale, di adire gli organi della Magistratura, di essere citate dinanzi agli stessi ed, in contrapposto, l'impossibilità di essere proprietarie addirittura delle strutture utilizzate per la erogazione delle prestazioni sanitarie. Ai Comuni infatti la citata legge n. 833/1978 aveva attribuita, in relazione alla rispettiva dislocazione territoriale, la proprietà non solo delle strutture che, prima della riforma, erano utilizzate per l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie e, con l'avvento della riforma, erano state destinate dai nuovi soggetti istituzionali comunque allo svolgimento delle competenze loro attribuite ma anche di ogni altro bene già di proprietà degli enti soppressi non utilizzato per la gestione di attività sanitarie. Con riguardo a quest'ultima conseguenza della riferita dibattuta posizione legislativa riteniamo opportuno rappresentare che la stessa non ha procurato significative conseguenze negative sul funzionamento delle unità sanitarie locali anche se i Comuni raramente soddisfecero l'obbligo di mettere a disposizione delle unità sanitarie locali le rendite derivanti dall'alienazione e, soprattutto, dall'utilizzo dei beni non destinati all'uso sanitario. L'obbligo era stato prefigurato da tutte le leggi adottate dalle Regioni, in relazione della specifica previsione contenuta nella legge n. 833/1978, secondo la quale alle stesse competeva disciplinare lo svincolo di destinazione dei beni con vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali nel caso in cui gli stessi non fossero più utilizzati a fini sanitari

nonchè il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati dalla loro alienazione o trasformazione in opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi sanitari.

Avute presenti le considerazioni fin qui sviluppate ci accingiamo ad approfondire gli aspetti istituzionali ed organizzativi delle unità sanitarie locali onde focalizzarne le componenti più rilevanti e, comunque, utili per un raffronto con le scelte successive nello stesso settore.

A- Aspetti istituzionali.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, aveva previsto quali organi delle unità sanitarie locali:

- *l'assemblea generale*, costituita dal consiglio comunale o dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni ovvero dall'assemblea generale della comunità montana in relazione al fatto che il relativo territorio coincidesse rispettivamente con quello di un solo comune o di parte di esso, con quello di una pluralità di comuni ed, infine, con quello di una comunità montana,
- *il comitato di gestione* ed il suo *presidente*,
ed aveva affidato:
 - al comitato di gestione il compimento di tutti gli atti di amministrazione e la predisposizione degli atti a valenza generale da approvare da parte dell'assemblea generale,
 - all'assemblea generale l'approvazione degli atti a valenza generale e cioè l'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e programmi che impegnassero più esercizi, della pianta organica del personale, dei regolamenti e delle convenzioni.

La legge stabiliva altresì che le competenze del comitato di gestione e quelle del suo presidente (peraltro non definite!?) fossero attribuite rispettivamente alla giunta ed al presidente della comunità montana nel caso in cui il territorio della stessa coincideva con l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale e delegava alla regione l'emanazione di norme per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dei nuovi soggetti istituzionali e dei loro servizi ed, in particolare, per la istituzione ed il funzionamento di un ufficio di direzione articolato distintamente per la responsabilità sanitaria ed amministrativa e collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutti i servizi ed alla direzione del personale.

La legge in questione non prevedeva alcun organo interno per il controllo amministrativo-contabile anche se le attese erano diverse tenuto conto

della presenza di un siffatto organo negli enti ospedalieri ed anche in altri enti le cui competenze erano state trasferite alle unità (socio)-sanitarie locali - U(S)SL- ed un giudizio sostanzialmente positivo sull'attività dallo stesso svolta presso i richiamati soggetti.

B- Aspetti organizzativi.

Per quanto concerneva gli aspetti organizzativi delle *unità sanitarie locali* - ricordato ancora una volta che la legge n. 833/1978 aveva definito le stesse come il *complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi* tramite i quali le stesse dovevano assolvere nel rispettivo ambito territoriale ai compiti del servizio sanitario nazionale cioè ai compiti loro attribuiti per tutelare la salute psico-fisica dei cittadini- si ritiene opportuno precisare che:

- per *presidio* doveva intendersi qualsiasi struttura immobiliare all'interno della quale vengono organizzate ed erogate prestazioni e/o servizi sanitari rilevando che la legislazione nazionale ne aveva individuato soltanto quattro tipologie: l'ospedale, il presidio multizonale di prevenzione, il distretto, il poliambulatorio;
- per *ufficio* doveva intendersi non la stanza dove abitualmente vengono svolte attività amministrative, ma l'organismo collegiale multidisciplinare chiamato a definire proposte nonché procedure per l'organizzazione e/o gestione e/o produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari rilevando che la legislazione nazionale ne aveva individuato soltanto una tipologia: l'ufficio di direzione;
- per *servizio* doveva intendersi non il ben noto servizio autonomo ospedaliero (di radiologia, di laboratorio, ecc.), ma l'unità organizzativa base per la programmazione, organizzazione, gestione ed, a volte, erogazione di attività e/o di prestazioni omogenee rilevando che il Legislatore nazionale ne aveva individuato più di uno (esempio: servizio veterinario, servizio di igiene ambientale, servizio di igiene e servizio di medicina del lavoro).

La legge istitutiva del servizio sanitario nazionale dopo aver fornito le indicazioni di carattere generale testè esplicitate ed aver precisato che con legge regionale dovevano essere stabiliti i criteri per l'articolazione -da parte dei comuni, singoli od associati, ovvero delle comunità montane- delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, attribuiva alla singola regione il potere di definire, con propria legge, l'organizzazione delle unità sanitarie locali. Le Regioni erano comunque tenute a definire l'or-

ganizzazione complessiva delle unità sanitarie locali facendosi carico di:

- assicurare l'autonomia tecnico-funzionale dei servizi, il loro coordinamento e la partecipazione degli operatori, anche mediante l'istituzione di specifici organi di consultazione tecnica;
- prevedere un ufficio di direzione, articolato distintamente per la responsabilità sanitaria ed amministrativa e collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutti i servizi ed all'amministrazione del personale. Al riguardo va ulteriormente precisato che il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, con il quale era stato disciplinato lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali in attuazione della specifica delega contenuta nell'art. 47, comma 3, della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, aveva dettato norme - sicuramente superando i contenuti della delega stessa - anche in tema di sua composizione e di attribuzioni dei coordinatori cioè in materie sicuramente di competenza delle regioni;
- disciplinare l'organizzazione e la gestione dei presidi e dei servizi multizonali. A questo riguardo va rilevato che la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale rendeva obbligatoria la previsione almeno di un servizio veterinario onde assicurare il riordino delle attività complessive del settore e di un servizio di igiene ambientale, di igiene e di medicina del lavoro e stabiliva i requisiti minimi di cui dovevano essere dotati gli stabilimenti ospedalieri;
- individuare le strutture multizonali ospedaliere ed extra-ospedaliere che ciascuna unità sanitaria locale doveva gestire;
- articolare l'ordinamento degli ospedali in dipartimenti in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, le sezioni ed i servizi affini e complementari, al principio del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali ed, infine, al principio della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo;
- disciplinare la gestione coordinata ed integrata dei servizi sanitari con i servizi sociali esistenti sul territorio.

Con riferimento alla richiamata normativa sembra utile osservare che le regioni nel dare applicazione alla stessa:

- hanno previsto la istituzione di un maggior numero di presidi e di servizi rispetto a quelli individuati dal Legislatore nazionale, ma non un maggiore numero di uffici. Infatti accanto ai presidi ed ai servizi individuati

dalla legislazione nazionale le singole regioni hanno individuati altri presidi (esempio: la comunità alloggio, la comunità terapeutica, la residenza sanitaria assistenziale, ecc.) ed altri servizi (esempio: di assistenza di base, di assistenza specialistica, del personale, degli affari generali e legali, di igiene pubblica, ecc.);

- hanno definito in maniera affatto rigida la tipologia dei servizi di cui ciascuna unità sanitaria locale doveva dotarsi tenendo conto di elementi vari quali, ad esempio, il numero dei residenti ovvero dei dipendenti, la minore o maggiore presenza di animali ovvero di stabilimenti industriali, la tipologia ed il numero delle strutture gestite;
- hanno, di norma, affidato all'ufficio di direzione compiti consultivi -da formalizzare, a volte, tramite l'espressione di parere obbligatorio- nonché potere di proposta nei confronti dell'organo di gestione;
- hanno attribuito l'esercizio delle competenze proprie dell'ufficio di direzione a volte all'intero collegio, altre volte ai coordinatori collegialmente ovvero singolarmente ed, ancora, al componente responsabile del servizio e/o del settore direttamente interessato con conseguenti difficoltà a definire in maniera puntuale anche i limiti delle responsabilità che ciascuno di detti soggetti avrebbe dovuto assumere.

Fermo restando quanto precede si ritiene doveroso sottolineare comunque da una parte l'impossibilità per il comitato di gestione della singola unità sanitaria locale di formalizzare un'organizzazione seppure minimamente diversa da quella indicata dalla legge regionale e dall'altra parte la necessità di modificare la legge regionale nel caso in cui si fosse ritenuto opportuno apportare modifiche, anche di poca rilevanza, al modello organizzativo prefigurato.

10.5. La programmazione sanitaria

Come ricordato in precedenza, la legge n. 132/1968 aveva tentato, con scarsi risultati, di adottare il metodo della programmazione nel campo ospedaliero cioè in un settore, seppure importante, dell'assistenza sanitaria. La riferita situazione non sfuggì al Legislatore il quale con l'art. 3 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, introdusse la programmazione sanitaria nazionale nell'ordinamento italiano precisando che gli obiettivi della stessa dovessero essere stabiliti, con il concorso delle regioni, nell'ambito della programmazione economica nazionale e che il documento con il quale doveva essere formalizzata la programmazione, cioè il piano sanitario nazionale, doveva fissare i livelli di prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini.

Con i successivi articoli 53 e 55 della legge n. 833/1978 in questione il Legislatore, oltre a disciplinare le procedure per l'approvazione rispettivamente del piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali, dispose che il singolo piano sanitario nazionale doveva farsi carico per ciascun triennio di suo riferimento sia di stabilire le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria esistenti nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali sia di dettare le linee generali per l'attuazione del servizio stesso in ambito regionale uniformemente ai contenuti ed indirizzi dallo stesso definiti ed, in particolare, per perseguire l'eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni del rispettivo territorio, riferendosi, comunque, agli obiettivi del programma regionale di sviluppo. In coerenza e per l'attuazione dei principi generali indicati:

1. l'articolo n. 53:

- a) aveva fissata in tre anni la durata di ciascun piano sanitario nazionale e prevista da una parte la possibilità di sua modifica durante il triennio di validità e dall'altra parte la sua permanenza in vigore fino all'approvazione del piano successivo;
- b) aveva previsto che il piano fosse predisposto dal Governo e presentato, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del precedente, al Parlamento per l'approvazione tramite legge. Il testo in questione è stato modificato con l'art. 20 del D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638, il quale -stabilendo che le disposizioni precettive relative al piano sanitario nazionale dovevano essere fissate con legge dello Stato e che il piano, conseguente alle suddette disposizioni, doveva essere sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo- aveva avviato il processo di completa delegificazione per la sua approvazione che sarà completato, come vedremo in seguito, con la legge n. 595/1985;
- c) doveva stabilire, tra l'altro:
 - gli obiettivi da realizzare tenuto conto delle finalità, richiamate sotto il precedente punto 6.2, di cui doveva farsi carico il servizio sanitario nazionale allo scopo di tutelare la salute fisica e psichica del singolo nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità in grado di garantire l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio stesso,

- l'importo del fondo sanitario nazionale nonché gli indici e gli standard da assumere per la sua ripartizione tra le regioni,
- gli indirizzi a cui si dovevano uniformarsi le regioni per la ripartizione della quota del fondo di rispettiva spettanza tra le unità sanitarie locali,
- i criteri e gli indirizzi ai quali dovevano riferirsi le singole legislazioni regionali per l'organizzazione dei servizi fondamentali delle unità sanitarie locali,
- gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione ed all'aggiornamento del personale;

2. l'articolo n. 55:

- a) aveva fissata in tre anni la durata di ciascun piano sanitario regionale, coincidenti con quelli del piano sanitario nazionale,
- b) aveva previsto che ciascun piano doveva essere predisposto dalla giunta regionale ed approvato con legge almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Il contenuto dei testi legislativi richiamati rappresentava senza dubbio alcuno un'innovazione di grande valenza in quanto costituiva un'inversione di tendenza netta rispetto al passato che era caratterizzato da gestioni settoriali, autonome e centraliste.

10.6. Il sistema di finanziamento

Il Legislatore nazionale nel momento in cui si pose l'obiettivo di attuare la riforma del sistema sanitario, cioè di disciplinare il passaggio da un sistema affatto insoddisfacente ad un sistema in grado di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, decise da una parte di legare l'entità delle risorse finanziarie da assegnare al neo istituito servizio sanitario nazionale agli obiettivi che lo stesso doveva perseguire anno dopo anno e dall'altra parte di prefigurare la fiscalizzazione dei conseguenti oneri essendosi fatto carico sia di valutare in maniera attenta la possibilità di migliorare, tramite un adeguato processo di razionalizzazione, l'utilizzo delle risorse assorbite dal sistema da riformare sia di determinare, seppure in via presuntiva, l'entità delle risorse finanziarie necessarie per realizzare gli obiettivi di salute a base del sistema riformato. Tenuto conto delle richiamate scelte e valutazioni l'art. 51 della legge n. 833/1978 dispose che il finanziamento del servizio sanitario nazionale doveva essere assicurato tramite specifico fondo la cui entità doveva essere fissata annualmente, distinta in parte corrente ed in parte in conto capitale, con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Il fondo, con deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Eco-

nomica (CIPE), doveva essere ripartito tra tutte le regioni tenendo conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di *indici* e di *standards* distintamente definiti per ciascuna delle riferite due categorie di spesa, dovendo gli uni e gli altri tendere a garantire i livelli uniformi di prestazioni sanitarie fissati in sede di approvazione del piano sanitario nazionale. A loro volta le regioni erano tenute a provvedere alla ripartizione tra le unità sanitarie locali da una parte della quota del fondo di parte corrente e dall'altra parte della quota del fondo in conto capitale. La ripartizione del fondo di parte corrente doveva essere fatta nel rispetto di parametri numerici determinati con propria legge e finalizzati ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, potendone riservare al massimo il 5% per interventi imprevisti; la ripartizione del fondo in conto capitale doveva essere effettuata sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.

Quanto precede induce a sottolineare che, per quanto concerneva la parte corrente, l'assegnazione delle risorse finanziarie alle regioni/province autonome da parte dello Stato e quella alle unità sanitarie locali da parte delle regioni/province autonome sarebbe dovuta avvenire sostanzialmente avendo riferimento alla così detta *quota capitaria* e cioè tenuto conto essenzialmente del numero della popolazione residente nei rispettivi ambiti di riferimento.

Peraltro la stessa legge al successivo art. 52, nell'intento di assicurare il finanziamento degli oneri sanitari nella fase transitoria, disponeva che il fondo nazionale per l'anno 1979, per la parte corrente, doveva essere definito tenendo conto delle spese effettivamente sostenute da qualsiasi soggetto nell'anno 1977 per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale aumentato:

- degli oneri derivanti da norme contrattuali, regolamentari o legislative concernenti il personale dipendente e convenzionato,
- del 7% delle spese impegnate per la fornitura di beni e servizi per ciascuno degli anni 1978 e 1979,
- delle rate di ammortamento dei mutui regolarmente contratti negli anni 1978 e precedenti e non compresi negli impegni dell'anno 1977.

In applicazione delle richiamate disposizioni le regioni, per ripartire la quota di competenza del fondo relativo all'anno 1979 tra i soggetti che insistevano sul territorio di rispettivo interesse, esercitarono le funzioni che la legge n. 833/1978 aveva assegnato al SSN, facendo, di norma, riferimento alla spesa effettivamente sostenuta nel precedente anno da ciascuna di questi, in carenza di qualsiasi diverso dato ed indicazione al riguardo.

La concreta attuazione delle disposizioni concernenti il modello di fi-

nanziamento a regime dettate con l'art. 51 della legge in questione non solo non fu possibile nei tempi ipotizzati ma nemmeno per molti esercizi successivi. Infatti fino all'effettivo trasferimento alle neo istituite U.U.S.S.L.L. delle funzioni già esercitate dai richiamati soggetti rimasero in vigore le disposizioni dettate per la fase transitoria dall'art. 52, con le riferite modalità attuative definite dalle singole regioni; successivamente il riferimento alla spesa storica divenne, per molti anni, l'unico sistema di finanziamento possibile. Tale situazione aggravata dalla mancata preventiva determinazione, per molti esercizi successivi, del costo complessivo del servizio sanitario nazionale, costrinse lo Stato a procedere al finanziamento degli oneri sanitari sulla base della spesa effettivamente sostenuta e cioè a *pie' di lista*.

10.7. Il personale dipendente e convenzionato

L'affermazione esplicitata al termine del precedente punto 10.1 secondo la quale le unità sanitarie locali, per assolvere alle competenze loro assegnate dalla legge all'esame ed in precedenza richiamate in maniera puntuale, avrebbero dovuto utilizzare personale dipendente e personale convenzionato la si ricavava dalla lettura dei contenuti rispettivamente degli articoli 47 e 48 della legge n. 833/1978. In particolare quest'ultimo articolo nel precisare che il rapporto convenzionale doveva riguardare i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, cioè l'assistenza medico-generica, nonché gli specialisti e generici operanti negli ambulatori dei nuovi soggetti pubblici, lascia intendere in maniera inequivocabile che le unità sanitarie locali, per assolvere tutte le altre loro competenze, dovevano utilizzare innanzi tutto personale dipendente. La validità dell'affermazione è stata suffragata negli anni successivi anche dalle molteplici disposizioni che hanno consentito alle aziende sanitarie locali di stipulare contratti a progetto, contratti di collaborazione coordinata e continuativa, contratti di consulenza ed altri tipi di contratto non di dipendenza in numero assai limitato rispetto a quello della consistenza complessiva della rispettiva dotazione organica.

Dell'una e dell'altra tipologia di personale sembra opportuno recuperare gli elementi più significativi definiti dalle normative di rispettivo interesse.

A. Personale dipendente.

Il richiamato art. 47 della legge n. 833/1978 in via prioritaria affermava che lo stato giuridico ed economico del personale dipendente dalle unità sanitarie locali doveva essere disciplinato, fatta eccezione per quanto previsto esplicitamente dall'articolo stesso, secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego e che la gestione amministrativa del sud-

detto personale era demandata all'organo di gestione delle stesse (Comitato di gestione e suo Presidente), dal quale peraltro lo stesso dipendeva sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Con riferimento alle riferite affermazioni sembra opportuno rilevare che:

- la più importante deroga all'applicazione dei principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego esplicitata dalla legge all'esame concerneva la possibilità, soltanto per i medici ed i veterinari, di esercitare la libera attività professionale e conseguentemente di optare per il rapporto di lavoro a tempo pieno piuttosto che a tempo definito;
- la doverosità dell'applicazione dei principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego ha comportato, anche nel silenzio della norma, la competenza della magistratura amministrativa a pronunciarsi su tutte le controversie riguardanti il rapporto di dipendenza dalle unità sanitarie locali;
- il richiamo ai principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego obbligava, sulla base di giurisprudenza costante, l'applicazione degli stessi indipendentemente dalla emanazione delle norme delegate di cui si riferirà successivamente ed in anticipo rispetto alle stesse e, nel contempo, costituiva il riferimento per l'interpretazione di qualsiasi altra disposizione. L'obbligo persisteva nonostante la genericità del richiamo e la constatazione che alcuni rapporti di pubblico impiego oltre ad essere disciplinati da disposizioni applicabili a tutti i pubblici dipendenti, erano disciplinati anche da altre fonti riguardanti specifiche categorie del pubblico impiego almeno limitatamente ai principi definiti da dette fonti che la giurisprudenza aveva a più riprese, in conseguenza della loro valenza generalizzata, ritenuto estensibili a tutti i rapporti d'impiego pubblico;
- il rapporto di dipendenza dalle unità sanitarie locali rimaneva comunque disciplinato da atti a contenuto generalizzato non modificabili con riferimento al singolo per cui il riconoscimento dei diritti quesiti era sostanzialmente limitato agli aspetti di rilevanza economica della disciplina preesistente;
- la situazione rilevata sotto il precedente punto era stata, a breve scadenza, in gran parte recuperata con l'emanazione della legge 29 marzo 1983, n. 93, "Legge quadro sul pubblico impiego". La legge in questione infatti dopo aver affermato all'art. 1, comma 1, che le sue disposizioni costituivano *principi fondamentali* del rapporto di pubblico impiego ai sensi dell'art. 117 della Costituzione disponeva che le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, delle regioni a statuto ordina-

rio, delle province, dei comuni e di tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali dovevano attenersi ad esse sulla base del rispettivo ordinamento. Ai successivi articoli 2 e 3 la legge elencava rispettivamente le materie la cui disciplina era riservata alla legge e quelle da disciplinare tramite accordi sindacali. La riferita scelta legislativa, nella presunzione che l'elencazione contenuta nell'art. 2 fosse prescrittiva, consentiva di ipotizzare che gli accordi erano legittimati a disciplinare - come avvenne nella realtà - oltre alle materie elencate nell'art. 3 anche quelle comunque non ricomprese in nessuno dei due elenchi;

- l'affidamento della gestione amministrativa del personale all'organo di gestione della singola unità sanitaria locale doveva necessariamente riferirsi esclusivamente alla formalizzazione delle decisioni concernenti gli aspetti funzionali, disciplinari e retributivi del rapporto in quanto l'art. 15, comma 11, punto 2, della stessa legge prevedeva che l'ufficio di direzione, collegialmente, era preposto all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutti i servizi nonché alla *direzione del personale*. Con riferimento a quest'ultimo aspetto giova ricordare che l'accezione "direzione del personale" comprende, per la gran parte degli esperti del settore, sia l'amministrazione che la gestione del personale laddove:

1. l'amministrazione consiste:
 - 1.1. nell'utilizzare il personale secondo un criterio di legittimità definito dalle disposizioni legislative e contrattuali,
 - 1.2. nella funzione specialistica ed accentrata generalmente intesa come definizione di vincoli alla funzione direzionale ai vari livelli in cui quest'ultima si esprime;
2. la gestione consiste:
 - 2.1. nell'utilizzazione del personale per il raggiungimento degli obiettivi che sono a base dell'attività secondo criteri di economicità, cioè perseguendo l'efficacia col metodo dell'efficienza,
 - 2.2. nella funzione diffusa a tutti i livelli dirigenziali potenziabile con uno staff composto da soggetti esperti nella materia.

Dalla riferita elencazione delle rispettive funzioni consegue lo svolgimento di specifiche differenziate attività; infatti:

1. all'amministrazione competono, tra l'altro, la determinazione delle dotazioni organiche, la gestione delle procedure concorsuali nel rispetto della normativa in materia, l'applicazione al singolo dipendente delle disposizioni in tema di stato giuridico e di trattamento economico, l'enunciazione di principi organizzativi;

2. alla gestione spettano, in particolare, le verifiche attitudinali, la formazione e l'aggiornamento ovvero le relative proposte, la ricerca di criteri applicativi delle disposizioni in tema di stato giuridico in grado di contemperare i diritti del singolo con le esigenze di servizio nonché la ricerca e la sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi.

Oltre a fissare i riferiti principi di carattere generale l'articolo in questione delegava il Governo ad emanare disposizioni aventi valore di legge per disciplinare lo stato giuridico dei dipendenti, fatta eccezione per gli istituti normativi di carattere economico, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) *assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;*
- b) *disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo;*
- c) *definire le tabelle di equiparazione per il personale degli enti e delle amministrazioni le cui funzioni sono state trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e quiescenza;*
- d) *garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici ed i veterinari;*
- e) *prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico-scientifico;*
- f) *fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale;*
- g) *prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali;*
- h) *i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli dei candidati.*

In coerenza con i principi e criteri direttivi sopra esplicitati la disposizione all'esame precisava altresì che:

- le norme delegate di competenza del Governo, al fine di un'efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, oltre a demandare alla singola regione/provincia autonoma l'emanazione di norme per la loro attuazione ex articolo 117, ultimo comma, della Costituzione, avrebbero dovuto prevedere:
 1. *principi generali per la istituzione e la gestione da parte di ogni regione dei ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali;*

2. *criteri generali per i comandi e per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;*
 3. *criteri generale per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;*
 4. *disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione, su richiesta delle unità sanitarie locali, e per la efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;*
 5. *disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto;*
- la singola unità sanitaria locale era tenuta all'individuazione -sulla base di comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca e previa autorizzazione regionale- delle strutture, delle divisioni e dei servizi cui dovevano essere addetti sanitari a tempo pieno con il riconoscimento del potere di imporlo in carenza di istanze;
 - il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale dipendente dovevano essere disciplinati mediante accordo nazionale unico di durata triennale, da rendere esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, vietando comunque la concessione di compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura non previsti dall'accordo stesso.

Il Governo attuò la delega per la disciplina dello stato giuridico dei dipendenti delle unità sanitarie locali con il D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761 (al momento interamente abrogato) demandando, a sua volta, ad un Decreto Ministeriale (D.M. 30 gennaio 1982, anch'esso non più in vigore) la definizione delle modalità di accesso presso le unità sanitarie locali.

I contenuti del D.P.R. n. 761/1979, nel loro insieme, furono oggetto di aspre critiche. Si sostenne infatti che gli stessi -in quanto avevano nella sostanza ricalcato quelli del D.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, "Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato", ovvero fatto esplicito rinvio agli stessi, ovvero ancora disposto che per quanto non disciplinato si dovessero applicare, per la parte compatibile, le disposizioni del richiamato testo unico- non avevano tenuto conto, come invece ci si aspettava e come opportunamente avrebbero dovuto essere, né dei nuovi principi definiti in alcune legislazioni successive concernenti specifici settori della pubblica amministrazione né, tantomeno, delle nuove linee di tendenza emerse dopo l'emanazione del citato testo unico.

Del decreto concernente lo stato giuridico del personale vanno richiamati all'attenzione i contenuti relativi:

- all'inquadramento dei dipendenti in ruoli nominativi regionali, istituiti e

gestiti dalla regione, ciascuno dei quali doveva essere articolato nei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, con conseguente definizione delle tabelle di equiparazione del personale già alle dipendenze degli enti e delle amministrazioni le cui funzioni venivano trasferite alle unità sanitarie locali;

- alla individuazione dei profili professionali appartenenti a ciascun ruolo;
- all'individuazione delle posizioni funzionali in cui doveva essere classificato il personale appartenente a ciascun ruolo piuttosto che a ciascun profilo professionale;
- alla composizione dell'ufficio di direzione da parte dei responsabili -in possesso di posizione funzionale apicale- dei servizi dell'unità sanitaria locale, previsti dalla legge regionale;
- alla previsione della partecipazione all'ufficio di direzione, senza diritto di voto, dei titolari di posizione funzionale apicale non appartenenti all'ufficio stesso per le questioni concernenti l'articolazione organizzativa cui erano preposti;
- alla individuazione dei requisiti da possedere per aspirare al conferimento dell'incarico di coordinatore sanitario e di coordinatore amministrativo;
- alla specificazione che l'assunzione in servizio doveva essere disposta:
 - a) dall'unità sanitaria locale:
 - a1. tramite chiamata diretta, per speciali categorie di personale addetto a mansioni elementari,
 - a2. su proposta dell'ordinario diocesano, per il personale di assistenza religiosa cattolica;
 - b) dalla regione tramite concorsi pubblici dalla stessa banditi ed espletati nel rispetto delle disposizioni dettate dallo stesso decreto e dallo specifico successivo decreto che avrebbe dovuto adottare il Ministro della sanità (Decreto ministeriale 30 gennaio 1982), con conseguente definizione delle procedure da porre in essere nella fase transitoria;
- alla disciplina di alcuni istituti tipici del rapporto di pubblico impiego quali: il periodo di prova, il passaggio ad altra funzione per inidoneità fisica;
- alla disciplina dei doveri, delle responsabilità e dei diritti del dipendente. In tale contesto va posta particolare attenzione alle disposizioni che disciplinavano il rapporto di lavoro -a tempo pieno ovvero a tempo definito- del personale medico, l'esercizio dell'attività libero professionale da parte del personale medico e veterinario, il trasferimento all'interno dell'unità sanitaria locale ed ad altra unità sanitaria locale, il comando per esigenze di servizio, l'aggiornamento professionale obbliga-

torio ed, infine, le attività didattiche, di ricerca ed aggiornamento tecnico scientifico;

- alla disciplina delle modalità di cessazione dal rapporto d'impiego e di quelle per la riammissione in servizio.

A conclusione del presente breve approfondimento concernente il personale dipendente delle unità sanitarie locali si ritiene opportuno sollecitare l'attenzione sulla classificazione di tutti gli operatori del ruolo sanitario su tre posizioni funzionali (dirigente, coadiutore, collaboratore) e sull'obbligatorietà della partecipazione all'aggiornamento professionale finalizzata certamente ad assicurare il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni che le unità sanitarie locali erano tenute ad erogare per tutelare la salute dei propri assistiti. Emblematica a quest'ultimo riguardo è la previsione secondo la quale la mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle attività di aggiornamento professionale per un periodo superiore a cinque anni avrebbe comportata la riduzione, comunque non superiore al 50%, del punteggio di anzianità ai fini dei concorsi, delle promozioni e dei trasferimenti.

B. Personale sanitario convenzionato

Come riferito in precedenza la disciplina del rapporto con il personale sanitario a rapporto convenzionale era stata dettata dall'art. 48 della legge n. 833/1978 il quale in via prioritaria affermava che il trattamento economico e normativo di detto personale doveva essere definito, anche a garanzia di uniformità sull'intero territorio nazionale, tramite convenzioni, aventi durata triennale, conformi agli accordi collettivi nazionali di riferimento. Rientravano in tale categoria di personale:

- i medici di medicina generale,
- i pediatri di libera scelta,
- gli specialisti convenzionati esterni,
- gli specialisti ed i generici ambulatoriali,
- gli operatori professionali non medici di cui il servizio sanitario nazionale avesse bisogno di avvalersi per soddisfare i bisogni dei cittadini non soddisfacenti con il personale dipendente.

L'articolo in questione va altresì ricordato per aver:

1. individuato i contenuti, ed i criteri per la relativa disciplina, degli accordi collettivi nazionali riguardanti essenzialmente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; ai criteri, in quanto applicabili, avrebbero dovuto comunque uniformarsi le convenzioni riguardanti

gli operatori professionali non medici. I contenuti comprendevano, tra l'altro:

- il diritto alla libera scelta del medico da parte del cittadino,
 - la definizione del rapporto ottimale medico-assistibili sia per la medicina generale che per la medicina pediatrica di libera scelta nonché l'istituzione ed i criteri per la formazione di elenchi unici per i suddetti professionisti, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali,
 - la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche,
 - il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e per ciascun pediatra di libera scelta ed il divieto da parte degli uni e degli altri di esercitare la libera professione nei confronti dei propri convenzionati,
 - le incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta od indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private ed industrie farmaceutiche,
 - la differenziazione del trattamento economico in relazione alla quantità e qualità delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte,
 - le modalità per assicurare la continuità assistenziale e le forme di collaborazione fra i medici,
 - il massimo delle ore possibili per i medici ambulatoriali specialisti e generici,
 - la regolamentazione degli obblighi derivanti dal numero degli assistiti per i ciascun medico di medicina generale e di pediatria di libera scelta nonché dal numero delle ore per i medici ambulatoriali,
 - le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio dei medici convenzionati,
 - le forme di controllo delle attività svolte;
2. precisato che i riferiti criteri dovevano essere estesi, in quanto applicabili, alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali nonché, per la parte compatibile, ai sanitari che erogavano prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione;
 3. prevista la nullità di qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo e di qualsiasi convenzione stipulata con il singolo interessato;
 4. previsto l'obbligo degli ordini e dei collegi professionali da una parte a dare esecuzione ai compiti loro demandati dalle convenzioni uniche e da altra parte a valutare sotto il profilo deontologico i com-

portamenti dei relativi iscritti resisi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

C) Personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali.

Pur se la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale non ha dettato alcuna disposizione per quanto attiene il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali si ritiene opportuno accennare ad alcuni aspetti di detto rapporto in considerazione del fatto che, come riferiremo sotto il successivo capitolo 14, punto 14.1, le cliniche universitarie ai sensi dell'art. 39 della legge stessa erano tenute a continuare a fornire al neo istituito servizio un doveroso apporto alle attività assistenziali in relazione anche alla necessità del loro utilizzo per lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia. Al riguardo sembra opportuno prioritariamente precisare che la presenza di personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali si registrava oltre che all'interno dei policlinici universitari anche all'interno delle strutture ospedaliere e, seppure in numero più limitato, non ospedaliere gestite da alcune unità sanitarie locali. La riferita duplice situazione dava luogo a situazioni alquanto differenziate; infatti:

- il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali presso i policlinici ospedalieri operava nel rispetto delle disposizioni in tema di trattamento giuridico ed economico applicabili a tutti gli altri dipendenti dell'università fatta eccezione per quanto concerneva gli aspetti correlati allo svolgimento dell'attività assistenziale - in aggiunta a quelle didattiche e di ricerca proprie di tutti gli universitari - le quali avevano trovato autonoma disciplina da parte di ciascuna università;
- il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali presso le strutture delle unità sanitarie locali operava nel rispetto dei contenuti delle convenzioni stipulate -sulla base di schemi tipo approvati dai ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite tra l'altro le regioni- tra regione ed università e, ove presenti, in quelle stipulate, al fine di dare attuazione alle stesse, tra università e le unità sanitarie locali, evidenziando al riguardo che:
 - a) le une e le altre convenzioni avevano spesso contenuti diversi determinati inizialmente dalla carenza dei preannunciati schemi tipo e successivamente da un lato dai diversi tempi di loro definizione e da altro lato dal diverso peso che ciascuno dei soggetti interessati era in

- grado di assumere attraverso i propri rappresentanti nelle varie fasi del non certo facile procedimento di contrattazione;
- b) le convenzioni non sempre si facevano carico di disciplinare tutti gli aspetti del rapporto;
 - c) fermo restando la conservazione dello stato giuridico e del trattamento economico proprio del dipendente dell'università, al personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali la legge 16 maggio 1974, n. 200 "Disposizioni concernenti il personale medico degli istituti clinici universitari", ricordata spesso come legge De Maria, aveva riconosciuto il diritto a vedersi riconosciuto almeno un trattamento economico pari a quello spettante al personale dipendente dai soggetti pubblici del settore sanitario che svolgeva le stesse funzioni ed aveva le stesse responsabilità.

11.

Le criticità del primo decennio di applicazione della legge di riforma sanitaria e gli interventi finalizzati al loro superamento

Il sistema istituzionale ed organizzativo definito dalla legge n. 833/1978 aprì, ben presto, un vivace dibattito politico in relazione alla consapevolezza che, anno dopo anno, si andava sempre più diffondendo la convinzione secondo la quale l'erogazione dei servizi da un lato veniva considerata non adeguata o, comunque, inferiore alle aspettative sorte in conseguenza dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale e da un altro lato non veniva, soprattutto, percepita dal singolo come equa ed efficiente. In particolare venivano riscontrate, tra l'altro, le seguenti criticità:

- eccessiva burocratizzazione del sistema che appariva più improntato al formalismo delle procedure che all'efficacia degli interventi;
- ruolo sempre più politicizzato degli organi di governo e diffusa confusione tra il loro ruolo e quello di coloro cui era stato affidato un ruolo di gestione da cui conseguivano, tutt'altro che raramente, sconfinamenti dei componenti degli organi di governo rispetto ai titolari delle competenze tecniche e certamente minori sconfinamenti in senso inverso, tant'è che da parte di alcuni si è parlato di subordinazione della componente tecnica a quella politica;
- mancato controllo della spesa sanitaria da cui è derivata da un lato una crescita del costo complessivo del SSN non compatibile con gli equilibri della finanza pubblica e da altro lato, come vedremo di seguito, un continuo rincorrersi tra l'entità delle risorse messe a disposizione dal-

- lo Stato annualmente e la spesa complessivamente realizzata dalle unità sanitarie locali durante lo stesso periodo;
- insufficienza del meccanismo di copertura della spesa sanitaria e, soprattutto, mancata tempestiva individuazione preventiva della sua entità e conseguentemente dell'entità del fondo con cui si sarebbe dovuto provvedere alla relativa copertura. Al riguardo c'è chi sostenne (M.A. Rea, in *Le Aziende Sanitarie Pubbliche*, Torino 1998) che la preponderanza della spesa rispetto al finanziamento sarebbe dipesa, oltre che da altre cause, anche dal ricorso sistematico alla tecnica del *disavanzo programmato* quale meccanismo di controllo della spesa sanitaria pubblica operato tramite la costante sottostima del fondo sanitario nazionale. Tale approccio infatti rese necessaria una periodica contrattazione tra Regioni e Stato per la predisposizione a posteriori ed a piè di lista dei ripiani annuali dei debiti contratti dalle unità sanitarie locali da cui derivò non solo un clima di conflittualità intergovernativa, certamente poco proficuo, ma anche una tendenziale deresponsabilizzazione tanto degli organi regionali che degli organi delle unità sanitarie locali nei confronti del rispetto dei vincoli predeterminati. Nello stesso tempo si verificò un diffuso disinteresse per i livelli di efficienza raggiunti nell'allocazione delle risorse a livello territoriale;
 - impossibilità di realizzare il processo di programmazione prefigurato per il livello centrale in conseguenza anche del procedimento di sua attuazione (approvazione del piano sanitario nazionale con legge!) definito dalla normativa in materia richiamata sotto il precedente capitolo 10, punto 10.5;
 - scadimento costante delle prestazioni erogate dovuto certamente alla scarsità dei mezzi finanziari e, magari anche, alla mancanza della programmazione nazionale, dalla quale conseguiva l'impossibilità di realizzare gli interventi secondo criteri di priorità predefiniti ed uniformi. Lo scadimento delle prestazioni fu dovuto anche alla insussistenza di controlli non meramente formali nonché alle caratteristiche del sistema il quale, essendo stato prefigurato come modello pubblico integrato, operava in regime di monopolio con riguardo all'offerta di interventi e, conseguentemente, senza alcuna forma di concorrenza;
 - insoddisfazione crescente dei cittadini conseguente anche allo scadimento dei servizi cui si è fatto sopra riferimento;
 - insoddisfazione del Governo e del Parlamento conseguente al fatto che il servizio appariva sempre più ingovernabile, quindi non

- controllabile, incapace di autocorreggersi, non competitivo ed affatto attrattivo;
- insoddisfazione dei movimenti di opinione ed anche della stessa chiesa cattolica conseguente alle condizioni mortificanti del trattamento assistenziale;
 - insoddisfazione degli operatori;
 - insoddisfazione del mondo produttivo, conseguente anche all'allungamento dei tempi con cui le unità sanitarie locali provvedevano al saldo delle fatture emesse dai fornitori ed alla poca efficienza con cui venivano fornite una serie di prestazioni di specifico interesse di tutto il suddetto mondo: controlli di malattia dei dipendenti, rilascio di autorizzazioni sanitarie, accertamenti medico-legali ecc.;
 - intreccio di competenze assai complicato dovuto, sulla base del pronunciamento della Corte Costituzionale (5 novembre 1984, n. 245), al fatto che il Legislatore aveva prefigurato tre diversi centri di competenza, non stabilendo in maniera puntuale i rispettivi compiti.

Le molteplici insoddisfazioni e le altre criticità cui si è fatto riferimento nonché la necessità di assicurare la partecipazione del settore sanitario al risanamento dell'economia nazionale ed al contenimento del disavanzo pubblico favorirono dapprima l'apertura tempestiva di un dibattito politico sul funzionamento del neo istituito servizio sanitario nazionale ed indussero il Legislatore a procedere, a partire dall'anno 1981 ed a più riprese, alla rivisitazione dell'ordinamento definito al momento dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale. In particolare il Legislatore:

- con l'art. 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181 (legge finanziaria 1982), istituì il collegio dei revisori quale organo di controllo interno in aggiunta ai due (Assemblea Generale e Comitato di Gestione e suo Presidente) previsti in precedenza demandando alla regione di disciplinarne, con propria legge, i compiti e le modalità di funzionamento. Con la disposizione il Legislatore -forse stimolato anche dal fatto che alcune regioni (Lombardia e Sicilia) avevano emanato proprie leggi, rispettivamente nell'anno 1980 e nell'anno 1981, per assicurare la presenza all'interno delle UU.(SS.)SS.LL. di un organo competente in tema di controlli di gestione finanziari ed economici- non solo recuperò l'iniziale mancata previsione di un organo interno di controllo ma dotò l'unità sanitaria locale di un organo interno che, soprattutto nel caso in cui non fu dai soggetti chiamati alla responsabilità gestionale considerato ad esclusiva valenza fiscale/persecutoria, si rilevò di grande utili-

tà per l'operatività quotidiana delle unità sanitarie locali in considerazione delle competenze attribuitegli. Al nuovo organo infatti la richiamata disposizione legislativa attribuì la verifica della regolarità contabile da attuare da una parte tramite la sottoscrizione dei rendiconti trimestrali, da trasmettere alla regione entro 30 gg. dalla data di rispettiva scadenza, per dare conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonché dei debiti e crediti, già accertati, risultanti dai bilanci e da altra parte tramite la redazione di una relazione trimestrale sulla gestione amministrativo-contabile da trasmettere alla regione ed ai Ministeri della sanità e del tesoro. A ciò aggiungasi che le regioni nel dettare le disposizioni di propria competenza attribuirono di norma al collegio, in aggiunta ai riferiti compiti indicati dalla legge n. 181/1982, i seguenti ulteriori compiti, alcuni dei quali erano stati propri dei collegi dei revisori degli enti ospedalieri:

- a) accertamento della regolare tenuta delle scritture contabili;
 - b) preventivo parere sui bilanci preventivi e sui conti consuntivi;
 - c) effettuazione di riscontri sulla consistenza di cassa e, almeno una volta l'anno, sulla esistenza di valori e di titoli;
 - d) relazione all'Assemblea Generale sull'attività di vigilanza svolta. La stessa doveva anche comprendere valutazioni circa i livelli di economicità e di efficienza conseguiti nella gestione della spesa;
- con l'art. 10, comma 2, del D.P.R. 30 giugno 1972, n. 748, dispose l'obbligo della trasmissione al collegio dei revisori dei provvedimenti vincolati adottati dal coordinatore amministrativo dell'ufficio di direzione ed attinenti allo stato giuridico e al trattamento economico del personale dipendente, perché lo stesso procedesse al loro controllo al fine di segnalare al Comitato di Gestione la presenza di "elementi" che avrebbero potuto indurre quest'ultimo, nell'esercizio del potere di autotutela, al loro annullamento od alla loro riforma;
 - con il D.L. 12 settembre 1983, n. 463, convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638, prevede, tra l'altro, l'approvazione con decreto del Ministro della sanità del prontuario terapeutico, il quale:
 - doveva essere basato sulla semplicità e chiarezza della compilazione,
 - doveva comprendere i farmaci prescrivibili a carico del servizio sanitario nazionale individuati in base al criterio della efficacia terapeutica e della economicità del prodotto,
 - doveva elencare a parte i farmaci destinati al trattamento delle situazioni patologiche di urgenza, delle malattie ad alto rischio, delle gravi condizioni o sindromi morbose necessitanti di terapie di lun-

- ga durata, nonché quelli destinati alle cure necessarie per assicurare la sopravvivenza nelle malattie croniche,
- introduceva la quota di partecipazione dei cittadini sul prezzo di vendita al pubblico dei medicinali (ticket), precisando che la stessa non era dovuta per quelli ricompresi nello speciale elenco poco sopra richiamato;
 - con la legge 23 ottobre 1985, n. 595, stabilì che il piano sanitario nazionale doveva essere predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale per essere sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo. La legge in questione, alla quale va attribuito il merito del completamento del processo di delegificazione del piano sanitario nazionale:
 1. precisò che obiettivi generali del piano sanitario nazionale dovevano essere la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale;
 2. introdusse nel processo di programmazione i concetti di *azione programmata* e di *progetto obiettivo* dovendosi intendere quest'ultimo (il progetto obiettivo) come impegno operativo in uno specifico settore in cui far confluire l'attività di una pluralità di servizi sanitari con competenze interdipendenti rispetto al fine preordinato ed il primo (l'azione programmata) come impegno operativo idoneo ad essere considerato polo di aggregazione di varie attività delle strutture sanitarie, integrate dai servizi socio-assistenziali ai fini della tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del singolo progetto;
 3. definì di *alta specialità* le attività di diagnosi, cura e riabilitazione richiedenti particolare impegno di qualificazione, mezzi ed attrezzature particolari nonché personale specificatamente formato. La disposizione demandava l'individuazione delle alte specialità a specifico decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e previo parere del Consiglio superiore di sanità;
 4. dettò disposizioni per la riorganizzazione degli ospedali da parte delle regioni e delle province autonome stabilendo, in particolare, che la riorganizzazione doveva uniformarsi a specifici parametri e precisamente:
 - dotazione media di 6,5 posti letto per mille abitanti di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione,
 - tasso medio di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti,
 - tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 ed il 75 per cento,

- durata media della degenza di 11 giorni,
- ristrutturazione delle degenze in aree funzionali omogenee;
- con la legge 15 gennaio 1986, n. 4, disciplinò ex novo l'assetto degli organi previsti dalla legge n. 833/1978 con la soppressione dell'assemblea generale e l'affidamento delle sue competenze agli stessi organi che la costituivano in base al preesistente ordinamento, con la previsione della nomina del presidente e dei membri del comitato di gestione da parte del consiglio comunale o dell'assemblea dell'associazione intercomunale, anche al di fuori dei rispettivi membri, tra cittadini aventi esperienza di direzione e di amministrazione. A quest'ultimo riguardo va sottolineata la genericità dell'espressione possesso di "esperienza di direzione e di amministrazione" dalla quale, forzando forse gli intendimenti del Legislatore, conseguì in alcune realtà l'interpretazione secondo la quale si ritenne sufficiente per la nomina, ad esempio, lo svolgimento, anche per un solo giorno, dell'incarico di consigliere di un qualsiasi ente pubblico;
- con il D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito in legge 4 aprile 1991, n. 111, avviò la gestione transitoria delle unità sanitarie locali in attesa del riordinamento del servizio sanitario nazionale disponendo lo scioglimento dei comitati di gestione e degli altri organi collegiali definiti dalla richiamata legge n. 4/1986 e la loro sostituzione con il Comitato dei garanti e con il Commissario (secondo il dettato del decreto legge) ovvero con l'Amministratore straordinario (sulla base della modifica introdotta dalla legge di conversione). La sostituzione del comitato di gestione con il comitato dei garanti e l'attribuzione, come vedremo tra poco, a questo nuovo organo sostanzialmente solo di funzioni di garanzia rispetto all'andamento dell'intero sistema rappresentano a ben vedere un'anticipazione della scelta di estromettere gli enti locali dalla gestione delle unità sanitarie locali che sarà effettuata dalla successiva legislazione con la quale verrà avviato il processo di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale. Per quanto attiene ciascuno dei suddetti nuovi organi, dato atto che per gli stessi era prevista la scadenza comunque non oltre il 31 dicembre 1991 sulla base del dettato del decreto legge e non oltre il 30 giugno 1992 sulla base della modifica introdotta dalla legge di conversione, si ritiene opportuno precisare che:
 1. il Comitato dei garanti:
 - a) doveva essere eletto nel rispetto delle norme regionali che disciplinavano l'elezione del comitato di gestione,

- b) non poteva essere composto da componenti dei consigli e delle assemblee regionali e provinciali,
 - c) era chiamato ad eleggere nel proprio seno il presidente, a formulare le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, ad esaminare ed ad adottare, entro quindici giorni dal ricevimento, il bilancio di previsione, le variazioni al bilancio ed il conto consuntivo i quali, comunque, dovevano essere redatti dall'amministratore straordinario e rimessi alla giunta della regione o della provincia autonoma per l'approvazione. Lo stesso era tenuto anche a procedere a verifiche generali sull'andamento dell'attività complessiva della unità (socio-) sanitaria locale,
 - d) era sostituito nelle sue funzioni dalla giunta della comunità montana nel caso di corrispondenza del territorio della unità (socio) sanitaria locale con quello della comunità stessa;
2. l'Amministratore straordinario:
- a) doveva essere nominato dal Presidente di ciascuna Giunta regionale ovvero di ciascuna Giunta di Provincia autonoma su conforme deliberazione della rispettiva Giunta. La scelta doveva comunque ricadere tra le persone iscritte nell'elenco regionale o provinciale, formato previo specifico avviso pubblico, all'interno della terna di nominativi, presenti nell'elenco stesso, proposta dal comitato dei garanti entro il 31 maggio 1991. Nel caso di mancata proposta il Presidente della Giunta poteva provvedere alla nomina discrezionalmente,
 - b) era titolare di tutti i poteri di gestione, ivi compresa la rappresentanza legale,
 - c) doveva essere scelto tra persone in possesso di diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti attestanti qualificate attività professionali di direzione tecnica o amministrativa di enti o strutture pubbliche o società pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza almeno quinquennale. A quest'ultimo riguardo va evidenziato il superamento della lamentata genericità dell'espressione utilizzata dalla legge n. 4/1996 per quanto atteneva l'esperienza di direzione e di amministrazione da possedere per la nomina a presidente ovvero a componente del comitato di gestione,
 - d) non poteva essere eleggibile nei consigli comunali, nei consigli provinciali, nei consigli e assemblee delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e nel Parlamento, salvo che le

- funzioni esercitate fossero cessate almeno 180 giorni prima della data di scadenza degli stessi ovvero, nel caso di scioglimento anticipato dei medesimi consigli ed assemblee, entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento,
- e) non poteva avere rapporti, anche in regime convenzionale, con l'unità sanitaria locale né rapporti economici o consulenze con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa,
 - f) era coadiuvato dal coordinatore amministrativo e dal coordinatore sanitario e, ove esistente, dal coordinatore dei servizi sociali i quali erano tenuti ad esprimere parere sui suoi atti.
3. il singolo Componente del Comitato dei garanti e l'Amministratore straordinario per essere nominato:
- a) non poteva aver riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva superiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva superiore a sei mesi per delitto non colposo commesso in qualità di pubblico ufficiale o con abuso di poteri o violazione di doveri inerenti ad una pubblica funzione,
 - b) non poteva essere sottoposto a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza,
 - c) non doveva essere stato sottoposto, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione,
 - d) non doveva essere sottoposto a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

Le richiamate disposizioni del D.L. n. 35/1991, come modificate ed integrate dalla legge di conversione n. 111/1991, fanno emergere in tutta evidenza che il Legislatore si era fatto carico di anticipare alcuni elementi che la legislazione successiva istituzionalizzerà come tipici delle future aziende sanitarie quali:

- a) il carattere tecnico-professionale dell'organo monocratico,
 - b) la preminenza di questo sull'organo di rappresentanza dei Comuni,
 - c) la previsione della possibilità di sostituire l'Amministratore straordinario,
 - d) la netta separazione tra indirizzo politico e potere gestionale;
- con la legge 30 dicembre 1991, n. 412 (legge finanziaria anno 1992):
 - 1) abolì il controllo dei *comitati regionali di controllo* sugli atti delle unità sanitarie locali ed affidò alla regione il controllo preventivo sugli atti con cui le stesse dovevano approvare il bilancio di previsione e relative variazioni, il bilancio consuntivo, la determinazione della consi-

stenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, i programmi di spesa pluriennali ed infine la disciplina per l'attuazione dei contratti e delle convenzioni. La normativa in questione prevedeva che, nel caso in cui le regioni non si fossero pronunciate sui suddetti provvedimenti entro quaranta giorni dal relativo ricevimento gli stessi, essendo il termine perentorio, acquisivano efficacia come se il procedimento si fosse concluso positivamente facendo venire definitivamente meno il potere tutorio attribuito alla regione;

- 2) stabili, perdurando la carenza del primo piano sanitario nazionale, i limiti ed i principi cui riferirsi per l'adozione dello stesso (definizione dei livelli di assistenza nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalità di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente; determinazione degli standard organizzativi e di attività al fine del calcolo del parametro capitaro di finanziamento);
 - 3) dispose che le regioni, con provvedimento programmatico, dovevano realizzare la ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni idonee a conseguire i nuovi standard definiti dalla legge stessa con riferimento al tasso di occupazione (non inferiore al 75% in media annua) dei posti letto, alla loro dotazione complessiva (6 per 1000 abitanti), al tasso di ospedalizzazione (160 per mille abitanti), alla costituzione delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di day hospital ed, infine, alla necessità di riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto;
- con il D.L. 27 agosto 1993, n. 324, convertito con modificazioni in legge 27 ottobre 1993, n. 423, provvede alla soppressione del Comitato dei Garanti attribuendo le relative funzioni al Sindaco ovvero alla Conferenza dei Sindaci -a seconda che il territorio dell'unità sanitaria locale corrispondesse con quello di un solo comune o di una sua parte ovvero al territorio di più Comuni- e dispose una ulteriore proroga della permanenza in carica degli altri organi. La riferita proroga fu reiterata più volte fino al momento della costituzione delle Aziende sanitarie in applicazione del dettato del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502/1992 come modificato ed integrato con il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

Fermi restando i riferiti interventi, concernenti soprattutto gli aspetti istituzionali ed organizzativi definiti dal Legislatore prima dell'emanazione

delle disposizioni finalizzate a realizzare l'aziendalizzazione del SSN nel tentativo di porre rimedio alla situazione di crisi del sistema disciplinato dalla legge n. 833/1978 con lo scopo di rendere concreto il diritto alla tutela della salute riconosciuto al singolo cittadino dall'art. 32 della Costituzione, non bisogna dimenticare che il sistema sanitario fu certamente influenzato positivamente anche dall'ulteriore evoluzione della scienza medica verificatasi durante il periodo preso in considerazione. Di tale evoluzione, peraltro, si è riferito sotto il precedente capitolo 9 "L'evoluzione della medicina a partire dagli ultimi decenni del XX secolo e fino ai nostri giorni".

12. L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

12.1. Aspetti generali

Il più volte annunciato riordinamento del servizio sanitario nazionale divenne realtà con l'approvazione dapprima della legge 23 ottobre 1992, n. 421, contenente "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, ... *omissis* ..." e successivamente con l'emanazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" come modificato ed integrato, prima della sua attuazione, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

La legge n. 421/1992 era stata approvata *"ai fini della ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, del perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria, con riferimento all'articolo 32 della Costituzione, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia"*.

I principi ed i criteri direttivi elencati nella citata legge, da osservare da parte del Governo nell'emanare le disposizioni delegate, consentono di affermare che queste ultime hanno avviato il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario pubblico italiano che, come vedremo, sarà portato a compimento con l'emanazione del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,

“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.

Prima di approfondire i più rilevanti contenuti delle disposizioni richiamate riteniamo necessario rilevare che le stesse non hanno assolutamente interferito su importanti scelte fatte dal Legislatore nel momento in cui, circa quindici anni prima, aveva istituito e disciplinato il servizio sanitario nazionale, quali quelle relative:

- a. al recupero della preminenza della fase di prevenzione rispetto a quelle della cura e della riabilitazione anche in relazione al rafforzamento della consapevolezza, acquisita dopo circa 10 anni di esperienza del servizio sanitario nazionale, sulla base della quale solo tramite la realizzazione di un siffatto modello assistenziale è possibile assicurare efficienza ed efficacia allo stesso;
- b. alla conferma dell’estensione a tutti i cittadini (universalità dei destinatari) in maniera uniforme (uguaglianza di trattamento) dell’assistenza sanitaria (globalità delle prestazioni), nei limiti comunque dei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale, onde assicurare agli stessi un intervento sanitario complessivamente in grado di perseguire ed ottenere la tutela sia del singolo che dell’ambiente;
- c. alla previsione di un sistema organizzativo fortemente radicato sul territorio in coerenza con la scelta, già riferita, di privilegiare la prevenzione rispetto alla cura e riabilitazione;
- d. alla assoluta indispensabilità di operare per fare sì che il singolo individuo acquisisca una moderna coscienza sanitaria tramite la realizzazione di un’adeguata educazione sanitaria;
- e. alla irrinunciabilità di privilegiare la formazione professionale e l’aggiornamento scientifico degli operatori del servizio onde assicurare l’erogazione di prestazioni in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni assistenziali espressi dal singolo.

Quanto precede consente di evidenziare che i principi e gli obiettivi definiti in particolare dai primi due articoli della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale non solo non hanno subito modificazioni ma sono stati, anche se non espressamente, completamente confermati ed, in non pochi casi, ulteriormente rafforzati ed ampliati. Quest’ultima affermazione è confermata:

1. dalla ridefinizione del quadro istituzionale finalizzata non solo a sostituire all’unico soggetto cui era stata affidata la tutela della salute dalla leg-

- ge n. 833/1978 (l'unità sanitaria locale) due nuovi soggetti (l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera) con compiti, come vedremo successivamente, affatto diversi, ma soprattutto a rafforzare il ruolo dei suddetti nuovi soggetti. Infatti mentre all'unità sanitaria locale -definita struttura operativa dei comuni singoli ed associati e delle comunità montane- non era stata attribuita la *personalità giuridica* e riconosciuta una *scarsa autonomia*, ai nuovi soggetti -definiti *azienda*- viene attribuita la *personalità giuridica di diritto pubblico* e riconosciuta un'*ampia autonomia*;
2. dalla attribuzione del potere decisionale e, quindi, della responsabilità complessiva di ciascuna azienda, in precedenza affidati ad un organo collegiale di natura politica -comitato di gestione prima e comitato dei garanti poi e rispettivo presidente- ad un organo monocratico -direttore generale- di natura tecnico-manageriale;
 3. dal coinvolgimento dei rappresentanti degli enti locali e degli stessi cittadini nel processo della programmazione soprattutto al livello regionale;
 4. dalla attenzione nuova attribuita agli aspetti economici della gestione del servizio come dimostra l'assunzione a vincolo tassativo del pareggio di bilancio nonché l'introduzione della contabilità analitica per centri di costo in sostituzione della contabilità finanziaria;
 5. dall'attenzione alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati avuta presente anche la grande rilevanza della scelta strategica secondo la quale era necessario avviare un processo di competitività/concorrenzialità tra aziende sanitarie e tra queste e le strutture sanitarie private accreditate;
 6. dalla introduzione dell'informatizzazione come strumento routinario di operatività finalizzato alla gestione di un sistema informativo complessivo in grado di supportare il controllo di gestione e, nello stesso tempo, la verifica della qualità delle prestazioni;
 7. dall'introduzione di un nuovo, duplice, sistema di finanziamento delle neo istituite aziende;
 8. dall'introduzione di responsabilità specifiche e di competenze anche di carattere gestionale alla dirigenza in generale ed alla dirigenza medica in particolare per la definizione di indirizzi tecnici, di promozione e di supporto, con riferimento al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità delle prestazioni sanitarie;
 9. dall'aver sottratto i nuovi soggetti dall'applicazione degli schematismi rigidi tipici della pubblica amministrazione onde renderli in grado di operare e di agire in analogia con quanto possono fare le imprese private;
 10. dall'affievolimento delle competenze e, quindi, della presenza dello Stato e dei Comuni e, contestualmente, dall'ampliamento delle competen-

ze delle regioni e di quelle delle aziende, come documenteremo successivamente sotto il capitolo 13, punto 13.2.

Le considerazioni fin qui sviluppate sul testo dell'art. 1 della Legge n. 421/1992 non ci esimono dal rilevare che:

- alcuni esperti della materia evidenziarono immediatamente dubbi circa la compatibilità e la coerenza di alcune delle innovazioni introdotte dai decreti legislativi all'esame con gli obiettivi di unitarietà e di solidarietà che avevano ispirato la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale anche se, come riferito, gli stessi erano stati sostanzialmente confermati ed a volte accentuati dalle nuove disposizioni. I suddetti esperti ipotizzarono tra l'altro che lo stesso Legislatore avesse a sua volta nutrito dubbi sulla sufficienza degli interventi delineati con il riferito primo intervento delegato (Dlgs. 31 dicembre 1992, n. 502) ponendosi l'obiettivo di rimediare ai mali della sanità a breve scadenza come dimostrerebbe la previsione di un successivo intervento correttivo da adottarsi entro un anno dallo stesso e cioè entro il 31 dicembre 1993;
- anche durante il seppur breve periodo di applicazione del Dlgs. n. 502/1992, come modificato ed integrato con il Dlgs. n. 517/1993, la tutela della salute del cittadino fu favorita dalle ulteriori evoluzioni della scienza medica riferite sotto il precedente capitolo 9 "L'evoluzione della medicina a partire dagli ultimi decenni del XX secolo e fino ai nostri giorni";
- l'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, soprattutto nel testo integrato con il Dlgs. 7 dicembre 1993, n. 517, ha abbozzato un primo sistema di accreditamento delle strutture sanitarie demandando tra l'altro allo Stato l'emanazione di apposito atto di indirizzo e coordinamento nel quale definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e riconoscendo alla regione la competenza al rilascio della autorizzazione nell'intento di assicurare sicurezza e maggiore qualità alle prestazioni erogate da qualsiasi soggetto del sistema sanitario;
- con l'art. 5 del decreto legislativo n. 266/1993 con cui si è proceduto al riordinamento del ministero della sanità fu istituita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali con compiti di supporto alle attività di competenza regionale del settore sanitario, di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi sanitari resi, di segnalazione delle disfunzioni e degli sprechi nella gestione delle risorse utilizzabili in sanità nonché con compiti di promozione delle innovazioni e delle sperimentazioni in campo sanitario;

- la legge 28 dicembre 1995, n. 549 (finanziaria 2006), come modificata ed integrata con il D.L. 17 maggio 1996, n. 280, convertito con modificazioni in legge 18 luglio 1996, n. 382, dettò ulteriori disposizioni per la ristrutturazione da parte della singola regione della rispettiva rete ospedaliera;
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662 -collegata alla legge finanziaria 1997- dispose l'obbligo per i direttori generali delle aziende sanitarie di procedere -nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera da realizzare nel rispetto delle disposizioni che, in materia, avrebbero dovuto emanare le regioni in attuazione dei disposti appena richiamati- alla riduzione dei posti letto nei reparti di degenza che nell'ultimo triennio avevano registrato un tasso di occupazione inferiore al 75% fatta eccezione per quelli di terapia intensiva, di rianimazione, di malattie infettive, delle unità spinali nonché dedicati alle attività di trapianto di organi e di midollo osseo essendo possibile per la singola regione di fissare un tasso di occupazione più alto.

12.2. L'assetto istituzionale

Premesso che in seguito saranno esplicitamente approfonditi aspetti peculiari delle innovazioni introdotte dalla normativa in questione sull'assetto istituzionale, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sulle disposizioni che avevano attribuito maggiori competenze alle regioni ed alle aziende a scapito dello Stato e dei Comuni e precisamente sulle disposizioni del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 517/1993, che avevano:

- riconosciuto alle regioni un più importante ruolo decisionale politico come dimostrato dall'attribuzione alle stesse, oltre che delle competenze in materia di programmazione, anche delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali (art. 2, comma 1) ed, in particolare:
 - a) la definizione dei principi di organizzazione dei servizi e di erogazione delle prestazioni dirette alla tutela della salute (art. 2, comma 2),
 - b) la determinazione dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie (art. 2, comma 2),
 - c) la determinazione dei criteri di definizione degli indirizzi tecnici, promozionali e di supporto, anche in relazione al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità delle prestazioni erogate (art. 2, comma 2),

- d) la ridefinizione degli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali (art. 3, comma 5),
 - e) la disciplina della composizione e del funzionamento del consiglio dei sanitari (art. 3, comma 12),
 - f) la individuazione dei presidi ospedalieri da organizzare, in ragione del possesso di peculiari caratteristiche, in aziende ospedaliere (art. 4, comma 1),
 - g) l'attribuzione al patrimonio delle aziende sanitarie (territoriali od ospedaliere a seconda dell'ambito di rispettiva utilizzazione al momento di costituzione delle stesse) di tutti i beni mobili ed immobili, ivi compresi quelli da reddito, la cui nuda proprietà era stata in attuazione del dettato della legge n. 833/1978 attribuita ai comuni indipendentemente dall'esistenza del vincolo di destinazione alle unità sanitarie locali, nonché di tutti gli altri beni che i nuovi soggetti avrebbero acquisiti successivamente nell'esercizio della rispettiva attività od a seguito di atti di liberalità (art. 5, comma 1),
 - h) l'emanazione di norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende sanitarie (art. 5, comma 4),
 - i) la stipula dei protocolli d'intesa con le università finalizzati a definire gli ambiti della rispettiva collaborazione (art. 6),
 - j) la istituzione dei dipartimenti di prevenzione (art. 7),
 - k) la disciplina del processo di accreditamento delle strutture sanitarie (art. 8, comma 4) tenendo conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti con specifico atto di indirizzo e coordinamento;
- ridimensionato in maniera evidente le funzioni assegnate ai comuni in conseguenza sia delle accresciute competenze attribuite alle regioni che delle nuove competenze attribuite alle aziende sanitarie come dimostrato, con riferimento a quest'ultimo aspetto, dalla constatazione che mentre nel precedente sistema la titolarità delle funzioni sanitarie era attribuita ai comuni che le esercitavano attraverso loro soggetti strumentali, le unità sanitarie locali, nel nuovo sistema la titolarità e l'esercizio delle funzioni sanitarie è attribuita esclusivamente alle aziende sanitarie.
- A quanto precede aggiungasi che il ridimensionamento del ruolo del comune è anche dimostrato:
- a) dalla mancata previsione all'interno delle aziende sanitarie di un organo rappresentativo della collettività locale di riferimento con conseguente eliminazione di un elemento che in passato aveva legato i precedenti soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale all'ente locale piuttosto che agli enti locali di riferimento territoriale,

- b) dall'attribuzione alle aziende sanitarie dell'autonomia con conseguente eliminazione di qualsiasi vincolo nei confronti di tutti gli altri soggetti comunque interessati alla tutela della salute mentre in precedenza l'unità sanitaria locale era fortemente legata al/i comune/i in quanto sua/loro struttura operativa per l'esercizio di funzioni di cui lo/gli stesso/i era/ano titolare/i,
- c) dalla attribuzione al sindaco ovvero alla conferenza dei sindaci nel caso in cui l'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale coincideva con quello di più comuni di minori competenze di quelle loro riconosciute sotto il previgente sistema; infatti all'uno od all'altro dei suddetti soggetti era attribuita, ai fini di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione di rispettivo riferimento, esclusivamente la competenza ad esaminare i bilanci, annuali e pluriennali, delle aziende sanitarie locali con possibilità di rimettere alla regione osservazioni in merito, a verificare l'andamento generale dell'attività di assistenza sanitaria, a contribuire infine alla definizione di piani programmatici locali volti ad orientare l'attività delle aziende sanitarie.

Con riferimento alle riferite competenze attribuite ai vari soggetti locali va sottolineato che:

- le regioni nel dare applicazione alle richiamate disposizioni dettate dall'art. 2, comma 2, e finalizzate a definire in concreto da una parte le modalità con le quali avrebbero esercitato le attività di direzione, vigilanza e controllo sulle aziende, da un'altra parte i principi per l'organizzazione dei relativi servizi e da un'ulteriore parte gli indirizzi per la loro gestione economico-finanziaria e patrimoniale, non potevano comunque dimenticare che il Legislatore nazionale con il riconoscimento ai nuovi soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale dell'autonomia negli importanti settori di operatività di cui riferiremo successivamente aveva sicuramente voluto salvaguardare gli stessi da ingiustificate ingerenze/forzature;
- il sindaco o la conferenza dei sindaci, nella loro veste di rappresentanti delle autonomie locali, dovevano svolgere nei confronti delle aziende sanitarie un ruolo orientato da una parte a garantire uno specifico livello di programmazione locale, attuativo della programmazione regionale, finalizzato alla tutela degli interessi della comunità degli ambiti territoriali di rispettivo riferimento e dall'altra parte a temperare, attraverso il controllo sociale dell'attività posta in essere dalle aziende sanitarie, eventuali anomalie riconducibili alla loro esasperata tecnicizzazione in termi-

ni aziendali venendo meno all'irrinunciabile compito di tutela della salute alle stesse riconosciuto dal Legislatore.

12.2.1. L'azienda sanitaria: tipologie e livelli di autonomia

Come accennato in precedenza il Legislatore ha sostituito all'unità sanitaria locale, unico soggetto che sulla base della legge n. 833/1978 era incaricato dell'esercizio di tutte le funzioni ed attività sanitarie, due soggetti e cioè l'*azienda unità sanitaria locale (ASL)* e l'*azienda ospedaliera (AO od ASO)*. I suddetti nuovi soggetti peraltro erano chiamati a svolgere un ruolo assolutamente diverso; infatti mentre le aziende unità sanitarie locali erano tenute ad assicurare ai cittadini i livelli uniformi di assistenza proponendosi di conseguenza come *aziende di tutela*, le aziende ospedaliere in contrapposto erano tenute ad assicurare l'erogazione delle prestazioni che l'azienda territoriale di riferimento non era in grado di assicurare ai propri cittadini presso le strutture direttamente gestite proponendosi di conseguenza come *aziende di produzione*.

Ad evitare che ciascun ospedale potesse essere costituito in azienda ospedaliera, il Legislatore stabilì che il riconoscimento era possibile esclusivamente per:

- a) gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione: Dovevano ritenersi tali gli ospedali presso i quali erano presenti almeno tre strutture di alta specialità con contestuale organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi compresi nella struttura di alta specialità,
- b) i policlinici universitari, considerati di per sé come ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione, previo loro inserimento nel sistema di emergenza sanitaria regionale,
- c) i presidi ospedalieri in cui insisteva la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia,
- d) i presidi ospedalieri operanti in strutture di pertinenza universitaria,
- e) gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, dotati di dipartimento di emergenza e, di norma, anche di elisoccorso.

Al riguardo rileviamo comunque, che già dal momento della prima applicazione della normativa, sono stati riconosciuti come azienda ospedaliera anche ospedali che non erano nelle condizioni poco sopra riferite.

Il Legislatore peraltro aveva anche prevista, fatta salva l'autonomia dell'università con riferimento ai policlinici direttamente gestiti, la revoca del-

l'autonomia aziendale nel caso di perdita delle suddette caratteristiche strutturali e di attività.

La riferita scelta legislativa consentiva alle aziende incaricate di organizzare l'erogazione dei livelli uniformi di assistenza, cioè alle aziende sanitarie locali definibili anche *aziende territoriali*, di provvedervi tramite proprie strutture piuttosto che facendo ricorso alle strutture esterne in grado di fornirle al più alto livello qualitativo ed alle condizioni economiche più convenienti in tutti i casi in cui era necessario garantire ai propri cittadini le prestazioni non disponibili presso le strutture direttamente gestite. Nel caso di ricorso a strutture esterne dovevano, sicuramente, essere privilegiate le strutture gestite dalle aziende ospedaliere.

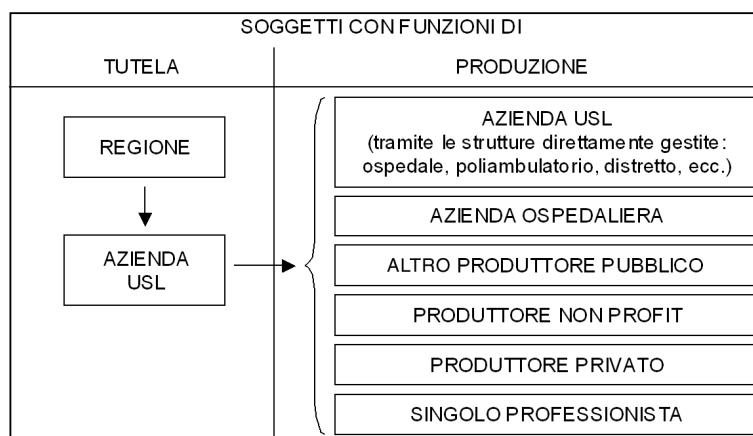
I nuovi soggetti, fermo restando il diritto-dovere degli organi amministrativi locali di esprimere il bisogno socio economico delle comunità di riferimento, sono stati dotati dal Legislatore delegato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica pur se la legge n. 421/1992 aveva previsto - incidentalmente nel momento in cui aveva disposto il trasferimento alle stesse del patrimonio immobiliare e mobiliare già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici - che fosse loro attribuita esclusivamente l'autonomia organizzativa. Dall'attribuzione alle aziende sanitarie dell'autonomia nei settori testè indicati conseguiva nella sostanza il loro riconoscimento quali distinti soggetti di diritto in grado di operare, nel settore della tutela della salute, con piena autonomia cioè senza essere sottoposti a vincoli esterni e, soprattutto, non più in stretta relazione con gli enti territoriali (comuni e comunità montane) come invece era avvenuto per le unità sanitarie locali in precedenza. Il riconoscimento come distinti soggetti di diritto consentiva sia alle aziende unità sanitarie locali sia alle aziende ospedaliere da un lato di recuperare, ad esempio e come in precedenza rilevato, sia la titolarità della proprietà degli immobili utilizzati per svolgere le proprie attività che degli immobili e mobili già appartenenti ad enti ospedalieri e mutualistici e da altro lato di combinare le risorse disponibili nel modo ritenuto più conveniente per perseguire gli obiettivi aziendali. Particolare rilievo assume al riguardo l'eliminazione nel testo del Dlgs. n. 517/1993 della qualificazione dell'azienda sanitaria come "ente strumentale della regione" presente nel Dlgs. n. 502/1992 anche se alla singola regione e provincia autonoma sono, comunque, attribuite competenze in grado di interferire in maniera importante sull'attività delle aziende stesse. Peraltro non va sottaciuto da una parte che i nuovi soggetti pubblici del servizio sanita-

rio nazionale sono stati prefigurati come aziende da gestire in maniera manageriale comunque deputate a recepire e soddisfare i bisogni di salute delle comunità locali e dall'altra parte che netta doveva essere la distinzione tra funzioni di governo e funzioni di gestione sulla base del combinato disposto del dettato del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, e di quello del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, emanato in attuazione della delega prevista nell'art. 2 della già citata legge n. 421/1992 e contenente disposizioni per la razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e per la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego. A conferma di quest'ultima affermazione sembra sufficiente rilevare che mentre agli organi di governo era stata attribuita la competenza di definire gli obiettivi ed i programmi da attuare nonché di verificare la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite, ai dirigenti spettava farsi carico della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa adottando anche atti in grado di impegnare l'amministrazione di appartenenza verso l'esterno, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate alla struttura cui erano preposti nonché svolgere tutte le necessarie attività di controllo, assumendo di conseguenza la responsabilità della gestione e dei relativi risultati. In conseguenza i dirigenti, in quanto responsabili della gestione e dei relativi risultati nella nuova configurazione prettamente privatistica del relativo rapporto di lavoro, dovevano essere verificati sulla realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati per cui l'esito negativo della verifica avrebbe dovuto comportare la rimozione dall'incarico rivestito.

Al termine del presente capitolo ci sembra opportuno riprodurre in specifico schema i soggetti cui competono le funzioni di tutela e quelli a cui competono le funzioni di produzione sottolineando che:

1. alle regioni venivano impartiti indirizzi perché, per quanto concerne le aziende territoriali, ne ridefinissero gli ambiti territoriali in coincidenza, di norma, con quelli di ciascuna provincia e, per quanto riguarda le aziende ospedaliere, formalizzassero al ministero della sanità le proprie indicazioni per la costituzione in aziende delle strutture ospedaliere di rilievo nazionale e di alta specializzazione;
2. la gestione delle aziende ospedaliere doveva essere informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate;
3. le aziende ospedaliere dovevano chiudere i propri bilanci in pareggio

- per cui il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione avrebbe obbligato la regione a procedere al loro commissariamento;
4. le aziende territoriali potevano assumere, come già prevedeva la legge n. 833/1978, la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali. Tale incombenza presupponeva comunque che:
 - gli enti locali assumessero a proprio carico gli oneri totali, ivi compresi quelli relativi al personale, derivanti dalla gestione,
 - l'azienda unità sanitaria locale provvedesse ad effettuare specifica contabilizzazione della gestione,
 - l'erogazione dei servizi socio-assistenziali da parte dell'azienda unità sanitaria locale avvenisse esclusivamente dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie,
 - l'azienda unità sanitaria locale si facesse infine carico degli oneri derivanti dalle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali;
 5. gli ospedali non costituiti in azienda ospedaliera conservavano la natura di presidi dell'azienda unità sanitaria locale ferma restando nei loro confronti l'applicazione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili. Agli stessi peraltro veniva attribuita l'autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda territoriale di appartenenza;
 6. i nuovi soggetti pubblici del servizio sanitario dovevano farsi carico dell'organizzazione dei servizi rispettando il principio secondo cui la stessa avrebbe dovuto assicurare un'offerta in grado di soddisfare le richieste rientranti nei livelli uniformi di assistenza e non adeguarsi alla domanda espressa molto spesso in maniera non giustificata dall'utenza.



12.2.2. Gli organi dell'azienda sanitaria

L'articolo 3, comma 4, del decreto legislativo 31 dicembre 1992 n. 502, disponeva che l'azienda unità sanitaria locale doveva avere due organi:

- il direttore generale,
- il collegio dei revisori.

Le disposizioni concernenti i suddetti organi -che, peraltro, ai sensi del successivo art. 4, comma 1, del citato decreto sono tipici anche delle aziende ospedaliere- sono prese in considerazione e valutate in maniera puntuale di seguito, separatamente.

12.2.2.1. Il direttore generale

Sulla base del dettato del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, al Direttore generale spettavano tutti i poteri di gestione, la rappresentanza dell'azienda sanitaria di riferimento, nonché poteri di controllo da esercitare, in particolare, verificando -anche tramite l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno previsto dall'art. 20 del Dlgs. n. 29/1993- la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa realizzata. La riferita, seppure generica, disposizione legislativa aveva indotto alcuni commentatori dell'epoca ad affermare che il direttore generale doveva essere considerato come il solo e vero stratega del nuovo soggetto istituzionale e, nello stesso tempo, come l'unico responsabile delle scelte di gestione effettuate e dei risultati conseguentemente conseguiti. Dei risultati conseguiti peraltro il direttore generale era chiamato a rispondere alla regione/provincia autonoma.

Sul riferito ruolo del direttore generale e sul suo rapporto con gli enti locali torneremo sotto il successivo punto 13.2.2.1 anticipando esclusivamente che il suo ruolo, con i successivi interventi legislativi, subirà alcune importanti modificazioni mentre il suo rapporto con i rappresentanti degli enti locali rimarrà inalterato.

Il Dlgs. 502/1992 prevedeva che la nomina del direttore generale doveva essere disposta dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della giunta regionale, previo specifico avviso da pubblicare sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. La riferita previsione secondo la quale spettava al Presidente della Giunta regionale la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie -contestata dalle regioni dinanzi alla Corte Costituzionale per contrasto con il dettato dell'art. 123 della Costituzione il quale riconosce alle stesse il potere di definire la propria organizzazione e dichiarata illegittima dalla Corte stessa con pronuncia del 28 luglio 1993, n. 355- fu modificata dal

successivo Dlgs. n. 517/1993 il quale attribuì la competenza alla nomina alla regione, la quale quindi avrebbe dovuto esercitarla tramite l'organo individuato dalla specifica rispettiva legislazione in materia. Lo stesso decreto disponeva in aggiunta che, in sede di prima applicazione della norma, ciascuna regione avrebbe dovuto provvedere alla nomina dei direttori generali entro il 30 aprile 2004, tra gli iscritti in apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità ovvero per la provincia di Bolzano e per la regione Valle d'Aosta in appositi elenchi, rispettivamente provinciale o regionale onde assicurare il rispetto delle disposizioni in materia di bilinguismo ed, in aggiunta, per la sola provincia autonoma di Bolzano, della riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. Per poter essere iscritti nei suddetti elenchi era necessario:

- a) *non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età,*
- b) *essere in possesso di diploma di laurea,*
- c) *essere in possesso di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quella dell'iscrizione.*

La normativa in questione elencava anche le situazioni di incompatibilità che ostavano alla nomina a direttore generale, le situazioni che avrebbero precluso a chi ricopriva o aveva ricoperto tale incarico di essere eletto in vari organi degli enti pubblici nonché le modalità tramite le quali i pubblici dipendenti avrebbero potuto porsi in aspettativa nel caso di nomina a direttore generale. Le situazioni di incompatibilità e di ineleggibilità nonché le modalità attraverso le quali i pubblici dipendenti sono tenuti a porsi in aspettativa una volta acquisita la nomina a direttore generale saranno esplicitate sotto il successivo punto 13.2.2.1 in quanto non modificate o modificate, certamente non sostanzialmente, dalle successive disposizioni.

La richiamata normativa, che prevedeva la regolamentazione dell'incarico con specifico contratto di diritto privato di durata quinquennale -rinnovabile- ma comunque non protraibile oltre il settantesimo anno di età, fu utilizzata esclusivamente per la nomina, a partire dal 1° luglio 1994, dei direttori generali delle aziende sanitarie di tre regioni: Toscana, Emilia-Romagna e Lazio. Infatti con il D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, fu abolito l'elenco nazionale e prevista la formazione di singoli elenchi regionali ovvero, per le province autonome di Trento e Bolzano, di singoli elenchi provinciali, con contestuale previsione dell'obbligo di nomina da parte delle regioni/province autonome di commissari straordinari e della contestuale

cessazione dalla funzioni degli amministratori straordinari, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della richiamata legge n. 590. L'abolizione dell'elenco nazionale fu certamente motivata oltre che dalle pressioni in tal senso rappresentate dalle regioni anche dal fatto che nei confronti del primo elenco nazionale, emesso in data 25 febbraio 1994, furono presentati numerosi ricorsi da quanti non vi erano ricompresi nonostante avessero presentata domanda, convinti di essere in possesso di tutti i titoli e di tutte le condizioni previste dalle disposizioni poc'anzi richiamate.

Sulla base dei dettami della citata legge n. 590/1994 e dei rinvii dalla stessa esplicitamente fatti ad alcune disposizioni contenute nei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 va ulteriormente rilevato che:

- a) fermo restando il possesso dei riferiti altri requisiti generali e -si ritiene- dei requisiti specifici previsti per la provincia autonoma di Bolzano e per la regione Valle d'Aosta, per essere iscritti negli elenchi degli aspiranti all'incarico di direttore generale da una parte *non era più previsto un limite massimo di età* e dall'altra parte l'esperienza professionale doveva riguardare *specifici e documentati requisiti coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata formazione ed attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture pubbliche o private, con esperienza dirigenziale acquisita per almeno cinque anni*;
- b) la regione/provincia autonoma era tenuta a:
 - verificare i risultati amministrativi e gestionali ottenuti da ciascun direttore generale dopo un anno dalla nomina,
 - risolvere, in qualsiasi momento, il contratto con il direttore generale ed a sostituirlo in presenza di gravi motivi ovvero di grave disavanzo della gestione nonché di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione;
- c) per l'incarico di direttore generale rimaneva confermata la durata quinquennale, la possibilità del suo rinnovo e la non protraibilità oltre il settantesimo anno di età;
- d) l'esposizione di fatti non conformi al vero nella dichiarazione di insussistenza delle riferite situazioni di incompatibilità e di ineleggibilità che l'aspirante all'incarico di direttore generale era tenuto a fare nella domanda di iscrizione negli elenchi degli aspiranti idonei, avrebbe comportato la reclusione da sei mesi a tre anni.

12.2.2.2. Il collegio dei revisori

Come riferito il collegio dei revisori era l'unico altro organo dell'azienda sanitaria accanto al direttore generale; lo stesso era organo interno di controllo

amministrativo contabile. La sua previsione era giustificabile anche per evitare che i suddetti compiti fossero affidati a soggetti esterni a salvaguardia dell'autonomia riconosciuta alle aziende sanitarie. I suoi componenti -in numero di tre ovvero di cinque, nel caso in cui l'azienda avesse un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi- dovevano essere designati:

- nella composizione con tre membri: uno dal ministero del tesoro, uno dalla regione ed uno dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali a seconda che il territorio dell'azienda coincidesse con quello di un solo comune, di più comuni o di parte di un solo comune,
- nella composizione con cinque membri: due dal ministero del tesoro, due dalla regione ed uno dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali a seconda che il territorio dell'azienda coincidesse con quello di un solo comune, di più comuni o di parte di un solo comune.

La formalizzazione del collegio, che restava in carica cinque anni, doveva avvenire tramite specifico provvedimento del direttore generale dell'azienda sanitaria interessata al quale peraltro competeva anche la convocazione per la prima seduta. Al collegio spettava:

- eleggere al suo interno, all'atto della prima seduta, il presidente;
- vigilare sull'osservanza, da parte del direttore generale, delle leggi;
- verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili;
- esaminare il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento;
- accertare, almeno con periodicità trimestrale, la consistenza di cassa.

Il collegio infine aveva la possibilità di richiedere al direttore generale notizie sull'andamento dell'azienda e di procedere in qualsiasi momento, anche tramite un suo solo componente, ad atti di ispezione e di controllo.

Lo scarno riferito dettato delle disposizioni nazionali è in pratica stato integrato dalle disposizioni regionali emanate in attuazione della previsione di cui all'art.13 della legge n. 181/1982 cui si è fatto riferimento preciso sotto il precedente capitolo 11.

12.2.3. Gli organismi di supporto all'attività del direttore generale.

Al fine di supportare la complessa attività cui era chiamato il direttore generale, il Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, affidava competenze di collaborazione e consulenza in ambiti esplicitamente

definiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario ed al consiglio dei sanitari. I primi due organismi dovevano essere nominati con provvedimento motivato del direttore generale, il consiglio dei sanitari invece rappresentava un organismo in gran parte elettivo. I requisiti da possedere per poter aspirare alla nomina a direttore amministrativo e sanitario, la composizione del consiglio dei sanitari e le competenze di tutti i suddetti organismi di supporto all'attività del direttore generale saranno esplicitati sotto il successivo punto 13.2.2.4 in relazione al fatto che la disciplina dei suddetti aspetti non è stata sostanzialmente modificata dalle disposizioni emanate successivamente fatta eccezione per le integrazioni disposte da queste ultime. Delle stesse si procederà a puntuale evidenziazione in detta sede.

Fermo restando quanto precede non bisogna dimenticare che le disposizioni dettate per l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale rendevano obbligatoria l'istituzione presso ciascuna azienda dell'apposito servizio di controllo interno previsto dall'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modifiche ed integrazioni. Di detto organismo il direttore generale doveva giovare, lo si ripete, per *verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa*. Il disposto del richiamato art. 20 del Dlgs. n. 29/1993 e s.m.i. per la parte che interessa il presente argomento prevedeva che:

- le riferite funzioni dovevano essere svolte o dal servizio di controllo interno o da apposito nucleo di valutazione,
- il servizio od il nucleo doveva operare in posizione di autonomia e rispondere esclusivamente agli organi di direzione politica e cioè, con riferimento alle aziende sanitarie, al loro direttore generale,
- i servizi ed i nuclei dovevano avere accesso ai documenti amministrativi, potevano richiedere informazioni agli uffici pubblici e dovevano riferire trimestralmente sui risultati della loro attività agli organi generali di direzione e cioè, nella fattispecie, al direttore generale dell'azienda sanitaria,
- i servizi ed i nuclei dovevano essere avere una propria dotazione organica, essendo possibile comunque avvalersi di consulenti esterni esperti in tecniche di valutazione e nel controllo di gestione.

Quest'ultima disposizione del Legislatore delegato era particolarmente importante in quanto dava atto della sua consapevolezza circa la carenza, presso la gran parte delle pubbliche amministrazioni, di operatori preparati a svolgere le riferite nuove funzioni dal corretto svolgimento delle quali si riteneva dovessero derivare significativi benefici alla efficienza ed efficacia dell'azione svolta.

12.3. L'assetto organizzativo

Va innanzi tutto rilevato che -in conseguenza del richiamato riconoscimento alla singola azienda sanitaria, tra l'altro, dell'autonomia organizzativa- l'assetto organizzativo della stessa, contrariamente a quanto era avvenuto vigente la legge n. 833/1978, non poteva più essere rigidamente predefinito con legge regionale. Sulla base delle disposizioni dettate dal Dlgs. n. 502/1992, come modificato con il Dlgs. n.517/1993, alla regione infatti spettava esclusivamente la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e dei criteri per il loro funzionamento. Agli uni ed agli altri il direttore generale si doveva uniformare nel definire l'assetto organizzativo aziendale. Fermo restando quanto precede si ritiene opportuno evidenziare che, comunque, la singola regione non poteva ignorare che la nuova normativa nazionale si proponeva di realizzare e rafforzare il modello dipartimentale e, con riferimento al settore ospedaliero, di procedere alla sua riorganizzazione in attuazione della previsione dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (legge finanziaria anno 1992). In particolare ai sensi di quest'ultima disposizione le regioni erano tenute a realizzare la revisione della rete ospedaliera cioè la riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri provvedendo nel contempo da una parte alla riconversione degli ospedali che non raggiungevano lo standard minimo di 120 posti-letto e da un'altra parte a rideterminarne i posti-letto prevedendone:

- un'utilizzazione ad un tasso non inferiore al 75% in media annua,
- una dotazione complessiva di n. 6 per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie,
- un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille abitanti.

Ciò premesso giova ricordare che la normativa all'esame non introduceva elementi nuovi a cui, a sua volta, doveva uniformarsi la singola regione per la determinazione dei principi e criteri cui si è fatto riferimento fatta eccezione per quanto atteneva alcuni aspetti dell'organizzazione interna dei presidi ospedalieri nonché l'organizzazione e la gestione delle attività di prevenzione. Della organizzazione interna dei presidi ospedalieri, in quanto non modificata con le successive disposizioni e quindi tuttora attuale, riferiremo sotto il successivo punto 13.4; invece dell'organizzazione dei distretti e dei dipartimenti di prevenzione in applicazione delle disposizioni dettate dai decreti legislativi 502/1972 e 517/1993 riferiamo di seguito riservandoci di evidenziare sotto il richiamato punto 13.4 le innovazioni che saranno introdotte al riguardo dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229.

L'*organizzazione distrettuale* era stata disciplinata dalle regioni, anche se il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, non aveva dettato disposizioni specifiche al riguardo. Le regioni infatti, nel determinare i principi sull'organizzazione dei servizi ed i criteri per il loro funzionamento a cui il direttore generale si doveva uniformare nel definire l'assetto organizzativo aziendale, avevano confermato l'importanza dell'articolazione del territorio in distretti per la organizzazione e gestione di tutte le attività da assicurare in tale ambito ritenendo ancora del tutto attuale il dettato dell'art. 10, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 secondo il quale le unità sanitarie locali, sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale, dovevano essere articolate in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento. In carenza di qualsivoglia indirizzo nazionale le regioni avevano dettato principi organizzativi e criteri di funzionamento dal rispetto dei quali era derivata una organizzazione distrettuale non uniforme con riferimento a tutto il territorio nazionale, la quale -come vedremo successivamente- indusse il Legislatore delegato a dettare disposizioni specifiche al riguardo attenendosi ai principi e criteri direttivi previsti dalla legge 30 novembre 1998, n. 419.

L'*organizzazione dei dipartimenti di prevenzione*, diversamente da quanto riferito per quanto concerneva quella dei distretti, era stata puntualmente disciplinata dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Le disposizioni in questione avevano disposto, per quanto atteneva l'organizzazione e la gestione delle attività di prevenzione, che le regioni dovevano prevedere l'istituzione presso ciascuna azienda unità sanitaria locale di un dipartimento di prevenzione comprendente servizi igienico-sanitari e servizi veterinari. Per quanto concerne i suddetti servizi va ulteriormente rilevato che la richiamata normativa prevedeva, limitatamente agli aspetti non modificati con successive normative, che:

- i servizi igienico-sanitari dovessero essere articolati almeno nei servizi di igiene e sanità pubblica, di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, di igiene degli alimenti e della nutrizione,
- i servizi veterinari dovessero essere articolati distintamente nelle tre aree funzionali:
 - a) della sanità animale,
 - b) dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati,
 - c) dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche,

- il dipartimento dovesse farsi carico di svolgere tutte le attribuzioni nel campo della prevenzione svolte dai servizi veterinari, dai servizi di igiene e più in generale da tutti gli altri eventuali servizi operanti nel suddetto settore, fino alla sua istituzione in attuazione delle previsioni delle disposizioni dettate in materia dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833,
- i servizi veterinari dovessero avvalersi delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali.

12.4. Le prime disposizioni in materia di accreditamento

L'introduzione dell'accreditamento nell'ordinamento si deve all'art. 8, comma 5, del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993. In base al dettato della citata disposizione l'accreditamento era da intendere come "requisito" necessario per l'instaurazione dei rapporti tramite cui la singola azienda unità sanitaria locale avrebbe dovuto provvedere ad acquisire da altri soggetti erogatori, pubblici o privati, da una parte le prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio e da altra parte le prestazioni ospedaliere necessarie ad assicurare ai cittadini tutte le prestazioni contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali in tutti i casi in cui non fosse stata in grado di garantire le une e le altre presso:

- le strutture direttamente gestite,
- le strutture delle aziende ospedaliere, degli ospedali Galliera di Genova e Bambino Gesù di Roma,
- le strutture gestite dall'Ordine Mauriziano di Torino e dal Sovrano Militare Ordine di Malta,
- le strutture gestite da enti di ricerca i cui organi svolgevano, previa convenzione con la regione interessata, attività finalizzata agli obiettivi del SSN,
- le strutture gestite da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti e dalle altre istituzioni sanitarie riconosciute che, previa convenzione con la regione interessata, erogavano assistenza pubblica,
- le strutture degli ospedali considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'azienda unità sanitaria locale nel cui territorio erano ubicati.

Il successivo comma 7 dell'articolo in questione aveva altresì previsto che le regioni e le aziende unità sanitarie locali, per quanto di rispettiva competenza, avrebbero dovuto adottare i provvedimenti necessari per la stipula dei rapporti di cui detto e che i rapporti in questione, tra l'altro, avrebbero

dovuto definire le modalità attraverso le quali i soggetti chiamati a fornire le prestazioni non possibili presso le strutture direttamente gestite dalle suddette aziende sanitarie avrebbero ottenuto il loro pagamento a prestazione e prevedere l'adozione da parte di detti soggetti del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

La normativa in questione viene richiamata esclusivamente per poter sollecitare l'attenzione sul fatto che tramite la stessa il Legislatore aveva dato l'avvio ad un processo che troverà completa sistematizzazione con il Dlgs. n. 229/1999, il quale, tra l'altro si farà carico della sua abrogazione in toto.

12.5. Il nuovo processo della programmazione sanitaria

I decreti legislativi approvati dal Governo in attuazione della legge n. 421/1992 hanno definito una nuova disciplina del processo programmatico in precedenza illustrato, pur confermando i due livelli della programmazione (nazionale e regionale), la durata triennale dei piani sanitari e la possibilità di loro modifica durante il periodo di rispettiva valenza. In particolare le innovazioni riguardano la procedura per l'approvazione del piano sanitario nazionale ed i riferimenti di carattere generale da osservare per quanto attiene i contenuti dello stesso e quelli dei piani sanitari regionali. Infatti il dettato dell'art. 1 del Dlgs. n. 502/1972, come modificato ed integrato con il Dlgs. n. 517/1993, per le parti che interessano il presente capitolo precisava che:

- il piano sanitario nazionale, per quanto concerneva la procedura, doveva essere predisposto dal Governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, per essere successivamente adottato dallo stesso d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome dovendosi fare carico di motivare il mancato recepimento del parere delle richiamate commissioni e/o la mancata intesa con le regioni/province autonome;
- il piano sanitario nazionale, per quanto concerneva i riferimenti di carattere generale da osservare per definirne i contenuti, doveva stabilire gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del SSN nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio stesso. Le disposizioni precisavano in aggiunta che le modifiche al piano sanitario nazionale potevano riguardare anche i limiti ed i

criteri di erogazione delle prestazioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalle leggi finanziarie per gli anni di rispettivo riferimento. Il riferimento all'obbligo della coerenza degli obiettivi di salute e delle prestazioni da garantire ai cittadini avendo presente la situazione media di bisogni esprimibile dagli stessi e contestualmente l'entità delle risorse finanziarie rese disponibili, ribaltava la filosofia che aveva ispirato il dettato dell'art. 53 della legge n. 833/1978 in base alla quale erano le risorse a dover essere stanziare in ragione degli obiettivi stabiliti dal piano; infatti mentre sulla base delle precedenti disposizioni era il bisogno di salute -tendenzialmente illimitato- a determinare l'entità delle risorse finanziarie necessarie per il suo soddisfacimento, sulla base delle nuove disposizioni invece è l'ammontare delle risorse messe a disposizione -certamente limitato- ad influenzare la definizione dei livelli di assistenza garantiti al cittadino. Peraltro alla singola regione veniva consentito di rideterminare i livelli di assistenza per il rispettivo territorio tenendo conto da una parte dei reali bisogni locali e dall'altra parte delle potenzialità strutturali, strumentali, organizzative e professionali del servizio sanitario regionale;

- il piano sanitario nazionale, in quanto atto amministrativo, doveva essere adottato nella forma di decreto del Presidente della Repubblica;
- le regioni entro 150 giorni dalla data di pubblicazione del piano sanitario nazionale erano tenute ad adottare od adeguare i rispettivi piani sanitari regionali uniformandoli, per quanto concerneva i riferimenti di carattere generale da osservare per definirne i contenuti, alle indicazioni del piano sanitario nazionale facendosi carico altresì di definire i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente disponibili.

A quanto precede va aggiunto che il riferito sistema di programmazione doveva tenere altresì conto dei contenuti dei successivi articoli 3, 6 e 14 delle disposizioni richiamate; infatti:

- a) sulla base del dettato dell'art. 3, la partecipazione dei comuni al processo programmatico finalizzata a corrispondere alle esigenze della popolazione era stata limitata, alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività,
- b) sulla base del dettato dell'art. 6, l'università era tenuta a contribuire, per quanto di competenza, alla elaborazione dei piani sanitari regionali onde, in particolare, evitare che la individuazione della dislocazione delle strut-

- ture sanitarie complessivamente utilizzabili venisse effettuata senza tenere conto della presenza delle strutture delle facoltà di medicina delle quali era previsto l'utilizzo per le attività assistenziali del servizio sanitario, sulla base dei protocolli d'intesa sottoscritti tra Regione ed Università,
- c) sulla base del dettato dell'art. 14, le regioni erano tenute a sentire i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed, in particolare, gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti nelle fasi della impostazione della programmazione regionale utilizzando a questo ultimo scopo anche lo specifico sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie da assicurare a tutti i cittadini. Il coinvolgimento delle rappresentanze dei cittadini e l'utilizzo delle risultanze degli indicatori per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie induce a ritenere che il Legislatore riteneva necessario istituzionalizzare un forte e diretto rapporto tra programmazione sanitaria e sistema qualità; il riferito rapporto, che emergeva chiaramente dalla lettura del primo piano sanitario nazionale adottato circa 15 anni dopo la previsione di cui all'art. 53 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale e cioè del piano per il triennio 1994/1996 approvato con D.P.R. 1 marzo 1994, risultava fortemente rafforzato nel successivo piano e cioè nel piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, approvato con D.P.R. 23 luglio 1998. Infatti quest'ultimo piano, conosciuto anche come *un patto di solidarietà per la salute*:
- sviluppava una elaborazione realistica, ponderata e complessiva delle azioni da realizzare a livello fattuale o progettuale per la tutela della salute nel triennio di riferimento tenendo conto del fatto che la sanità era assunta al ruolo di *questione sociale* per cui lo Stato doveva farsi carico di provvedere direttamente al finanziamento delle prestazioni uniformi di assistenza che il servizio sanitario nazionale era chiamato ad erogare;
 - ampliava l'orizzonte culturale e politico della sanità per ricompredervi aspetti comportamentali ed ambientali in precedenza sotto-ciuti o marginalizzati e faceva ampio ricorso alla partecipazione istituzionale non solo degli enti territoriali ma anche dei produttori ed erogatori, pubblici e privati, delle prestazioni;
 - assumeva come suoi principi fondamentali l'universalità di accesso, l'uguaglianza nella accessibilità ad un ampio ventaglio di servizi uniformemente distribuiti e la condivisione del rischio finanziario;
 - assumeva quali obiettivi prioritari del progetto nazionale per la salute la promozione dei comportamenti e degli stili di vita, il contra-

- sto delle principali patologie, il miglioramento del contesto ambientale, il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli ed, infine, la realizzazione di una sanità di livello europeo;
- assumeva come idee forti per la realizzazione del patto di solidarietà per la salute nove punti qualificanti e cioè:
 1. il rafforzamento dell'autonomia decisionale degli utenti,
 2. la promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari,
 3. la diminuzione delle disuguaglianze nei confronti della salute,
 4. lo sviluppo di comportamenti e stili di vita per la salute,
 5. il contrasto delle patologie più importanti,
 6. il supporto a convivere attivamente con la cronicità,
 7. il perseguimento delle strade dell'integrazione socio sanitaria,
 8. il rilancio della ricerca,
 9. l'investimento nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

12.6. Le modifiche al sistema di finanziamento

Il Legislatore -consapevole delle difficoltà incontrate nel finanziamento del servizio sanitario nazionale nel primo decennio di funzionamento e ritenendo che la situazione fosse conseguente soprattutto al fatto che le norme concernenti l'assegnazione delle risorse finanziarie avevano determinato rilevanti effetti di deresponsabilizzazione nel loro uso da parte dei soggetti interessati (regioni ed unità sanitarie locali)- si fece carico di definire un sistema di finanziamento in grado di responsabilizzare i suddetti soggetti ed, in primis, le regioni sui risultati della gestione economico finanziaria. Infatti lo stesso -dopo aver confermato la previsione secondo la quale il fondo sanitario nazionale costituiva lo strumento comprendente le risorse finanziarie destinate a fronteggiare l'ammontare complessivo degli oneri preventivamente individuati, tenuto conto dei livelli uniformi di assistenza da assicurare, per soddisfare il bisogno di salute di tutti cittadini, non più con riferimento alla spesa storica ma perseguendo l'obiettivo di premiare i livelli di efficienza delle aziende, cioè stimolando le stesse a recuperare margini di competitività tenendo conto di livelli di attività ritenuti corretti con riferimento ai rispettivi bacini di utenza- modificò radicalmente il criterio di riparto dello stesso tra le regioni introducendo il così detto *metodo della quota capitaria pesata*. Quest'ultima doveva essere comunque determinata avendo presenti i prefissati livelli uniformi di assistenza e la numerosità della popolazione esistente in ciascuna regione e considerando anche la così detta mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, cioè introducendo un metodo di ripartizione del fondo sanitario nazionale che tenesse conto non della consolidata capacità di offerta del si-

stema, come avveniva in applicazione delle disposizioni dettate dalla legge n. 833/1978, ma un metodo che:

- obbligasse il sistema ad adeguare l'offerta di servizi ai reali livelli di domanda espressi dalla numerosità e dalla tipologia della popolazione residente in ciascuna regione,
- tenesse in considerazione oltre alla riferita mobilità sanitaria anche la consistenza e lo stato di conservazione degli immobili, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali. Questi ultimi aspetti assumevano particolare rilevanza in considerazione del fatto che il fondo veniva ripartito in forma indistinta, cioè comprensiva sia della spesa di parte corrente sia di quella in conto capitale, onde consentire alla regioni di assumere diretta responsabilità nella determinazione delle risorse da assegnare a ciascuna azienda territoriale sulla base di valutazioni oggettive delle priorità da affrontare tenuto conto soprattutto delle scelte della rispettiva programmazione sanitaria.

A quanto precede va aggiunto che le nuove disposizioni prevedevano che le aziende ospedaliere fossero finanziate direttamente dalle regioni con le modalità di cui riferiremo successivamente.

Con riferimento alle modalità di assegnazione delle risorse finanziarie va ulteriormente precisato che:

- a) l'assegnazione delle risorse finanziarie disposta da parte dello Stato nei confronti delle regioni/province autonome e le assegnazioni disposte da parte delle regioni/province autonome nei confronti delle aziende sanitarie territoriali configuravano il superamento del riferimento al concetto di *quota capitaria* a vantaggio del riferimento al concetto di *quota capitaria pesata*. Le une e le altre infatti presupponevano che si tenesse conto non solo del numero della popolazione residente in ciascun ambito territoriale di rispettivo riferimento ma anche di altri elementi quali l'indice di natalità e di mortalità della popolazione, le caratteristiche ambientali, le tipologie di attività che si svolgono sul territorio, la presenza di patologie particolari (esempio: anemia mediterranea con riferimento alla Sardegna);
- b) le assegnazioni delle risorse finanziarie disposte da parte delle regioni nei confronti delle aziende ospedaliere presupponevano un intervento a monte da parte delle regioni stesse finalizzato a determinarle nel rispetto dei principi indicati dall'art. 4, comma 7. del decreto legislativo all'esame e precisamente:
 - attribuzione di una quota non superiore all'80% dei costi complessivi

- sivi delle prestazioni potenzialmente erogabili, rilevabili sulla base della contabilità degli anni pregressi,
- computo degli introiti derivanti dall'erogazione delle prestazioni per ciascuna delle quali la regione ovvero l'azienda territoriale interessata era tenuta a corrispondere la tariffa predefinita in sede regionale e del finanziamento di cui al precedente punto. Le tariffe dovevano essere definite dalla regione per quanto concerne le prestazioni ospedaliere con riferimento a quelle massime stabilite con specifici decreti ministeriali avuto riguardo ai così detti DRG e per quanto concerne le singole prestazioni ambulatoriali con riferimento al tariffario nazionale; a ciò aggiunge che:
 - le regioni potevano articolare le tariffe relative a prestazioni ospedaliere per tipologia di erogatori, per volumi di prestazioni e/o in funzione di altri criteri (esempio: complessità della casistica trattata, dotazione di personale, presenza di pronto soccorso/DEA di 1° livello/DEA di 2° livello),
 - nella tariffa prevista per ciascun DRG dovevano essere ricomprese anche le prestazioni, soprattutto diagnostiche, effettuate in previsione dei ricoveri di elezione in qualsiasi struttura del presidio ospedaliero prescelto per la ospedalizzazione,
 - le regioni si erano viste costrette per le prestazioni di cui non vi era traccia né nei DRG né nel tariffario nazionale a determinare le relative tariffe facendo riferimento a prestazioni ritenute analoghe piuttosto che determinando le stesse sulla base dei costi effettivamente sopportati da uno piuttosto che da una pluralità di soggetti erogatori,
 - le linee guida n. 1/1995 sulle prestazioni ospedaliere suggerivano alle regioni di prevedere finanziamenti a sé stanti per attività specifiche (esempio: emergenze, trapianti d'organo, terapie intensive, unità spinali, grandi ustionati, formazione). Per le suddette attività specifiche e per altre attività specificatamente indicate il successivo DM 30 giugno 1997 dispose che le regioni dovevano prevedere specifici programmi finalizzati di finanziamento la cui entità doveva essere stabilita tenendo conto, avuto riguardo al volume ed alla tipologia della singola attività, dei costi del personale, dei materiali consumati, della manutenzione e dell'ammortamento delle eventuali apparecchiature utilizzate nonché di una quota dei costi generali;
 - computo di eventuali altri introiti quali quelli derivanti da lasciti,

- donazioni e rendite conseguenti all'utilizzo del patrimonio,
- computo degli introiti conseguenti dal pagamento di ticket e dall'esercizio di attività libero-professionali da parte degli operatori,
- computo delle risorse derivanti da contratti e convenzioni.

A quanto precede va aggiunto che il Legislatore, al fine di responsabilizzare ulteriormente le regioni/province autonome sulla gestione economico-finanziaria del servizio sanitario dei rispettivi territori di riferimento, dispose altresì che le stesse:

- dovessero farsi carico, con proprie risorse, delle maggiori spese conseguenti dall'erogazione di prestazioni sanitarie non rientranti nei livelli uniformi di assistenza e degli eventuali disavanzi di gestione;
- potessero, al fine di recuperare le risorse necessarie a fronteggiare le spese sanitarie non coperte dalla quota di fondo a ciascuna attribuita:
 - a) ridurre i limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza,
 - b) aumentare i ticket sia sulle singole prescrizioni farmaceutiche, con esclusione dei farmaci salvavita, che sulle prescrizioni relative a prestazioni sanitarie,
 - c) prevedere infine ticket nuovi per eventuali altre prestazioni da porre a carico del singolo che, comunque, non fosse a qualsiasi titolo esente;

dando, in tal modo, nuovo impulso al processo di regionalizzazione del servizio sanitario che verrà ulteriormente potenziato e, nella sostanza, ultimato con l'intervento legislativo concretizzato nell'anno 1999.

12.7. La partecipazione e la tutela dei diritti del cittadino

Le disposizioni nazionali all'esame disciplinano in maniera puntuale la partecipazione e la tutela dei diritti del cittadino, forse anche per recuperare il minor coinvolgimento degli enti locali nel nuovo sistema istituzionale-organizzativo delle aziende sanitarie. In particolare l'art. 14 del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, disponeva che:

- il Ministro della sanità doveva:
 - a) definire, con proprio decreto, i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere ed all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie onde il nuovo sistema

- sanitario potesse farsi carico di realizzare il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni gestite ai reali bisogni dei cittadini,
- b) riferire, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito alla tutela dei diritti dei cittadini avendo riguardo ai riferiti indicatori di qualità;
- le regioni, come già puntualmente riferito sotto il precedente punto 10.5, erano tenute a coinvolgere i cittadini e le loro rappresentanze nelle fasi della impostazione della programmazione regionale;
 - le aziende sanitarie dovevano attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi nonché definire, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini e con quelle di volontariato e di tutela dei diritti, modalità di raccolta ed analisi delle segnalazioni di disservizio;
 - il direttore generale di ciascuna azienda sanitaria doveva organizzare, almeno annualmente, apposita conferenza dei servizi per verificare l'andamento della gestione con riferimento ai riferiti indicatori di qualità e per individuare, ove necessario, gli interventi finalizzati al suo miglioramento, spettando alla regione/provincia autonoma di riferimento di convocare la conferenza in caso di inadempienza del direttore;
 - il direttore generale ed il responsabile sanitario, su richiesta degli assistiti, dovevano farsi carico di eliminare i disservizi qualitativi segnalati prevedendo che, in tutti i casi in cui atti o comportamenti negassero o limitassero la fruibilità delle prestazioni assistenziali, i cittadini potevano formalizzare osservazioni, denunce o reclami in via amministrativa con modalità e tempi puntualmente predefiniti. Il ricorso alla procedura amministrativa in questione non impedisce né preclude l'impugnativa in sede giurisdizionale;
 - le aziende sanitarie dovevano favorire la presenza e l'attività, all'interno delle proprie strutture, delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti formalizzando a tal fine accordi o protocolli per la definizione degli ambiti e delle modalità di collaborazione comunque non comportanti oneri per il servizio sanitario.

Le disposizioni richiamate ed, in particolare, quella che prevede l'obbligo per le aziende sanitarie di favorire la presenza e l'attività, all'interno delle proprie strutture, delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti stanno a dimostrare che il Legislatore è assolutamente consapevole della necessità di coinvolgere i cittadini nel processo decisionale teso a favorire la

realizzazione di un sistema sanitario in grado di soddisfare in maniera sempre più puntuale, appropriata ed efficace i loro bisogni sanitari.

A quanto precede va aggiunto che le aziende sanitarie erano altresì tenute a dare applicazione alle normative che, al fine di perseguire il miglioramento dei servizi pubblici rispettivamente erogati, obbligavano tutte le pubbliche amministrazioni non solo a rivisitare la rispettiva organizzazione ma anche a coinvolgere la clientela/utenza prendendone in considerazione i reclami ed ascoltandone i suggerimenti cioè facendosi carico di tenere conto del suo punto di vista sia nella fase di programmazione/progettazione che in quella di organizzazione/gestione dei servizi di competenza. Tra le normative in materia vanno segnalate:

- la legge 7 agosto 1990, n. 241, “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”, la quale obbligava tutte le pubbliche amministrazioni a:
 - a) ispirare la propria azione ai principi di trasparenza dell'azione amministrativa,
 - b) individuare il responsabile di ciascun procedimento onde favorire il rapporto di ciascun soggetto con il singolo procedimento a cui lo stesso è interessato,
 - c) concludere il singolo procedimento entro trenta giorni dall'avvio ovvero entro il diverso termine massimo stabilito con apposito regolamento dalla singola amministrazione pubblica interessata,
 - d) consentire a tutti i soggetti interessati l'accesso alla documentazione amministrativa in qualsiasi fase del procedimento,
 - e) consentire la partecipazione degli interessati al procedimento amministrativo,
 - f) motivare l'atto adottato indipendentemente dal relativo contenuto;
- il decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, “Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” la quale, tra l'altro, aveva resa obbligatoria l'istituzione dell'*Ufficio per le Relazioni con il Pubblico* ed introdotto l'istituto della *responsabilizzazione* dei dirigenti rispetto da un lato ai risultati dell'attività svolta dalle articolazioni organizzative cui erano preposti e da altro lato alla realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati con riferimento agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa. Le riferite disposizioni sono state riprodotte nel Dlgs. n. 165/2001 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” con il quale è stato abrogato e

sostituito il Dlgs. n. 29/1993 e smi. Come scontata conseguenza della riferita responsabilizzazione il decreto aveva introdotto anche l'istituto della *valutazione* dei dirigenti con riferimento alla realizzazione degli obiettivi, alla corretta ed economica gestione delle risorse loro assegnate ed infine all'imparzialità ed al buon andamento delle azioni realizzate. Al riguardo va sottolineato che il Legislatore ha introdotto nel rapporto di dipendenza dei dirigenti gli istituti della *responsabilizzazione* e della *valutazione* anche al fine di perseguire il soddisfacimento delle attese dei cittadini e, quindi, di assicurare una risposta appropriata ai loro bisogni. Per quanto concerne l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico va ulteriormente precisato che lo stesso, anche in relazione alle integrazioni introdotte sulle sue competenze dalla legge n. 273/1997 -della quale riferiremo successivamente- è tenuto, anche tramite l'utilizzo di tecnologie informatiche, a:

1. porsi al servizio dell'utenza onde assicurare al singolo soggetto il diritto a partecipare al procedimento amministrativo di rispettivo interesse ed ad essere informato sugli atti e sul suo sviluppo,
 2. attivare ricerche ed analisi finalizzate alla formulazione, da parte dei propri operatori, di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto da realizzare con il singolo;
- la circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 17/1993, "Art. 12 del Decreto Leg.vo n. 29/93: istituzione dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e disciplina dell'attività di comunicazione di pubblica utilità", la quale per quanto attiene il presente approfondimento prevede l'articolazione dell'ufficio in questione nelle distinte aree dell'*analisi e ricerche sull'utenza* e della *comunicazione*. L'*area dell'analisi e ricerche* deve farsi carico di valutare in maniera sistematica il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi fruiti e di evidenziare l'evoluzione dei suoi bisogni qualitativi sulla base di attenta analisi dei risultati di studi, ricerche e sondaggi; l'*area della comunicazione* è tenuta a progettare e realizzare iniziative di informazione mirate ad assicurare la conoscenza delle disposizioni nonché dei servizi e delle strutture gestiti con indicazione dei diritti dell'utenza nei confronti della singola pubblica amministrazione;
 - la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", la quale, tra l'altro, obbligava tutte le pubbliche amministrazioni a:
 - a) adottare standard di qualità per ciascuno dei servizi erogati,
 - b) pubblicizzare gli standard adottati onde verificarne, con il coinvolgimento dell'utenza, il rispetto,

- c) predisporre specifica relazione sui risultati annualmente conseguiti rispetto agli standard predeterminati al fine anche di individuare, sulla base delle relative risultanze, i criteri direttivi per la redazione dei piani di loro progressivo miglioramento,
 - d) semplificare le procedure onde ridurre gli adempimenti degli utenti,
 - e) fornire agli interessati informazioni idonee a migliorare l'accessibilità ai servizi erogati,
 - f) adottare decisioni ed iniziative finalizzate al miglioramento da un lato dei rapporti con gli utenti e dall'altro lato della gestione dei loro reclami;
- la legge 11 luglio 1995, n. 273, "Misure urgenti per la semplificazione di procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza nelle pubbliche amministrazioni" la quale, tra l'altro, obbligava le pubbliche amministrazioni ad adottare la *carta dei servizi* sulla base degli appositi schemi tipo contenuti in specifici decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Le disposizioni finalizzate a favorire la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini specifiche del settore sanitario non sono state successivamente né modificate né integrate; pertanto le stesse devono ritenersi tuttora valide unitamente a quelle riguardanti tutte le pubbliche amministrazioni in precedenza richiamate e loro successive modifiche ed integrazioni.

12.8. Gli operatori

La materia, come vedremo di seguito in maniera più approfondita, era stata disciplinata per quanto riguarda il personale dipendente tramite disposizioni specifiche contenute nei decreti di avvio dell'aziendalizzazione del servizio sanitario e, per gli aspetti non definiti dalle stesse, tramite le disposizioni dettate dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, concernente la razionalizzazione dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego. Per quanto concerneva il personale sanitario convenzionato la materia era stata disciplinata tramite la definizione di principi ed indirizzi di carattere generale contenuti nei decreti con cui era stato rivisitato il sistema sanitario.

A) Personale dipendente.

La netta distinzione tra funzioni di governo e funzioni di gestione e la conseguente attribuzione di responsabilità specifiche e di competenze anche di carattere gestionale alla dirigenza in generale ed alla dirigenza medica in

particolare per la definizione di indirizzi tecnici, di promozione e di supporto, con riferimento al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità delle prestazioni sanitarie, cui si è fatto in precedenza riferimento, non costituisce sicuramente l'unico momento di innovazione rispetto alla preesistente situazione. Infatti il rapporto di lavoro di dipendenza in generale nonché le attribuzioni ed il ruolo degli operatori sanitari, dirigenti e no, sono stati fortemente rivisitati nel chiaro intento di superare i vincoli del preesistente sistema attraverso:

- a) le disposizioni finalizzate a fornire una diversa e puntuale disciplina della dirigenza del ruolo sanitario contenute nell'art. 15 del Dlgs. n. 502/1992 come modificato dal Dlgs. n. 517/1993;
- b) l'esplicito rinvio all'art. 20 nonché agli articoli 30 e 31 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, fatto dalla disposizione richiamata sotto la precedente lettera per quanto concerne rispettivamente la verifica dei risultati nonché le responsabilità dirigenziali del ruolo sanitario e la ridefinizione degli incarichi dirigenziali sempre del ruolo sanitario;
- c) il rinvio di carattere generale al richiamato Dlgs. n. 29/1993 -contenuto nell'art. 18, comma 5, del decreto con cui è stata avviata l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale- per quanto non previsto dal decreto stesso.

Dalla lettura delle normative citate, come modificate ed integrate successivamente emerge, in maniera assolutamente chiara che il Legislatore ha apportato modificazioni sostanziali alla disciplina del rapporto di dipendenza dai soggetti pubblici sanitari richiamata sotto il precedente punto 10.7, come dimostrano:

- l'inserimento, tra le finalità perseguite da parte del Dlgs. n. 29/1993, della armonizzazione della disciplina del lavoro pubblico con quella del rapporto privato;
- la previsione secondo la quale le pubbliche amministrazioni dovevano farsi carico, tra l'altro, di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro, di favorire la formazione e l'aggiornamento del personale, di individuare aree di priorità nell'impiego flessibile dei dipendenti in condizioni di svantaggio personale, sociale e familiare;
- il collegamento di alcuni trattamenti economici accessori all'attività effettivamente resa e documentata;
- l'articolazione della dirigenza del ruolo sanitario su due livelli e di quella degli altri ruoli su un unico livello;

- l'affidamento degli incarichi di II livello della dirigenza del ruolo sanitario, di durata quinquennale e rinnovabili, tramite espletamento di selezione pubblica al termine della quale la commissione esaminatrice era tenuta a definire l'elenco degli idonei e non una graduatoria degli stessi con attribuzione al direttore generale dell'azienda del potere di individuare l'idoneo cui conferirlo;
- il conferimento di specifica delega al Governo perchè, con atto regolamentare, provvedesse alla revisione della disciplina concorsuale onde adeguare quella definita dal decreto ministeriale del gennaio 1992 ai contenuti dei decreti legislativi nn. 502/1992 e 29/1993 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'attribuzione ai dirigenti di II livello del ruolo sanitario di funzioni di direzione ed organizzazione della struttura cui sono preposti da realizzare anche tramite direttive a tutto il personale operante nelle stesse e tramite l'adozione dei provvedimenti necessari al loro corretto funzionamento;
- l'attribuzione ai dirigenti medici di II livello del potere di fornire indirizzi ed, in caso di necessità, di assumere decisioni sulle scelte da adottare nei riguardi degli interventi preventivi, clinici, diagnostici e terapeutici ed ai dirigenti degli altri profili professionali del ruolo sanitario degli stessi poteri limitatamente però a quelli di specifica rispettiva competenza;
- la devoluzione al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, di tutte le controversie riguardanti il rapporto di pubblico impiego;
- la definizione di una nuova più puntuale disciplina delle incompatibilità;
- l'attribuzione ai dirigenti della responsabilità sui risultati dell'attività svolta nell'articolazione organizzativa cui sono preposti e la previsione dell'istituzione di servizi di controllo interno con il compito di verificare gli stessi con riferimento alla realizzazione degli obiettivi prefissati, alla corretta ed economica gestione delle risorse assegnate nonchè all'imparzialità ed al buon andamento dell'azione amministrativa sviluppata.

A conclusione del presente approfondimento sembra opportuno ricordare che nel nuovo modello organizzativo non è più previsto l'ufficio di direzione e quindi le figure del coordinatore amministrativo e del coordinatore sanitario. La soppressione dell'ufficio e la conseguente eliminazione delle figure dirigenziali che lo coordinavano trova piena giustificazione sia nella nuova configurazione del management definito dalle disposizioni all'esame sia nella volontà di affidare responsabilità dirette ai singoli dirigenti piuttosto che ad organismo collegiale onde evitare il palleggiamento delle responsabilità tra i suoi componenti.

B) Personale a rapporto convenzionale

La disciplina concernente i medici e gli operatori non medici dettata dall'art. 48 della legge n. 833/1978 fu integralmente rivisitata dall'art. 8 del Dlgs n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, il quale nel confermare che i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta dovevano essere regolati da apposite convenzioni di durata triennale aggiungeva che queste, comunque, erano tenute ad uniformarsi ai nuovi principi generali esplicitati dallo stesso articolo. Per quanto concerne gli accordi allora in atto riferiti ad altri settori della medicina (guardia medica, medicina dei servizi, medici specialistici ambulatoriali, ecc.) la normativa ne confermava la validità lasciando alle regioni la possibilità di andare al loro superamento, ove necessario per fronteggiare le reali esigenze del cittadino, previa instaurazione del rapporto di dipendenza con i soggetti interessati che fossero in possesso dei requisiti e/o delle condizioni indicate esplicitamente dal contesto normativo interessato.

Sulla base del dettato della citata ultima disposizione:

- il rapporto convenzionale doveva riguardare esclusivamente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta essendo consentito alla aziende sanitarie l'utilizzazione ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte, dei medici addetti all'attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per quanto concerne le suddette categorie mediche gli accordi nazionali dovevano individuare i compiti e le prestazioni che le stesse avrebbero dovuto assicurare in base ad un compenso capitarario per assistito definendo gli ambiti che potevano essere disciplinati a livello regionale;
- gli accordi collettivi nazionali a cui si sarebbero dovute uniformare le convenzioni di durata triennale per la disciplina del rapporto tra SSN e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dovevano, tra l'altro:
 - prevedere il diritto alla libera scelta del medico da parte del cittadino nel rispetto, comunque, di un limite massimo di assistiti per ciascun medico nonché la validità annuale delle scelta ed il suo tacito rinnovo nel caso di mancata revoca,
 - regolamentare le possibilità di revoca anticipata della scelta del medico nonché quelle di ricusazione della stessa da parte del professionista prescelto,
 - prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al loro rispetto,
 - prevedere la cessazione del rapporto convenzionale nel caso in cui

- venza accertato che il medico si sia fatto pagare, anche parzialmente prestazioni previste in convenzione,
- definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa annuale per ciascun assistito ed una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati cui si è fatto già cenno oltre, eventualmente, delle prestazioni e delle attività previste negli accordi di livello regionale,
 - disciplinare le modalità di accesso alle funzioni di medico di medicina generale;
 - gli ordini ed i collegi professionali erano tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti dei relativi iscritti resisi inadempienti agli obblighi convenzionali adottando le conseguenti sanzioni (indipendentemente -si ritiene anche nel silenzio della norma- dalle sanzioni derivanti dagli obblighi di convenzione) assegnando alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie il compito di decidere sugli eventuali ricorsi presentati avverso le stesse dal singolo .

Nel silenzio della nuova disposizione si ritiene dovesse essere confermata la vigenza del dettato dell'art. 48 della legge n. 833/1978 sulla base del quale gli accordi collettivi nazionali avrebbero dovuto:

- a) definire il rapporto ottimale medico-assistibili sia per la medicina generale che per la medicina pediatrica di libera scelta,
- b) definire le modalità per l'istituzione ed i criteri per la formazione di elenchi unici per i suddetti professionisti,
- c) prevedere il divieto per ciascun medico generico e per ciascun pediatra di libera scelta di esercitare la libera professione nei confronti dei propri convenzionati,
- d) definire le modalità per assicurare la continuità assistenziale e le forme di collaborazione fra i medici,
- e) regolamentare gli obblighi derivanti dal numero degli assistiti assegnati a ciascun medico,
- f) definire le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati,
- g) definire le forme di controllo delle attività svolte,
- h) prevedere la nullità di qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo e di qualsiasi convenzione stipulata con il singolo interessato.

C) Personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali.

Anche i decreti legislativi con i quali si è dato avvio al processo di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale, in analogia con quanto fat-

to dalla legge istitutiva del servizio stesso, non hanno dettata alcuna disposizione per quanto attiene il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali. Ciononostante riteniamo opportuno accennare ad alcuni aspetti di detto rapporto in considerazione del fatto che, come riferiremo sotto il successivo capitolo 14, punto 14.1, le regioni ai sensi dell'art. 6 del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, erano tenute a stipulare specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare, tra l'altro, l'apporto alle attività assistenziali del SSN delle facoltà di medicina e chirurgia, nel rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche, avuto riguardo al fatto che la presenza di personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali si registrava all'interno:

- a) dei policlinici universitari,
- b) delle strutture gestite da alcune aziende ospedaliere,
- c) seppure con minore frequenza, di strutture ospedaliere gestite dalle aziende sanitarie locali,
- d) ancora più raramente, di strutture non ospedaliere gestite dalle aziende sanitarie locali.

La riferita diversificata situazione dava luogo a situazioni alquanto differenziate; infatti:

- il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali presso i policlinici ospedalieri non poteva che continuare ad operare sulla base delle preesistenti normative e cioè nel rispetto delle disposizioni in tema di trattamento giuridico ed economico applicabili a tutti gli altri dipendenti dell'università fatta eccezione per quanto concerneva gli aspetti correlati allo svolgimento dell'attività assistenziale -in aggiunta a quelle didattiche e di ricerca proprie di tutti gli universitari- le quali avevano trovato autonoma disciplina da parte di ciascuna università;
- il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali presso le strutture delle aziende sanitarie, sia territoriali che ospedaliere, era tenuto ad operare nel rispetto dei contenuti dei protocolli d'intesa stipulati tra regione ed università e, ove presenti, negli accordi stipulati, al fine di dare attuazione ai protocolli stessi, tra università ed aziende sanitarie interessate. Al riguardo è però opportuno evidenziare che:
 - a) i protocolli d'intesa tra regioni ed università e gli eventuali successivi accordi tra università ed aziende sanitarie avevano molto spesso contenuti diversi determinati sia dai diversi tempi di loro definizione sia dal diverso peso che ciascuno dei riferiti soggetti era in grado di assumere attraverso i suoi rappresentanti nelle varie fasi del non certo facile procedimento di contrattazione;

- b) i contenuti dei protocolli d'intesa non sempre si facevano carico - come invece a nostro avviso avrebbero dovuto- di disciplinare tutti gli aspetti del rapporto per cui tale incombenza doveva essere assolta in sede di accordi tra università ed aziende sanitarie laddove il peso delle rappresentanze di ciascuna parte era in grado di condizionare fortemente la disciplina del singolo aspetto del rapporto ovvero di evitare di disciplinarlo;
- c) i protocolli d'intesa regione/università e/o gli eventuali accordi attuativi aziende sanitarie/università, ferma restando la conservazione dello stato giuridico e del trattamento economico proprio del personale universitario chiamato a funzioni assistenziali, avrebbero dovuto prevedere che nei confronti dello stesso, in analogia con quanto previsto dalle disposizioni legislative e contrattuali per il personale dipendente dalle aziende sanitarie, dovevano essere applicati alcuni istituti peculiari del rapporto di dipendenza quali:
 - la verifica dei risultati conseguiti al fine della conferma o meno negli incarichi di responsabilità in ambito assistenziale piuttosto che della revoca dell'incarico posseduto piuttosto che del conferimento di un incarico di maggiore responsabilità,
 - la partecipazione al trattamento aggiuntivo prevista per il conseguimento degli obiettivi assegnati alla struttura di appartenenza,
 - la definizione di un orario minimo lavorativo da svolgere nel rispetto dei criteri generali definiti in sede aziendale per quanto atteneva gli orari di servizio della strutture presso la quale veniva prestata l'attività assistenziale.

Peraltro non va dimenticato che al personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali continuavano ad essere applicate le disposizioni della legge 16 maggio 1974, n. 200 "Disposizioni concernenti il personale medico degli istituti clinici universitari", ricordata spesso come legge De Maria, in applicazione delle quali agli stessi doveva essere riconosciuto il diritto a vedersi riconosciuto almeno un trattamento economico pari a quello spettante al personale dipendente dai soggetti pubblici del settore sanitario che svolgeva le stesse funzioni ed aveva le stesse responsabilità.

12.9. Raffronto tra le scelte effettuate dalla legge n. 833/1978 e quelle effettuate dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993

L'approfondimento sulle innovazioni introdotte dal decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come modificato con il decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517/1993, sul sistema definito dalla legge 23 dicembre 1978

n. 833 ha consentito di segnalare le più rilevanti diversità riscontrate nel raffronto tra i due riferiti contesti normativi. Al fine di consentire una visione complessiva delle diversità riscontrate riteniamo opportuno evidenziarle in appositi prospetti avendo riferimento:

- a) agli aspetti istituzionali,
- b) ai criteri di gestione dei soggetti pubblici,
- c) ai criteri di finanziamento,
- d) ai criteri di valutazione ed alle modalità di finanziamento degli ospedali.

ASPETTI ISTITUZIONALI	
CONTESTO LEGGE 833/1978	CONTESTO DECRETI 502/1992 e 517/1993
Minore ruolo dello Stato	Maggiore ruolo della Regione (avvio processo di regionalizzazione)
Comuni titolari delle funzioni in materia sanitaria	Titolarità delle funzioni in materia sanitaria attribuita alle aziende unità sanitarie locali
Unica tipologia di soggetto deputato all'esercizio di tutte le funzioni sanitarie: Unità Sanitaria Locale (USL)	Duplici tipologie di soggetto deputato all'esercizio di tutte le funzioni sanitarie: Azienda Unità Sanitaria Locale (ASL/AUSL) ed Azienda Ospedaliera (AO/ASO)
USL come struttura strumentale dei Comuni singoli od associati o delle Comunità Montane	Aziende sanitarie non strumentali rispetto ad alcun altro soggetto
Approvazione da parte dei Comuni degli atti di maggiore rilevanza delle UU.SS.LL.	Formulazione di osservazioni da parte dei Comuni solo su alcuni atti delle Aziende sanitarie (bilanci annuali e pluriennali) e piani attuativi aziendali
UU.SS.LL. prive di personalità giuridica	Aziende sanitarie con personalità giuridica pubblica
UU.SS.LL. con autonomia limitata	Aziende sanitarie con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
Responsabilità della gestione delle UU.SS.LL. affidata ad un organo politico (Comitato di Gestione e suo Presidente)	Responsabilità della gestione delle Aziende sanitarie affidata ad un organo monocratico (Direttore Generale)
Previsione di 3 organismi di supporto: Ufficio di Direzione, Coordinatore Amministrativo e Coordinatore Sanitario	Previsione di 3 organismi di supporto: Direttore amministrativo, Direttore Sanitario e Consiglio dei Sanitari
Rapporto di lavoro dei dipendenti ispirato ai principi del pubblico impiego	Rapporto di lavoro dei dipendenti modellato sul contratto di diritto privato
Tripla livello delle posizioni dirigenziali sanitarie e non	Unico livello della dirigenza non sanitaria e duplice livello della dirigenza sanitaria
Ricorso alle strutture private convenzionate, comunque, previa autorizzazione della USL	Ricorso alle strutture private accreditate senza autorizzazione dell'Azienda USL
Normative generiche per il convenzionamento delle strutture	Introduzione di prime disposizioni per l'accreditamento delle strutture

CRITERI DI GESTIONE DEI SOGGETTI PUBBLICI SANITARI	
CONTESTO LEGGE 833	CONTESTO DECRETI 502 e517
Gestione burocratico-contabile basata sulla correttezza formale degli atti	Gestione basata sulla valutazione dei risultati
Responsabilizzazione per norme	Responsabilizzazione per obiettivi
Mancata rilevazione della qualità dei servizi e delle prestazioni	Valutazione non solo economica ma anche qualitativa della produzione
Apprezzamento solo dei costi e non dei vantaggi derivanti da investimenti in tecnologie, formazione, ecc.	Apprezzamento degli investimenti in tecnologie, formazione, ecc. in quanto finalizzati all'aumento della produttività e della qualità
Riduzione dell'attività allo scopo di ridurre le spese	Riduzione delle spese inalterata l'attività ovvero aumento della produttività allo scopo di ridurre i costi unitari
Gestione del bilancio preventivo	Gestione del budget aziendale
Organizzazione dei servizi tenuto conto dell'offerta di cui farsi carico onde assicurare la soddisfazione dei livelli uniformi di assistenza	Organizzazione dei servizi sulla base della domanda, ferma restando la coerenza della stessa con i reali bisogni sanitari delle comunità relazionabili ai livelli uniformi di assistenza fissati dal PSN

CRITERI DI FINANZIAMENTO	
CONTESTO LEGGE 833	CONTESTO DECRETI 502 e517
Sistema di finanziamento delle UU.SS.LL. a posteriori ed a piè di lista	Sistema di finanziamento: a) dell'Azienda UsI: per quota capitaria, b) dell'Azienda ospedaliera: con applicazione della tariffa stabilita regionalmente per ciascuna prestazione erogata
Maggiori finanziamenti in relazione al verificarsi di maggiori spese	Maggiori finanziamenti in relazione al verificarsi di maggiore produttività
Utilizzo del sistema di contabilità finanziaria	Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo

CRITERI DI VALUTAZIONE E MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DEGLI OSPEDALI	
CONTESTO LEGGE 833	CONTESTO DECRETI 502 e517
Valutazione in base al numero dei posti letto e delle giornate di degenza, al tasso di occupazione dei posti letto ed al numero di prestazioni erogate	Valutazione in base all'analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati nonché al rispetto del budget
Finanziamento a posteriori a piè di lista	Finanziamento correlato alle prestazioni erogate

13.

Il completamento del processo di aziendalizzazione e di regionalizzazione del servizio sanitario

13.1. Aspetti generali

Il Legislatore nel dettare -con l'art. 1 della legge delega 23 ottobre 1992, n. 421- i principi generali per la razionalizzazione e revisione della disciplina in materia sanitaria ai quali si sarebbe dovuto ispirare il Governo per l'emanazione delle disposizioni delegate (decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517) -aveva senza dubbio ritenuto che un uso più economico e produttivo delle risorse disponibili avrebbe assicurato una maggiore efficienza al sistema sanitario disciplinato con la legge n. 833/1978. In verità la riferita convinzione del Legislatore, definita dal Bompiani come tentativo di coniugare la crescita della qualità con il contenimento ed anzi la riduzione della spesa pubblica sanitaria, non si tramutò in realtà; infatti nonostante l'attivazione del sistema definito dalle richiamate disposizioni:

- si registrò un maggiore ricorso alle strutture private dovuto a carenze quali-quantitative del settore pubblico conseguente da un lato da gravi ritardi nell'erogazione da parte delle strutture pubbliche delle prestazioni e da altro lato dalla volontà di garantirsi, non importa se anche a pagamento, le prestazioni di un professionista di fiducia;
- si diffuse la convinzione di un abbassamento del livello qualitativo dell'assistenza fornita dalle strutture pubbliche dovuta da una parte al reale allungamento delle liste di attesa ed alla impossibilità di scegliere il professionista a cui richiedere la prestazione e da altra parte alla convinzione che la riforma avesse come obiettivo primario quello di spendere di meno piuttosto che quello di tutelare meglio la salute;

- si registrò un forte aumento della spesa sanitaria, in particolare della spesa farmaceutica e della spesa per il personale. Il Governo centrale addebitò l'aumento della spesa alla mancata adozione da parte delle regioni di iniziative e di controlli tendenti al suo contenimento.

D'altra parte non va dimenticato che la Corte Costituzionale con la pronuncia 28 luglio 1995, n. 416, aveva affermato che *in presenza di limitatezza delle risorse e riduzione delle disponibilità finanziarie accompagnate da esigenze di risanamento del bilancio nazionale, non è possibile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e tenuto conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute.*

La riferita situazione sembrò giustificare un nuovo, anche se molto ravvicinato, intervento del Legislatore il quale con l'approvazione della legge 30 novembre 1998, n. 419, "Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", si pose l'obiettivo non solo di completare il sistema di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale ma anche di responsabilizzare completamente le Regioni sulla sua gestione.

In attuazione della riferita delega il Governo ha emanato il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

L'obiettivo della richiamata nuova legge delega di realizzare la piena razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, risulta chiaramente anche dalla lettura degli atti parlamentari ed -in particolare- dalla lettura della relazione illustrativa che accompagnava il disegno di legge a firma del ministro Bindi. Tale lettura consente infatti di osservare che la nuova legge delega si proponeva di realizzare, attraverso le disposizioni che il Legislatore delegato era chiamato ad emanare per la sua attuazione, i seguenti obiettivi:

- la conferma dell'importanza del servizio sanitario nazionale come strumento attraverso cui assolvere all'obbligo di tutela della salute come diritto dell'individuo ed interesse della collettività posto dall'art. 32 della Costituzione;
- la conferma delle "finalità" e degli "obiettivi" che la legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del Servizio sanitario nazionale", aveva indicati come "propri" del servizio stesso;

- la valorizzazione delle parti più innovative dei decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 7 dicembre 1993, n. 517, i quali avevano apportato rilevanti modifiche soprattutto alle disposizioni concernenti l'assetto istituzionale ed organizzativo definito con la richiamata legge n. 833/1978 senza peraltro metterne in discussione, seppure minimamente, finalità ed obiettivi;
- il completamento del processo di "regionalizzazione del sistema" e di "aziendalizzazione dei relativi soggetti pubblici" e, quindi, delle "strutture" da questi utilizzate;
- la piena responsabilizzazione delle regioni nella gestione del servizio sanitario;
- il recupero del ruolo dei Comuni nella fase della programmazione sanitaria regionale ed aziendale ferma restando la loro esclusione da qualsivoglia funzione e responsabilità di valenza gestionale.

In coerenza con l'impostazione di carattere generale enunciata dalla relazione illustrativa a firma del ministro Bindi, il Parlamento con la legge 30 novembre 1998, n. 419, delegò il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi recanti disposizioni modificative ed integrative del Dlgs. n. 502/1992 e successive modificazioni sulla base, tra altri, dei seguenti principi e criteri direttivi:

- perseguimento della piena realizzazione del diritto alla tutela della salute e dei principi ed obiettivi di cui agli articoli 1 e 2 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale;
- completamento del processo di regionalizzazione nonchè verifica e completamento di quello di aziendalizzazione delle strutture del servizio sanitario nazionale;
- regolamentazione della collaborazione tra i soggetti pubblici interessati nonchè regolamentazione delle modalità tramite le quali va perseguita la collaborazione tra gli stessi ed i soggetti privati finalizzata alla distribuzione delle prestazioni che ciascuno avrebbe dovuto erogare onde perseguire il raggiungimento degli obiettivi di salute determinati dalla programmazione sanitaria;
- garanzia della libertà di scelta delle strutture e dei professionisti accreditati con il servizio sanitario da parte del singolo cittadino assicurando che la stessa sia reale;
- realizzazione della partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione ed alla valutazione dei servizi sanitari erogati dalle aziende impegnando le stesse a dare piena attuazione alla carta dei servizi;

- razionalizzazione delle strutture gestite e delle attività realizzate dalle aziende sanitarie finalizzata alla eliminazione di sprechi e disfunzioni e contestualmente al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi resi a garanzia del singolo individuo e del principio di equità distributiva;
- definizione di linee guida mirate a controllare e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni di prevenzione, di diagnosi e di cura onde finalizzarla alla razionale utilizzazione delle risorse disponibili nel perseguimento della piena realizzazione del diritto alla salute di cui si è riferito in precedenza;
- previsione della facoltà per le regioni di istituire organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane;
- previsione dei tempi, modalità ed aree di attività finalizzati alla realizzazione di una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- definizione dei principi e criteri per l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento finalizzato ad assicurare i livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria;
- previsione della facoltà per le aziende sanitarie di stipulare:
 - a) contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo con laureati, non in possesso di trattamento di quiescenza, di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti, pubblici o privati, ovvero in aziende, pubbliche o private, con esperienza almeno quinquennale in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze lavorative. I contratti, che non possono essere in numero superiore al 2% della dotazione organica della dirigenza e non possono avere durata inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, devono essere finalizzati all'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico;
 - b) contratti a tempo determinato con laureati, non medici e non in possesso di trattamento di quiescenza, esperti di provata competenza ed in possesso di specifici requisiti coerenti con le esigenze che li danno determinati. I contratti, che non possono essere in numero superiore al 5% della dotazione organica di tutti i profili dirigenziali escluso quello dei medici, devono essere finalizzati all'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale;

- c) contratti di diritto privato a tempo determinato con soggetti in possesso di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di scuola secondaria di secondo grado, di titolo di abilitazione professionale e, ove richiesta, di abilitazione all'esercizio della professione. I contratti devono riguardare esclusivamente l'attuazione di progetti finalizzati e non possono essere sostitutivi dell'attività ordinaria;
- omogeneizzazione della disciplina del trattamento assistenziale e previdenziale da applicare nei confronti dei direttori generale, amministrativo e sanitario estendendo ai dipendenti privati chiamati a tali incarichi il diritto ad essere collocati in aspettativa;
- ridefinizione dei requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale prevedendo, tra l'altro, la certificazione della frequenza di un corso regionale di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di durata non superiore a sei mesi;
- definizione dei tempi e delle modalità generali per l'attivazione dei distretti, per l'attribuzione agli stessi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, per l'integrazione nell'organizzazione distrettuale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta previa rideterminazione del loro ruolo;
- ridefinizione delle forme integrative di assistenza sanitaria puntualizzando che le stesse devono essere riferite a prestazioni aggiuntive rispetto a quelle comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza e prevedendo la facoltà per regioni, province autonome, enti locali e loro consorzi di partecipare alla loro gestione;
- ridefinizione delle modalità e dei criteri per il rilascio all'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie -fermi restando i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal DM 14 gennaio 1997 e smi-
nonchè del processo di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, stabilendo:
 - gli standard minimi di strutture, attrezzature e personale finalizzati ad assicurare tutti i servizi ritenuti necessari per lo svolgimento delle funzioni richieste a seguito dell'accreditamento,
 - un sistema di remunerazione dei soggetti pubblici e privati che tenga in considerazione, per quanto attiene alle strutture private, la specificità di quelle non aventi fini di lucro, nel pieno rispetto comunque dei criteri di efficacia e di efficienza. La remunerazione potrà avvenire non solo tramite il pagamento a tariffa delle prestazioni effettivamente erogate ma anche prevedendo livelli di spesa e modalità di contrattazione per piani di attività che definiscano volumi e tipologia delle prestazioni da erogare.

Come vedremo dettagliatamente sotto il successivo punto 13.5 il Legislatore delegato, nel dare attuazione alle riferite disposizioni della legge n. 419/1998, ha previsto che il sistema di accreditamento comprenda, oltre alla fase dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie - indicata esplicitamente dalla legge delega-, le ulteriori fasi dell'accREDITAMENTO istituzionale e degli accordi contrattuali stabilendo, tra l'altro, che:

- l'autorizzazione debba essere rilasciata dal sindaco del comune sul territorio del quale deve essere realizzata la struttura, previa acquisizione dalla regione della verifica di compatibilità del progetto rispetto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale;
- l'accREDITAMENTO istituzionale debba essere rilasciato dalla regione alle strutture ed ai professionisti già in possesso dell'autorizzazione, subordinatamente al possesso da parte delle une e degli altri degli eventuali ulteriori requisiti prescritti dalla singola regione;
- l'accREDITAMENTO istituzionale si configuri come certificazione della idoneità della struttura o del professionista ad entrare a fare parte della rete di cui il servizio sanitario si avvale per soddisfare le richieste dei cittadini;
- gli accordi contrattuali debbano costituire lo strumento tramite cui la regione ovvero la singola azienda sanitaria locale procede a coinvolgere le strutture ed i professionisti in possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale nella rete di cui il servizio sanitario si avvale per soddisfare le richieste dei cittadini in tutti i casi in cui ritengano insufficienti la strutture direttamente gestite per soddisfarle, previa definizione del corrispettivo da corrispondere a fronte delle attività concordate;
- garanzia dell'attività di valutazione e promozione della qualità dell'assistenza prevedendo apposite modalità per la partecipazione degli operatori ai processi di formazione;
- rafforzamento delle competenze del consiglio dei sanitari in ordine alle funzioni di programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed assistenziali;
- definizione dei criteri generali in base ai quali le regioni determinano le modalità per il rafforzamento della partecipazione delle formazioni sociali del rispettivo territorio e dei cittadini alla programmazione ed alla valutazione delle attività delle aziende sanitarie;
- indicazione dei criteri distintivi e degli elementi caratterizzanti per individuare le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere;
- definizione delle modalità e dei termini di riduzione dell'età pensionabile per i dirigenti dipendenti dell'area medica e per la cessazione dallo svol-

- gimento dell'attività assistenziale da parte del personale universitario;
- potenziamento del ruolo dei Comuni sia nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale con possibilità di costituzione di apposito organismo a livello regionale che nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie (quindi, dei relativi direttori generali?!), ferma restando la loro esclusione da funzioni e responsabilità di gestione diretta nel servizio sanitario nazionale;
- previsione della facoltà per i comuni di assicurare livelli di assistenza aggiuntivi con assunzione diretta dei relativi oneri;
- previsione delle modalità con cui pervenire all'esclusività del rapporto di lavoro da parte dei dirigenti del ruolo sanitario.

Le disposizioni dettate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229 - emanato in attuazione della delega di cui alla richiamata legge n. 419/1998 e delle quali nei successivi punti del presente capitolo verrà sviluppato adeguato approfondimento- hanno avuta certamente una grande influenza positiva sulla capacità del servizio sanitario nazionale di raggiungere le finalità e gli obiettivi indicati dal Legislatore in sede di istituzione dello stesso. Ciononostante preme ricordare che la tutela della salute ha trovato giovamento anche da significative evoluzioni della scienza della medicina verificatesi negli anni più recenti e delle quali si è riferito sotto il precedente capitolo 9 "L'evoluzione della medicina a partire dagli ultimi decenni del XX secolo e fino ai nostri giorni".

13.2. L'assetto istituzionale del SSN dopo le modifiche e le integrazioni introdotte nella normativa preesistente al decreto legislativo n. 229/1999

Prima di approfondire gli aspetti più significativi tramite i quali le disposizioni all'esame hanno introdotto modificazioni sull'assetto istituzionale delle aziende sanitarie e su altri peculiari elementi del servizio sanitario nazionale nonchè disciplinato sostanzialmente ex novo altri importanti aspetti del sistema, si ritiene opportuno evidenziare i forti cambiamenti che le suddette disposizioni hanno definito per quanto attiene la distribuzione delle competenze tra i vari soggetti interessati alla tutela della salute dei singoli: Stato, Regioni e Comuni.

Competenze dello Stato

Allo Stato spettano sostanzialmente soltanto competenze di programmazione e di indirizzo generale e precisamente:

- l'approvazione del piano sanitario nazionale all'interno del quale, come

vedremo più approfonditamente sotto il successivo punto 13.6, vanno definiti i livelli essenziali ed uniformi di assistenza che devono essere assicurati dal servizio sanitario nazionale,

- l'approvazione della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese,
- l'adozione dei progetti obiettivi proposti dal piano sanitario nazionale,
- la promozione di forme di collaborazione e di linee guida comuni.

Per quanto concerne le riferite competenze, rilevato che l'approfondimento del processo programmatico sarà effettuato nel preannunciato successivo specifico punto, vengono fornite le seguenti ulteriori informazioni:

- la relazione annuale sullo stato sanitario del Paese è predisposta dal Ministro della Salute e deve farsi carico di:
 - a) illustrare le condizioni di salute della popolazione,
 - b) descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal SSN,
 - c) esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal PSN,
 - d) riferire i risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione del rispettivo PSR,
 - e) fornire infine indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie future e per la programmazione dei conseguenti interventi;
- i progetti obiettivi previsti dal PSN sono adottati dal Ministro della Salute, con decreto di natura non regolamentare, d'intesa con gli altri Ministri interessati e con la Conferenza Unificata Stato/Regioni;
- le forme di collaborazione e di linee guida comuni sono promosse dal Ministro della Salute, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, in funzione dell'applicazione coordinata del PSN e della normativa di settore ferma restando l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

Come emerge chiaramente dai riferimenti citati la presenza dello Stato si è ulteriormente ridotta nonostante il suo forte ridimensionamento conseguito dai dettati dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993.

Tale affermazione non viene scalfita dal fatto che lo Stato mantiene sulle aziende sanitarie e sulle regioni controlli, ulteriori rispetto a quelli specifici del settore dei quali riferiremo a breve, dovuti a disposizioni applicabili non solo al settore della sanità ed in particolare i controlli previsti dalle leggi nn. 449/1997 e 20/1994. Infatti l'art. 32 della legge 449/1997 affida al Ministro della Salute compiti di vigilanza sull'attuazione, da parte delle regioni, del piano sanitario nazionale e sull'attività gestionale delle aziende mentre l'art. 3, comma 4, della legge n. 20/1994 affida alla Corte dei Conti il controllo sulla gestione delle aziende sanitarie.

Per quanto concerne invece i controlli sulle Regioni di competenza dello Stato previsti da disposizioni di settore, ricordiamo che:

- l'art 1, comma 17, del Dlgs. n. 502/1992, come modificato ed integrato dal Dlgs. n. 229/1999, recuperando e precisando la riferita disposizione dell'art. 32 della legge n. 449/1997, prevede la competenza del Ministro della Salute, sentita la regione interessata, di fissare un termine non superiore a tre mesi per adottare il piano sanitario regionale nel caso in cui sia trascorso indebitamente un anno dall'entrata in vigore del PSN. Al Governo è riconosciuto il potere di adottare, trascorso inutilmente il termine di tre mesi sopra richiamato, gli atti necessari per dare attuazione nella regione al PSN, anche tramite la nomina di commissario ad acta, previo parere della Agenzia per i servizi sanitari regionali e consultazione della Conferenza Stato/Regioni;
- l'art. 2, comma 2-octies, del Dlgs. n. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n. 229/1999, disponeva che, nel caso in cui la regione non avesse istituito e disciplinato la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e non avesse disciplinato il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, il Ministro della Salute, sentita la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, era tenuto a fissare un congruo termine per provvedervi. Decorso inutilmente il termine il Ministro avrebbe dovuto proporre al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di commissario ad acta, nel rispetto della procedura riferita sotto la precedente alinea.

Competenze delle Regioni

Il ridimensionamento delle competenze statali, dovuto senza dubbio alla volontà di responsabilizzare in maniera diretta le regioni sulla gestione del servizio sanitario, cioè di procedere alla sua regionalizzazione, ha indirizzato il Legislatore delegato ad ampliare le competenze regionali, nel rispetto comunque dei principi generali fissati dal Legislatore delegante. Alle regioni infatti le disposizioni dettate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, a modifica ed integrazione di quelle vigenti, attribuiscono la competenza a:

- elaborare proposte per la predisposizione del piano sanitario nazionale;
- costituire e disciplinare la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito;
- definire i criteri e le modalità, anche operative, per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane;

- disciplinare il rapporto tra la programmazione regionale e quella attuativa locale, da un lato definendo in particolare le procedure per la proposta, l'adozione e l'approvazione del piano attuativo locale nonché le modalità di partecipazione alle riferite fasi degli enti locali interessati e da altro lato sottoponendo comunque i singoli piani attuativi locali a specifico parere di congruità degli enti stessi;
- disciplinare l'articolazione del territorio in aziende sanitarie locali perché provvedano tramite i servizi gestiti direttamente all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro nonché all'assistenza distrettuale ed ospedaliera nel rispetto, con riferimento a quest'ultima, delle disposizioni dettate specificatamente per le aziende ospedaliere a rilievo nazionale ed interregionale e per le altre strutture pubbliche e private accreditate;
- definire principi e criteri per l'adozione da parte delle aziende sanitarie dell'atto aziendale -del quale riferiremo sotto il successivo p. 13.3- nonché i criteri da osservare per l'articolazione del territorio in distretti, tenendo conto delle peculiarità delle aree montane e di quelle a bassa densità di popolazione;
- procedere alla verifica dei contenuti complessivi di ciascun atto aziendale onde verificarne la coerenza con i principi e criteri predeterminati dalla stessa regione per la sua attuazione;
- definire le modalità di finanziamento delle aziende sanitarie locali tenendo conto delle caratteristiche della popolazione residente ed in coerenza con i criteri fissati dalla legislazione nazionale in materia;
- definire le modalità da osservare da parte di tutte le aziende sanitarie per ottenere anticipazioni da parte del tesoriere e per contrarre mutui e accensioni di altre forme di credito, fermo restando il rispetto del divieto generale di indebitamento;
- disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento delle attività finalizzate all'accreditamento delle strutture sanitarie in raccordo e cooperazione con la relativa commissione nazionale;
- provvedere alla vigilanza ed al controllo sulle aziende sanitarie avendo in precedenza stabilite le modalità tramite le quali provvedervi e quelle con cui sarà effettuata la valutazione delle relative risultanze con la partecipazione, almeno per quanto attiene le aziende territoriali, della Conferenza dei sindaci;
- stabilire le modalità con cui le aziende sanitarie devono procedere alla erogazione delle prestazioni e dei servizi previsti dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati direttamente dai comuni ex legge n. 419/1998, art. 2, comma 1, lettera l);

- verificare il raggiungimento degli obiettivi da parte dei direttori generali delle aziende. Sulla base del relativo esito le regioni sono tenute a procedere o meno alla loro riconferma, fermo restando l'obbligo di risolvere i contratti con i direttori ove ricorrano gravi motivi, ovvero la gestione presenti una situazione di grave disavanzo ovvero ancora in caso di violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

A quanto precede va aggiunto che alcune regioni hanno previsto il controllo su atti diversi da quelli indicati all'art. 4 della legge n. 412/1991 dei quali si è riferito al termine del precedente capitolo 11.

Come risulta chiaramente dalla lettura delle competenze loro attribuite dal Dlgs. n. 229/1999, le regioni hanno assunto un nuovo importante ruolo e contestualmente nuove responsabilità da cui deriva loro non solo il compito di delineare le politiche complessive del sistema sanitario regionale ma anche quello di soggetto responsabile della funzionalità del sistema stesso. La riferita nuova posizione ha indotto la singola regione a ridisegnare il rispettivo apparato regionale ed ad individuare nuovi strumenti di governo del sistema sanitario di competenza, come dimostrano anche la ridefinizione delle funzioni attribuite agli assessorati sanità/tutela della salute e l'istituzione delle agenzie sanitarie regionali.

Competenze dei Comuni

I comuni tramite le disposizioni dettate dal Dlgs. n. 229/1999 recuperano un importante ruolo dopo che, come sottolineato in precedenza, i decreti legislativi nn. 502/1992 e 517/1993 ne avevano marginalizzato al massimo la presenza. Essi infatti, nelle forme e con le modalità stabilite dalle disposizioni regionali:

- sono chiamati, attraverso la partecipazione alla “conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale” a svolgere compiti propositivi e consultivi per la definizione del piano sanitario (o socio-sanitario) regionale ed a partecipare alla verifica della realizzazione del piano attuativo locale della singola azienda e dei piani attuativi metropolitani cui sono chiamate le aziende che insistono nelle rispettive aree territoriali;
- partecipano alla procedura di proposta, adozione ed approvazione del piano attuativo locale di ciascuna azienda;
- partecipano alla verifica dei risultati ottenuti da ciascuna azienda e, quindi,

indirettamente alla verifica dell'attività del singolo direttore generale ai fini della sua rimozione dall'incarico ovvero alla conferma nello stesso.

Da quanto precede risulta in maniera evidente il nuovo significativo ruolo affidato ai comuni nell'ambito delle attività programmatiche di competenza sia della regione che delle aziende sanitarie. Il riconoscimento ai Comuni del riferito nuovo ruolo nell'ambito delle attività di programmazione è, a nostro avviso, assolutamente comprensibile; meno comprensibile appare invece il coinvolgimento degli stessi nella procedura di verifica dell'attività posta in essere dai direttori generali se si considera che l'attività di questi ultimi, soprattutto nel momento in cui si propone di razionalizzare la collocazione delle strutture sanitarie, potrebbe far sorgere forti momenti di contrasto/contrapposizione con le politiche degli amministratori locali.

13.2.1. Le innovazioni concernenti la tipologia e l'autonomia delle aziende

Il Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, aveva prefigurato due tipologie di aziende sanitarie -cioè l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera- ed aveva individuato le *caratteristiche* che dovevano possedere le strutture ospedaliere per poter essere costituite in *aziende ospedaliere* prevedendo che, comunque, fossero individuati come tali:

- i policlinici universitari previo loro inserimento nel sistema di emergenza sanitaria regionale,
- i presidi ospedalieri in cui insisteva la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia,
- i presidi ospedalieri operanti in strutture di pertinenza universitaria.

Le modifiche introdotte alla riferita normativa da parte del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, mentre procedono alla rivisitazione delle *caratteristiche* -ridefinite nella nuova normativa *requisiti*- richieste per la costituzione in aziende ospedaliere delle strutture non direttamente nè indirettamente interessate allo svolgimento dei corsi di laurea delle facoltà di medicina e chirurgia nulla innovavano per quanto riguardava queste ultime, fatta eccezione esclusivamente per la previsione secondo la quale la loro conferma in aziende doveva avvenire con il piano sanitario regionale ovvero, in sua assenza, per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in vigore del decreto stesso e cioè al massimo fino al 31 luglio 2002 essendo intervenuta la sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale era avvenuta il 16 luglio 1999. La riferita scelta concernente le strutture ospedaliere direttamente od indiretta-

mente coinvolte nello svolgimento delle attività di supporto dei corsi di laurea delle facoltà di medicina e chirurgia era conseguente al fatto che il Legislatore con l'art. 6 della legge n. 419/1998 aveva delegato il Governo a ridefinire i rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università per cui si riteneva che eventuali modifiche alle disposizioni dettate dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 dovessero -come poi è effettivamente avvenuto- essere introdotte in tale sede. Infatti il decreto legislativo (21 dicembre 1999, n. 517) emanato per l'attuazione della delega prefigurò una ulteriore tipologia di azienda ospedaliera: l'azienda ospedaliero-universitaria. Delle aziende ospedaliero-universitarie e del loro assetto istituzionale ed organizzativo interno, nonché delle modalità di finanziamento, controllo e contabilità delle stesse riferiremo sotto il successivo capitolo 14, punto 14.4 e suoi sottopunti.

Sulla base delle nuove disposizioni le regioni potevano proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso dei seguenti requisiti (in precedenza -come già accennato- la normativa aveva parlato di caratteristiche):

- organizzazione su base dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura ospedaliera;
- disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo nonché di un patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie;
- presenza di almeno tre unità operative di alta specializzazione e del dipartimento di emergenza di secondo livello, fatta eccezione per gli ospedali specializzati;
- ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale ed attività di ricovero in degenza ordinaria, nell'ultimo triennio, per pazienti provenienti da altre regioni superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio regionale fatta eccezione per le aziende ubicate in Sicilia ed in Sardegna;
- indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in degenza ordinaria, nell'ultimo triennio, superiore ad almeno il 20% rispetto al valore medio regionale.

La normativa prevedeva altresì che le regioni:

- potevano confermare, con il piano sanitario regionale ovvero per tre anni dalla data di entrata in vigore del decreto all'esame, le aziende non in possesso dei suddetti requisiti, salvo la revoca della costituzione in azienda qualora al termine previsto nel provvedimento di conferma sussistesse ancora la carenza degli stessi;

- dovevano disporre la revoca della costituzione in azienda ospedaliera delle aziende che nel periodo suddetto avessero registrato un grave disavanzo oppure la perdita dei requisiti sopra elencati;
- dovevano definire le modalità dell'integrazione delle aziende ospedaliere nella programmazione sanitaria regionale e le forme di loro collaborazione con le aziende territoriali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale di operatività.

Per quanto concerne le aziende unità sanitarie locali va rilevato che il Dlgs. n. 229/1999 abrogando la lettera a) del comma 5 del Dlgs. n. 502/1992 come modificato dal Dlgs. n. 517/1993 non fornisce più alcun indirizzo alle regioni perché, nel disciplinare nell'ambito della propria competenza le loro modalità organizzative e di funzionamento, provvedano alla loro riduzione e prevedano per ciascuna un ambito territoriale di norma coincidente con quello della provincia. La modifica riveste particolare rilevanza in quanto, a ben vedere, rappresenta un ulteriore elemento di responsabilizzazione delle regioni per quanto concerne l'organizzazione del servizio sanitario in ambito regionale e, quindi, un ulteriore elemento della sempre più accentuata regionalizzazione dello stesso. Il nuovo ruolo attribuito alle regioni ha comportato la realizzazione di diversi modelli istituzionali-organizzativi dei servizi sanitari regionali dai quali, ci si augura, non debbano derivare difformità nell'erogazione delle prestazioni riconducibili ai LEA.

Fermo restando quanto precede per quanto attiene le tipologie aziendali possibili sulla base del combinato dettato dei decreti legislativi 30 dicembre 1992 n. 502, come novellato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, va rilevato che il Legislatore delegato -consapevole che il completamento del processo di aziendalizzazione perseguito rendeva necessaria l'attribuzione ai soggetti pubblici chiamati alla tutela della salute dei cittadini una reale autonomia- ha disposto:

- da una parte che le aziende sanitarie fossero dotate di autonomia imprenditoriale in sostituzione di quella organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica loro attribuita dalle precedenti disposizioni. L'attribuzione alle aziende dell'autonomia imprenditoriale di fatto confermava e rafforzava il loro riconoscimento come soggetti istituzionali capaci di autodeterminare il proprio ordinamento e la propria organizzazione tenendo comunque conto sia della mission da svolgere che dei vincoli e dei limiti posti dalla normativa nazionale e/o regionale in materia. Il riconoscimento alle aziende dell'autonomia

imprenditoriale era stato disposto anche se la legge delega (n. 419/1999) non aveva fatto alcun riferimento al riguardo; anzi va sottolineato che il Legislatore delegato con tale scelta aveva reiterato il comportamento posto in essere nel momento in cui aveva, con il Dlgs. n. 502/1992 come modificato ed integrato con il Dlgs. n. 517/1993, riconosciuto alle aziende l'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica anche se la relativa legge delega (n. 421/1992) non si era espressa al riguardo;

- da altra parte che l'atto aziendale avrebbe dovuto individuare le strutture operative cui attribuire l'autonomia gestionale e tecnico-professionale.

Pertanto non va dimenticato che il Legislatore ha definiti e disciplinati altri strumenti -di alcuni dei quali proporremo in seguito un doveroso approfondimento- tesi a favorire, unitamente all'autonomia imprenditoriale ed all'atto aziendale, il processo di completamento dell'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale ed in particolare:

- la responsabilizzazione sui risultati di ciascuna azienda del relativo direttore generale;
- il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei dirigenti, soprattutto delle strutture complesse assistenziali (presidi ospedalieri, distretti, dipartimenti), sugli obiettivi da perseguire e sulle modalità tramite cui perseguirli nonché sui risultati effettivamente raggiunti;
- il recupero della qualità (strutturale, tecnologica ed organizzativa) delle strutture sanitarie, pubbliche e private, attraverso un nuovo sistema di accreditamento;
- il recupero della qualità delle prestazioni erogate, avendo riferimento alla loro appropriatezza rispetto al bisogno reale di salute manifestato, da perseguire anche attraverso la definizione, diffusione ed applicazione di specifiche linee guida diagnostiche e/o terapeutiche;
- la previsione della realizzazione dell'organizzazione dipartimentale quale modello organico di gestione operativa di tutte le attività aziendali nonché l'affidamento al direttore ed al comitato di dipartimento di competenze decisionali ovvero di funzioni di supporto tecnico nei confronti del direttore generale dell'azienda;
- la costituzione di un nuovo organismo di supporto (il collegio di direzione) all'attività del direttore generale di cui questi è tenuto ad avvalersi per il governo delle attività cliniche e per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria.

L'attribuzione alle aziende sanitarie dell'autonomia imprenditoriale e la successiva precisazione secondo la quale l'autonomia gestionale e tecnico-professionale è un attributo proprio non dell'azienda ma delle sue strutture operative ha consentito al Sanviti di ipotizzare che, mentre le espressioni usate in precedenza avevano soprattutto il significato di escludere indebite forme di invadenza regionale e comunale, il nuovo testo fa perno sul concetto di impresa.

A ciò aggiungasi che la natura imprenditoriale delle aziende sanitarie è ulteriormente rafforzata dalle disposizioni che obbligano le stesse ad informare la propria attività ad:

- efficacia, ossia al conseguimento degli obiettivi correlati alla mission aziendale e, contestualmente, alla verifica dei loro effetti sull'ambiente esterno,
- efficienza, ossia alla ricerca del rapporto ottimale tra risorse impiegate e servizi/prestazioni erogate.

Le espressioni utilizzate in sede del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993 (autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica) piuttosto che in sede del Dlgs. 229/1999 (autonomia imprenditoriale) non si differenziano soltanto letteralmente ma assumono un diverso valore sostanziale tenuto conto del fatto che al fine di delimitare la portata di quest'ultima espressione deve necessariamente farsi riferimento, in assenza di disposizioni legislative che definiscono l'impresa, all'art. 2092 del codice civile che definisce *imprenditore* "chi esercita professionalmente una attività organizzata al fine della produzione e dello scambio di beni o di servizi". Sulla base della disposizione richiamata l'imprenditore è chiamato non solo ad agire ed a decidere in coerenza con la propria professionalità e le proprie convinzioni ma, in quanto *responsabile unico* dell'utilizzo di tutti i fattori produttivi dell'impresa e nello stesso tempo *soggetto sovraordinato* nei confronti di tutti i suoi operatori, a rispondere civilmente e penalmente per le azioni realizzate e le decisioni assunte.

L'attribuzione dell'autonomia imprenditoriale all'azienda sanitaria e l'attribuzione al direttore generale della responsabilità della gestione complessiva della stessa consentono di affermare che il direttore è tenuto a agire in analogia con quanto consentito nell'impresa all'imprenditore e cioè ad assumere -pur non ignorando la particolare posizione dell'azienda sanitaria nei confronti della regione- tutte le iniziative, azioni, decisioni non in contrasto oltre che con le norme penali e civili anche con quelle concernenti la tutela, tramite il servizio sanitario, del diritto alla salute psico-fisica riconosciuto al

singolo dalla norma costituzionale e reso reale con la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Quanto precede consente di affermare che:

- l'attribuzione alla azienda dell'autonomia imprenditoriale consente al direttore generale, nella sua veste di responsabile unico e diretto della sua gestione, di agire liberamente sulla base della professionalità e delle convinzioni personali possedute, qualunque sia il settore interessato alle azioni e decisioni assunte. L'autonomia imprenditoriale va comunque esercitata fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalla normativa di settore e le responsabilità derivanti da comportamenti contrari alle disposizioni civili e penali dalla inosservanza delle quali potranno derivargli nel primo caso l'obbligo del risarcimento dei danni arrecati agli operatori aziendali e/o a terzi e nel caso di violazioni di norme penali le sanzioni previste per il reato commesso quali, ad esempio, quelle derivanti dalla mancata applicazione delle norme sulla tutela degli ambienti di lavoro ex Dlgs. n. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni;
- il potere riconosciuto al direttore generale di assumere tutte le decisioni e di realizzare tutte le iniziative ed azioni necessarie ad assicurare una gestione efficace ed efficiente di tutta l'azienda è ben più ampio rispetto a quello che allo stesso era stata attribuito dalla legislazione preesistente. Infatti sulla base delle precedenti disposizioni il direttore generale poteva agire e decidere, fermi restando i limiti e le responsabilità derivanti dalla inosservanza delle disposizioni civili e penali poc'anzi richiamate, esclusivamente nei sei settori indicati (organizzativo, amministrativo, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnico) i quali però non erano certamente totalizzanti nonostante la loro ampia portata;
- la scelta del Legislatore di attribuire l'autonomia imprenditoriale alle aziende va considerata assolutamente doverosa ed irrinunciabile se si tiene conto del fatto che lo stesso si proponeva innanzi tutto l'obiettivo di perseguire il completamento del processo di aziendalizzazione avviato con le disposizioni emanate per l'attuazione della delega contenuta nell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421;
- l'attribuzione all'azienda dell'autonomia imprenditoriale impegna e responsabilizza la stessa e, di conseguenza, il relativo direttore generale a perseguire l'obiettivo di aggiornare continuamente il profilo quali-quantitativo dei servizi e delle prestazioni sanitarie da produrre onde porsi nelle condizioni di soddisfare gli obiettivi e le richieste appropriate dei cittadini di riferimento con il minor utilizzo possibile delle risorse disponibili;
- l'adozione da parte del direttore generale dell'atto aziendale di diritto

privato per disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda nonchè la possibilità riconosciuta alla stessa di agire mediante atti di diritto privato e di appaltare e contrattare direttamente, nel rispetto delle normative di diritto privato indicate nell'atto aziendale, i contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, è da considerare addirittura pleonastica in quanto tali situazioni sono assolutamente riconducibili all'interno delle iniziative e decisioni proprie del direttore generale nella sua veste di rappresentante legale e responsabile unico della gestione complessiva dell'azienda.

Una conferma indiretta alla ampiezza dell'autonomia riconosciuta alla singola azienda sanitaria e quindi alla capacità riconosciuta al relativo direttore generale, in relazione al ruolo che gli è proprio, di agire e decidere come suo imprenditore sempre che non intervengano imposizioni indebite da parte delle regioni può dedursi dal fatto che il Legislatore ha riconosciuto:

- alle aziende sanitarie locali la titolarità a sottoscrivere, previa contrattazione finalizzata a definire anche gli standard di qualità e l'entità della remunerazione da corrispondere, accordi contrattuali con le strutture pubbliche e private, in possesso dell'accreditamento istituzionale, per garantire risposte quali-qualitative adeguate alla domanda di servizi e prestazioni che le aziende non sono in grado di soddisfare con le strutture gestite direttamente;
- alle aziende ospedaliere la possibilità, nell'ambito del riferito contesto di contrattazione, di subordinare la definizione e quindi la formalizzazione degli accordi contrattuali alle rispettive esigenze di carattere funzionale, organizzativo, produttivo e finanziario.

Prima di avviare l'approfondimento di altri importanti elementi che caratterizzano l'assetto istituzionale, organizzativo ed operativo delle aziende sanitarie riteniamo importante segnalare che alcune regioni hanno apportato significative variazioni al modello, definito dalla legislazione nazionale, concernente i soggetti pubblici chiamati a realizzare il SSN i quali erano stati disciplinati inizialmente dalla legge n. 833/1978, in una fase intermedia dai decreti legislativi nn. 502/1992 e 517/1993 ed ultimamente dai decreti legislativi nn. 229/1999 e 517/1999.

I riferiti interventi innovativi legislativi regionali, a nostro sommo parere, sono riconducibili principalmente a tre diverse visioni politiche che ci permettiamo di definire rispettivamente come:

- *aggregazioni per funzioni,*

- *aggregazioni interzonali*, più propriamente definibili dal momento della classificazione dei soggetti come aziende come *aggregazioni interaziendali*,
- *aggregazioni territoriali*.

Aggregazioni per funzioni

La scelta di costituire un'unica azienda sanitaria locale ed un'unica azienda ospedaliera in ciascuna provincia è stata fatta dalla regione Lombardia fin dal momento di prima applicazione delle disposizioni dettate per l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Unica eccezione a tale impostazione è rappresentata dalla soluzione definita per il territorio della provincia di Sondrio laddove l'azienda USL gestisce anche tutti i presidi ospedalieri operanti sul suo territorio. La riferita scelta organizzativa, estremizzando quanto riferito sotto il precedente capitolo 12, punto 12.2.1, ha nella sostanza attribuito alle aziende unità sanitarie locali esclusivamente le funzioni che abbiamo indicate come proprie delle così dette aziende di tutela ed alle aziende ospedaliere tutte le funzioni certamente tipiche (assistenza specialistica ed ospedaliera) delle così dette aziende di produzione. La decisione della regione Lombardia, inizialmente molto contrastata dal Governo centrale non solo perché ritenuta non compatibile con le disposizioni legislative nazionali soprattutto in materia di costituzione delle aziende ospedaliere ma anche e soprattutto nella convinzione che la scelta sarebbe stata foriera di maggiori costi, di recente non solo è stata accettata anche dalla maggioranza di coloro che l'avevano criticata ma è stata anche oggetto di approfondimenti finalizzati a valutarne l'opportunità di riproposizione in altri contesti regionali. Sta di fatto comunque che ad oggi nessuna altra regione ha ripetuta la scelta.

Aggregazioni interzonali/interaziendali

La prima regione che sviluppò la politica delle aggregazioni fu certamente il Piemonte. Infatti la stessa promosse, tramite deliberazione della Giunta, la suddivisione dell'intero suo territorio in quattro *quadranti* fin dalla seconda metà dell'anno 1981, individuando per ciascun quadrante una U.S.L. capo-fila ed affidando ai suoi organi istituzionali il coordinamento delle attività che erano state ritenute validamente realizzabili dal nuovo soggetto. Di quadrante si interessarono anche alcuni provvedimenti adottati nel successivo ventennio ed in particolare:

- il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1982-1984, approvato con legge regionale 10 marzo 1982, n.7,
- le successive leggi regionali con cui sono stati approvati i piani socio-sanitari per i trienni 1985-1987 (l.r. 3 maggio 1985, n. 59) e 1990-1992 (l.r. 23 aprile 1990, n. 37);

- la legge regionale 12 dicembre 1997 n. 61 recante “Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999” ed alcune deliberazioni adottate negli anni successivi dalla Giunta regionale per dare attuazione agli indirizzi della legge stessa.

Sulla base delle disposizioni regionali emanate negli anni 1981-1982 il quadrante fu assunto come riferimento territoriale da un lato per le scelte della programmazione sanitaria regionale in tema di collocazione di attività e servizi destinati a soddisfare i bisogni dei cittadini di una pluralità di aziende sanitarie locali e da un altro lato per le politiche di formazione ed aggiornamento del personale. Sulla base dei provvedimenti assunti alla fine degli anni '90 il quadrante fu individuato come riferimento territoriale dapprima per la programmazione operativa a livello locale e, più recentemente, come riferimento territoriale per la realizzazione di attività gestionali riferibili alle aziende di rispettiva afferenza. Sulla base del significativo nuovo ruolo è tenuto a:

1. definire le iniziative da adottare per la revisione della rete ospedaliera in attuazione delle disposizioni nazionali in materia;
2. realizzare l'integrazione tra le funzioni di assistenza sanitaria e quelle di didattica e ricerca delle facoltà di medicina di rispettivo riferimento fermo restando il rispetto dei volumi complessivi di attività predeterminati dalla regione;
3. sviluppare le attività di prevenzione ed assistenza onde integrarle con le funzioni ospedaliere;
4. favorire l'integrazione tra i diversi soggetti del settore onde fornire ai residenti nel territorio servizi e prestazioni secondo criteri di economicità, accessibilità, appropriatezza;
5. definire la programmazione operativa a livello locale con riferimento alla localizzazione delle specialità ospedaliere ed ai volumi di attività di cui le stesse devono farsi carico;
6. sollecitare la realizzazione, da parte di ciascuna azienda afferente, delle azioni di carattere organizzativo che la regione aveva individuato come irrinunciabili per perseguire, nell'ambito dei già consolidati momenti di raccordo operativo interaziendale, le finalità di efficienza gestionale ed economicità imprescindibili al raggiungimento del rispettivo equilibrio aziendale. Le azioni riguardano:
 - le esigenze formative del personale,
 - la razionalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici da realizzare tramite l'integrazione delle attività di ricovero con quelle territoriali,
 - le procedure per l'acquisizione di alcuni beni e servizi,
 - l'affidamento di incarichi professionali e di consulenza solo nel caso

in cui non sia possibile raggiungere lo stesso obiettivo tramite l'utilizzo di risorse reperibili presso altre aziende appartenenti allo stesso quadrante,

- la razionalizzazione dell'esercizio delle attività e delle funzioni non adeguatamente efficienti e/o efficaci ovvero sovrapposte ad altre già presenti sul territorio del quadrante,
- l'attivazione di nuove attività e/o funzioni.

Ciò nonostante il quadrante non è mai decollato in pieno. A nostro avviso tale situazione è dovuta sia e soprattutto al fatto che il quadrante non costituisce un soggetto a se stante o comunque dotato di una struttura organizzativa autonoma sia al fatto che, tra l'altro, non sono stati mai definiti in maniera puntuale gli organismi cui spettano le decisioni e le relative competenze, le procedure tramite le quali deve essere assicurata la partecipazione dei rappresentanti di ciascuna azienda sanitaria afferente al processo decisionale e soprattutto quelle tramite le quali assicurare l'attuazione da parte delle aziende interessate, magari non consenzienti, delle decisioni adottate dai competenti organismi del quadrante.

Ben più importante è certamente al riguardo l'esperienza toscana, laddove con la legge regionale n. 72/1998 era stata istituita l'*area vasta* definita dallo stesso provvedimento come "la dimensione operativa a scala inter-aziendale, individuata come dimensione ottimale per atti di concertazione". Il nuovo soggetto era stato istituito al fine di introdurre correttivi alle spinte autarchiche delle aziende sanitarie e quindi di realizzare la razionalizzazione della spesa e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse disponibili sull'intero territorio regionale. L'*area vasta* aveva assunta maggiore importanza:

- a) dapprima nel momento in cui il piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001 ne aveva confermato ed accresciuto le competenze,
- b) successivamente con l'approvazione della deliberazione 22.07.2002, n. 765, con la quale la Giunta regionale toscana avviava il processo di istituzionalizzazione dell'*area vasta* prevedendo un organo inter-aziendale in sua rappresentanza (il comitato di *area vasta*) costituito dai direttori generali delle aziende sanitarie, territoriali ed ospedaliere, e presieduto di diritto dal direttore generale dell'azienda ospedaliera,
- c) infine con l'emanazione della l.r. 24 febbraio 2005 n. 40, con la quale nel dettare disposizioni per la riorganizzazione del sistema sanitario regionale ha disciplinato anche alcuni aspetti che interessano il presente approfondimento e precisamente ha:
 - c.1. riformato gli strumenti della programmazione prevedendo, accan-

- to al piano sanitario regionale ed ai piani attuativi di azienda, un piano di area vasta;
- c.2. introdotte norme per il governo clinico delle aziende;
 - c.3. inserito norme sui modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali,
 - c.4. istituito gli enti per il supporto tecnico ed amministrativo di area vasta (ESTAV).

Sulla base della vigente normativa:

- la programmazione sanitaria a livello regionale si compone quindi, oltre che del livello del piano sanitario regionale e dei relativi strumenti aziendali per la sua attuazione, anche del livello degli atti di programmazione interaziendale cioè dei piani di area vasta,
- i programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie locali devono -nel contesto di un nuovo rapporto tra programmazione regionale, programmazione degli enti locali e programmazione attuativa aziendale- assumere come obiettivi per le attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate, quelli individuati per ciascuna zona dalle corrispondenti articolazioni delle conferenze dei sindaci rispettivamente interessati;
- la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è stata sub-articolata con riferimento alle tre aree vaste costituite; a ciascuna sub-articolazione compete l'espressione del parere sui piani di area vasta e sui piani attuativi della aziende ospedaliere;
- è stato introdotto il governo clinico inteso come *complesso delle attività finalizzate a promuovere a livello aziendale, di area vasta e regionale l'ottimizzazione delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'appropriatezza del percorso assistenziale e lo sviluppo delle reti di eccellenza*;
- sono state istituzionalizzate le *società della salute*, dopo la loro sperimentazione seguita alla previsione del piano sanitario regionale, ed introdotte le *unità di cure primarie* per l'organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria territoriale;
- sono state costituite tre aree vaste ed istituiti altrettanti Enti di Supporto Tecnico di Area Vasta (ESTAV), per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto alla aziende sanitarie aggregate; la previsione della istituzionalizzazione degli ESTAV era motivata dalla esigenza di consolidare e razionalizzare l'esperienza dei consorzi di area vasta, già istituiti nelle forme privatistiche della società consortile a responsabilità limitata dal Consiglio regionale con propria deliberazione n. 144/2002;
- in ciascuna delle tre aree vaste è costituito un comitato composto dai

direttori generali delle aziende sanitarie in essa ricomprese e dal direttore del rispettivo ESTAV. Il comitato è presieduto da un coordinatore individuato dalla Giunta regionale tra i direttori generali delle aziende sanitarie locali dell'area vasta; allo stesso partecipa il responsabile della direzione generale regionale del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà;

- al comitato di area vasta compete la elaborazione dei piani di area vasta i quali vanno trasmessi alla Giunta regionale per il controllo di conformità con il piano sanitario regionale e per la loro successiva approvazione, tenuto conto del relativo esito, da parte del Consiglio regionale;
- al comitato di area vasta spetta l'approvazione delle intese e degli accordi stipulati dalle aziende sanitarie aggregate per l'attuazione degli strumenti definiti dal piano sanitario regionale e dal piano di area vasta. Le intese e gli accordi inerenti l'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria vanno trasmessi alla Giunta regionale per il controllo di conformità con il piano sanitario regionale;
- ciascun ESTAV ha tre organi (direttore generale, collegio sindacale e consiglio direttivo in rappresentanza delle aziende ricomprese nel bacino dell'area vasta); il direttore generale è coadiuvato da un direttore amministrativo;
- le modalità di nomina, i requisiti soggettivi, le cause di incompatibilità e quelle di decadenza del direttore generale dell'ESTAV sono gli stessi previsti per il direttore generale dell'azienda sanitaria così come dettagliatamente indicati sotto il successivo punto 13.2.2.1;
- al direttore generale spetta, direttamente o per delega, la predisposizione dei programmi di attività e degli atti di bilancio, l'adozione dei provvedimenti in materia di personale e di utilizzo delle risorse finanziarie, del regolamento generale per l'organizzazione ed il funzionamento dell'ente e degli eventuali altri regolamenti previsti dalla legge ed infine la cura dell'attuazione dei regolamenti stessi;
- al consiglio direttivo dell'ESTAV compete approvare i bilanci economici preventivi annuali e pluriennali, i bilanci di esercizio e le relazioni annuali sull'attività svolta, i programmi annuali e pluriennali di attività e gli indirizzi operativi utili a garantire il miglior raggiungimento degli obiettivi nonché esprimere parere su tutti i regolamenti la cui adozione spetta al direttore generale;
- alla Giunta Regionale spetta l'esercizio delle funzioni di indirizzo anche tecnico e di coordinamento nonché quelle di controllo e vigilanza, di promozione e di supporto sulle attività delle aziende sanitarie e degli ESTAV;

- gli ESTAV sono competenti in materia di
 - a) approvvigionamenti di beni e servizi,
 - b) gestione dei magazzini e della logistica,
 - c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo all'integrazione ed all'organizzazione del CUP,
 - d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzioni, appalti ed alienazioni,
 - e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale,
 - f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale,
 - g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale,
 - h) ulteriori funzioni tecnico-amministrative conferite dalla Giunta regionale con propria deliberazione.

Le riferite funzioni possono essere esercitate, previa stipula di appositi accordi, anche per le aziende ospedaliero-universitarie nonché, previa stipula di apposite convenzioni, per altri soggetti sia pubblici che privati.

L'importanza dell'esperienza toscana è confermata dal fatto che alcune regioni hanno a loro volta provveduto, magari con qualche modifica e/o adeguamento alla rispettiva realtà, a ripeterla (Marche, Umbria, Friuli Venezia Giulia) ovvero si accingono a farlo (Veneto).

Aggregazioni territoriali

Un'unica azienda sanitaria locale per tutto il territorio di competenza è stata realizzata per prima dalla regione Marche allo scopo innanzi tutto di eliminare:

- la competizione tra le varie aziende sanitarie locali,
- le disomogeneità riscontrate nella distribuzione sul territorio regionale delle strutture e dei servizi sanitari,
- le difficoltà incontrate nell'integrazione funzionale dei reali bisogni di salute della popolazione residente sull'intero suo territorio.

La realizzazione consegue al disposto della legge regionale n. 13/2003 il quale aveva, in particolare, prevista

- a) la costituzione della "Azienda Sanitaria Unica Regionale" (ASUR),
- b) la trasformazione delle preesistenti 13 Aziende Sanitarie Locali in altrettante "zone territoriali" dell'ASUR, non dotate di personalità giuridica,

c) l'affidamento alle zone territoriali dell'autonomia gestionale, nella convinzione che la ridefinizione dell'assetto istituzionale del sistema sanitario regionale avrebbe consentito non solo di raggiungere gli obiettivi poco sopra esplicitati ma anche di produrre forti economie complessive.

In particolare all'ASUR, che ha già maturato oltre un triennio di esperienza, sono state attribuite le seguenti competenze:

1. acquisto di beni e servizi di importo superiore a € 700.000,00,
2. aggiudicazione di appalti relativi ad opere di importo superiore a € 500.000,00,
3. gestione del patrimonio immobiliare, fatta eccezione per la sua manutenzione ordinaria,
4. affidamento e gestione della tesoreria unica,
5. controllo di gestione.

L'esperienza marchigiana è stata fatta propria dalla regione Molise (ASREM) e più recentemente dalla provincia autonoma di Bolzano; quest'ultima ha decisa la costituzione di una Azienda Sanitaria Locale Unica, in sostituzione delle 4 aziende sanitarie locali preesistenti, con l'obiettivo di eliminare doppioni e di creare un'unica rete per l'utilizzo delle strutture di tutti gli ospedali che operano sul suo territorio e, quindi, di liberare risorse da destinare al miglioramento del livello quali-quantitativo delle prestazioni da mettere a disposizione della cittadinanza.

La scelta effettuata dalla provincia autonoma di Bolzano di non prevedere la trasformazione delle preesistenti AA.SS.LL. in zone territoriali, che trova sicuramente motivazione nel ridotto dimensionamento dell'intero territorio provinciale. Analoga decisione è in corso di elaborazione da parte della Regione Friuli-Venezia Giulia il cui Presidente, on.le Illy, ha dichiarato di non voler ripetere in maniera puntuale l'assetto realizzato nella regione Marche in quanto, a suo dire, lo stesso rappresenta una "soluzione ibrida che forse introduce più complessità di quante non ne elimini".

13.2.2. Gli organi aziendali in base alla vigente normativa e relativi organismi di supporto

Il Dlgs. n. 229/1999 pur confermando che le aziende territoriali e le aziende ospedaliere continuano ad avere due organi ha definito importanti innovazioni al riguardo a cominciare da quella concernente la variazione del nome dell'organo di controllo interno che da collegio dei revisori diventa collegio sindacale in analogia con quanto avviene nelle imprese private, con

le conseguenze che da quest'ultimo collegamento necessariamente derivano.

A ciò aggiungasi che il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, ha previsto che le aziende ospedaliero-universitarie devono avere accanto al direttore generale ed al collegio sindacale un terzo organo e cioè *l'organo di indirizzo*.

Del direttore generale e del collegio sindacale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ci accingiamo a riferire separatamente di seguito; delle peculiarità proprie dei suddetti organi delle aziende ospedaliero-universitarie e dell'organo di indirizzo, specifico delle stesse, riferiremo sotto il successivo capitolo 14, punto 14.4.2.

13.2.2.1. Il direttore generale: ruolo e modalità di nomina

Le nuove disposizioni delegate, a parziale modifica ed ad integrazione di quanto disposto in precedenza, affidano al direttore generale le seguenti ulteriori competenze:

- responsabilità della gestione complessiva dell'azienda,
- adozione dell'atto aziendale, del quale approfondiremo sotto il successivo punto 13.3 gli aspetti più salienti,
- nomina dei responsabili delle strutture operative dell'azienda,
- responsabilità, ferma restando la sua autonomia gestionale, del perseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, assegnatigli all'atto della nomina e periodicamente aggiornabili.

Le sopra elencate competenze si aggiungono a quelle indicate nell'art. 3, comma 6, del Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993 -di cui si è riferito sotto il precedente capitolo 12, punto 12.2.2.1- secondo le quali al direttore generale spettavano e spettano tutt'ora tutti i poteri di gestione, la rappresentanza dell'azienda sanitaria di riferimento e poteri di controllo sull'intera organizzazione aziendale. Questi ultimi, a ben vedere, sono da considerare sia di tipo economico aziendale che di tipo pubblicistico come si desume dal fatto che gli stessi vanno esercitati tramite la verifica -anche attraverso specifico servizio di controllo interno in coerenza con le nuove disposizioni al riguardo definite dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286- della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa realizzata.

La lettura del combinato disposto delle disposizioni dettate dal Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993 e dal Dlgs. n. 229/1997, mentre da una parte consente non solo di recuperare e di condividere ma addirittura di considerare affatto rafforzata l'affermazione -effettuata da alcuni commentatori delle disposizioni contenute nei decreti con cui è stato

avviato il processo di aziendalizzazione- secondo la quale il direttore generale va considerato come il solo e vero stratega del nuovo soggetto istituzionale da altra parte non consente di recuperare e condividere l'affermazione fatta dai richiamati commentatori secondo la quale egli era anche l'unico responsabile delle scelte di gestione effettuate e dei risultati conseguentemente conseguiti dovendone rispondere alla regione/provincia autonoma.

Quest'ultima considerazione consegue dall'affidamento di ulteriori competenze, funzioni e responsabilità alla dirigenza sanitaria e degli altri ruoli disposto, soprattutto per quanto concerne la dirigenza sanitaria, dal decreto legislativo n. 229/1999 e dalla contestuale attribuzione al direttore generale della responsabilità della gestione complessiva dell'azienda nel rispetto comunque del vincolo di bilancio da realizzare tramite l'equilibrio dei costi e ricavi complessivi. Infatti l'attribuzione di nuove competenze, funzioni e responsabilità alla dirigenza ha configurata una tacita abrogazione del dettato della precedente disposizione secondo la quale tutti i poteri di gestione spettavano al direttore generale mentre l'attribuzione allo stesso della responsabilità complessiva dell'azienda induce ad affermare che, conseguentemente, al direttore generale è attribuito il ruolo di unico *organo di governo* dell'azienda. Dall'attribuzione di detto ruolo al direttore generale deriva non solo la competenza a realizzare tutte le iniziative ed ad assumere tutte le decisioni che ritenga idonee e necessarie per perseguire la mission aziendale in generale e gli obiettivi del piano attuativo locale nel rispetto comunque delle riferite prerogative della dirigenza ma anche il potere/dovere di verificare come questa adempia ai rispettivi compiti. A siffatta conclusione si perviene avendo presente che la responsabilità complessiva dell'azienda deve necessariamente riguardare esclusivamente la funzione strategica di indirizzo, pianificazione, valutazione e verifica dei risultati e, contestualmente, il raggiungimento dell'equilibrio economico correlato alla economicità della gestione derivante dall'efficiente utilizzo di tutte le risorse disponibili ed alla qualità ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogati. Tale importante aspetto del ruolo del direttore generale è confermato dai poteri di verifica e valutazione della dirigenza allo stesso riconosciuti anche dalle normative contrattuali.

Per quanto concerne il rapporto tra direttore generale e rappresentanze dei comuni va sottolineato che, non avendo le nuove disposizioni apportato alcuna modifica al dettato dell'art. 3, comma 14, del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993:

- il direttore generale, come affermato anche da alcuni commentatori dell'epoca, era ed è tenuto a svolgere un ruolo propulsivo e di consulenza nei confronti del sindaco nella sua veste di tutore delle esigenze sanitarie della popolazione del territorio di riferimento e, nel contempo, di verificatore dell'andamento generale dei servizi sanitari;

- il direttore generale è tenuto a, sottoporre al sindaco od alla conferenza dei sindaci gli atti contabili fondamentali dell'azienda per l'esame e la eventuale formalizzazione di osservazioni da rimettere alla regione;
- il sindaco o la conferenza dei sindaci per le aziende territoriali e la conferenza dei sindaci per le aziende ospedaliere deve esprimere parere in ogni procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale finalizzato alla sua conferma/rimozione, salvo il caso di risoluzione del contratto disposta dalla regione per gravi motivi, per situazioni di grave disavanzo e per violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione e che le rappresentanze degli enti locali interessati partecipano alla procedura di proposta, adozione ed approvazione del piano attuativo locale di ciascuna azienda secondo le modalità stabilite dalla regione.

L'attribuzione al sindaco od alla conferenza dei sindaci dei riferiti ampi poteri di valutazione dell'operato dei direttori generali, dovuta sicuramente alla necessità di compensare politicamente l'esclusione dei comuni dalla gestione dei servizi sanitari, è stata ed è tuttora ritenuta un fattore fortemente critico. Infatti per alcuni esperti la contrapposizione tra direttori generali e sindaci sembra inevitabile almeno per le scelte di natura programmatica necessarie ma certamente impopolari quali sono di norma considerate la soppressione e/o la riconversione di ospedali conseguente alla inderogabile razionalizzazione della rete ospedaliera, per cui a giudizio degli stessi la partecipazione dei sindaci al processo di valutazione dei direttori generali si concretizzerebbe in strumento di forte condizionamento e pressione sulle scelte strategiche di questi ultimi e di riflesso sullo stesso processo di aziendalizzazione del sistema a scapito esclusivo dei cittadini. L'ipotizzata contrapposizione è certamente da escludere in tutti i casi in cui la programmazione regionale e, per la Regione Toscana e per le altre regioni in cui si registrano analoghe situazioni, i piani di area vasta formulano al riguardo soluzioni precettive.

Peraltro non va dimenticato che, nonostante l'attribuzione al direttore generale della responsabilità complessiva aziendale sia stata disposta dal Dlgs. n. 229/1999, la giurisprudenza formatasi anteriormente alla sua emanazione aveva a più riprese riconosciuto allo stesso il ruolo di stratega e di responsabile unico dell'azienda sanitaria di riferimento. Al direttore generale infatti la giurisprudenza aveva riconosciuto, tra l'altro, la titolarità ad:

- attivarsi per il recupero di somme indebitamente corrisposte a strutture private accreditate,

- adoperarsi per inibire il perpetrarsi del compimento di attività illecite e di reati di cui sia venuto a conoscenza, fermo restando il dovere di loro denuncia alla competente autorità, sottolineando che lo stesso poteva essere chiamato a rispondere non solo per la mancata denuncia ma anche per non avere esercitato i poteri di accertamento, controllo e sanzione attribuitigli dalle disposizioni in materia.

In attuazione delle competenze attribuitegli dalle disposizioni in vigore al direttore generale spetta, tra l'altro:

- adottare i regolamenti interni per l'organizzazione, la gestione ed il funzionamento dell'azienda;
- adottare le direttive mirate ad assicurare il regolare e funzionale svolgimento dell'azione amministrativa e, più in generale, della gestione aziendale nel suo complesso;
- adottare i provvedimenti finalizzati al perseguimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, assegnategli all'atto della nomina e periodicamente aggiornate, avuto presente che la diretta responsabilità attribuitagli rispetto agli stessi dalla normativa influisce in maniera importante sulla possibilità di essere confermato nell'incarico alla scadenza contrattuale;
- adottare ed eventualmente revisionare il piano attuativo aziendale;
- verificare la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili;
- definire le scelte ed adottare le decisioni finalizzate ad orientare i risultati aziendali coerentemente con gli obiettivi affidatigli;
- assegnare ai responsabili delle strutture complesse (dipartimenti, presidi ospedalieri, distretti, articolazioni organizzative in staff ed in line non aggregate in dipartimento) gli obiettivi che ciascuno è chiamato a perseguire vincolandoli conseguentemente ad operare coerentemente con quelli aziendali pena la rimozione dall'incarico;
- valutare i dirigenti delle strutture complesse verificando, nel rispetto delle procedure definite dalle disposizioni contrattuali, la rispondenza dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi concordemente predeterminati ed alle direttive generali impartite. Analoga valutazione va effettuata -come vedremo in maniera più approfondita sotto il successivo capitolo 14, punto 14.5- nei confronti degli universitari chiamati a dirigere strutture complesse assistenziali nel rispetto delle procedure stabilite dagli accordi con l'università;
- definire, sulla base delle risultanze di una attenta analisi della domanda di servizi e prestazioni sanitarie espressa dalla popolazione di ri-

ferimento, tutte le scelte e decisioni programmatiche ed organizzative finalizzate al loro doveroso soddisfacimento ricorrendo, ove necessario, a strutture sanitarie non direttamente gestite. Il ricorso a strutture sanitarie non direttamente gestite va realizzato anche al fine della riduzione dei costi ferma restando comunque la garanzia della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati all'interno dei livelli essenziali di assistenza;

- adottare gli atti di *alta amministrazione*, cioè gli atti assolutamente non delegabili ad altri soggetti aziendali;
- approvare i documenti contabili;
- garantire l'esercizio della libera professione intramuraria agli operatori interessati. A riguardo il direttore generale è tenuto ad adottare i provvedimenti di sua competenza previsti dai commi 1, 2, 4, 5 e 6 della legge 3 agosto 2007 n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- porre in essere quanto necessario per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie gestite dall'azienda;
- definire, tramite la *carta dei servizi*, la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati facendosi carico di adottare tutti i provvedimenti preordinati a realizzarla;
- dare attuazione a tutte le direttive nazionali e regionali (o delle province autonome) in tema di appropriatezza delle prestazioni, di priorità per l'accesso alle stesse e di gestione delle liste di attesa;
- promuovere l'aggiornamento professionale e la formazione permanente del personale;

L'elencazione testè effettuata, peraltro non certamente esaustiva, dimostra in maniera puntuale la complessità del ruolo cui è chiamato il direttore generale. La complessità peraltro, a nostro avviso, non è attenuata ma è ulteriormente acuita da limiti e condizionamenti, sia interni che esterni, che mal si conciliano da una parte con la responsabilità della gestione complessiva aziendale allo stesso attribuita e, conseguentemente, con la previsione della sua rimozione dall'incarico nel caso in cui la gestione in questione non sia valutata soddisfacente dalla regione e dall'altra parte con l'autonomia imprenditoriale riconosciuta all'azienda sanitaria.

I limiti/condizionamenti interni sono costituiti:

- a) dai pareri obbligatori di competenza del consiglio dei sanitari in tema di attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, di investimenti attinenti alle stesse e di attività di assistenza sanitaria;

- b) dall'obbligo di avvalersi del collegio di direzione per:
 - il governo delle attività cliniche,
 - la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria,
 - la elaborazione del programma di attività dell'azienda,
 - l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi anche in attuazione del modello dipartimentale,
 - l'utilizzazione delle risorse umane;
- c) dall'obbligo di coinvolgere il collegio di direzione nella:
 - formulazione dei programmi di formazione,
 - formulazione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria,
 - valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
- d) dall'obbligo di assicurare la partecipazione del comitato di dipartimento, con le modalità stabilite dalla singola regione, all'individuazione dei direttori di dipartimento nonché di tenere conto delle indicazioni fornite da quest'ultimo sulle eventuali ulteriori funzioni affidategli dal comitato stesso;
- e) dall'obbligo di consultare le rappresentanze sindacali del comparto sull'organizzazione e sulla disciplina degli uffici e sulla consistenza e variazione delle dotazioni organiche;
- f) dall'obbligo di consultare le rappresentanze sindacali della dirigenza sull'organizzazione e sulla disciplina delle strutture e degli uffici con riguardo all'area di rispettiva competenza;
- g) dall'obbligo di attivare la concertazione con le rappresentanze sindacali interessate per la definizione dei criteri generali necessari alla applicazione di importanti istituti contrattuali quali, ad esempio:
 - il conferimento degli incarichi relativi alle posizioni organizzative e la loro valutazione periodica con riferimento al personale del comparto,
 - l'articolazione dell'orario di servizio e dell'orario di lavoro,
 - i piani per fronteggiare le emergenze,
 - l'affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali.

Non sono stati elencati tra i limiti/condizionamenti interni i pareri obbligatori di spettanza dei direttori amministrativo e sanitario in relazione alla disposizione che chiama gli stessi -tra l'altro- a partecipare, unitamente al direttore generale, alla direzione dell'azienda ed a concorrere, tramite la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni di quest'ultimo. Le richiamate funzioni attribuite ai direttori amministrativo e sanitario infatti inducono a

ritenere che la valutazione negativa del direttore generale dovrebbe coinvolgere anche i suddetti suoi più stretti collaboratori soprattutto nel caso in cui non vi sia traccia che gli stessi abbiano preso le distanze dal suo operare.

I limiti/condizionamenti esterni sono costituiti:

- a) dalla possibilità da parte delle regioni di formulare criteri e/o principi e/o modalità e/o indirizzi per la definizione da parte del direttore generale -tra l'altro- dell'atto aziendale (del quale riferiremo sotto il successivo punto), dell'organizzazione dei servizi aziendali, dell'attività destinata alla tutela della salute, del coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane, ivi compresa la previsione della costituzione di appositi organismi;
- b) dal controllo preventivo che le regioni si sono di norma riservate su importanti provvedimenti del direttore generale quali quelli concernenti l'approvazione, ad esempio:
 - del bilancio preventivo e/o del conto consuntivo,
 - della consistenza quantitativa ed, a volte, anche qualitativa delle dotazioni organiche,
 - dello stesso atto aziendale;
- c) dai contenuti del piano sanitario regionale.

Vanno in contrapposto considerate doverose le disposizioni che prevedono:

- la vigilanza ed il controllo delle regioni sulla gestione aziendale;
- la verifica da parte delle regioni del raggiungimento da parte del direttore generale degli obiettivi predeterminati anche al fine della rimozione in qualsiasi momento dall'incarico ovvero della sua riconferma o meno al termine del periodo contrattuale;
- il potere di vigilanza del ministero della salute sull'attività gestionale delle aziende sanitarie comprendente, tra l'altro, la promozione degli interventi necessari per l'esercizio, a livello centrale, delle funzioni di analisi e controllo dei costi e dei risultati finalizzati a contrastare inerzie, dispersioni e sprechi nell'utilizzo delle risorse, ex art. 32 legge n. 449/1997;
- il controllo contabile cui è tenuta la Corte dei Conti sulla gestione delle aziende sanitarie da esercitare tramite l'accertamento della rispondenza dei risultati sull'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e la valutazione dei costi, dei modi e dei tempi dello svolgimento dell'azione stessa, ex art. 3, comma 4, della legge n. 20/1994.

Per quanto concerne la nomina dei direttori generali il decreto legislativo all'esame non dispone alcuna modifica né per quanto attiene:

1. il soggetto cui compete la nomina,
2. la procedura da porre in essere perché il soggetto cui compete la nomina possa procedere alla stessa nonché alla successiva stipula del contratto con gli interessati,
3. il procedimento tramite il quale l'organo regionale, individuato dal rispettivo statuto, deve provvedere alla nomina.

In contrapposto assumono particolare rilevanza le disposizioni contenute nella legge n. 419/1998 con le quali si precisa da una parte che *i provvedimenti di nomina dei direttori generali sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti prescritti dalla normativa in materia, senza necessità di valutazioni comparative* e da altra parte che le scelte devono essere coerenti con *il completamento del processo di aziendalizzazione, con la natura privatistica e fiduciaria del rapporto e con il principio di responsabilità gestionale*. Al riguardo sembra opportuno rilevare che la riferita scelta legislativa destò molte perplessità avuto presente che:

- in base ai principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento della pubblica amministrazione che hanno ispirato anche la legge 7 agosto 1990, n. 241, alle regioni, nel caso di una pluralità di istanze, è fatto obbligo di comparare le varie posizioni soggettive ai fini della effettuazione della scelta, in modo da evitare disparità di trattamento e, quindi, di perseguire nel modo migliore l'interesse pubblico,
- in giurisprudenza si afferma la tesi secondo la quale anche gli atti di alta amministrazione regionale -e la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie è certamente uno di essi!- devono essere adeguatamente motivati,
- il potere regionale di procedere alla scelta delle persone cui affidare gli incarichi di direttore generale delle aziende sanitarie, anche se caratterizzato da ampia discrezionalità, soggiace sempre, come affermato da pronunciamenti costanti della giustizia amministrativa, *al sindacato del giudice della legittimità per cui il provvedimento di nomina deve essere emanato sulla base di una adeguata conoscenza dello stato dei fatti e di una ponderazione non irragionevole delle posizioni soggettive rilevanti, per cui la motivazione richiesta non potrebbe esaurirsi nell'affermazione dell'idoneità all'incarico del soggetto nominato*.

Ciononostante la scelta di derogare seppure implicitamente tutte le disposizioni richiamate sembra trovare ampia giustificazione nel duplice obiettivo che il Legislatore si era posto adottandola e cioè:

1. nell'obiettivo di precludere a chi non ottiene la nomina la possibilità di adire il competente organo della Magistratura e, quindi, di evitare il ri-

petersi delle situazioni di contenzioso verificatesi vigente la precedente disciplina (provvedimenti di sospensiva degli atti di nomina da parte dei Tribunali Amministrativi Regionali dei territori di competenza, annullamento di detti provvedimenti da parte del Consiglio di Stato, sentenze nel merito, ecc.) dalle quali era derivata, in molte realtà, la instabilità delle nomine effettuate,

2. nell'obiettivo di conferire alla scelta natura affatto fiduciaria e, quindi, non contestabile o difficilmente contestabile essendo difficilmente sindacabili le valutazioni su cui si fonda la fiducia. Al riguardo si ritiene comunque di sottolineare l'indispensabilità che nei provvedimenti di nomina del singolo direttore generale siano esplicitate le valutazioni/motivazioni a supporto della scelta ad evitare che il relativo provvedimento possa essere impugnato avuto riferimento alla necessità che la sua adozione avvenga sulla base di una adeguata conoscenza dello stato dei fatti e di una ponderazione non irragionevole delle posizioni soggettive rilevanti cui si è fatto riferimento poc'anzi.

Per quanto concerne invece i requisiti necessari per aspirare alla nomina il decreto legislativo n. 229/1999 oltre a confermare il possesso del diploma di laurea prevede il possesso di una *esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica od 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 precedenti la pubblicazione dell'avviso* nonché del *certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria* organizzati ed attivati dalle regioni. Il certificato del suddetto corso di formazione, qualora non posseduto al momento della nomina va prodotto entro i successivi diciotto mesi. Con riferimento all'esperienza quinquennale va rilevato che:

- la stessa, contrariamente a quanto disposto dal D.L. n. 512/1994 convertito, con modificazioni, in legge n. 590 dello stesso anno, non è più riferita a settori specifici ma deve essere stata svolta in posizione dirigenziale e con le caratteristiche di autonomia e responsabilità indicate dalla riprodotta disposizione del Dlgs. n. 229/1999;
- per la stessa, contrariamente a quanto previsto sia dal Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, che dalla citata legge n. 590/1994, non si fa più riferimento al fatto che debba essere qualificata. Al riguardo sembra opportuno evidenziare che con recente sentenza (n. 5053/2006) il TAR del Lazio ha affermata che l'iscrizione nell'elenco degli aspiranti al conferimento dell'incarico di direttore generale di azienda sanitari comporta il possesso da parte degli stessi di titoli (esperienza

professionale e formazione: ndr) coerenti con le funzioni da svolgere.

Sulla base delle disposizioni dettate dal D.lgs. n. 229/1999 a modifica ed integrazione di quelle emanate in precedenza nonché di quelle contenute in precedenti provvedimenti legislativi non modificate successivamente, per poter essere iscritti negli elenchi degli aspiranti alla nomina quale direttore generale di azienda sanitaria è necessario:

- a) il possesso dei riferiti requisiti generali: laurea, esperienza quinquennale e corso di formazione;
- b) non aver riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso di poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dall'art. 166, comma 2, del codice penale;
- c) non essere sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- d) non essere stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo, ad una misura di prevenzione, fatta salvo gli effetti della riabilitazione ex art. 15 della legge n. 327/1988 e del disposto dell'art. 14 della legge n. 55/1990;
- e) non essere sottoposti a misura di sicurezza detentiva od a libertà vigilata.

Ai suddetti requisiti e condizioni riteniamo debba essere aggiunto il rispetto delle disposizioni generali in materia di bilinguismo e di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego, vigenti per la provincia autonoma di Bolzano e per la regione Valle d'Aosta, ed in materia di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego vigenti per la sola provincia autonoma di Bolzano.

La riferita elencazione delle situazioni che rendono impossibile la nomina e, siamo certi, anche la conferma nell'incarico di direttore generale di azienda sanitaria è stata ampliata da parte della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) la quale al comma 734 dispone che *“Non può essere nominato amministratore di ente, istituzione, azienda pubblica, società a totale o parziale capitale pubblico chi, avendo ricoperto nei cinque anni precedenti incarichi analoghi, abbia chiuso in perdita tre esercizi consecutivi”*.

Per quanto concerne importanti aspetti di carattere generale le disposizioni in vigore prevedono che:

1. il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in diffor-

- mità dai pareri resi, per le parti di rispettiva competenza, dagli organismi di supporto di cui riferiremo nel capitolo successivo e cioè dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari;
2. nel caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza od impedimento del titolare, le relative funzioni devono essere svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale ovvero, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età;
 3. la regione è tenuta a:
 - verificare, trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi preventivamente determinati ed assegnati procedendo o meno, sulla base del suo esito, alla sua riconferma. Il provvedimento va assunto sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci per i direttori generali delle aziende territoriali ovvero il parere della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, integrata dal sindaco del comune capoluogo della provincia sul cui territorio ciascuna azienda insiste, per i direttori generali delle aziende ospedaliere;
 - risolvere, in qualsiasi momento, il contratto con il direttore generale -dichiarandone preventivamente la decadenza e provvedendo a sostituirlo- quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo od in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione. La risoluzione del contratto è disposta, salvo casi di particolare gravità ed urgenza, sentita la suddetta conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale integrata, nel caso il provvedimento riguardi il direttore di azienda ospedaliera. dal sindaco del comune capoluogo della provincia sul cui territorio la stessa insiste;
 - destituire il direttore generale delle aziende sanitarie e degli altri soggetti sanitari di diritto pubblico nell'ipotesi di grave inadempienza delle disposizioni dettate dai commi 1, 2, 4, 5 e 6 della legge 120/2007 ovvero a richiedere che analogo provvedimento sia adottato nei confronti dei direttori generali la cui nomina sia di competenza di organi statali;
 4. il sindaco o la conferenza dei sindaci per le aziende territoriali e la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, integrata dal sindaco del comune capoluogo della provincia sul cui territorio ciascuna azienda insiste, per le aziende ospedaliere pos-

- sono chiedere alla regione di revocare l'incarico o di non procedere alla sua conferma, se già scaduto, nel caso di manifesta inattuazione del piano attuativo locale;
5. la carica di direttore generale è incompatibile con la esistenza:
 - di un rapporto di lavoro dipendente, ancorchè in regime di aspettativa senza assegni, con l'azienda sanitaria presso cui va svolto l'incarico, nonchè di rapporti anche in regime convenzionale con detta azienda o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa;
 - di qualsiasi altro rapporto di lavoro, dipendente od autonomo, per cui la nomina a detto incarico determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto e per i lavoratori autonomi, pur nel silenzio della norma, il dovere di sospendere per tutto il periodo interessato lo svolgimento dell'attività. Il periodo trascorso in aspettativa è riconosciuto utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e le amministrazioni di appartenenza sono tenute ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico, nel rispetto delle disposizioni in materia con diritto a rivalersene nei confronti dell'azienda sanitaria interessata alla quale, comunque, spetta procedere al recupero della quota a carico del lavoratore;
 6. l'azienda sanitaria è tenuta a versare la contribuzione nei limiti previsti dall'art. 3, comma 7, del Dlgs. n. 181/1997 sul trattamento economico corrisposto al direttore generale iscritto all'assicurazione obbligatoria od a forme sostitutive ed esclusive della medesima non riconducibili alle fattispecie di cui si è fatto poco sopra cenno, fermo restando il recupero della quota a carico dello stesso;
 8. il direttore non è eleggibile a membro dei consigli comunali, provinciali e regionali ed a membro del Parlamento salvo la cessazione dall'incarico almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di ordinaria durata dei predetti organi ovvero, in caso di anticipato scioglimento degli stessi, entro i sette giorni successivi a quello dello scioglimento;
 9. il direttore generale non è, in ogni caso, eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia compreso, in tutto od in parte, il territorio dell'azienda sanitaria presso la quale abbia esercitato le funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura;
 10. l'incarico di direttore generale è incompatibile con la carica di membro

del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente e di assessore di comunità montana ed infine di membro del Parlamento;

11. il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le funzioni in aziende sanitarie comprese, in tutto od in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni;
12. il rapporto di lavoro del direttore generale, ferma restando la sua esclusività e la sua regolamentazione con contratto di diritto privato stipulato nel rispetto delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile, può avere una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, è rinnovabile e non è limitato ad alcun limite massimo di età. Il richiamo al codice civile consente di configurare il rapporto come contratto d'opera da svolgere prevalentemente con lavoro proprio e senza vincolo di subordinazione, con possibilità da parte del committente (cioè la regione) di procedere unilateralmente alla sua rescissione. La potestà del committente di procedere unilateralmente alla rescissione del contratto è certamente mitigata dalla previsione dell'art. 3bis, comma 7, del Dlgs. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n. 229/1999, secondo la quale la regione può procedere alla risoluzione del contratto *nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione*, soltanto dopo aver acquisito i pareri di cui riferito sotto il precedente punto 3 ovvero avendo fatta propria la richiesta di cui al precedente punto 4. Al di fuori dei casi indicati il contratto può essere comunque risolto dalla regione in caso di valutazione negativa del direttore generale con riferimento al raggiungimento degli obiettivi predefiniti. A conclusione del presente argomento si ritiene opportuno segnalare che:
 - 12.1 la giurisprudenza ha affermato che, nonostante l'autonomia riconosciuta al rapporto del direttore generale, eventuali controversie riguardanti la mancata conferma vanno dedotte avanti il giudice amministrativo in quanto i suddetti provvedimenti, ricollegandosi in senso logico-giuridico all'atto di nomina possono costituire solo la lesione di un interesse legittimo, con conseguente possibilità per il giudice di sospendere e di annullare il provvedimento con conseguente reintegrazione del ricorrente nelle funzioni rispettivamente in via provvisoria o definitiva;
 - 12.2 le controversie relative alla revoca dell'incarico sono di compe-

tenza del giudice ordinario il quale, comunque, non ha il potere di adottare misure reintegratorie tendenti a stabilizzare il ricorrente nelle funzioni. Al riguardo si è formato un orientamento dottrinale prevalente secondo il quale il riconoscimento al direttore generale di una pretesa alla stabilità reale nell'incarico non sarebbe in assonanza con le disposizioni che univocamente tendono ad assimilarlo ad un vero e proprio manager privato, la cui cultura ignora qualsivoglia pretesa alla permanenza nell'incarico, ferma restando la necessità di mettergli a disposizione una congrua garanzia giuridica onde evitargli di essere in concreto in balia di scelte conseguenti esclusivamente dai risultati delle elezioni regionali.

Con riferimento alle situazioni di ineleggibilità ed incompatibilità elencate sotto i punti da 5 a 10 -che peraltro vanno dichiarate, insieme ad altre, nella domanda finalizzata ad ottenere la nomina- va evidenziato che il Legislatore ha provveduto al loro inserimento sicuramente al fine di garantire da una parte l'indipendenza del direttore generale da ingerenze politiche e da altra parte ad evitare che l'incarico possa essere utilizzato per agevolare ambizioni elettorali da parte dello stesso. Le riferite disposizioni concernenti la figura del direttore generale delle aziende sanitarie sono applicabili, come vedremo sotto il successivo capitolo 14, punto 14.4.2, anche al direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie, seppure con alcune specificità ulteriori.

A conclusione del presente approfondimento sembra opportuno ulteriormente accennare al fatto che -in analogia a quanto disposto con la legge n. 145/2002 per quanto atteneva i titolari di incarico di funzione dirigenziale di livello generale e di direttore generale degli enti pubblici vigilati dallo Stato- la Regione Lazio aveva emanato specifica disposizione legislativa, finalizzata a realizzare in pratica il così detto *spoil system* anche per quanto concerne i direttori generali delle aziende sanitarie. La legge che disponeva la decadenza dei direttori generali di azienda sanitaria "dalla carica il novantesimo giorno successivo alla prima seduta del Consiglio regionale, salvo conferma con le stesse modalità previste per la nomina" è stata dichiarata incostituzionale rispettivamente con:

- sentenza n. 103, del marzo 2007, nella quale si afferma che le amministrazioni pubbliche non possono recedere liberamente dal rapporto ad evitare l'instaurazione di *uno stretto legame fiduciario tra le parti che non consentirebbe ai dirigenti generali di svolgere in modo autonomo uno stretto legame fiduciario*

tra le parti ed imparziale la propria attività gestoria ed essendo costituzionalmente illegittima la revoca delle funzioni legittimamente conferite ai dirigenti al di fuori della ipotesi di una accertata responsabilità dirigenziale in presenza di determinati presupposti ed all'esito di un procedimento di garanzia puntualmente disciplinato;

- sentenza n. 104, sempre del marzo 2007, nella quale si afferma che *l'imparzialità e il buon andamento dell'amministrazione esigono che la posizione del direttore generale sia circondata da garanzie; in particolare che la decisione dell'organo politico relativa alla cessazione anticipata dell'incarico del direttore generale di azienda sanitaria rispetti il principio del giusto procedimento. La dipendenza funzionale del dirigente non può diventare dipendenza politica. Il dirigente è sottoposto alle direttive del vertice politico e al suo giudizio, ed in seguito a questo può essere allontanato. Ma non può essere messo in condizioni di precarietà che consentano la decadenza senza la garanzia del giusto procedimento.*

I pronunciamenti della Corte Costituzionale oltre ad aver eliminato disposizioni inconciliabili con il dettato costituzionale non solo hanno, senza dubbio alcuno, eliminata una non corretta invadenza della politica nell'esercizio dell'attività amministrativa nel rispetto della netta separazione tra competenze degli organi politici e competenze dei responsabili della gestione definita faticosamente con l'emanazione del Dlgs. n. 29/1993 e conservata anche in sede di Dlgs. n. 165/2001 con cui lo stesso è stato abrogato e sostituito ma ha anche limitato un ulteriore strumento di realizzazione di un turnover ingiustificato nella titolarità dell'incarico di direttore generale da cui sono derivate troppo spesso situazioni di instabilità e discontinuità nell'esercizio della funzione da cui sono derivate e continueranno comunque a derivare disfunzioni all'operatività efficiente ed efficace dell'intero sistema.

Al riguardo va ulteriormente rilevato che il Consiglio di Stato con ordinanza emessa negli ultimi giorni del successivo mese di maggio ha reintegrato nell'incarico uno dei direttori generali che erano stati sostituiti in attuazione della l.r. del Lazio n. 145/2002 sostenendo, tra l'altro, che il rapporto doveva necessariamente riprendere a produrre i suoi naturali effetti sinallagmatici fino alla definitiva scadenza triennale imposta come minima da inderogabili norme imperative, sempre che -aggiungiamo per completezza- non venga disposta la riconferma a seguito della verifica da effettuare trascorsi diciotto mesi dalla nomina ovvero venga decisa la revoca sia in presenza di gravi motivi o di una gestione che presenti una situazione di grave disavanzo che in presenza di accertata violazione di leggi o del principio del buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

13.2.2.2. Il collegio sindacale

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 ha sostituito al collegio dei revisori, quale ulteriore organo delle aziende sanitarie, il collegio sindacale. La modifica non ha certamente valenza solo sotto l'aspetto letterale; anzi la stessa si giustifica esclusivamente con la volontà di introdurre all'interno delle aziende sanitarie un organismo tipico del settore privato come dimostrano anche gli scarsi contenuti dedicati allo stesso ed il rinvio scontato alle disposizioni dettate dal codice civile per quanto non espressamente previsto. La norma delegata in questione infatti si interessa del collegio esclusivamente per quanto attiene le competenze, la durata in carica e la composizione. In particolare la norma dispone che il collegio:

- duri in carica tre anni e sia composto da cinque membri di cui due designati dalla regione, uno dal ministro dell'economia e delle finanze, uno dal ministro della salute e l'ultimo dalla conferenza dei sindaci ovvero dal sindaco del comune il cui territorio o parte dello stesso corrisponda con quello dell'azienda unità sanitaria locale; per le aziende ospedaliere il quinto componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei sindaci. I relativi componenti devono essere scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il ministero della giustizia ovvero tra i funzionari del ministero dell'economia e delle finanze che abbiano esercitato almeno per tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali;
- sia tenuto a:
 - a) verificare l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico,
 - b) vigilare sull'osservanza della legge,
 - c) accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili,
 - d) effettuare periodicamente verifiche di cassa,
 - e) riferire almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta della stessa, sulle risultanze dei riscontri eseguiti con obbligo di denunciare tempestivamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità,
 - f) trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda unità sanitaria locale alla Conferenza dei sindaci nel caso in cui la stessa ne comprenda una pluralità ovvero al sindaco del comune il cui territorio o parte dello stesso corrisponda con quello dell'azienda,
 - g) trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda

ospedaliera al sindaco del comune capoluogo della provincia dove la stessa è situata,
con precisazione che gli atti di ispezione e controllo possono essere effettuati anche dal singolo componente del collegio.

Quest'ultima previsione e la possibilità consentita al collegio sindacale di svolgere accanto alle consuetudinarie funzioni di controllo anche un ruolo di indirizzo, ricavabile dal confronto tra le competenze attribuitegli e quelle in precedenza attribuite al collegio dei revisori, confermano la volontà del Legislatore di assimilare il ruolo del nuovo organo a quello del corrispondente organo previsto dalla normativa civilistica per le società di capitali.

Sulla base delle disposizioni dettate dal decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993:

- la formalizzazione della costituzione del collegio e le eventuali sostituzioni di suoi componenti avvengono, tenendo conto delle varie designazioni, con specifico provvedimento del direttore generale dell'azienda sanitaria interessata al quale compete anche la sua convocazione per la prima seduta;
- il collegio provvede ad eleggere al suo interno, all'atto della prima seduta, il presidente;
- nel caso in cui il direttore generale non provveda alla ricostituzione del collegio alla scadenza ovvero in mancanza di più di due suoi componenti la regione provvede alla nomina di un collegio straordinario composto da un proprio funzionario e da due funzionari del ministero dell'economia e delle finanze il quale dura in carica fino all'insediamento del nuovo collegio ordinario.

La riferita normativa dettata dalle disposizioni concernenti le aziende sanitarie va, a nostro avviso integrata, in conseguenza del richiamo esplicito fatto dalla stessa, con le disposizioni del codice civile sulla base delle quali tra l'altro:

1. le operazioni effettuate dal collegio o da suoi componenti debbono risultare da appositi verbali debitamente numerati e trascritti nel libro delle adunanze, la cui presenza è imposta dalle disposizioni generali in tema di funzionamento degli organi collegiali di tutte le pubbliche amministrazioni;
2. i verbali vanno raccolti e conservati a cura del presidente. Al riguardo va rilevato che la verbalizzazione di tutti i controlli effettuati mette al

- riparo i componenti del collegio da imputazioni di responsabilità mosse loro in sede di giudizio e relative a carenze nello svolgimento delle competenze definite dalle disposizioni in materia;
3. la nomina a componente del collegio non è possibile per gli interdetti, i falliti ed i condannati ad una pena che comporta l'interdizione anche temporanea dai pubblici uffici o l'incapacità di esercitare uffici direttivi ex art. 2382 c.c.;
 4. la nomina a componente del collegio non è altresì possibile per il coniuge, per i parenti e per gli affini entro il quarto grado del direttore generale nonché per i soggetti legati all'azienda da un rapporto continuativo di prestazione d'opera retribuita;
 5. i singoli componenti del collegio sono responsabili, anche per *culpa levis*, per inadempimento di obbligazioni proprie e per danni causati dagli amministratori, in solido con gli stessi, nel caso in cui sia possibile dimostrare che la responsabilità diretta di questi ultimi sia conseguenza anche solo parziale della loro mancata vigilanza;
 6. i singoli componenti del collegio:
 - a) rispondono della veridicità delle loro attestazioni,
 - b) devono garantire la riservatezza su fatti e documenti di cui hanno conoscenza in ragione dell'incarico,
 - c) hanno l'obbligo di presentare tempestivamente rapporto all'autorità competente delle notizie di reato e delle anomalie e scorrettezze gestionali delle quali vengano a conoscenza in ragione dell'incarico, incorrendo nel reato di omissione di denuncia nel caso in cui non adempiano l'obbligo.

13.2.2.3. Gli organismi di supporto all'attività del direttore generale

L'esplicitazione e l'illustrazione delle normative in vigore che disciplinano la composizione e/o il funzionamento e le attribuzioni degli organismi di supporto all'attività del direttore generale rende necessario preventivamente rilevare che la materia è stata oggetto di successive elaborazioni ed in particolare che:

- il Dlgs. n. 502/1992, come modificato dal Dlgs. n. 517/1993, al fine di supportare la complessa attività cui era chiamato il direttore generale, aveva affidato competenze di collaborazione e consulenza, sostanzialmente rimasti invariati, in ambiti esplicitamente definiti al direttore amministrativo, al direttore sanitario ed al consiglio dei sanitari,
- il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, oltre ad aver introdotto lievi modifiche alla preesistente normativa in materia ha provveduto alla sua integrazione prevedendo da una parte l'affidamento di nuovi im-

portanti compiti e di nuove responsabilità al direttore amministrativo ed al direttore sanitario da altra parte la istituzione di un ulteriore organismo di supporto: il collegio di direzione,

- il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, concernente “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell’attività svolta dalle amministrazioni pubbliche a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” ha, come vedremo, fornito supporti aggiuntivi per lo svolgimento dell’incarico di direttore generale.

Sulla base delle disposizioni emanate agli inizi dell’anno ‘90 e tuttora in vigore il direttore amministrativo ed il direttore sanitario devono essere nominati con provvedimento motivato del direttore generale, mentre il consiglio dei sanitari rappresenta un organismo in gran parte elettivo la cui composizione numerica e professionale è definita dalla regione. Per quanto concerne ciascuno dei suddetti organismi la richiamata normativa dispone che:

1. il direttore amministrativo:
 - a) deve essere un laureato in discipline giuridiche od economiche che non ha compiuto i sessantacinque anni di età e che ha svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnica od amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione;
 - b) cessa dall’incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale ferma restando la possibilità per quest’ultimo di confermarlo nell’incarico;
 - c) può essere, per gravi motivi, sospeso o dichiarato decaduto dal direttore generale con provvedimento motivato;
 - d) deve svolgere l’incarico a tempo pieno;
 - e) è chiamato a dirigere i servizi amministrativi ed a fornire al direttore generale parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza;
2. il direttore sanitario:
 - a) deve essere un medico che non ha compiuto i sessantacinque anni di età e che ha svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione;
 - b) cessa dall’incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale ferma restando la possibilità per quest’ultimo di confermarlo nell’incarico;

- c) può essere, per gravi motivi, sospeso o dichiarato decaduto dal direttore generale con provvedimento motivato;
 - d) deve svolgere l'incarico a tempo pieno;
 - e) è chiamato a dirigere i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari ed a fornire al direttore generale parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza;
3. il consiglio dei sanitari:
- a) è presieduto dal direttore sanitario;
 - b) è costituito da membri di diritto e da membri eletti con le modalità definite dalla regione, alla quale peraltro spetta di stabilirne la composizione, nella salvaguardia comunque delle presenze di diritto di cui alla successiva lettera;
 - c) deve comprendere in maggioranza medici ed altri operatori sanitari laureati nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario ferma restando:
 - c.1) nelle aziende unità sanitarie locali, la presenza di almeno un dirigente veterinario e quella maggioritaria di medici ospedalieri in presenza di uno o più presidi ospedalieri,
 - c.2) nelle aziende ospedaliere, la presenza dei direttori dei dipartimenti sanitari;
 - d) svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed in particolare fornisce al direttore generale parere obbligatorio per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, per gli investimenti ad esse attinenti nonché per le attività di assistenza sanitaria con particolare riferimento, si pensa, all'attenzione al momento erogativo delle prestazioni assistenziali ed al rapporto con l'utenza allo scopo di responsabilizzare il consiglio, nella sua collegialità, sulla qualità delle prime e sull'umanizzazione di quest'ultimo. In assenza di pronunciamento entro il termine fissato con legge dalla singola regione, deve intendersi acquisito parere favorevole. Il riferito aspetto induce a ritenere che gli atti su cui il consiglio dei sanitari è tenuto ad esprimere parere obbligatorio sono illegittimi e quindi soggetti al rischio di annullabilità nel caso in cui il parere non venga richiesto ovvero nel caso in cui il direttore generale decida di non rispettare il parere senza fornirne motivazione formale;
 - e) opera nel rispetto delle modalità di funzionamento definite dalla regione.

Sulla base delle disposizioni dettate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229:

- la regione potrebbe subordinare il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo oltre che al possesso di tutti i requisiti indicati dalle disposizioni emanate in precedenza anche alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale previsto dall'art. 7 del D.P.R. n. 484/1997 ovvero ancora di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato;
- il conferimento dell'incarico di direttore sanitario è subordinato oltre che al possesso di tutti i requisiti indicati dalle disposizioni emanate in precedenza anche alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale previsto dall'art. 7 del D.P.R. n. 484/1997;
- il direttore amministrativo ed il direttore sanitario oltre a svolgere tutti i compiti loro affidati dalla precedente normativa:
 - a) partecipano, unitamente al direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda,
 - b) assumono la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza,
 - c) concorrono con la formulazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale;
 - d) debbono svolgere il loro incarico con rapporto di lavoro esclusivo, regolamentato al pari di quello del direttore generale, con contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, non limitato -a nomina avvenuta- ad alcun limite massimo di età e risolubile per le cause determinate dall'apposita disciplina di competenza regionale. Permane invece la disposizione -a nostro avviso anacronistica- del comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, -successivamente mai abrogata, contrariamente a quanto fatto per la figura del direttore generale- secondo la quale per poter essere chiamati a tali incarichi è necessario non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età.

In relazione ai riferiti nuovi elementi va sottolineata la natura assolutamente fiduciaria che dovrebbe caratterizzare il rapporto di ciascuno di loro con il direttore generale e che, in qualche modo farebbe ritenere ingiustificata la previsione legislativa secondo la quale il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità del parere resi dagli stessi.

Infatti nel caso in cui il direttore generale non condivida il parere del direttore amministrativo e/o del direttore sanitario e tale situazione permanga dopo i necessari approfondimenti e scambi di vedute non v'è dubbio alcuno che dovrebbe considerarsi scontata la risoluzione del rapporto.

Del nuovo organismo a supporto alla sua complessa attività previsto dal Dlgs. n. 229/1999 -il collegio di direzione- il direttore generale deve comunque avvalersi:

- 1) per il governo delle attività cliniche,
- 2) per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, cioè del complesso delle attività sanitarie e di supporto comunque svolte, e di quelle ad alta integrazione sanitaria,
- 3) per la elaborazione del programma di attività dell'azienda,
- 4) per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale,
- 5) per la definizione delle modalità di utilizzazione delle risorse umane.

Il suddetto Collegio in aggiunta:

- a) concorre alla formulazione dei programmi di formazione e delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria nonché alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;
- b) opera con le modalità definite dalla regione;
- c) è composto numericamente e professionalmente nel rispetto della disciplina definita dalla regione fermo restando la presenza obbligatoria al suo interno dei direttori amministrativo e sanitario e dei direttori di distretto, dipartimento e presidio. Per quanto attiene la composizione di detto organismo all'interno delle aziende ospedaliero-universitarie si rinvia al successivo capitolo 14 punto 14.4.2. Riguardo al collegio sembra oltremodo opportuno rilevare che alcune regioni:
 - hanno previsto che dello stesso facciano parte, oltre ai soggetti indicati esplicitamente dalla richiamata normativa, anche rappresentanti dei professionisti convenzionati (medici di medicina generale meglio noti come medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati),
 - hanno attribuito allo stesso anche funzioni di elaborazione di proposte in materia di ricerca ed innovazione, ritenendo che il sistema sanitario regionale debba, tramite le aziende sanitarie, svolgere in aggiunta all'assistenza, come funzioni istituzionali, la ricerca, l'innovazione e la formazione.

Le disposizioni citate e soprattutto le espressioni utilizzate dal Legislatore per definire il rapporto tra direttore generale e collegio di direzione inducono ad affermare che:

- non esiste alcun legame di tipo fiduciario tra i due soggetti,
- diverso è il contenuto delle rispettive sfere di azione,
- il collegio di direzione, in quanto rappresentativo degli operatori con forti responsabilità all'interno dell'organizzazione aziendale, oltre a svolgere funzioni di consulenza tecnica nei confronti del direttore generale e di collegamento tra attività di governo ed attività di gestione, costituisce un centro di coordinamento tra i suoi componenti finalizzato a corresponsabilizzarli non solo nella gestione delle strutture, e relative attività, alle quali sono preposti ma anche nella gestione complessiva dell'azienda in coerenza con le linee strategiche definite dal direttore generale e con le conoscenze acquisite durante gli approfondimenti sviluppati per svolgere le proprie competenze.

Sulla base delle disposizioni dettate dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, l'azienda sanitaria deve dotarsi di un assetto organizzativo che consenta di svolgere quattro distinte, anche se affatto collegate, funzioni e cioè:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile,
- il controllo di gestione,
- la valutazione dei dirigenti,
- la valutazione ed il controllo strategico.

Con riferimento alle funzioni indicate sembra opportuno fornire alcune importanti puntualizzazioni al riguardo, rilevando a monte che il decreto aveva disposto tra l'altro:

- all'art. 10, comma 2, l'abrogazione dell'art 20, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, per quanto attiene le disposizioni che disciplinavano i servizi di controllo interno ovvero i nuclei di valutazione di cui il direttore generale sulla base delle disposizioni non modificate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 29, era tenuto, anche attraverso l'uno o l'altro organismo, a verificare -mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati- la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate e l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- all'art. 10, comma 4, che le amministrazioni non statali avrebbero dovuto provvedere, nelle forme previste dalla vigente legislazione, a conformare il proprio ordinamento ai principi dettati dal decreto in que-

stione, anche in deroga a specifiche disposizioni di legge non compatibili con i suddetti principi con conseguente obbligo da parte del direttore generale di farsene carico in sede di adozione dell'atto aziendale.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile -finalizzato a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa- è affidato, come riferito in precedenza, al collegio sindacale. La disciplina già esplicitata va integrata con il dettato del Dlgs. n. 286 per quanto attiene le affermazioni -a nostro avviso scontate- secondo le quali lo stesso è ispirato da un lato al *principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile* e cioè, con riferimento alle aziende sanitarie, *dal direttore generale* e dall'altro lato al *principio secondo il quale il controllo di regolarità amministrativa e contabile non può essere affidato alle strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione del personale ed al controllo strategico.*

Il controllo di gestione -finalizzato a verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati- va affidato a specifica articolazione organizzativa aziendale; esso è concepito, in termini ampi, come sistema di programmazione e controllo ovvero come sistema tramite il quale vanno determinati gli obiettivi gestionali, individuate le responsabilità dirigenziali e rilevate le informazioni sulle attività realizzate sia di tipo contabile che di altro tipo. Ai fini in questione l'articolazione organizzativa -da costituire, come vedremo, in staff alla direzione generale- è tenuta a svolgere tra l'altro le sotto elencate competenze al fine di effettuare le valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati necessari al direttore generale per l'adozione di tutte le decisioni utili al miglior governo dell'azienda:

- progettare e gestire la funzione,
- definire le procedure per la determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili e l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione aziendale sia complessiva che riferita alla singola struttura complessa,
- determinare le modalità di ripartizione delle risorse e gli obiettivi che, con le stesse, devono essere conseguiti nonché gli indicatori per misurare efficacia efficienza ed economicità dell'operato reale,
- fissare la frequenza di rilevazione delle informazioni.

La valutazione del personale con incarico dirigenziale -finalizzata a valutare, sulla base dei risultati del controllo di gestione ed in coerenza con quanto stabilito al

riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, le prestazioni dei dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative loro assegnate- deve:

- essere svolta con cadenza annuale,
- avvalersi dei risultati del controllo di gestione,
- essere svolta da organismi diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione,
- essere basata sulla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente o valutatore di prima istanza,
- prevedere l'approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo competente o valutatore di seconda istanza,
- prevedere la partecipazione del valutato al procedimento.

La direzione dell'articolazione organizzativa deputata alla valutazione del personale con incarico dirigenziale potrebbe essere affidata dal direttore generale, in analogia con quanto previsto per gli uffici delle amministrazioni statali dall'art. 6 del Dlgs n. 286/1999 come modificato dalla legge n. 248/2006, ad un organo monocratico ovvero ad un organo composto da tre componenti, all'interno del quale va individuato il presidente.

Nel rispetto degli enunciati principi fissati dal Legislatore delegato i vigenti contratti collettivi nazionali della dirigenza del servizio sanitario nazionale sottoscritti il 3 novembre 2005 hanno, tra l'altro, fornito per quanto riguarda alcuni dei principi stessi le seguenti esplicazioni:

- a) la valutazione, finalizzata alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa, è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro dei dirigenti;
- b) la valutazione deve avvenire annualmente ed al termine dell'incarico dirigenziale conferito o del primo quinquennio di servizio ed al raggiungimento degli anni di esperienza professionale richiesta per l'attribuzione delle varie classi dell'indennità esclusiva;
- c) le aziende sanitarie sono tenute a predeterminare, previa concertazione con le rappresentanze dei dirigenti, criteri generali che devono informare i sistemi di valutazione delle attività professionali delle prestazioni e delle competenze organizzative;
- d) le procedure di valutazione devono essere improntate alla trasparenza dei criteri usati, alla oggettività delle metodologie adottate ed all'obbligo di motivazione della valutazione espressa nonché alla informazione adeguata ed alla partecipazione del valutato anche tramite la comunicazione ed il contraddittorio sia nel 1° che nel 2° livello di valutazione;

- e) l'oggetto della valutazione va rapportato, oltre che agli obiettivi specifici riferiti alla professionalità del singolo dirigente ed ai relativi criteri di verifica dei risultati, alle specifiche procedure ed alle distinte finalità tipiche di ciascuna tipologia di valutazione di cui alla precedente lettera b);
- f) la verifica e la valutazione annuale dei risultati di gestione dei dirigenti di struttura semplice e complessa nonché dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti rispetto agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato, va effettuata dal nucleo di valutazione;
- g) la verifica e la valutazione da effettuare al termine dell'incarico o del primo quinquennio di servizio ed al raggiungimento delle anzianità previste per l'attribuzione delle varie classi dell'indennità di esclusività, va effettuata dal collegio tecnico ovvero dallo specifico organismo di verifica previsto e disciplinata dall'atto aziendale in applicazione della richiamata specifica previsione dell'art. 10, comma 4, del Dlgs. n. 386/1999.

La valutazione ed il controllo strategico -finalizzati a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico- devono:

1. supportare l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo. Quest'ultima espressione, con riferimento all'organizzazione delle aziende sanitarie, non può che riguardare il relativo direttore generale;
2. sviluppare l'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate;
3. identificare gli eventuali fattori ostativi e le eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione degli obiettivi prefissati ed individuare i rimedi da adottare per eliminarli;
4. valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione delle linee strategiche esplicitate dal direttore generale con piani, programmi, documenti contenenti indirizzi/direttive onde verificare la congruenza dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi predeterminati avendo presente che detta congruenza deve riguardare il rapporto tra le missioni derivanti dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative cui si è fatto riferimento e le risorse assegnate.

La riferita pluralità di competenze assegnate all'articolazione organizzativa deputata alla valutazione ed al controllo strategico -definibile come servizio

di controllo interno- sembra poter consentire l'ipotesi che il Legislatore abbia voluto tenere distinte la funzione *valutazione delle strategie* da quella del *controllo strategico*, laddove si intenda:

- per *valutazione strategica* l'attività svolta al fine di valutare la coerenza tra gli obiettivi individuati dal direttore generale e le priorità, i piani, i programmi e le direttive ovvero gli indirizzi definiti dallo stesso giovandosi anche del supporto tecnico messogli a disposizione dall'articolazione organizzativa preposta a svolgere la funzione in questione;
- per *controllo strategico* l'attività tesa a sviluppare uno strumento a disposizione della direzione aziendale per favorire il governo delle attività gestionali sviluppate dagli operatori aziendali.

La normativa prevede inoltre che i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico siano chiamati, di norma, a supportare l'organo di indirizzo politico -cioè nel caso delle aziende sanitarie il direttore generale- nella valutazione dei dirigenti che rispondono direttamente al medesimo -cioè, con riferimento all'organizzazione delle aziende sanitarie, i responsabili di struttura complessa- per il conseguimento degli obiettivi loro assegnati.

A conclusione del presente approfondimento sembra opportuno evidenziare che le normative dettate dal Dlgs. n. 286/1999, applicabili alle aziende sanitarie:

1. da una parte prevedono che:
 - tutte le funzioni dallo stesso disciplinate devono essere esercitate in modo affatto integrato,
 - gli organismi deputati allo svolgimento del controllo di gestione, della valutazione dei dirigenti e del controllo strategico sono tenuti a riferire sui risultati dell'attività svolta esclusivamente agli organi di vertice dell'amministrazione e cioè nel caso delle aziende sanitarie, al direttore generale delle stesse, con conseguente esonero dell'obbligo di denuncia a chicchessia di quanto conosciuto per lo svolgimento dell'incarico,
2. dall'altra parte consentono di sviluppare importanti considerazioni solo che si tengano presenti le peculiarità del settore sanitario con riferimento:
 - alle difficoltà che incontra l'applicazione delle norme concernenti la valutazione ed il controllo strategico avuto riguardo al ruolo della regione nelle scelte di programmazione e negli indirizzi generali di operatività cui devono uniformarsi le aziende sanitarie. La difficoltà

è reale anche se non può essere messo in discussione il potere autonomo del direttore generale della singola azienda sanitaria per quanto concerne almeno la scelta di cosa e di come fare;

- alla difficoltà di realizzare un approccio che, ignorando le modalità di formazione della domanda di prestazioni sanitarie ed il rapporto tra domanda ed offerta, affronti solo i temi della qualità, dell'efficienza e della produttività del sistema di produzione e di erogazione dei servizi;
- alla problematicità del rapporto che intercorrerebbe tra l'ipotizzato servizio di controllo interno ed il collegio di direzione avuto presente che quest'ultimo, come in precedenza riferito, è tenuto a svolgere nei confronti del direttore generale attività consultiva-collaborativa per quanto attiene sia la programmazione relativa al governo delle attività cliniche che la valutazione delle attività tecnico-sanitarie con particolare riferimento alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. La problematicità potrebbe essere superata esclusivamente ipotizzando che l'attività del collegio di direzione sia utilizzata dal servizio di controllo interno per svolgere l'attività di supporto che la normativa gli impone sia con riferimento alle decisioni di competenza del direttore generale sia in tema di programmazione che in tema di verifica dei dirigenti non responsabili di struttura complessa.

13.3. L'atto aziendale

L'atto aziendale -introdotto nel sistema dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, come modificato dal decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168- costituisce il documento chiamato a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento di ciascuna azienda sanitaria e, come accennato in precedenza, rappresenta un qualificante ed importante strumento teso a realizzare il completamento del processo di aziendalizzazione dei soggetti pubblici, e relative strutture, del servizio sanitario nazionale; di esso la normativa definisce anche alcuni contenuti e prerogative. L'esplicitazione dell'obbligo della sua adozione da parte del direttore generale di ciascuna azienda sanitaria testimonia l'importanza che il Legislatore delegato ha inteso attribuire al documento ai fini ricordati essendo indubbio che l'esplicitazione deve essere ritenuta pleonastica in quanto lo stesso va considerato come lo strumento più significativo dell'autonomia imprenditoriale riconosciuta alle aziende sanitarie rientrando innegabilmente all'interno di quest'ultima la competenza a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento del soggetto che ne ha la

titolarità. Tenuto conto delle disposizioni che lo definiscono “di diritto privato” da adottare “nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali” e di quelle sulla base delle quali le aziende sanitarie “agiscono mediante atti di diritto privato” riteniamo di poter affermare che l’atto aziendale:

- non può costituire fonte normativa di rilevanza pubblicistica e pertanto non può essere impugnato dinanzi agli organi della giustizia amministrativa;
- ha natura negoziale ed è libero nel fine essendo verificabile solo successivamente rispetto alla sua adozione onde valutarne la coerenza con l’interesse pubblico desumibile dal fatto che lo stesso debba essere rispettoso dei principi e criteri previsti dalle disposizioni che le regioni sono tenute a fornire per la sua predisposizione;
- non ha natura né di atto costitutivo, né di statuto, né di regolamento ma si concretizza come una nuova tipologia di *documento*. Infatti l’atto aziendale non è assimilabile:
 1. ad un atto costitutivo perché l’atto con cui si procede alla costituzione di ciascuna azienda sanitaria è di pertinenza della regione,
 2. allo statuto, ad esempio degli Enti Locali, non solo perché è definito di diritto privato, ma anche perché l’assimilazione avrebbe comportato il riconoscimento all’azienda sanitaria di un autonomo potere statutario che nella realtà si deve escludere in conseguenza del potere riconosciuto alla regione di definire i principi e criteri a cui lo stesso deve uniformarsi,
 3. allo statuto delle società private in quanto questo è legato molto spesso formalmente ma comunque sempre sostanzialmente all’atto costitutivo, mentre esso presuppone l’esistenza dell’azienda sanitaria con personalità giuridica pubblica, peraltro –come già rilevato– dovuta ad un soggetto terzo: la regione,
 4. ad un regolamento se non altro per l’ampiezza dei contenuti che debbono essergli propri;
- ha, nella sostanza, una natura giuridica affatto nuova ed originale non definita peraltro in maniera puntuale dal Legislatore e, comunque, non riconducibile a nessuna fattispecie in precedenza da questi disciplinata. Il Legislatore infatti per la prima volta ha riconosciuto ad una pubblica amministrazione due caratteristiche tipiche delle aziende private e cioè l’autonomia imprenditoriale e la titolarità ad agire con atti di diritto privato;
- può essere qualificato come atto di autogoverno imprenditoriale tramite il quale la singola azienda disciplina la propria organizzazione e le modalità del suo funzionamento;
- costituisce lo strumento tramite il quale il direttore generale della singo-

- la azienda sanitaria si propone di realizzare una gestione efficiente, efficace ed agile della stessa, nel doveroso ed ineludibile rispetto delle disposizioni di carattere pubblicistico che ne vincolano comunque la gran parte dell'azione (esempio: modalità tramite le quali procedere all'assunzione di personale nonché all'acquisizione dei beni e servizi a maggiore rilevanza economica);
- era subordinato alla emanazione da parte della singola regione del provvedimento contenente i principi ed i criteri a cui il singolo direttore generale avrebbe dovuto uniformarsi per la sua adozione. Tale vincolo non è stato osservato da tutti i direttori generali: infatti i direttori generali di un limitato numero di aziende hanno provveduto all'adozione dell'atto aziendale prima dell'emanazione del riferito previsto documento regionale, esplicitando riserva di procedere alla sua rivisitazione dopo l'emanazione di quest'ultimo per eventualmente provvedere a conformarlo ai relativi contenuti;
 - ha contenuti in parte obbligatori in quanto prefigurati dalle disposizioni che lo riguardano ovvero da altre disposizioni comunque non eludibili ed in parte facoltativi in quanto derivanti dalla professionalità del direttore generale e dalle esperienze e convinzioni, soprattutto nel campo organizzativo, dallo stesso maturate durante la precedente attività lavorativa.

Importanza certamente rilevante con riferimento al tema assume la disposizione utilizzata dal decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168, secondo la quale "l'organizzazione ed il funzionamento" delle aziende sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali" con la quale, tra l'altro, l'intervento regionale è stato reso meno vincolante rispetto alla previsione del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, secondo la quale i "principi e criteri" dovevano essere definiti con "legge regionale". Al riguardo si rileva che la gran parte delle regioni, nel definire, tramite il documento di indirizzo per la sua predisposizione, i principi e criteri che ciascun direttore generale avrebbe dovuto rispettare nell'adottare l'atto aziendale e le sue eventuali successive rielaborazioni, hanno previsto che il documento e le sue rivisitazioni devono realizzarsi tramite successive distinte fasi peraltro non comuni in tutte le realtà e cioè:

- la fase della predisposizione di una prima bozza dell'atto aziendale ai fini di una sua prima valutazione in sede regionale finalizzata non solo a verificarne la coerenza con i principi e criteri in tale sede predeterminati

ma anche -e purtroppo- a valutare il merito dei suoi contenuti non obbligatori. Detta fase in occasione della prima esperienza è stata ripetuta più volte!;

- la fase dell'adozione dell'atto aziendale da parte del direttore generale;
- la fase della valutazione del documento adottato dal direttore generale di norma da parte della Giunta regionale per la sua approvazione ovvero per la formulazione di osservazioni;
- la fase, conseguente alla formalizzazione di osservazioni da parte della regione, della sua rivisitazione da parte del direttore generale finalizzata a rimuovere le osservazioni e conseguentemente la realizzazione sul documento rivisitato di un ulteriore controllo da parte della regione per la sua approvazione in via definitiva.

La maggiore o minore rigidità dell'intervento regionale sia con riferimento alla procedura di approvazione dell'atto aziendale che ai suoi contenuti rappresenta un segno tangibile dell'ingerenza che la regione si propone di esercitare, anche tramite tale documento, non solo sull'autonomia dell'azienda ma anche sulle modalità con cui questa deve operare.

Per quanto concerne i contenuti dell'atto aziendale riteniamo opportuno rilevare che gli stessi:

- sono sicuramente influenzati in maniera pregnante dai principi e criteri predefiniti dalla regione essendo il direttore generale di ciascuna azienda obbligato a determinarli nel loro rispetto;
- possono essere influenzati o, fors'anche, condizionati dalle valutazioni prefigurate all'interno della descritta procedura di adozione e di rielaborazione conseguente alle osservazioni formulate dalla regione in sede di esame finalizzato alla sua approvazione;
- sono sicuramente influenzati dalle scelte della programmazione sanitaria regionale anche in conseguenza del trasferimento dalle aziende sanitarie alle regioni della funzione di tutela -intesa ad assicurare a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza- come doverosa conseguenza della scelta del Legislatore di accentuare la così detta regionalizzazione dell'intero sistema sanitario.

L'atto aziendale oltre ad avere i *contenuti obbligatori* di cui riferiremo di seguito può avere anche *contenuti facoltativi*. I contenuti facoltativi, essendo definibili dal singolo direttore generale in piena autonomia, oltre a non essere necessariamente presenti in tutti i documenti potranno essere, se presenti, affatto diversi da atto ad atto.

Costituiscono contenuti obbligatori dell'atto aziendale oltre a quelli derivanti dai principi e criteri definiti dalla regione quelli che obbligano il direttore generale:

- a) alla individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica (art. 3, comma 1-bis, del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999).

A nostro avviso sono strutture operative dotate di autonomia gestionale:

- a.1) nelle aziende unità sanitarie locali:
- il distretto il quale ex art. 7, comma 1, del decreto citato ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità;
 - il presidio ospedaliero il quale ex art.4, comma 9, del decreto stesso ha autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale;
 - i dipartimenti strutturali e transmurali territoriali, i dipartimenti ospedalieri ed i dipartimenti di prevenzione in relazione al fatto che l'art. 17-bis, comma 2, del decreto in questione riconosce ai relativi direttori la responsabilità di tipo professionale in materia clinico-organizzativa e di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti;
- a.2) nelle aziende ospedaliere: i dipartimenti assistenziali ex citato art. 17-bis, comma 2, del decreto stesso, nonché in situazioni particolari i dipartimenti interaziendali quali:
- i dipartimenti materno infantili che aggregano strutture sanitarie di pediatria e di ostetricia/ginecologia delle aziende ospedaliere con i consultori materno infantili ed altre strutture che erogano prestazioni e servizi tipici del settore materno-infantile delle aziende territoriali;
 - i dipartimenti di salute mentale che aggregano il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) presente nelle aziende ospedaliere con i servizi territoriali del settore gestiti dalle aziende unità sanitarie locali;
 - i dipartimenti che si fanno carico di aggregare strutture ospedaliere di aziende sanitarie diverse ovvero strutture ospedaliere di aziende ospedaliere e strutture ospedaliere e/o territoriali di aziende unità sanitarie locali in relazione al fatto che le une e le altre collaborano alla realizzazione di programmi finalizzati al perseguimento di funzioni di comune

interesse partecipando attivamente, seppure con modalità ed impegni diversi, al processo definito con appositi protocolli diagnostico- terapeutici.

Sono invece strutture operative dotate di autonomia tecnico-professionale, sia nelle aziende unità sanitarie locali che nelle aziende ospedaliere, tutte le *strutture complesse* deputate a realizzare ed erogare attività assistenziali e quelle presso le quali vengono poste in essere le attività di supporto amministrativo, tecnico e professionale necessarie alla tempestiva, efficace ed appropriata realizzazione ed erogazione delle attività a valenza assistenziale;

- b) alla definizione della disciplina tramite cui procedere, nel rispetto delle norme di diritto privato, all'appalto ed alla contrattazione diretta dei contratti di fornitura di beni e servizi con valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, ex art. 3, comma 1-ter, del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999;
- c) alla individuazione dell'articolazione in distretti del territorio dell'azienda unità sanitaria locale ex art. 3-quater del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999;
- d) alla definizione della disciplina dell'organizzazione dipartimentale delle strutture gestite dalle aziende ospedaliere ex art. 4, comma 1-bis, lettera a), del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999 avendo presenti le eventuali indicazioni fornite dalla regione con il documento di indirizzo per la predisposizione dell'atto aziendale sulla composizione e sulle funzioni del comitato di dipartimento, sulle modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento nonché sulla opportunità della previsione di altri organi dipartimentali con indicazione delle relative composizioni e competenze;
- e) alla definizione ex art. 15-bis, comma 1, del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999, della disciplina per l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, dipartimento, distretto e struttura complessa di eventuali competenze autonome comprese, per i direttori di struttura complessa, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno finalizzate all'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale;
- f) alla definizione, ex comma 2 del decreto citato sotto la precedente lettera, dei criteri e delle modalità per l'affidamento della direzione delle strutture e degli uffici. Al riguardo rileviamo che il suddetto compito va assolto tenendo conto delle disposizioni in materia dettate dai contratti nazionali di lavoro della dirigenza interessata per cui eventuali variazioni della disciplina contrattuale successive all'approvazione dell'atto

- aziendale obbligheranno il direttore generale alla sua rivisitazione seppure limitatamente ai riferiti contenuti;
- g) alla definizione -ex art. 15-ter, comma 1, del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999- del numero degli incarichi di natura professionale e di direzione di struttura semplice attribuibili al personale sanitario laureato nel rispetto delle normative contrattuali in materia. Anche in tale fattispecie eventuali variazioni della disciplina contrattuale comporteranno le conseguenze indicate sotto la precedente lettera;
 - h) alla individuazione -ex art. 15-quinquies, comma 5, del decreto più volte richiamato- delle articolazioni organizzative alle quali affidare la responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie in considerazione del fatto che i suddetti elementi sono necessari per il loro riconoscimento come *strutture*;
 - i) alla attuazione delle disposizioni dettate dal piano sanitario nazionale prima che le stesse siano recepite nei piani sanitari regionali ovvero in carenza di questi ultimi;
 - l) alla attuazione di tutti i contenuti del piano sanitario regionale o di altri documenti programmatori regionali tenuto presente che gli stessi molto spesso obbligano ciascuna azienda sanitaria a:
 - indicare il numero dei posti letto complessivamente attivati e gestiti in sede aziendale ovvero all'interno di ciascun stabilimento ospedaliero con precisazione della loro distribuzione tra ordinari, di day-surgery e di day-hospital,
 - individuare il numero e relativa disciplina delle strutture complesse ospedaliere a valenza assistenziale attivate e gestite,
 - indicare le sedi dei più importanti presidi territoriali,
 - procedere all'istituzione, modifica e soppressione di strutture complesse appartenenti a dipartimenti ad attività integrata, ferma restando la necessaria intesa con il rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini delle attività di ricerca e didattica delle facoltà di medicina e chirurgia.

L'elencazione dei contenuti obbligatori va completata, anche se non vi è alcuna disposizione legislativa che ne parla, con l'indicazione della sede legale e del logo dell'azienda, con l'indicazione della sua missione, con l'indicazione del suo patrimonio immobiliare destinato a funzioni sanitarie e, ove esistente, di quello destinato ad altri usi.

Costituiscono contenuti facoltativi dell'atto aziendale quelli finalizzati a definire gli aspetti più ricorrenti e problematici dell'operatività quotidiana aziendale i quali trovano motivazione e conforto nella professionalità posse-

duta dal singolo direttore generale e nelle esperienze e convinzioni, soprattutto nel campo organizzativo, dallo stesso maturate durante la precedente attività lavorativa. In coerenza con quanto precede si ritiene che il direttore generale con l'atto aziendale debba almeno farsi carico di:

- a) definire le modalità con le quali deve svilupparsi il suo rapporto con gli organismi di supporto messi a disposizione dal Legislatore nazionale e cioè con il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il consiglio dei sanitari, il collegio di direzione. Tali modalità potrebbero concretizzarsi nella previsione:
 - della programmazione di sessioni lavorative periodiche con i direttori amministrativo e sanitario finalizzate all'approfondimento di aspetti organizzativi e funzionali a valenza generalizzata,
 - dell'obbligo da parte dei presidenti del consiglio dei sanitari e del collegio di direzione di inviargli la convocazione, comprensiva del relativo ordine del giorno, degli organismi cui sono rispettivamente preposti onde gli sia consentirgli di valutare l'opportunità di presenziare alla rispettive sedute;
 - della programmazione di riunioni, a cadenza al massimo annuale, con i direttori amministrativo e sanitario, con i presidenti del consiglio dei sanitari e del collegio di direzione ed, in aggiunta, con i direttori dei presidi, dei distretti e dei dipartimenti finalizzate a consentirgli da una parte l'acquisizione di informazioni sull'andamento complessivo dell'azienda e sulle criticità addebitate dagli operatori e dai cittadini all'organizzazione aziendale onde sviluppare insieme una loro collegiale valutazione e da altra parte il recupero, in relazione alle risultanze della stessa, di proposte e suggerimenti dei quali eventualmente tenere conto per l'assunzione di decisioni finalizzate a migliorare l'andamento complessivo dell'azienda ed ad eliminare od, almeno, attenuare le criticità dell'organizzazione aziendale;
- b) individuare le competenze di ciascuna struttura complessa non assistenziale ed, eventualmente, delle strutture semplici che presentino particolari aspetti di peculiarità (esempio: strutture semplici dipartimentali ed interdipartimentali);
- c) definire le modalità attraverso le quali deve svilupparsi un rapporto tempestivo, trasparente e proficuo tra:
 - la direzione strategica o suoi componenti ed i direttori delle strutture complesse non assistenziali in staff ed in line, dei dipartimenti assistenziali e non, dei presidi e dei distretti. A tale scopo potrà essere prevista l'organizzazione obbligatoria di incontri, magari a diversa cadenza temporale, per avere notizie sull'andamento delle

articolazioni organizzative cui ciascun direttore è preposto avendo, comunque, presente che al direttore generale, in quanto titolare della responsabilità complessiva dell'azienda ma non della responsabilità della gestione delle attività poste in essere da ciascuna delle suddette articolazioni organizzative, è consentito esclusivamente da una parte di impartire indirizzi finalizzati ad assicurare che l'operatività di queste ultime sia coerente con gli obiettivi aziendali e da altra parte di coordinare i comportamenti onde renderli coerenti con gli obiettivi stessi;

- la direzione strategica o suoi componenti e la regione e le aziende sanitarie con le quali si hanno interessi comuni in quanto ad esempio facenti parte dello stesso sistema di rete dei servizi prefigurato dalla regione per fornire risposte tempestive ai cittadini di riferimento. Riguardo a quest'ultimo aspetto va rilevato che il rapporto è disciplinato da disposizioni regionali nel caso in cui sia stata costituita un'unica azienda sanitaria per tutto il territorio regionale (esempio: A.S.U.R. nelle Marche) ovvero nel caso di costituzione di soggetti cui sono attribuite funzioni per conto di più aziende sanitarie (esempio: "Consorzi di Area Vasta"/ESTAV in Toscana e "Quadranti" in Piemonte) dei quali si è riferito sotto il precedente punto 13.2.1;
- d) regolamentare il regime delle deleghe tenendo conto che la loro attribuzione presuppone piena fiducia nel mandatario e che le stesse potrebbero essere conferite anno per anno;
- e) individuare, disciplinandone anche il funzionamento, commissioni o comitati –permanententi o temporanei- cui affidare compiti consultivi o propositivi su tematiche nuove: innovazione, ricerca, governo clinico.

La lunga e, fors'anche, non esaustiva elencazione dei contenuti obbligatori e facoltativi dell'atto aziendale e le modalità procedurali per la sua definizione stabilite dalle regioni non devono indurci a ritenere, anche se la gran parte delle regioni sono state di diverso avviso, che detto documento debba necessariamente avere una portata ampia e di dettaglio. La scelta di fare dell'atto aziendale un documento ampio e di dettaglio dell'organizzazione e del funzionamento di ciascuna azienda comporta infatti una sua grande precarietà e la necessità della sua continua tempestiva rivisitazione, considerato che:

- alcuni suoi importanti contenuti obbligatori sono fortemente condizionati, ad esempio, dalle scelte della programmazione sanitaria regionale, dai contenuti dei contratti nazionali di lavoro della dirigenza del servizio sanitario nazionale nonché, per quanto attiene le aziende ospedaliero-universitarie, dai contenuti dei protocolli d'intesa tra regione ed università;

- i contenuti così detti facoltativi sono fortemente condizionati dalla professionalità posseduta dal singolo direttore generale e dalle esperienze e convinzioni, soprattutto nel campo organizzativo, dallo stesso maturate durante la precedente attività lavorativa.

Sulla base di quanto precede dovrebbe ritenersi inevitabile la riproposizione di un nuovo atto aziendale al verificarsi di ciascuna delle riferite, ma non esaustive, fattispecie. Per evitare le ipotizzate ultime conseguenze sarebbe stato necessario (ma la scelta è ancora possibile!?) che le regioni avessero definito principi e criteri sulla base dei quali l'atto aziendale avrebbe dovuto -e potrebbe ancora nel caso venga realizzata la scelta auspicata- definire esclusivamente le linee generali dell'organizzazione e del funzionamento dell'azienda ed individuare i settori da disciplinare con separati documenti a valenza regolamentare od applicativa da non assoggettare quindi alla valutazione ed approvazione della regione.

Tenuto conto delle disposizioni nazionali, dei principi e criteri definiti dalle singole regioni e delle valutazioni in precedenza sviluppate l'atto aziendale deve, a nostro avviso, farsi carico non solo di definire le linee generali dell'organizzazione e del funzionamento di ciascuna azienda sanitaria, ma anche di:

- stabilire in maniera puntuale sia il ruolo e le funzioni di tutti i soggetti con responsabilità in ambito e gestionale,
- definire puntualmente il ruolo e le competenze dei soggetti monocratici e collegiali con compiti di supporto tecnico ai soggetti con responsabilità gestionali in considerazione del fatto che questi sono i principali protagonisti del governo clinico,
- definire puntualmente il grado di autonomia e quindi le responsabilità dei responsabili gestionale nonché le modalità tramite le quali gli stessi devono rapportarsi tra loro e con i cittadini,

al fine di fornire a chiunque una visione trasparente dell'organizzazione aziendale, dei compiti e delle responsabilità dei suoi attori principali, dei percorsi da seguire per ottenere tempestivamente i servizi e le prestazioni gestite.

13.4. L'organizzazione interna delle strutture aziendali con particolare riferimento all'assetto organizzativo dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti di prevenzione e delle strutture che svolgono attività di supporto alla direzione strategica ed alle strutture sanitarie

Ferma restando la competenza del direttore generale a disciplinare l'organizzazione interna dell'azienda tramite *l'atto aziendale* sembra opportuno ricordare che nel provvedervi lo stesso deve tenere conto sia delle disposi-

zioni nazionali in materia che dei principi e criteri previsti all'uopo da disposizioni regionali. Al riguardo rileviamo che le disposizioni nazionali sono riferite essenzialmente all'organizzazione delle più importanti strutture tramite le quali le aziende provvedono alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e cioè all'organizzazione dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti, mentre i principi e criteri regionali hanno riguardato soprattutto le altre strutture sanitarie (esempio: poliambulatori, consultori, strutture per il ricovero e la cura di particolari categorie di pazienti, ecc.) e le così dette strutture di supporto cioè le strutture che svolgono attività finalizzate da una parte a consentire alla direzione strategica di svolgere nel migliore dei modi l'importante ruolo attribuitogli dal Legislatore e da altra parte a svolgere tutte le attività necessarie a supportare congruamente la produzione e l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Come riferito il Legislatore delegato ha dettato disposizioni per l'organizzazione dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti di prevenzione; la loro esplicitazione ed il loro approfondimento viene fatto di seguito separatamente per ciascuna delle suddette strutture avendo cura di evidenziare le scelte effettuate inizialmente e le modifiche introdotte successivamente soprattutto nell'intento di assicurare che strutture di così ampia importanza per la tutela della salute del singolo abbiano, su tutto il territorio nazionale, un assetto organizzativo uniforme e comunque idoneo a soddisfare i bisogni sanitari dallo stesso espressi.

A. Presidi ospedalieri

Le disposizioni dettate dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 - oltre ad accennare alla possibilità di essere individuati come "ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione" per gli ospedali che dispongono, tra l'altro, di una organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono una struttura di alta specialità- prevedono che:

1. nei presidi non costituiti in azienda ospedaliera:
 - 1.1 deve essere assicurata la presenza di un dirigente medico in possesso di idoneità all'esercizio delle funzioni di direzione come responsabile delle funzioni igienico-organizzative e di un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo; gli stessi sono chiamati a concorrere, secondo le riferite rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. Con riferimento alla figura del dirigente medico

va sottolineata la separatezza e, nello stesso tempo, l'importanza delle funzioni attribuitegli dalle disposizioni in esame; infatti dall'affidamento delle funzioni igieniche deriva al dirigente medico la responsabilità per quanto attiene l'obbligo di garantire all'interno del presidio le dovute condizioni di igiene onde evitare l'insorgere ed il propagarsi di malarie infettive mentre dall'affidamento delle funzioni organizzative dovrebbe derivare allo stesso, in aggiunta ai compiti propri della struttura (tenuta cartelle cliniche finalizzata anche al rilascio di copia agli interessati, denuncia delle malattie infettive, denuncia dei nati e dei morti, ecc.), l'obbligo non solo di coordinare lo svolgimento delle molteplici attività che vengono svolte all'interno del presidio ma anche di governare la loro sempre crescente complessità realizzando nella sostanza quel governo clinico che molti ritengono indispensabile anche per il miglioramento dell'assistenza erogata presso i presidi ospedalieri;

- 1.2 può essere deciso, nel caso di presenza di più ospedali, il loro accorpamento ai fini funzionali;
- 1.3 deve essere realizzata l'autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda territoriale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili;
2. sia all'interno dei presidi ospedalieri gestiti dalle aziende territoriali che all'interno dei presidi delle aziende ospedaliere, devono essere riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota, non inferiore al 5% e non superiore al 10%, dei posti-letto per la istituzione di camere a pagamento; ai fini in questione l'art. 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 120 dispone che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si facciano carico di assumere, entro il 31 gennaio 2009, iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia necessari presso i soggetti pubblici utilizzati dal SSN, prevedendo che in caso di mancato adempimento sia loro precluso l'accesso ai finanziamenti a carico dello Stato integrativi rispetto ai livelli di cui all'accordo sottoscritto l'8 agosto 2001 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Conseguentemente il legislatore ha altresì disposto da una parte che ai medici sia consentito l'utilizzo degli studi privati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale fino al termine suddetto sempre che non siano state adottate le iniziative richiamate e dall'altra parte che entro tale termine le

regioni e le province autonome di Trento e Bolzano adottino le misure idonee ad assicurare il definitivo passaggio a regime ordinario del sistema dell'attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria del SSN e del personale universitario chiamato a funzioni assistenziali.

Con riferimento ai riferiti contenuti legislativi si ritiene opportuno evidenziare che:

- la previsione di cui al punto 1.1 induce a ritenere che nei presidi ospedalieri costituiti in azienda le funzioni del dirigente medico e del dirigente amministrativo cui si è fatto riferimento debbano essere assunte da parte rispettivamente del direttore sanitario e del direttore amministrativo aziendali, con possibilità, soprattutto nel caso in cui l'azienda ospedaliera comprende più presidi, di farsi coadiuvare nello svolgimento delle stesse da dirigenti di adeguata professionalità presso alcuni presidi,
- le previsioni di cui allo stesso punto 1.1 ed al punto 1.3 consentono di affermare che ai presidi ospedalieri non costituiti in azienda veniva riconosciuta un'autonomia particolare all'interno dell'organizzazione complessiva dell'azienda territoriale.

Le disposizioni dettate dai decreti legislativi emanati in attuazione della legge n. 421/1992 sono state integrate successivamente sia con il decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 che, limitatamente all'organizzazione interna delle strutture gestite dalle aziende ospedaliero-universitarie, con il decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517. Riservandoci di verificare sotto il successivo capitolo 14, punto 14.4.3, le integrazioni alla richiamata normativa introdotte successivamente per quanto concerne le aziende ospedaliero-universitarie, rileviamo che il Dlgs. n. 229/1999, oltre ad affermare che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie e quindi in primis dei presidi ospedalieri, detta indirettamente altre disposizioni in tema di organizzazione dipartimentale laddove prevede che:

- il direttore del dipartimento assume la responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa e della prevenzione nonché quella di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti; allo stesso compete, in relazione alla riferita responsabilità gestionale, la predisposizione del piano annuale delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, da concordare con il direttore generale nell'ambito della programmazione aziendale;

- il direttore del dipartimento presiede il collegio tecnico chiamato ad effettuare le verifiche triennali ed al termine dell'incarico dei dirigenti;
- ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite le funzioni di direzione ed organizzazione della struttura da attuare nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza;
- i dipartimenti strutturali possono essere sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione spettando alla regione di disciplinare la composizione e le funzioni del relativo *comitato*.

Fermo restando il modello organizzativo del presidio ospedaliero risultante dall'applicazione delle disposizioni richiamate sembra opportuno rilevare che gli esperti del settore ne hanno ipotizzato una rapida evoluzione, avuto comunque riguardo al fatto che alcuni importanti interventi migliorativi del sistema ospedaliero sono stati già realizzati:

- riconversione da parte delle aziende di molti posti di ricovero ordinario in posti di day hospital e di day surgery e conseguente attuazione, tramite l'introduzione del day hospital, di un modello organizzativo ed operativo laddove si realizza l'integrazione tra competenze terapeutiche diverse nell'ambito di un progetto di cura unitario sullo stesso paziente e tramite l'introduzione del day surgery, di un modello organizzativo ed operativo che privilegia l'appropriatezza dell'intervento chirurgico da eseguire rispetto sia alla stessa persona su cui lo stesso va praticato ed alle sue condizioni cliniche che, soprattutto, rispetto alle sue preferenze ed alle aspettative della sua famiglia, laddove tutti gli operatori coinvolti, coscienti del ruolo cui ciascuno è chiamato, non solo lavorano in equipe ma definiscono concordemente gli obiettivi sanitari da raggiungere e le metodologie per perseguirli e per valutarne il raggiungimento;
- introduzione da parte di molte regioni di logiche e strategie di rete nell'organizzazione dei servizi ospedalieri;
- affidamento da parte di alcune regioni ad organismi nuovi (area vasta, macro-area, quadrante) di compiti di programmazione e/o coordinamento e/o integrazione delle strutture che sono chiamate ad erogare assistenza ospedaliera.

Secondo gli esperti la riorganizzazione dei presidi ospedalieri finalizzata al miglioramento dell'assistenza ospedaliera complessivamente fornita dal sistema sanitario con minore utilizzo di risorse e contestualmente con maggiore appropriatezza, efficacia e soddisfazione del singolo dovrebbe essere

perseguita tramite la realizzazione di una pluralità di interventi, tra loro a volte anche alternativi, e precisamente tramite:

1. la ulteriore riconversione di alcuni ricoveri ordinari in ricoveri di Day hospital ovvero di day surgery, onde evitare da subito i DRG ad alto rischio di inappropriatezza,
2. lo sviluppo della *day care* finalizzata ad evitare l'ospedalizzazione del paziente per tutto il periodo durante il quale deve essere prestata l'assistenza e quindi a realizzare un percorso laddove approfondimenti diagnostici, terapie, monitoraggi siano effettuati in degenza ovvero in ambito ambulatoriale, in relazione alla relativa complessità ed capacità di sopportazione del singolo interessato conseguente molto spesso da elementi socio-ambientali;
3. l'organizzazione di corsie preferenziali per l'esecuzione della diagnostica preoperatoria nonché degli esami e delle visite di preospedalizzazione sui pazienti che necessitano di interventi chirurgici di medio/basso impegno,
4. la riorganizzazione delle attività di degenza per aree funzionali, con conseguente superamento del modello di ospedalizzazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica di affezione,
5. la presa in carico dei pazienti per competenza professionale,
6. la ospedalizzazione dei pazienti avendo riferimento non più alla specialità alla quale è riconducibile la rispettiva patologia bensì alla intensità delle cure da praticare,
7. l'attivazione del *day-service* onde rendere possibile la erogazione delle prestazioni diagnostiche necessarie al singolo paziente in tempi molto brevi,
8. l'attivazione di strutture di degenza a ciclo breve con conseguente utilizzo dei posti letto dedicati solo per cinque giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì),
9. l'attivazione di letti dipartimentali gestiti secondo un modello di assistenza infermieristica basata sui diversificati livelli di intensità assistenziale di cui abbisogna ciascun paziente in relazione alla complessità della patologia trattata,
10. l'organizzazione del lavoro essenzialmente per piani di cura laddove i confini tra singoli professionisti e tra corsie di ospedalizzazione saranno inesistenti e l'obiettivo principale sarà costituito dalla cura del singolo paziente,
11. l'attivazione di ospedali di comunità per il ricovero di pazienti a bassa intensità assistenziale ovvero per l'effettuazioni di prestazioni che attualmente vengono richieste ai dipartimenti di emergenza ed accettazione (DEA). In attesa dell'attivazione degli ospedali di comunità gli ospedali sede di DEA dovrebbero dotarsi di ambulatori gestiti dai medici di

- medicina generale e di servizi in grado di effettuare diagnosi rapide, magari dotati di letti tecnici di appoggio;
12. l'attivazione di interventi nuovi finalizzati a garantire la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del singolo;
 13. la individuazione dei compiti e delle funzioni che, in una rete ospedaliera integrata, devono essere svolte da ciascun presidio ospedaliero avendo riferimento alla rispettive collocazione, capacità ricettive e risorse tecnologiche e fermo restando la necessità di evitare inutili duplicazioni di servizi;
 14. l'unificazione a livello aziendale della responsabilità e delle strutture direzionali attualmente presenti negli ospedali di comunità/zona.
- Gli esperti ritengono che la realizzazione dei riferiti interventi di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera comporterà minori costi complessivi e, nello stesso tempo, il miglioramento dell'assistenza prestata.

B) Distretti

L'organizzazione dei distretti, come accennato in precedenza ha trovato puntuale disciplina nel decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con il quale è stato novellato il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, il quale -giova ricordarlo- non aveva dettato alcuna disposizione specifica al riguardo. Il Legislatore delegato ha definito la nuova disciplina, finalizzata anche a ricondurre ad uniformità una organizzazione distrettuale certamente diversificata con riferimento al territorio nazionale, avendo presente che nel provvedervi doveva attenersi ai seguenti principi e criteri direttivi previsti dalla legge 30 novembre 1998, n. 419:

- a) stabilire i tempi e le modalità per l'attivazione dei distretti e per l'attribuzione ad essi di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento,
- b) prevedere tempi, modalità ed aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali.

Sulla base delle richiamate, ultime e tutt'ora vigenti, disposizioni le regioni hanno provveduto, in attuazione di specifica disposizione del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999, a definire i criteri per l'articolazione in distretti dell'azienda (unità) sanitaria locale, fermo restando la loro individuazione da parte del direttore generale dell'azienda stessa tramite l'atto aziendale. Ai fini in questione ciascun distretto in base alla vigente normativa nazionale:

- deve comprendere una popolazione minima di almeno settantamila abi-

- tanti, salvo diversa disposizione regionale conseguente dalle caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa densità della popolazione residente;
- deve disporre di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
 - è dotato, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda. Siffatta autonomia comporta, a nostro avviso, che il direttore del distretto sia supportato, in analogia con quanto esplicheremo successivamente con riferimento alle competenze gestionali attribuite al direttore di dipartimento, da operatori in possesso specifiche competenze giuridico-amministrativo-economico-gestionali;
 - deve avere un direttore alla cui individuazione provvede il direttore generale dell'azienda nel rispetto delle specifiche procedure definite dall'art. 3-sexies del Dlgs. n. 502/1992 come novellato dal Dlgs. n. 229/1999;
 - si dota di specifico *programma delle attività territoriali*, finalizzato tra l'altro ad individuare:
 1. la localizzazione dei servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, per le patologie da HIV ed in fase terminale, per l'assistenza domiciliare integrata nonché dei servizi rivolti a disabili ed anziani e dei servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, garantendone -comunque- le relative attività;
 2. le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e cioè di tutte le attività idonee a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione;
 3. la localizzazione dei presidi necessari ad attuare l'integrazione socio-sanitaria per ciascun territorio di riferimento;
 - garantisce l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, tramite il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio ed a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva ed i presidi specialistici ambulatoriali;
 - garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale;
 - coordina i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, da organizzare su base diparti-

- mentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere accreditate;
- eroga le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché quelle sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni;
 - coordina le proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività distrettuali;
 - assicura la collocazione funzionale delle articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona;
 - garantisce le attività ed i servizi consultoriali per la tutela dell'infanzia e della donna nonché per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - garantisce le attività ed i servizi per l'assistenza ai disabili, agli anziani, ai portatori di HIV ed ai malati in fase terminale;
 - organizza i servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - si giova del *comitato dei sindaci* di distretto ovvero, nel caso in cui il territorio comunale coincida o sia superiore a quello dell'azienda unità sanitaria locale, del *comitato dei presidenti di circoscrizione* per la verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali;
 - è, di norma, dotato di una equipe multidisciplinare alla quale può essere affidata, oltre alla doverosa discussione dei casi più complessi, anche la definizione di proposte, ad esempio, per l'organizzazione del lavoro nonché per la programmazione e la verifica della qualità degli interventi.

Sulla base di quanto precede il distretto può essere definito come struttura deputata ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie dovendosi fare carico del coordinamento e dell'integrazione delle proprie attività da una parte con quelle delle altre strutture operative aziendali e da altra parte con le strutture socio-sanitarie nel pieno rispetto delle reali esigenze del singolo cittadino. Ai fini in questione il distretto si giova sia delle attività svolte dai propri operatori all'interno delle strutture a diretta gestione sia delle attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici dei servizi di guardia medica.

A conclusione delle informazioni fornite e delle considerazioni sviluppate sull'organizzazione e sul funzionamento dei distretti sembra opportuno riferire che alcune regioni hanno definito forme innovative dell'organizzazione delle cure primarie prevedendo, ad esempio, l'avvio dei così

detti ospedali di comunità cioè di luoghi di degenza dove l'assistenza medica è garantita dai medici di medicina generale nonché l'introduzione di forme organizzative nuove della medicina generale variamente denominate (*nuclei delle cure primarie* in Emilia-Romagna, *équipe territoriali* in Toscana ed in Umbria, *reti per le cure primarie* in Lombardia, *collaborazioni multiprofessionali* in Veneto, *reti integrate dei servizi* in Valle d'Aosta) ovvero l'attivazione di *unità di assistenza territoriale di coordinamento della medicina generale* (in Emilia-Romagna ed in Piemonte) ed, in via sperimentale, di forme strutturate di medicina di gruppo (*unità delle cure primarie* in Toscana).

C) Dipartimenti

L'approfondimento dell'organizzazione dei dipartimenti va sviluppato da una parte con riferimento al dipartimento di prevenzione e da altra parte con riferimento a tutte le altre tipologie di dipartimento.

c.1) Il dipartimento di prevenzione

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con il quale è stata novellata la disciplina in materia di organizzazione dei dipartimenti di prevenzione dettata dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dopo aver affermato che il dipartimento di prevenzione

- è struttura operativa dell'azienda unità sanitaria locale deputata a garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita,
- promuove, ai fini di cui alla precedente lettera, azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline,
- partecipa alla definizione del programma di attività dell'azienda sanitaria locale formulando, tra l'altro, proposte di intervento nelle materie di competenza,

dispone che le regioni debbano disciplinare l'istituzione e l'organizzazione avendo presente che detto dipartimento:

- ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità;
- opera nell'ambito del piano attuativo predisposto dalla azienda sanitaria locale di riferimento;
- deve articolarsi nelle aree dipartimentali della sanità pubblica (com-

prendente le strutture organizzative “igiene e sanità pubblica” ed “igiene degli alimenti e della nutrizione”), della tutela della salute negli ambienti di lavoro (comprendente la struttura organizzativa “prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro”) e della sanità pubblica veterinaria (comprendente le strutture organizzative “sanità animale”, “igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati”, “igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche”). Le suddette strutture organizzative si distinguono in servizi od unità operative (secondo le più recenti disposizioni in materia dovremmo parlare di strutture “complesse” o “semplici”) in rapporto alla omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e dimensioni del bacino di utenza. Il modello organizzativo definito dal Legislatore nazionale è stato recentemente innovato dalla regione Toscana la quale, con la legge con cui nell’anno 2004 ha proceduto alla riorganizzazione dell’intero sistema sanitario regionale, ha affiancato alle articolazioni organizzative sopra indicate il “settore” nel quale sono accorpate a livello di singola azienda le unità funzionali riferite alle seguenti aree di attività:

- a) igiene pubblica, alimenti e nutrizione,
 - b) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro,
 - c) sanità pubblica veterinaria,
 - d) medicina legale e dello sport;
- deve prevedere che i servizi veterinari operino quale centro di responsabilità, siano dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell’ambito della struttura dipartimentale e rispondano del perseguimento degli obiettivi del servizio nonché della gestione delle risorse economiche attribuite;
 - può assolvere, secondo l’articolazione organizzativa prefigurata dalla singola regione, anche alle funzioni di medicina legale e necroscopia tramite specifica struttura semplice della struttura complessa “igiene e sanità pubblica” piuttosto che tramite un’autonoma struttura organizzativa, cioè tramite una struttura complessa;
 - si avvale, per lo svolgimento delle funzioni proprie dei servizi veterinari, delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali;
 - è tenuto a garantire, a supporto dell’autorità sanitaria locale e tenendo conto dei livelli essenziali di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale, le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica concernenti

la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti ed infine la sorveglianza e la prevenzione nutrizionale;

- deve contribuire alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Sulla base delle disposizioni preesistenti i dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) e dall'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni (INAIL) ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro.

c.2) Le altre tipologie dipartimentali

Ricordato che l'art. 17bis, comma 1, del Dlgs. n. 502/1992, come novellato in ultimo dal Dlgs. n. 229/1999, dispone che l'organizzazione dipartimentale debba costituire il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie, riteniamo opportuno sottolineare due elementi certamente utili per il proseguimento dell'approfondimento che ci accingiamo a sviluppare e cioè che:

- l'espressione modello ordinario non può assumere il significato di modello obbligatorio,
- la lettura delle disposizioni concernenti l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale consente di affermare che il Legislatore oltre ad aver individuato in maniera esplicita il dipartimento di prevenzione, provvedendo peraltro a disciplinarlo puntualmente, ha previsto indirettamente una ulteriore tipologia dipartimentale (il dipartimento ospedaliero) nel disporre all'art. 4, comma 2, lettera b), del Dlgs, n. 502/1992, che potevano essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che disponevano di un'organizzazione funzionalmente accorpata ed unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che componevano una struttura di alta specialità. La riferita disposizione è stata abrogata dal Dlgs. n.229/1999 il quale però ha disposta la integrazione dell'art. 4, del richiamato decreto con l'aggiunta del comma 1bis, lettera a), secondo il quale le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di un'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative

presenti nella struttura. La suddetta previsione legislativa va senza dubbio applicata anche agli ospedali non costituiti in azienda ospedaliera in relazione alla specifica previsione del successivo comma 9 della norma in questione secondo la quale nelle suddette strutture vanno introdotte le disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

In relazione a quanto precede è necessario verificare se nelle disposizioni emanate in precedenza si trovi traccia di altre tipologie di dipartimento avendo comunque presente che la prima tipologia di dipartimento prefigurata dal Legislatore è stata proprio quella del dipartimento ospedaliero; esso viene citato nell'art. 10 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, laddove tra l'altro si legge che le amministrazioni ospedaliere potevano realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative di tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni, servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico.

Ulteriori disposizioni concernenti i dipartimenti ospedalieri ovvero altre tipologie dipartimentali sono state dettate:

- dall'art. 55 della legge 18 aprile 1975, n. 148, laddove, a modifica ed integrazione di quanto disposto dal D.P.R. n. 128/1969, si prescriveva alle regioni di promuovere l'attuazione, presso gli ospedali che ne presentassero i requisiti, di strutture organizzative di tipo dipartimentale;
- dal D.M. 8 novembre 1976, contenente orientamenti per l'attuazione delle strutture dipartimentali ospedaliere previste dal citato art. 55 della legge n. 148/1975, laddove vengono definiti i criteri di aggregazione delle divisioni, sezioni e servizi affini, con esplicita precisazione che le une e gli altri avrebbero comunque mantenuta la rispettiva autonomia funzionale;
- dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 la quale:
 1. all'art. 17 disponeva che le regioni nell'ambito della programmazione sanitaria avrebbero dovuto disciplinare con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra le divisioni, le sezioni ed i servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extra ospedalieri in rapporto alle esigenze di definiti ambiti territoriali nonché a quello della gestione dei dipartimenti stessi sulla base della integrazione delle competenze in modo da valorizzare anche il lavoro di gruppo;
 2. all'art. 34 disponeva che con legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, avrebbe dovuta essere disciplinata l'istituzione di servizi a

struttura dipartimentale che svolgevano funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Come appare evidente i combinati disposti dei due richiamati articoli della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale oltre ad aver confermata la necessità della costituzione dei dipartimenti ospedalieri avevano da un lato prefigurato la nuova tipologia del dipartimento così detto transmurale che coinvolgeva strutture ospedaliere e strutture territoriali e da altro lato resa obbligatoria la costituzione del dipartimento transmurale di salute mentale.

Dato atto che successivi provvedimenti hanno sollecitato l'attuazione del modello dipartimentale (D.M. 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero", D.P.R. 29 gennaio 1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio dell'attività di alta specialità", D.P.R. 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza") ci sembra opportuno rilevare ulteriormente che:

- il dipartimento di emergenza ed accettazione (DEA) è stato l'unico dipartimento ad essere costituito in tutte le realtà territoriali, nonostante l'inesistenza di normative nazionali che ne prevedessero l'obbligatorietà,
- la dottrina ha prefigurato almeno altre due tipologie di dipartimento e cioè il *dipartimento strutturale* (definito anche *verticale*) ed il *dipartimento funzionale* (definito anche *orizzontale*). Il dipartimento strutturale aggrega strutture tra loro complementari ed affini riconducibili, in analogia con quanto previsto per le aree funzionali, alla stessa area (esempio: medica, chirurgica, dei servizi diagnostici); il dipartimento funzionale aggrega strutture che si pongono l'obiettivo di ottimizzare gli interventi assistenziali destinati a specifiche categorie di pazienti (esempio: per fasce di età, per intensità di cura, per organo od apparato). I dipartimenti strutturali possono essere sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, quelli funzionali sono di norma realizzati in ambito ospedaliero; gli uni e gli altri si pongono come obiettivo di gestire in comune le risorse disponibili (esempio: personale infermieristico, attrezzature, ambulatori, posti letto) onde fornire una più tempestiva ed efficace risposta ai bisogni dei relativi pazienti.

A quanto precede aggiungasi che la regione Toscana con la più volte citata legge regionale ha prefigurate due nuove tipologie di dipartimento, aziendale ed interaziendale, affidando espressamente al comitato di area vasta un ruolo decisivo per la determinazione dei dipartimenti di quest'ultima tipologia.

c.3) Considerazioni comuni a tutte le tipologie di dipartimento

Sulla base del dettato dei commi 2 e 3 dell'art 17-bis del Dlgs. n. 502/1992, come novellato in ultimo dal Dlgs. n. 229/1999:

- spetta al direttore generale dell'azienda nominare il direttore di ciascun dipartimento scegliendolo tra i dirigenti con incarico di direzione di una delle strutture complesse aggregate;
- il direttore di dipartimento conserva comunque la titolarità della struttura complessa alla quale è preposto;
- il direttore di dipartimento strutturale assume sia la responsabilità professionale in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia la responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. Ai fini in questione il direttore del dipartimento è tenuto a:
 1. predisporre annualmente, previa negoziazione con il direttore generale, il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili,
 2. assicurare la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento alla programmazione delle attività dipartimentali;
- la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento va assicurata anche per la realizzazione delle attività dipartimentali e delle funzioni di controllo e verifica delle stesse;
- si ravvisa, con riferimento alla responsabilità gestionale affidata al direttore di qualsiasi struttura dipartimentale, l'assoluta opportunità di assicurare all'interno di ciascun dipartimento un operatore in possesso di specifiche competenze giuridico-amministrativo-economico-gestionali in grado di supportarlo in considerazione della sua, salvo eccezioni veramente rare, mancata professionalità nel settore ovvero di costituire in sede centrale una equipe di operatori in possesso della riferite professionalità finalizzata allo stesso obiettivo;
- spetta alla regione disciplinare la composizione e le funzioni del *comitato di dipartimento* nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione del direttore di dipartimento. Al riguardo rileviamo che la norma non esclude la possibilità che la regione preveda la costituzione di ulteriori organi dipartimentali (giunta e/o assemblea) e che le regioni nell'attuarela hanno, di norma, previsto che il comitato di dipartimento formula una terna di nomi all'interno della quale il direttore generale individua il direttore del dipartimento.

Ferme restando le richiamate disposizioni legislative, va sottolineato ulteriormente che:

1. le strutture aggregate in dipartimento:
 - 1.1. sono tra loro interdipendenti anche se mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale, in quanto deputate a perseguire finalità comuni;
 - 1.2. sono tenute a svolgere anche attività didattiche e di ricerca;
 - 1.3. devono adottare regole condivise di comportamento assistenziale, etico, medico-legale, economico, didattico e di ricerca;
 - 1.4. devono utilizzare al meglio tutte le risorse disponibili essendo inammissibile la loro inutilizzazione ovvero la loro parziale utilizzazione;
 - 1.5. devono adottare protocolli diagnostico-terapeutici comuni con lo scopo di ridurre i tempi di formulazione delle diagnosi e quindi della degenza complessiva nonché di ottimizzare le cure praticate a ciascun paziente;
2. ciascun dipartimento deve dotarsi di un proprio regolamento laddove vanno disciplinate le modalità del suo funzionamento. Il regolamento, di norma, va adottato dal comitato di dipartimento adeguando alle rispettive peculiarità lo schema tipo definito dal direttore generale;
3. ciascun dipartimento può essere forte, medio o debole in relazione ai compiti attribuiti al suo direttore. Si definisce forte il dipartimento in cui al direttore sono attribuiti tutti i poteri decisionali ed al comitato quasi esclusivamente compiti consultivi; si definisce medio il dipartimento in cui al direttore sono attribuiti soprattutto compiti di coordinamento ed i poteri decisionali sono attribuiti ad un organo ristretto ovvero diversamente distribuiti tra il direttore ed il comitato; si definisce infine debole il dipartimento in cui al direttore sono attribuiti solo compiti di rappresentanza mentre tutti i poteri decisionali sono riservati al comitato.

In conclusione rileviamo con riferimento all'organizzazione dipartimentale che, nonostante le numerose normative che la riguardano, essa non ha certamente fornito i risultati attesi. Le ragioni del parziale raggiungimento degli obiettivi sono sicuramente molteplici anche se su un paio di esse concordano molti esperti della materia: la scarsa preparazione manageriale dei direttori e lo scarso impegno della direzione strategica nella attuazione reale dell'organizzazione dipartimentale onde mantenere maggiori poteri nelle proprie mani.

D) Strutture di supporto alla direzione strategica ed alle strutture sanitarie

Il direttore generale con l'atto aziendale -oltre a definire l'organizzazione di tutte le strutture deputate allo svolgimento delle funzioni sanitarie in coerenza con le disposizioni testè illustrate per quanto attiene i presidi ospedalieri, i distretti e le varie tipologie dipartimentali- è tenuto a disciplinare anche l'organizzazione delle strutture che svolgono attività amministrative e tecnico-logistiche le quali di norma sono definite come *strutture di supporto* ovvero come *strutture centrali*. A quest'ultimo scopo il direttore generale deve farsi carico di definire un'organizzazione che consenta di superare i precedenti modelli caratterizzati storicamente da una organizzazione fortemente burocratizzata chiamata a svolgere essenzialmente funzioni di controllo finanziario e di rispetto delle normative in tema di legittimità degli atti comunque adottati e certamente non in grado di rispondere alle nuove esigenze derivanti dall'adozione della contabilità economica e soprattutto dalla connotazione aziendalistica dei soggetti pubblici sanitari voluta dal Legislatore. Il direttore generale allo scopo indicato deve innanzi tutto tenere conto sia dell'obbligo, derivante dalle nuove disposizioni, di farsi carico delle attività (esempio: controllo di gestione, verifica della qualità, ecc.) indispensabili per raggiungere gli obiettivi di efficienza ed efficacia nello svolgimento delle attività sanitarie sia dell'opportunità del recupero di alcune peculiarità tipiche dell'organizzazione delle imprese private (esempio: distinzione tra *strutture di staff* e *strutture in line*).

In tale prospettiva le funzioni di supporto vanno organizzate avendo presente che i soggetti che le utilizzano svolgono all'interno dell'azienda ruoli assolutamente diversi. Le funzioni di supporto devono farsi carico infatti delle diverse competenze e responsabilità da una parte della direzione strategica e dall'altra delle varie strutture previste dall'organizzazione definita dall'atto aziendale. Alla direzione strategica, cioè a chi svolge funzioni di *governo*, le strutture di supporto devono fornire gli elementi di cui la stessa ha bisogno, ad esempio, per assumere le decisioni di alta amministrazione, per programmare l'attività complessiva aziendale, per definire le politiche di bilancio, per provvedere al controllo strategico, per concordare i budget con i responsabili delle strutture sanitarie (direttori di distretto, del dipartimento di prevenzione, del presidio ospedaliero o dei dipartimenti in cui lo stesso si articola, ecc.), per stabilire infine gli standard di qualità da garantire nell'erogazione delle prestazioni. Nei confronti delle strutture previste dall'organizzazione definita con l'atto aziendale le funzioni di supporto consistono nello svolgimento delle attività amministrative e tecnico-logistiche necessarie:

a) alle strutture del livello centrale in quanto di interesse generale,

- b) a ciascuna altra struttura, soprattutto sanitaria, in quanto irrinunciabili per la erogazione, al più alto livello di efficacia ed efficienza, dei servizi e delle prestazioni finalizzate alla tutela della salute della singola persona,
- c) alle strutture di volta in volta interessare siano le stesse del livello centrale piuttosto che del settore produttivo di prestazioni e/o servizi.

Le funzioni di supporto alla direzione strategica sono poste in staff e sono definite come “tecnostuttura”; quelle chiamate a svolgere attività amministrative e tecnico-logistiche in sede centrale e/o presso le articolazioni organizzative, soprattutto sanitarie, sono poste *in line*. Come riferiremo successivamente, sia le funzioni in staff che quelle in line possono essere aggregate su base dipartimentale.

Di solito sono costituite *in staff* alla direzione strategica le strutture che svolgono le attività riconducibili ad uno o più dei seguenti settori operativi:

- 1. affari generali,
- 2. segreteria della direzione generale,
- 3. programmazione,
- 4. controllo di gestione,
- 5. sistema informativo,
- 6. controllo di qualità,
- 7. organizzazione/gestione e sviluppo (comprensiva della formazione delle risorse umane),
- 8. prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro,
- 9. marketing,
- 10. informazioni, ivi compresi gli uffici per le relazioni con il pubblico (URP).

Sono invece, di norma, costituite *in line* le strutture che svolgono le attività riconducibili ad uno o più dei seguenti settori operativi:

- a) affari legali,
- b) amministrazione del personale,
- c) contabilità e bilancio,
- d) acquisizione beni e servizi ovvero provveditorato,
- e) tecnico,
- f) patrimoniale,
- g) economato,
- h) logistica,
- i) bio-ingegneria ovvero tecnologie biomediche.

Circa la accennata possibilità di aggregare le funzioni di supporto in dipartimenti va evidenziato che:

1. il dettato dell'art. 17-bis del Dlgs. n. 502, come novellato dal Dlgs. n. 229/1999, secondo il quale *l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie* non può essere interpretato, come già riferito in precedenza, come obbligo di dipartimentalizzazione di tutte le attività svolte da ciascuna azienda;
2. sulla base di numerose altre disposizioni dettate dalle vigenti norme la disposizione legislativa richiamata sotto il precedente punto sembra essere stata prevista esclusivamente per la dipartimentalizzazione delle strutture sanitarie;
3. dalla lettura dei criteri e principi definiti dalle varie regioni a cui il direttore generale di ciascuna azienda era ed è tenuto ad uniformarsi per l'adozione e la rivisitazione dell'atto aziendale non si evince né l'obbligatorietà né il divieto di istituzione dei dipartimenti amministrativi.

Tenuto conto di quanto precede la scelta di istituire o meno dipartimenti amministrativi rientra certamente nell'autonomia del direttore generale che la manifesta esplicitamente tramite la loro previsione o meno all'interno dell'atto aziendale. Nel momento in cui la scelta sia positiva riteniamo che il numero dei dipartimenti amministrativi debba essere limitato a due, salva la possibilità di costituzione di un terzo dipartimento, nelle aziende sanitarie che presentino peculiarità particolari (esempio: numerosità degli operatori, delle strutture gestite, dei patrimoni posseduti, dei servizi economici e tecnico-logistici, ecc.) e precisamente:

1. dipartimento programmazione e sviluppo,
 2. dipartimento amministrativo,
- con possibilità di sdoppiare il dipartimento amministrativo nelle situazioni peculiari cui si è fatto cenno in:
- dipartimento giuridico-contabile
 - e
 - dipartimento acquisizioni e servizi economici e tecnico-logistici.

A nostro avviso, nel dipartimento programmazione e sviluppo dovrebbero essere aggregate le strutture che svolgono tutte le funzioni che nella prefigurata configurazione organizzativa sono state poste in staff. Il dipartimento amministrativo a sua volta dovrebbe aggregare le strutture che svolgono tutte le funzioni che nella prefigurata configurazione organizzativa sono state poste in line. Con riferimento alle aggregazioni proposte è opportuno precisare che, nel caso in cui una funzione (formazione delle

risorse umane) indicata tra quelle da svolgere da parte di una struttura in staff ("gestione/organizzazione e sviluppo" comprensiva della formazione delle risorse umane) sia svolta da una sub-articolazione (struttura semplice) di una struttura costituita in line (struttura complessa "amministrazione del personale") la stessa va aggregata nel dipartimento programmazione e sviluppo e non nel dipartimento amministrativo.

Parimenti, sempre a nostro avviso, nel caso di sdoppiamento del dipartimento amministrativo, nel "dipartimento giuridico-contabile" dovrebbero essere aggregate le strutture che svolgono le attività riconducibili ai settori operativi "legale", "amministrazione del personale" e "contabilità e bilancio" e nel "dipartimento acquisizioni e servizi economici e tecnico-logistici" le strutture che svolgono tutte le altre funzioni. A quanto precede aggiungasi la necessità di prefigurare il decentramento dello svolgimento di alcune funzioni sia di staff che in line, fermo restando il rapporto di dipendenza funzionale con le strutture centrali di riferimento.

Ferma restando la descritta ipotesi di organizzazione delle così dette attività di supporto sembra oltremodo opportuno evidenziare ulteriormente che:

- l'introduzione nell'organizzazione aziendale di strutture autonome per lo svolgimento delle funzioni gestionali, cioè delle funzioni in staff, se non collegata ad una strategia organizzativa complessiva rischia di generare un dualismo tra l'azione gestionale dalle stesse sviluppata e l'azione burocratica-formale, che rimane prevalente, delle strutture in line. Infatti il dualismo darebbe inevitabilmente luogo ad una deprecabile carenza di dialogo tra le diverse funzioni;
- il perseguimento e lo sviluppo della piena integrazione tra l'attività della tecnostuttura e quella delle strutture in line costituisce elemento irrinunciabile anche al fine di coordinarne le competenze e di offrire un servizio non schizofrenico al cittadino nel momento in cui lo stesso si rivolge all'azienda per chiedere risposte ai suoi bisogni sanitari, per cui si rende necessario procedere prioritariamente allo snellimento delle procedure routinarie ed alla produzione e trasmissione delle informazioni utili ai responsabili ai vari livelli per l'adozione delle decisioni di rispettiva competenza.

13.5. Il sistema di accreditamento

Come accennato sotto il precedente capitolo 12, punto 12.4, le disposizioni in tema di accreditamento dettate dai comma 5 e 7 dell'art. 8 del Dlgs. n. 502/1992, come modificato ed integrato dal Dlgs n. 517/1993, sono state abrogate dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Il Legislatore delegato infatti si è fatto carico di definire ex novo l'intera materia, nel rispetto

dei nuovi principi e criteri direttivi -esplicitamente richiamati sotto il precedente capitolo 13, punto 13.1.- indicati dalla legge delega (legge 30 novembre 1998, n. 419, “Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”). Tenendo conto dell’intervento modificativo-integrativo disposto con il Dlgs. 229/1999 e delle disposizioni, ancora vigenti e delle quali riferiremo successivamente, contenute nel comma 4 della prima normazione il Legislatore delegato ha disciplinato la materia in maniera così puntuale da indurre a ritenere che ci si trovi di fronte ad un vero “sistema”. Infatti le nuove disposizioni consentono di affermare che la disciplina vigente concretizza un sistema che si sviluppa attraverso tre diverse e successive fasi e cioè:

- la fase dell’autorizzazione all’apertura di strutture sanitarie ed all’esercizio di attività sanitarie,
- la fase dell’accreditamento istituzionale inteso come “certificazione/attestazione” della idoneità di una struttura sanitaria che abbia già ottenuto l’autorizzazione prevista dalla precedente fase a divenire “soggetto erogatore” di prestazioni sanitarie per conto ed a carico del servizio sanitario nazionale,
- la fase dell’accordo contrattuale inteso come “documento” attraverso il quale una struttura già autorizzata ed accreditata istituzionalmente entra a fare parte della rete di strutture che operano per conto ed a carico del servizio sanitario nazionale.

La riferita scelta effettuata dal Legislatore delegato affida al sistema due importanti e certamente innovative funzioni quali:

- la verifica a monte della capacità di qualsiasi struttura presso la quale si vogliano erogare prestazioni sanitarie di essere nelle condizioni di produrre al livello di qualità preordinato dall’ordinamento con riferimento ai profili strutturale, tecnologico ed organizzativo;
- la verifica a valle della reale produzione di prestazioni con contenuti qualitativi almeno pari a quelli attesi sulla base dei contenuti preordinati, fermo restando il doveroso controllo della relativa appropriatezza per quanto attiene le prestazioni erogate per conto ed a carico del servizio sanitario.

Le considerazioni di carattere generale sviluppate vanno certamente integrate con la esplicitazione degli elementi che caratterizzano le riferite tre fasi in cui si sviluppa il sistema.

A) Fase dell'autorizzazione

La competenza a rilasciare l'autorizzazione all'apertura di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie (e socio-sanitarie) è attribuita al Sindaco del Comune sul cui territorio insiste la singola struttura. Il Sindaco vi provvede nell'esercizio delle competenze in materia di autorizzazioni e concessioni definite dalla legge n. 493/1993 e successive modifiche ed integrazioni, previa verifica positiva della compatibilità del progetto da parte della Regione. La verifica deve accertare la compatibilità del progetto rispetto *al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e di valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture*. L'autorizzazione va richiesta oltre che, come è ovvio, per la costruzione di nuove strutture anche per l'adattamento e/o per la diversa utilizzazione e/o l'ampliamento e/o la trasformazione di strutture sanitarie già esistenti. L'autorizzazione è richiesta anche per il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate presso le quali si intenda erogare o siano già erogate le seguenti tipologie di prestazioni indipendentemente dalla natura pubblica o privata del soggetto titolare della relativa gestione:

- ricovero ospedaliero a ciclo continuo o diurno per acuti,
- assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio,
- in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

La scelta del Legislatore delegato di attribuire la competenza al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie (e socio-sanitarie) al Comune è motivata sicuramente dalla volontà di mantenere in capo a detto soggetto la titolarità piena in materia di autorizzazioni e concessioni edilizie e non certo una maggiore rilevanza dell'osservanza delle disposizioni urbanistiche e dei regolamenti edilizi rispetto a quelle prettamente sanitarie. Il Sindaco infatti può rilasciare l'autorizzazione non solo previo accertamento della compatibilità del progetto rispetto alle norme urbanistiche e del regolamento edilizio comunale ma anche previa acquisizione dell'esito positivo della riferita verifica di compatibilità di competenza regionale. A quest'ultimo riguardo sembra opportuno precisare da una parte che tutte le regioni nel disciplinare la materia, in attuazione della specifica previsione contenuta nella richiamata normativa nazionale, hanno attribuito ovvero delegato la competenza ad effettuare l'accertamento della compatibilità del singolo progetto rispetto agli elementi poco sopra esplicitati all'azienda unità sanitaria locale sul cui territorio insiste la struttura, previa

determinazione dei criteri e delle modalità che le stesse sono comunque chiamate ad osservare. In entrambe le soluzioni esplicitate la disciplina regionale ha disposto che l'azienda deve procedere anche all'accertamento degli altri importanti aspetti di cui riferiremo successivamente.

L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è altresì prescritta per:

- gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie attrezzati per l'erogazione di prestazioni di chirurgia ambulatoriale e/o diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischi per la sicurezza del paziente;
- le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

Gli accertamenti di competenza regionale, anche se realizzati dall'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente, devono farsi carico di verificare la compatibilità del singolo progetto non solo rispetto agli aspetti poco sopra riferiti ma anche rispetto:

- ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 ovvero da successivi decreti da emanare in attuazione della specifica disposizione di cui all'art. 8-ter, comma 4, del Dlgs. n. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n. 229/1999,
- agli eventuali requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi, aggiuntivi rispetto a quelli prescritti dal richiamato decreto presidenziale, individuati dalla regione come irrinunciabili per ottenere l'autorizzazione,
- alle disposizioni nazionali ed europee, non specifiche del solo settore sanitario, in materia -tra l'altro- di:
 - a) protezione antisismica, antincendio, acustica,
 - b) protezione dalle radiazioni ionizzanti,
 - c) sicurezza e continuità elettrica,
 - d) sicurezza antinfortunistica,
 - e) igiene nei luoghi di lavoro e condizioni microclimatiche,
 - f) eliminazione delle barriere architettoniche,
 - g) sicurezza nei luoghi di lavoro con riferimento agli operatori ed agli utenti.

B) Fase dell'accreditamento istituzionale

La competenza a rilasciare, a domanda, l'accreditamento istituzionale alle strutture pubbliche o private ed ai professionisti già in possesso dell'autorizzazione di cui alla precedente fase è attribuita alla regione la quale vi

provvede previo accertamento/verifica del possesso da parte della struttura interessata:

- a) degli eventuali ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi definiti dalla regione stessa;
- b) della funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale, previa definizione da parte della regione del fabbisogno di assistenza per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché gli eventuali livelli integrativi locali e l'assistenza sanitaria integrativa prevista da specifici fondi istituiti per potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- c) di valutazione positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti durante il periodo di operatività successivo all'acquisizione dell'autorizzazione di cui alla fase precedente.

Alla definizione degli ulteriori requisiti di cui alla lettera a), delle modalità di verifica delle situazioni di cui alle lettere b) e c), delle procedure e dei termini per ottenere l'accreditamento ovvero alla definizione delle procedure e dei termini entro cui è possibile chiedere il riesame delle istanze respinte ha provveduto autonomamente ogni regione sulla base, a volte, dell'esito di specifiche sperimentazioni. Di conseguenza la materia risulta disciplinata in maniera molto spesso diversa da regione a regione.

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione:

- ai professionisti,
- alle strutture pubbliche ed equiparate in possesso dei requisiti e condizioni di cui detto poc'anzi,
- alle strutture private gestite da istituzioni ed organismi non profit che concorrono alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà,
- alle strutture private profit.

La struttura che ottiene l'accreditamento istituzionale non è però coinvolta d'ufficio nella rete delle strutture di cui il servizio sanitario si avvale per soddisfare le richieste dei cittadini, ma si configura come certificazione della sua idoneità a diventare tale in tutti i casi in cui la regione ovvero la singola azienda sanitaria locale ritengano necessario il prefigurato coinvolgimento per garantire ai cittadini la erogazione delle prestazioni di cui dette aziende non hanno sufficiente disponibilità nelle strutture direttamente gestite; l'accreditamento istituzionale in pratica è finalizzato a preconstituire, in via teorica, un più elevato contenuto tecnico di base e quindi una maggiore

potenzialità qualitativa delle strutture sanitarie (e socio-sanitarie) che aspirano ad operare per conto e con costi a carico del servizio sanitario nazionale rispetto a quelli posseduti in conseguenza dell'acquisizione dell'autorizzazione di cui alla precedente fase; esso è comunque dovuto nel caso di esito positivo degli accertamenti e delle verifiche effettuati. subordinatamente al possesso da parte delle une e degli altri degli eventuali ulteriori requisiti prescritti dalla singola regione.

C) La fase dell'accordo contrattuale

La competenza a definire accordi contrattuali, come accennato in precedenza, spetta alla la regione ovvero alla singola azienda sanitaria locale; l'una e l'altra infatti, nei casi in cui ritengono insufficienti la strutture direttamente gestite da aziende sanitarie locali per soddisfare le richieste dei cittadini, sono tenute a definire accordi con le strutture pubbliche ed equiparate ovvero a stipulare contratti con le strutture private ed i professionisti già in possesso dell'accreditamento istituzionale. La sottoscrizione del singolo accordo contrattuale oltre a presupporre che le strutture ed i professionisti siano in possesso dell'accreditamento istituzionale può conseguire anche da valutazioni comparative della qualità e dei costi fatte a monte dalla regione e/o dalla azienda.

Ciascun accordo contrattuale deve indicare:

- gli obiettivi di salute che si intendono perseguire;
- i programmi di integrazione dei servizi da realizzare;
- il volume massimo di prestazioni che la struttura o il professionista si impegnano ad erogare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- i requisiti che il servizio deve garantire per ciascuna prestazione erogata con riferimento, in particolare, ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- il corrispettivo da erogare, con le modalità di cui riferiremo in maniera puntuale sotto il successivo punto 13.7, avuto comunque presente che la remunerazione dei soggetti con i quali viene definito il singolo accordo o stipulato il singolo contratto può essere determinata sia prevedendo il pagamento a tariffa predefinita di ciascuna prestazione erogata sia in base al costo standard di produzione del singolo programma di assistenza;
- il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio dei contenuti del singolo accordo contrattuale;
- le procedure da realizzare onde rendere possibile il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese al singolo.

Le regioni hanno disciplinato molto spesso in maniera affatto diversa la fase in questione. La diversità dei comportamenti regionali si registra, ad esempio:

- nell'individuazione delle strutture, non pubbliche ed equiparate, con cui stipulare gli accordi contrattuali, ovvero delle tipologie di prestazioni da richiedere a strutture private,
- nella remunerazione riconosciuta per le prestazioni erogate dalle strutture in esubero rispetto a quelle formalmente indicate nell'accordo contrattuale da ciascuna sottoscritto a monte,
- nella definizione di modalità diverse per la determinazione della remunerazione da erogare alle strutture in relazione alla rispettiva natura pubblica o privata.

A conclusione del presente approfondimento riteniamo opportuno rilevare che:

- l'accreditamento, in considerazione delle finalità che si propone, deve essere ricompreso tra le attività di regolazione pubblica di settori particolarmente delicati ed importanti per la vita sociale. Infatti il sistema posto in essere, oltre a costituire un valido strumento di garanzia e di tutela per i cittadini, si trova nell'assoluta necessità di collegarsi direttamente al processo della programmazione sanitaria, sia nazionale che regionale;
- l'aver affidato alla regione l'accertamento del possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie rappresenta una scelta diversa da quella compiuta nella gran parte degli altri Stati laddove lo stesso è stato affidato ad un soggetto terzo, all'uopo costituito. Tale scelta sembra giustificata dal ruolo primario attribuito in materia sanitaria alle regioni dalla Costituzione; la stessa, a detta di alcuni esperti del settore, poteva essere evitata disponendo la istituzione di una specifica "autorità amministrativa indipendente" cioè di una "authority", ad esempio, "per l'accreditamento delle strutture sanitarie".

13.6. La programmazione sanitaria

13.6.1. la rivisitazione del processo della programmazione

Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con il quale è stato novellato il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazione, ha sostituito integralmente le disposizioni preesistenti in materia di programmazione. Tale comportamento del Legislatore delegato non

ha comportato la modifica integrale della precedente disciplina come dimostrano le conferme:

- dei due livelli della programmazione (nazionale e regionale);
- della durata triennale dei piani sanitari sia nazionale che regionali;
- della possibilità di modifica dei piani durante il periodo di rispettiva valenza;
- della titolarità del Governo sia alla predisposizione che all'adozione del piano sanitario nazionale. La predisposizione richiede che siano state sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, le quali sono tenute ad esprimersi entro trenta giorni dalla data di trasmissione del documento; l'adozione presuppone l'intesa con la Conferenza unificata per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il Governo è tenuto comunque a motivare il mancato recepimento del parere delle richiamate commissioni e/o la mancata intesa con le regioni/province autonome;
- dell'obbligo da parte di ciascuna regione di adottare od adeguare il rispettivo piano sanitario regionale, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore (la precedente normativa faceva riferimento alla data di pubblicazione, ma -a nostro avviso- tra le due espressioni non esiste alcuna differenza sostanziale!) del piano sanitario nazionale. La nuova disciplina non fa invece più carico alle regioni di definire con il piano sanitario i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente disponibili;
- del potere riconosciuto al sindaco ovvero alla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di definire, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie reali della popolazione dell'azienda sanitaria locale coincidente con il territorio rispettivamente di un solo comune o di più comuni ovvero ancora di una parte di esso;
- dell'obbligo per le regioni di sentire, nelle fasi della impostazione della programmazione regionale, i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed, in particolare, gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti utilizzando allo scopo anche lo specifico sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie da assicurare a tutti i cittadini.

La nuova, tuttora vigente, disciplina comprende peraltro sia disposizioni che integrano e/o puntualizzano aspetti già normati in precedenza che

disposizioni riguardanti aspetti del processo programmatico in precedenza non affrontati. In particolare sono da considerare integrative e/o esplicative di quelle preesistenti le disposizioni riguardanti il piano sanitario nazionale secondo le quali:

- la predisposizione del piano sanitario nazionale da parte del Governo presuppone una specifica proposta del Ministro della salute;
- il piano sanitario nazionale è tenuto ad indicare:
 1. le aree prioritarie di intervento finalizzate non più al solo riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione bensì alla progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
 2. i livelli uniformi ed, in aggiunta a quanto previsto dalla preesistente normativa, essenziali di assistenza avendo presente che l'individuazione deve essere effettuata contestualmente a quella delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale tenendo conto dei seguenti elementi aggiuntivi:
 - 2.1 rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure, dell'appropriatezza delle cure riguardo alle specifiche esigenze ed, infine, della economicità dell'impiego delle risorse,
 - a) rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel *documento di programmazione economico-finanziaria*;
 3. i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, ferme restando le disposizioni in tema di attribuzione degli oneri relativi dettate dalla legge n. 730/1983. I progetti devono essere comunque adottati dal Ministro della salute con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con gli altri Ministri competenti in materia e d'intesa con la Conferenza unificata per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;
 4. non più soltanto gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale bensì 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;
 5. non solo, come già previsto, le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti, ma anche i criteri tramite i quali pervenire a tale verifica;

6. non più le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte bensì, in loro sostituzione, le finalità generali ed i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca.

Sono da considerare aggiuntive rispetto alle preesistenti, le disposizioni secondo le quali:

- il Governo per la predisposizione del piano sanitario nazionale deve sentire anche le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali sono tenute a rendere il parere entro venti giorni, e deve tenere conto delle proposte per la predisposizione del piano sanitario nazionale elaborate dalle regioni, singolarmente o tramite strumenti di auto coordinamento. Le suddette proposte che vanno comunque trasmesse al Governo, si ritiene, per il tramite del Ministro della Salute, entro il mese di luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, devono avere riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato ed alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione;
- il piano sanitario nazionale deve indicare oltre agli elementi riferiti in precedenza anche:
 1. la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di sua validità e la relativa disaggregazione per livelli di assistenza;
 2. gli indirizzi finalizzati ad orientare il servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche tramite la realizzazione di progetti di interesse sovrazonale;
 3. 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 ed assistenziale nonché di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

Costituiscono sicuramente una innovazione di grande rilevanza le disposizioni secondo le quali:

- a) le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza devono essere garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con il pagamento di ticket da parte del cittadino, nel rispetto delle forme e modalità previste dalle disposizioni legislative in materia;
- b) il piano sanitario nazionale deve individuare le tipologie di assistenza, i

servizi e le prestazioni rientranti nelle aree di offerta che devono essere compresi nei livelli essenziali di assistenza. Per il triennio 1998-2000 il Dlgs. n. 229/1999 precisava che i livelli interessati dovevano essere quelli dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

La previsione legislativa in questione va ora letta e reinterpreta avuta presente la modifica all'art. 117 della Costituzione disposta dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 secondo la quale rientra nella competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Infatti a seguito della nuova disposizione costituzionale non vi è dubbio alcuno che lo Stato sia tenuto esclusivamente a formulare i principi fondamentali per quanto attiene le prestazioni a valenza sanitaria da assicurare ai cittadini essendogli preclusa ogni possibilità di interferire sulle modalità attuative degli stessi in quanto di competenza delle regioni. In conseguenza dell'innovazione in questione lo Stato in ambito sanitario perde il ruolo di organizzatore e gestore che gli era proprio in precedenza per assumere quello di garante sull'intero territorio nazionale dell'equità di soddisfazione da parte della singola regione dei bisogni di salute dei rispettivi assistiti finalizzata alla rispettiva tutela psico-fisica, per cui ai singoli piani sanitari nazionali non potrà che essere affidato -come si legge all'interno del punto 1.1 del PSN 2003/2005- "il compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario";

- c) il servizio sanitario nazionale garantisce soltanto le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate;
- d) il servizio sanitario nazionale non assume a proprio carico le prestazioni sanitarie che:

d.1) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale, cioè le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che non rientrano nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza i quali comunque vanno sempre assicurati nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché della economicità dell'impiego delle risorse;

- d.2) *non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzate o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;*
- d.3) *non soddisfano, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza;*
- e) *le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate del Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal ministero della sanità (ora della salute).*

Con riferimento alle riferite normative che indicano le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che non possono essere poste a carico del servizio sanitario nazionale e di quelle che possono essere poste a suo carico solo se comprese in appositi programmi di sperimentazione va rilevato che le stesse oltre ad avere l'obiettivo di evitare costi ingiustificati rispetto alle esigenze reali ed appropriate della popolazione risentono della particolare situazione venutasi a creare in quel periodo storico in relazione soprattutto alle decisioni giurisprudenziali che avevano posto a carico del servizio sanitario nazionale i costi della così detta *cura Di Bella*, anche se al momento non esistevano sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia. Quest'ultima disposizione era stata introdotta per evitare che situazioni analoghe potessero verificarsi in futuro.

Per quanto concerne i piani sanitari regionali la nuova disciplina, dopo averli definiti come documenti strategici degli interventi per gli obiettivi di salute e per il funzionamento dei servizi finalizzati a soddisfare le esigenze specifiche della rispettiva popolazione anche in riferimento agli obiettivi definiti dal piano sanitario nazionale, dispone -in aggiunta a quanto riferito in precedenza ed a modifica ed integrazione delle disposizioni preesistenti- che:

- le regioni sono tenute a prevedere forme di partecipazione al procedimento per l'adozione o l'adeguamento dei rispettivi piani sanitari regionali delle autonomie locali, delle formazioni sociali private non aventi scopi di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria ed, infine, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture sanitarie private accreditate;

- le regioni e le province autonome sono tenute a trasmettere al Ministro della salute i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire sugli stessi il suo preventivo parere per quanto concerne la loro coerenza con gli indirizzi del piano sanitario nazionale. Anche se la disposizione prevede che il parere deve essere espresso, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, entro trenta giorni dalla loro data di trasmissione, la sua esplicitazione dopo tale termine impone parimenti alla singola regione/provincia autonoma interessata di adeguarsi alle eventuali osservazioni in esso contenute essendo indubbia la non perentorietà del termine;
- in caso di carenza dei piani sanitari regionali devono essere applicate le disposizioni del piano sanitario nazionale;
- alla regione/provincia autonoma che, trascorso un anno dall'entrata in vigore del piano sanitario nazionale, non provveda -senza motivazione- alla adozione del proprio piano sanitario è preclusa la possibilità di accreditare nuove strutture. Al fine di rimuovere l'ipotizzata inerzia la normativa riconosce da una parte al Ministro della salute, sentita la regione/provincia autonoma, il potere di fissare un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi e da altra parte al Consiglio dei Ministri, decorso inutilmente il termine stesso, il potere di adottare -su proposta del citato Ministro e sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome- gli atti necessari per dare attuazione nella regione inadempiente al piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

A conclusione del presente approfondimento ricordiamo che le modalità della partecipazione dell'università alla procedura della programmazione sanitaria regionale, definite con il Dlgs. n. 502/1992 come modificato con il Dlgs. n. 517/1993 e confermate con il Dlgs. n. 229/1999, sono state ridefinite dal Dlgs. n. 517/1999. Le modalità di partecipazione indicate dal Dlgs. n. 502/1992 come modificato dal Dlgs. n. 517/1993 sono state riferite sotto il precedente capitolo 12, punto 12.4, quelle definite con il Dlgs. n. 517/1999, peraltro tuttora in vigore, saranno approfondite sotto il successivo capitolo 14, punto 14.3.

13.6.2. I piani sanitari nazionali 2003/2005 e 2006/2008

Ferme restando le disposizioni legislative richiamate in tema di programmazione sembra opportuno accennare ai contenuti di maggiore rilevanza dei piani sanitari nazionali approvati dopo l'emanazione del Dlgs. n. 229/1999, della legge costituzionale n. 3/2001 e del D.P.C.M. 29 no-

vembre 2001 con cui sono stati individuati i livelli essenziali di assistenza (LEA), a seguito dell'accordo raggiunto tra Stato e Regioni il precedente 8 agosto, con l'introduzione accanto alle liste delle prestazioni erogabili a carico del SSN anche di liste delle prestazioni escluse o parzialmente escluse dai LEA. I piani interessati riguardano i trienni 2003/2005 e 2006/2008.

Piano sanitario nazionale 2003/2005

Il piano in questione ritenendo necessario garantire a tutti i cittadini un sistema sanitario equo, giovandosi anche dell'esperienza del cosiddetto gruppo Tavistock, ha individuato i seguenti n. 8 principi essenziali di cui il servizio sanitario nazionale doveva tenere conto nel tutelare la salute dei cittadini:

1. il diritto alla salute,
2. l'equità all'interno del sistema,
3. la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti,
4. la dignità ed il coinvolgimento di tutti i cittadini,
5. la qualità delle prestazioni,
6. l'integrazione socio-sanitaria,
7. lo sviluppo della conoscenza e della ricerca,
8. la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Avendo riferimento ai principi essenziali sopra elencati il piano, per realizzare la cosiddetta strategia del cambiamento, dapprima aveva individuati 10 progetti di cui doveva farsi carico il SSN e successivamente definito gli obiettivi generali che avrebbero dovuto essere perseguiti nel triennio.

I 10 progetti imponevano al SSN di:

1. attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza frutto concreto dell'accordo stipulato tra Governo e Regione in data 8 agosto 2001 e ridurre le liste di attesa;
2. promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili;
3. garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
4. potenziare i fattori di sviluppo (capitali) della sanità;
5. realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità;
6. promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere;
7. promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari ed, al suo interno, potenziare i servizi di urgenza ed emergenza;
8. promuovere la ricerca biomedica e biotecnologia e quella sui servizi sanitari;

9. promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute;
10. promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.

Gli obiettivi che il SSN doveva perseguire nel triennio consistevano nel:

- vivere a lungo, vivere bene,
- combattere le malattie che assumono particolare rilevanza nel contesto storico preso in considerazione (cardiovascolari e cerebrovascolari, respiratorie ed allergiche, reumatiche ed osteoarticolari, rare, trasmissibili ma prevenibili con la vaccinazione, tumori, diabete e malattie metaboliche, disturbi del comportamento alimentare, AIDS ed a trasmissione sessuale),
- ridurre gli incidenti e le invalidità,
- sviluppare la riabilitazione,
- migliorare la medicina trasfusionale,
- promuovere il trapianto di organi.

Piano sanitario nazionale 2006/2008

Il piano in questione tenendo conto da una parte degli ampi poteri decisionali riconosciuti, anche in materia sanitaria, agli organi dell'Unione Europea e da altro lato del quadro di federalismo in cui sempre più opera il servizio sanitario si propone di definire un nuovo sistema nel quale i numerosi soggetti di governo devono porsi necessariamente in posizione di sussidiarietà pur mantenendo ciascuno la responsabilità piena per le competenze di rispettivo riferimento. In tale contesto il piano pone in evidenza la centralità dei LEA e quindi la necessità di procedere al loro progressivo aggiornamento alla luce dell'evoluzione scientifica e tecnologica nonché delle risorse finanziarie disponibili.

Pertanto il piano 2006/2008, fatti propri gli obiettivi di salute individuati dal precedente PSN, pone particolare attenzione sulla necessità per il SSN di farsi carico, ai fini dello sviluppo, della realizzazione delle seguenti strategie:

- *prevenzione sanitaria e promozione della salute*, con individuazione degli obiettivi prioritari sia di sistema che di salute da perseguire,
- *riorganizzazione delle cure primarie*, da attuare tramite un sempre maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta finalizzato ad accelerare il processo di riassetto organizzativo e funzionale del settore,
- *integrazione delle reti assistenziali*, con particolare riferimento alla necessità di realizzare sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali, nei settori dell'emergenza-urgenza, delle malattie rare, dei servizi trasfusionali e dei trapianti di organi, tessuti e cellule,

- *integrazione tra i diversi livelli di assistenza*, da perseguire tramite l'elaborazione e l'attuazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale capaci di calare le linee guida scientifiche, validate e condivise, nel contesto organizzativo locale o regionale nel quale ciascun professionista, qualsiasi sia l'unità operativa ed il livello gestionale di appartenenza, si trova ad operare. Ai fini in questione il piano sottolinea l'importanza del raccordo tra il sistema delle cure ospedaliere e quello delle cure primarie e della programmazione di un sistema integrato di coordinamento tra le cure primarie ed il livello specialistico territoriale ed ospedaliero per la continuità delle cure sia dei pazienti cronici che di quelli post acuti;
- *integrazione socio-sanitaria*, da attuare tramite lo *sviluppo di interventi finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad alta integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.) con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad alta integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione;*
- *controllo del dolore e della sofferenza nei percorsi di cura*, da attuare -tenuto conto del carattere etico ed umanitario che lo connota e della sua forte influenza sulla qualità del servizio- tramite il completamento della definizione delle linee guida sul trattamento del dolore nel bambino e nell'adulto e l'integrazione con le iniziative europee ed internazionali di settore. La strategia va completata in primo luogo con l'attivazione, all'interno dei percorsi sanitari, di interventi volti a promuovere l'umanizzazione delle cure, da attuare tramite il miglioramento del rapporto tra malato, medico ed operatori sanitari in termini di qualità della comunicazione, di livelli di comprensione e di trasmissione di empatia nonché ad assicurare il necessario supporto psicologico in tutti i casi in cui lo richiedano le condizioni cliniche del malato ed in secondo luogo stimolando la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto ed alla comunicazione in tutto il personale sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale ed amministrativo;
- *rete assistenziale per le cure palliative*, da attuare tramite l'organizzazione di reti di cura palliative dedicate all'età neonatale, pediatrica ed adolescenziale, finalizzate a garantire la qualità e la specialità degli interventi richiesti unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico del bambino e della sua famiglia, fermo restando comunque il rispetto delle sue scelte.

Il piano successivamente elenca successivamente le strategie del sistema e gli obiettivi di salute che devono essere perseguiti dal SSN durante il triennio e precisamente:

1. strategie del sistema:

- *promuovere innovazione, ricerca e sviluppo*, con particolare riferimento alla promozione della ricerca sanitaria, all'ammodernamento strutturale e tecnologico ed all'Health technology assessment;
- *recuperare il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del servizio sanitario nazionale* favorendo quindi:
 - a) la partecipazione degli stessi ed in particolare dei pazienti e delle associazioni dei familiari nelle attività di programmazione e di valutazione,
 - b) l'implementazione dei processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed operatore, finalizzati a favorire il passaggio dal consenso informato all'empowerment, nonché tra cittadino ed istituzioni sanitarie, promuovendo un ulteriore sviluppo della *carta dei servizi* soprattutto con riferimento all'esplicitazione del livello di qualità garantito nei servizi erogati e degli impegni assunti dalla singola azienda sanitaria,
 - c) la valorizzazione dell'associazionismo dei pazienti e dei loro familiari,
 - d) il recupero del ruolo del cosiddetto terzo settore (cooperative sociali, associazioni e fondazioni di diritto privato, società di mutuo soccorso, organizzazioni di volontariato e di promozione sociale);
- *sviluppare le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN* favorendo, previa individuazione corretta del relativo fabbisogno, la formazione di base e l'educazione continua in medicina (ECM);
- *promuovere il governo clinico (GC) e la qualità del Servizio sanitario nazionale compresa la tematica delle liste di attesa*, con particolare attenzione alla promozione di un sistema nazionale di linee guida, alla gestione del rischio clinico ed alla sicurezza dei pazienti;
- *completare l'aziendalizzazione del servizio sanitario e guidarne l'evoluzione*;
- *favorire lo sviluppo delle sperimentazioni gestionali*;
- *sviluppare la politica del farmaco e favorire l'uso corretto dei dispositivi medici*;

2. obiettivi di salute del servizio sanitario nazionale:

- *il miglioramento e lo sviluppo degli interventi finalizzati a garantire la salute nelle prime fasi di vita, nell'infanzia e nell'adolescenza* nella consapevolezza che, nonostante i progressi registrati al riguardo negli ultimi anni,

non sono stati raggiunti gli obiettivi indicati per il settore nel precedente PSN;

- *lo sviluppo della lotta contro le grandi patologie* (tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie), da perseguire privilegiando gli interventi di prevenzione;
- *l'attuazione degli interventi di prevenzione contro le non autosufficienze riferite ad anziani e disabili*, da raggiungere favorendo:
 - a) con riferimento agli anziani, il miglioramento -tra l'altro- delle componenti di cura ed assistenza al fine di ampliare le condizioni di appropriatezza, la riorganizzazione dei servizi territoriali con il doveroso potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'integrazione con il sociale e la promozione della ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento,
 - b) con riferimento ai disabili, soprattutto la realizzazione di interventi riabilitativi precoci per ridurre gli esiti invalidanti degli eventi lesivi, di percorsi assistenziali per la fase di cronicità e di programmi individualizzati di riabilitazione;
- *la tutela della salute mentale*, da realizzare, tra l'altro, implementando la qualità dei CSM e la loro capacità di risposta alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, attivando ed implementando programmi di individuazione e/o lotta di particolari patologie;
- *la lotta alle dipendenze connesse a particolari stili di vita*, da perseguire realizzando tutte le azioni preventive, curative e di recupero in grado di contrastare le conseguenze di stili di vita che costituiscono rilevanti fattori di rischio ed in particolare la pratica del fumo da tabacco, l'abuso dell'alcol, l'uso di sostanze stupefacenti;
- *il sostegno alle famiglie*, da perseguire, tra l'altro:
 - a) riconoscendo e sostenendo il ruolo dell'associazionismo delle famiglie nelle sedi ove vengono definiti programmi e progetti in favore delle famiglie,
 - b) promuovendo l'acquisizione da parte degli operatori sanitari (e socio-sanitari) di una cultura che valorizzi la famiglia e le relative associazioni come partner dei servizi e contestualmente prenda in considerazione, al momento di presa in carico del singolo paziente, il suo contesto familiare e la rete informale di solidarietà,
 - c) prevedendo la partecipazione del SSN, con gli altri soggetti interessati (comuni, associazioni di volontariato, ecc.), alla costruzione di reti integrate finalizzate a realizzare a monte l'analisi dei bisogni ed a valle la realizzazione di progetti integrati socio-

- sanitari soprattutto per le famiglie povere con problemi di salute mentale, disabilità e tossicodipendenza;
- *la realizzazione di interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali* resa necessaria da una parte dalla sempre crescente presenza straniera e da altra parte all'aumento continuo delle persone appartenenti a fasce sociali cosiddette marginali avuto presente che in entrambe le suddette categorie di soggetti si verificano maggiori problematiche sanitarie ed in particolare una maggiore incidenza di malattie infettive da imputare alle difficili condizioni di vita che di norma caratterizzano i suddetti soggetti ed alla scarsa od, addirittura, assente cultura della prevenzione negli stessi. In tale contesto il piano pone particolare attenzione alla popolazione dei Rom in relazione alle insufficienti condizioni socio-ambientali ed igienico-abitative in cui la gran parte di essa vive nella consapevolezza che queste ultime sono riconosciute universalmente come determinanti di salute per cui il relativo miglioramento va perseguito in via prioritaria. Gli ulteriori interventi prefigurati nel piano da realizzare in collaborazione e sinergia con altri soggetti (esempio: comuni ed associazioni di volontariato) dovrebbero, tra l'altro, farsi carico di:
 - a) potenziare le attività di prevenzione rispetto alle infezioni da HIV-AIDS e da altre MST,
 - b) contrastare l'alto numero di interruzioni volontarie della gravidanza che si registrano soprattutto nelle donne immigrate e le mutilazioni genitali femminili,
 - c) contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze;
 - *il controllo delle malattie diffusive e la sorveglianza sindromica* da realizzare tra l'altro, tramite:
 - a) la conferma degli obiettivi di salute definiti dal *piano nazionale vaccini 2005-2007* nonché la partecipazione ai sistemi di sorveglianza internazionale per la rilevazione degli eventi epidemici a rischio di diffusione sul territorio italiano, il miglioramento della diagnostica etiologica ed il monitoraggio dell'efficacia dei nuovi vaccini, per quanto attiene le malattie diffusive,
 - b) la realizzazione di un sistema informativo che, partendo dal monitoraggio delle situazioni riscontrabili nei servizi assistenziali dell'emergenza, consenta di confrontare i dati prediagnostici esistenti e quindi di rilevare tempestivamente i quadri sindromici onde integrare le relative risultanze con quelle provenienti dai sistemi di sorveglianza già in uso, per quanto attiene la sorveglianza sindromica;

- *la sicurezza alimentare e la nutrizione* da realizzare, tra l'altro, tramite:
 - a) la realizzazione, per quanto concerne la sicurezza alimentare, di interventi a tutela dei consumatori (controlli sui prodotti alimentari di origine animale e vegetale, sull'igiene dei prodotti di origine animale, sulla sicurezza degli alimenti di origine vegetale) in grado di prevenire il verificarsi di rischi nella catena alimentare partendo innanzi tutto dal potenziamento delle strutture cui sono affidati gli interventi stessi,
 - b) la realizzazione, per quanto concerne la nutrizione, di interventi, a vari livelli istituzionali, in grado di attuare azioni finalizzate a prevenire l'insorgere delle patologie legate a deficit di elementi nutrizionali ovvero a patologie anche di origine genetica ben sapendo che l'insorgenza di alcune di esse è fortemente condizionata da fattori alimentari.

I riferiti interventi sono motivati dalla consapevolezza che sia la sicurezza alimentare che una corretta nutrizione sono in grado di evitare l'insorgere di un numero cospicuo di patologie;

- *la sanità veterinaria* da realizzare tramite il potenziamento e la razionalizzazione degli strumenti di prevenzione e lotta alle emergenze zoo-sanitarie ed alle malattie animali (esempio influenza aviaria, BSE) e quindi tramite la tutela del benessere degli animali da reddito da realizzare innanzi tutto attraverso la *formazione degli operatori* (allevatori, trasportatori, macellai);
- *la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro* da realizzare, tra l'altro, tramite:
 - a) la realizzazione, per quanto attiene la prevenzione degli infortuni sul lavoro, degli interventi definiti nel *piano nazionale della prevenzione* 2005-2007,
 - b) la realizzazione, per quanto attiene le malattie professionali, di interventi finalizzati da una parte a favorire l'impegno e la qualificazione dei sanitari coinvolti nell'emersione delle *malattie professionali perdute* e da altra parte a sviluppare le azioni di prevenzione,
 - c) la realizzazione, per quanto attiene la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, del riordinamento, del coordinamento e della semplificazione delle norme vigenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro nonché della definizione di un sistema di criteri per la verifica del raggiungimento dei LEA nel settore;
- *lo sviluppo delle politiche per l'ambiente e la salute* da realizzare, tra l'altro, tramite interventi finalizzati a:
 - a) migliorare la qualità dell'aria nei centri urbani ed in particolare in

- prossimità delle scuole e dei luoghi pubblici frequentati da bambini,
- b) contrastare gli effetti sanitari di eventi climatici estremi potenzialmente devastanti nei confronti di popolazioni di per sé già vulnerabili (bambini, anziani, disabili, indigenti) a causa delle loro ristrettezze sociali ed economiche,
 - c) disciplinare l'uso di sostanze chimiche pericolose per la salute umana, in particolare per quella dei bambini, e per l'ambiente,
 - d) sviluppare le iniziative finalizzate a ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti ed ad accrescere la consapevolezza sulle modalità tramite cui prevenire tali rischi,
 - e) promuovere una gestione integrata della qualità delle acque balneari e fornire in tempo reale alla popolazione informazioni sempre più precise sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini,
 - f) garantire che il tasso di estrazione delle risorse idriche sia sostenibile sul lungo periodo,
 - g) garantire la disponibilità e la protezione della qualità dell'acqua per il consumo umano, previa realizzazione di misure idonee a migliorarne l'accesso, la sicurezza e la potabilità,
 - h) prevenire o ridurre gli effetti nocivi dell'inquinamento acustico sull'organo dell'udito e sull'intero organismo,
 - i) perseguire una sensibile riduzione complessiva della quantità di rifiuti prodotti favorendo in primis il riciclaggio ovvero lo smaltimento in maniera sicura di quelli di cui non è possibile l'eliminazione totale,
 - j) ridurre l'incidenza delle malattie (patologie allergiche, asma, malattie respiratorie) correlate alla qualità dell'aria degli ambienti confinati, nonché delle lesioni od invalidità dovute ad incidenti domestici,
 - k) sviluppare gli interventi volti al sostegno delle famiglie più povere e disagiate onde garantire alle stesse un ambiente di vita più salutare sia da un punto di vista fisico che da un punto di vista sociale.

13.7. Il sistema di finanziamento dopo l'emanazione, nel 1999, dei decreti legislativi 229 e 517

Il sistema di finanziamento definito antecedentemente alla emanazione dei decreti legislativi 19 giugno 1999, n. 229 e 21 dicembre 1999, n. 517 è stato modificato dal primo decreto esclusivamente per quanto attiene le strutture pubbliche e private accreditate ed i professionisti accreditati e da quest'ultimo decreto per quanto attiene le aziende ospedaliere universitarie. Le

richiamate disposizioni infatti nulla hanno innovato per quanto concerne:

- il criterio di riparto in base alla quota capitaria pesata del fondo sanitario nazionale inteso come strumento comprendente le risorse finanziarie destinate a fronteggiare l'ammontare complessivo degli oneri preventivamente individuati, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza da assicurare, per soddisfare il bisogno di salute di tutti cittadini;
- le modalità di assegnazione delle risorse finanziarie messe a disposizione dallo Stato nei confronti delle regioni/province autonome;
- le modalità di assegnazione delle risorse disponibili da parte delle regioni/province autonome nei confronti delle aziende sanitarie territoriali.

Rinviando l'approfondimento delle modalità di finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie sotto il successivo capitolo 14, punto 14.4, rileviamo che le nuove modalità di finanziamento concernenti le strutture pubbliche e private accreditate nonché i professionisti accreditati prevedono che:

- 1) la regione e le aziende unità sanitarie locali definiscono accordi con le strutture pubbliche e private equiparate e stipulano contratti con le strutture private ed i professionisti accreditati, anche tramite intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, nei quali oltre ad essere indicati -come riferito sotto il precedente punto 13.5 - i volumi massimi di prestazioni che ciascun soggetto si impegna ad erogare distinti per tipologia e modalità di assistenza, deve essere indicato l'ammontare globale predefinito da corrispondere alle strutture accreditate che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale per le prestazioni che la struttura si impegna ad erogare determinandolo sulla base delle funzioni assistenziali e delle attività da svolgere nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale da riconoscere alle strutture accreditate con le quali sono stipulati gli accordi per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera e/o ambulatoriale le disposizioni dettate dal Dlgs. n. 229/1999, stabiliscono che le regioni sono tenute a definire le funzioni assistenziali da remunerare in base al costo standard di produzione del programma di assistenza individuando le tra le attività rispondenti alle seguenti caratteristiche generali:
 - a) programmi a forte integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
 - b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

- c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
 - d) programmi di assistenza a malattie rare;
 - e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della relativa centrale operativa, sulla base dei contenuti dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 17 marzo 1992, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.76 del 21 marzo 1992;
 - f) programmi sperimentali di assistenza;
 - g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;
2. il Ministro della salute con proprio decreto -da emanare sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome- è tenuto a:
- a) stabilire i criteri per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della remunerazione massima da corrispondere per le stesse sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta,
 - b) individuare i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare determinando le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate tenendo conto dei costi standard di produzione e di quote standard dei costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di dette strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza,
 - c) fissare i criteri generali nel rispetto dei quali le regioni adottano il rispettivo sistema tariffario articolando le tariffe per classi di struttura, secondo le caratteristiche organizzative e di attività verificate per ciascuna in sede di accreditamento,
 - d) effettuare periodicamente la verifica del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali di assistenza e delle relative previsioni di spesa nonché dell'andamento dei costi dei principali fattori produttivi,

- e) definire i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini residenti in regione diversa da quella dove insiste la struttura che ha erogato la prestazione. Le regioni nell'ambito dei suddetti criteri possono concordare politiche tariffarie finalizzate anche a favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza della singola regione nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale;
- 3. la remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle elencate sotto il precedente punto 1. è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital nonché alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le funzioni assistenziali rientranti nella fattispecie di cui al precedente punto 2. lettera a);
- 4. il Ministro della salute con proprio decreto -da emanare d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome- è tenuto a disciplinare le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza, prevedendo anche il ricorso all'assistenza indiretta;
- 5. il corrispettivo preventivato a fronte dei volumi di attività concordati deve essere determinato tramite l'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza eventualmente ai suddetti soggetti richieste;
- 6. le modalità di remunerazione delle prestazioni eccedenti i volumi concordati vanno definite dalla singola regione e devono essere esplicitate nel singolo accordo.

Con riferimento al prefigurato sistema di finanziamento si ritiene opportuno rilevare ulteriormente che:

- a) le regioni -al fine di evitare comportamenti diversificati da parte delle singole aziende sanitarie locali- si sono, di norma, riservata la possibilità di definire direttamente gli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e di stipulare quindi accordi quadro con le rappresentanze regionali delle strutture private accreditate nel rispetto dei quali le aziende sanitarie locali sono tenute a stipulare i contratti con le stesse;
- b) l'aggiornamento periodico delle tariffe va realizzato nel rispetto della procedura prevista per la determinazione del tipo di compensi da riconoscere per l'erogazione delle prestazioni concordate e della quale abbiamo riferito sotto il precedente punto 2;

- c) i contratti collettivi nazionali di lavoro cui spetta disciplinare il rapporto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta devono ridefinire la struttura del compenso loro spettante prevedendo:
- c.1) una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla rispettiva lista,
 - c.2) una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa per ciascun medico programmati in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto,
 - c.3) una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività funzionali allo sviluppo dei programmi di cui al precedente punto.

L'approfondimento della tematica va completato accennando alle modalità attraverso cui il singolo cittadino può evitare di dover sopportare oneri nei casi in cui:

- abbisogni di assistenza all'estero,
- abbisogni di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ma con le stesse comunque integrate erogate da professionisti e da strutture accreditate,
- intenda tutelarsi per le quote poste a suo carico (tickets) conseguenti dalla fruizione di prestazioni che il SSN non assuma a suo completo carico.

Al riguardo infatti sembra opportuno rilevare che le disposizioni vigenti da un lato obbligano le regioni e le province autonome a definire i rimborsi da riconoscere per l'assistenza sanitaria all'estero e da altro lato consentono al singolo di iscriversi agli specifici fondi integrativi per garantirsi rispetto agli oneri conseguenti dal ricorso a prestazioni aggiuntive rispetto a quelle comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza piuttosto che rispetto agli oneri da sopportare in tutti i casi in cui il ricorso alle prestazioni, assicurate dal servizio sanitario nazionale, comporti una quota a suo carico.

Con riferimento alle riferite particolari situazione precisiamo ulteriormente che:

1. è venuto meno, dagli inizi dell'anno 2001, l'obbligo da parte delle regioni e delle province autonome di procedere al rimborso delle spese sostenute dal singolo per altre prestazioni che erano e sono tuttora erogate in forma indiretta,
2. i rimborsi di cui al precedente punto, comunque, non potranno essere superiori al 50% delle tariffe definite regionalmente per le corrispondenti prestazioni,

3. i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale devono assicurare, oltre alla copertura degli oneri sopportati per la fruizione di prestazioni non rientranti nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ed al recupero delle quote di partecipazione alla spesa (tickets) sostenute per ottenere prestazioni il cui onere non è assunto completamente dal SSN, anche le prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota a carico dall'assistito.

L'approfondimento sul sistema di finanziamento in atto va completato richiamando l'attenzione su alcune importanti disposizioni contenute nella legge finanziaria 2007 (27 dicembre 2006, n. 296) per l'attuazione di quanto definito con il *nuovo patto per la salute* sottoscritto tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome in data 28 settembre 2006 e finalizzato a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, dare certezza all'entità delle risorse finanziarie a disposizione del SSN per un arco pluriennale, supportare le azioni volte ad elevare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni ed, infine, riequilibrare la capacità di erogare prestazioni e servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale. Le disposizioni in questione:

- indicano l'entità del finanziamento del SSN per il triennio 2007/2009, ridefinendola in aumento rispetto a quella indicata per i primi due anni da disposizioni precedenti;
- istituiscono un così detto fondo transitorio, indicandone l'entità, a valere sempre per il riferito triennio finalizzato a supportare il processo di rientro strutturale dei disavanzi, pari o superiori al 7% del finanziamento assegnato, registrati da regioni in difficoltà, sempre che le stesse rispettino le condizioni esplicitamente prescritte per potersene avvalere;
- istituiscono un così detto fondo per le non autosufficienze, indicandone l'entità, a valere sempre per il riferito triennio finalizzato a supportare gli interventi socio-sanitari garantiti dal SSN a favore prioritariamente degli anziani e dei disabili;
- prevedono che le strutture sanitarie private accreditate siano tenute a praticare uno sconto sulle prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio effettivamente erogate pari rispettivamente al 2% ed al 20% degli importi indicati dall'apposito decreto ministeriale;
- prevedono la rivisitazione del decreto con cui sono state definite le prestazioni ricomprese nei LEA al fine da un lato dell'inserimento nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di prestazioni già ero-

gate in regime di ricovero e da altro lato della rideterminazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero in regime ordinario diurno;

- prevedono la modifica del PSN 2006-2008 onde armonizzarne i contenuti e la tempistica al finanziamento complessivo predeterminato per il triennio 2007/2009.

A conclusione dell'approfondimento fin qui sviluppato si ritiene opportuno rilevare che la mancata tempestività delle anticipazioni cui era tenuto lo Stato nei confronti delle Regioni in attuazione del disposto del Dlgs. n. 56/2000 nonché la ritardata copertura da parte dello Stato dei disavanzi registrati in vari anni da parte di più Regioni hanno causato in molte aziende sanitarie una crisi di liquidità da cui è derivato non solo il ritardo nel pagamento dei fornitori ma anche un ulteriore progressivo aggravio dei costi complessivi del sistema già influenzati negativamente dalla mancata realizzazione del federalismo fiscale e da gestioni poco attente ed, ancor meno, controllate.

13.8. Il personale

Come riferito puntualmente sotto il precedente capitolo 12, punto 12.7, la disciplina dettata dalle disposizioni contenute nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale era stata ridefinita:

- per quanto riguarda il personale dipendente, tramite le disposizioni specifiche contenute nei decreti di avvio dell'aziendalizzazione del servizio sanitario e, per gli aspetti non definiti dalle stesse, tramite le disposizioni dettate dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, concernente la razionalizzazione dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego. Le richiamate disposizioni avevano in particolare stabilito:
 1. la netta distinzione tra funzioni di governo e funzioni di gestione,
 2. l'attribuzione di responsabilità specifiche e di competenze anche di carattere gestionale alla dirigenza in generale ed alla dirigenza medica in particolare per quanto concerneva la definizione di indirizzi tecnici, di promozione e di supporto, con riferimento al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità delle prestazioni sanitarie,
 3. una puntuale disciplina della dirigenza del ruolo sanitario,
 4. le modalità di verifica dei risultati nonché le responsabilità dirigenziali del ruolo sanitario e la ridefinizione degli incarichi dirigenziali sempre del ruolo sanitario;
- per quanto concerneva il personale sanitario convenzionato, tramite la

definizioni di principi ed indirizzi di carattere generale contenuti nei decreti con cui era stato rivisitato il sistema sanitario.

La disciplina richiamata, come vedremo dall'approfondimento che segue:

1. *per quanto riguarda il personale dipendente* dalle aziende sanitarie è stata:
 - 1.1. modificata ed integrata in maniera sostanziale dalle disposizioni dettate dal Dlgs. n. 229/1999 soprattutto per quanto concerne la dirigenza sanitaria in generale e quella medica in particolare,
 - 1.2. modificata ed integrata in minima parte dalle disposizioni dettate dal Dlgs. n. 165/2001 contenente "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" il quale ha anche disposta l'abrogazione del Dlgs. n. 29/1993 e smi;
2. *per quanto riguarda il personale convenzionato* con le aziende sanitarie è rimasta invece pressoché immutata.

Tenuto conto delle riferite puntualizzazioni di seguito ci proponiamo di richiamare l'attenzione sui più rilevanti elementi che, a nostro avviso, caratterizzano l'una e l'altra tipologia di rapporto possibile con le aziende sanitarie.

A) Personale dipendente

Sulla base delle disposizioni dettate dal Dlgs. n. 229/1999 e tuttora vigenti:

- la dirigenza medica è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali, alla stregua di quanto già previsto dalle preesistenti disposizioni per tutte le altre categorie della dirigenza;
- la graduazioni delle funzioni dirigenziali nonché le modalità per la loro assegnazione, valutazione e verifica nonché per l'attribuzione del trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato sono definite in sede aziendale nel rispetto dei criteri generali previsti in sede di contrattazione collettiva nazionale;
- l'assunzione quale dirigente sanitario avviene mediante concorso pubblico, per titoli ed esami, disciplinato ex D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483, "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati, fermi restando l'obbligo della collaborazione multiprofessionale e quello dell'agire nell'ambito degli indirizzi operativi e dei programmi di attività promossi a li-

- vello dipartimentale ed aziendale finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse ed all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità;
- ciascun dirigente ha la responsabilità dei risultati dell'attività svolta, dei programmi concordati da realizzare e delle specifiche attribuzioni attribuitegli, anche se ai fini in questione è tenuto ad un impegno orario superiore a quello definito contrattualmente;
 - gli incarichi assegnati ai dirigenti sanitari all'atto della prima assunzione comportano sia compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del direttore della struttura complessa di appartenenza che funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività;
 - gli incarichi, al termine dei cinque anni di attività di dirigente sanitario con valutazione positiva, sono conferiti in relazione alla natura ed alle caratteristiche dei programmi da realizzare nonché alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente. Essi comportano l'attribuzione di funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo nonché l'attribuzione della responsabilità di struttura semplice;
 - gli incarichi dirigenziali assegnati all'atto della prima nomina ed al termine dei cinque anni di attività hanno durata da tre a sette anni e sono rinnovabili;
 - gli incarichi di direzione di struttura complessa (già incarichi di II livello) della dirigenza del ruolo sanitario, di durata da cinque a sette anni e rinnovabili per lo stesso periodo o per un periodo più breve, sono conferiti dal direttore generale previo espletamento di selezione pubblica al termine della quale la commissione esaminatrice è tenuta a definire l'elenco degli idonei e non una graduatoria degli stessi. La partecipazione alla selezione è subordinata al possesso dei requisiti previsti dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale (ora *incarico di direttore di struttura complessa*)"; la selezione è effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda e da due direttori di struttura complessa della stessa disciplina oggetto dell'incarico;
 - ai dirigenti di struttura complessa spettano, oltre a quelle derivanti da specifiche competenze professionali, la responsabilità dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite nonché funzioni di direzione ed organizzazione della struttura cui sono preposti. Queste ultime vanno realizzate, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche tramite direttive a tutto il personale ope-

rante nelle stesse e tramite l'adozione delle decisioni provvedimenti necessari per il corretto espletamento del servizio e per la realizzazione dell'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;

- gli incarichi di tutti i ruoli e profili professionali della dirigenza sono sottoposti a verifica con le modalità ed alle scadenze definite dai rispettivi contratti collettivi nazionali (CC.CC.NN.LL.);
- gli incarichi di tutti i ruoli e profili professionali della dirigenza devono essere revocati, nel rispetto delle procedure definite dalla contrattazione nazionale, per inosservanza delle direttive impartite dalla direzione aziendale e/o dal direttore del dipartimento della struttura di assegnazione, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, per responsabilità grave e reiterata e per tutte le altre inadempienze eventualmente previste dalla contrattazione stessa;
- il conferimento dell'incarico di struttura complessa sanitaria presupponeva l'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo. Tale obbligo è stato eliminato dalla legge n. 138/2004 la quale ha stabilito che "la non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse". Al riguardo sembra opportuno ulteriormente precisare che alcune regioni (Emilia-romagna, Toscana ed Umbria) con propria legge hanno reinserito l'obbligo dell'esclusività del rapporto di lavoro per ottenere la direzione di struttura complessa e che la Corte Costituzionale ha ritenuta legittima la decisione in considerazione del fatto che le regioni hanno giurisdizione esclusiva in materia di organizzazione del servizio sanitario;
- l'attività libero professionale extramuraria è consentita esclusivamente ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro non esclusivo;
- ai dirigenti sanitari sarà ancora consentito di svolgere fino al 31 gennaio 2009, ex lege n.120/2007 l'attività libero professionale intramoenia nei propri studi privati ovvero in strutture sanitarie private appositamente convenzionate dalle aziende datori di lavoro sempre che queste non siano in grado di mettere loro a disposizione spazi interni per il relativo svolgimento. L'esercizio di tale attività (intramoenia allargata), sulla base delle disposizioni dettate dalla richiamata recente legge, presuppone comunque che la prenotazione delle prestazioni e la riscossione degli onorari siano effettuate da parte del personale dell'azienda e che questa sia tenuta a garantire che la separazione dell'attività in questione dagli orari e dalle prestazioni istituzionali;
- l'attività libero professionale extramuraria è consentita esclusivamente

- ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro non esclusivo;
- le aziende sanitarie possono stipulare contratti a tempo determinato per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale e per l'attuazione di progetti finalizzati nel rispetto delle peculiari disposizioni dettate dalle disposizioni legislative e contrattuali in materia.

Le riferite disposizioni concernenti il personale dipendente non debbono farci dimenticare l'indubbia rilevanza che assume una organica, valida e funzionale gestione dello stesso per la realizzazione di sempre più elevati livelli qualitativi delle prestazioni e dei servizi erogati dalle aziende sanitarie e quindi per il perseguimento della piena soddisfazione dei reali bisogni sanitari della popolazione. Il raggiungimento di tali obiettivi presuppone non solo specifiche conoscenze e quindi specifica professionalità da parte dei responsabili delle strutture cui i singoli operatori sono assegnati ma anche la piena, consapevole e convinta responsabilizzazione del singolo rispetto ai risultati ottenuti con riferimento ai diversificati obiettivi che lo stesso è tenuto a raggiungere in relazione al ruolo ricoperto da valutare avendo riguardo non solo all'interesse dell'azienda ma anche e soprattutto all'interesse del cittadino che fruisce della prestazione essendo indubbio che la mission aziendale si raggiunge esclusivamente tramite la piena soddisfazione dei suoi reali bisogni sanitari.

B) Personale sanitario convenzionato

La materia disciplinata dall'art. 8 del Dlgs. n. 502/1992, come modificato con il Dlgs n. 517/1993, è stata ulteriormente modificata dal Dlgs. n. 229/1999, il quale da una parte ha confermato, a volte anche letteralmente, alcune preesistenti disposizioni e da altra parte ha introdotto significative innovazioni ed integrazioni alle stesse.

Sono state confermate, a volte previa opportuna integrazione e/o specificazione, le disposizioni preesistenti secondo le quali:

- i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta devono essere disciplinati da apposite convenzioni di durata triennale conformi ai rispettivi accordi collettivi nazionali;
- il rapporto convenzionale doveva riguardare esclusivamente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta essendo consentito alla aziende sanitarie l'utilizzazione ad esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del Dlgs. n. 517/1993, dei medici addetti all'attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per quanto concerne le suddette categorie mediche il Legislatore

re delegato stabiliva altresì che ai relativi appartenenti si dovevano continuare ad applicare le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978;

- l'assistito ha il diritto alla libera scelta del medico nel rispetto, comunque, del limite massimo di assistiti per ciascun medico stabilito dagli accordi collettivi nazionali;
- la scelta ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata nel caso di mancata revoca;
- la scelta del medico può essere revocata anche prima della scadenza nel rispetto delle condizioni stabilite dagli accordi collettivi nazionali;
- il medico può recusare la scelta nel caso in cui ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;
- le singole aziende sanitarie locali hanno la possibilità da un lato di individuare gli obiettivi da assegnare ai medici singoli ed associati, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, nonché quelli da raggiungere e da un altro lato di concordare con gli stessi i programmi di attività ed i conseguenti livelli di spesa programmati in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto di riferimento;
- la cessazione del rapporto convenzionale opera immediatamente nel caso in cui venga accertato che il medico si sia fatto pagare, anche parzialmente, prestazioni previste in convenzione;
- la struttura del compenso spettante al medico deve essere costituita da una quota fissa annuale per ciascun iscritto alla sua lista-assistiti ed una quota variabile rapportata da un lato al raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati cui si è fatto già cenno e da altro lato alle eventuali prestazioni ed attività aggiuntive previste negli accordi nazionali e regionali;
- le modalità per l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale devono essere disciplinate nell'ambito degli accordi regionali, fermo restando il possesso da parte degli aspiranti all'incarico dell'attestato o del diploma previsto dall'art. 21 del Dlgs. n. 368/1999 o titolo equipollente. Ai possessori di uno dei titoli indicati va riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti da realizzare previa attribuzione ai titoli stessi di un adeguato punteggio;
- l'attività assistenziale va garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana tramite il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi derivanti dai rispettivi incarichi, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di

libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi da attuare anche tramite lo sviluppo di associazionismo professionale e l'organizzazione del servizio su base distrettuale.

Sono in contrapposto innovative le disposizioni secondo le quali gli accordi devono:

- disciplinare gli ambiti e le modalità per l'esercizio della libera professione tenendo conto comunque del fatto che:
 - il tempo dedicato al suo esercizio, nelle sedi e negli orari prescelti, non può recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi derivanti dall'incarico,
 - le prestazioni praticabili devono essere definite nell'ambito della convenzione;
- prevedere la preferenza dei medici che non scelgono di esercitare l'attività libero-professionale nell'accesso a tutte le attività incentivanti previste dagli accordi integrativi;
- disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività distrettuali nonché alla verifica del loro raggiungimento;
- regolamentare la partecipazione dei medici a società anche cooperative onde evitare l'insorgere di conflitti di interesse con le funzioni proprie dell'incarico rivestito;
- prevedere la possibilità di definire specifici accordi con medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità ed in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;
- prevedere le modalità tramite le quali sospendere le convenzioni con i medici a cui le aziende unità sanitarie locali attribuiscono l'incarico di direttore di distretto od altro incarico temporaneo ritenuto incompatibile con il mantenimento della stessa.

A conclusione del presente approfondimento riteniamo opportuno segnalare che anche le disposizioni dettate dal Dlgs. n. 229/1999 nulla dispongono rispetto ad alcuni degli altri importanti aspetti dei rapporti convenzionali disciplinati dall'art. 48 della legge n. 833/1978 e richiamati esplicitamente sotto il precedente capitolo¹², punto 12.8. Per alcuni di essi (definizione delle modalità per l'istituzione e dei criteri per la formazione di elenchi unici per i suddetti professionisti, del numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e per ciascun pediatra di libera scelta, del rapporto ottimale medico-assistibili sia per la medicina generale che per la medicina pediatrica di libera scelta) il mancato richiamo può ritenersi conse-

guente al consolidamento delle disposizioni contenute in precedenti accordi, per altri (definizione delle modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati e delle forme di controllo delle attività svolte, previsione della nullità di qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, e di qualsiasi convenzione stipulata con il singolo interessato) il mancato richiamo può ritenersi conseguente al fatto che le fattispecie prese in considerazione debbano considerarsi scontate nel contesto complessivo del sistema convenzionale posto in essere.

C) Contratti a tempo determinato e per l'attuazione di progetti finalizzati

Le aziende sanitarie in situazioni particolari specificatamente elencate possono attivare rapporti di lavoro a tempo determinato sia in applicazione di disposizioni contrattuali che di disposizioni legislative e precisamente:

- sulla base di disposizioni contrattuali per:
 1. sostituire il personale assente a qualsiasi titolo per più di 45 giorni consecutivi, per tutta la durata del restante periodo di assenza e quello assente per gravidanza e puerperio, per tutto il periodo dell'assenza. Tali rapporti si risolvono automaticamente, alla scadenza indicata nel contratto individuale ovvero anche prima di detta data con il rientro in servizio del titolare.
 2. coprire temporaneamente posti vacanti per un periodo massimo di sei mesi, prorogabili fino a dodici,
 3. soddisfare esigenze temporanee/stagionali e/o impreviste;
- sulla base delle disposizioni dettate dall'art. 15-septies del Dlgs. n. 502/1992, come novellato in ultimo dal Dlgs. n. 229/1999, per:
 1. l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico. Il rapporto è possibile solo con laureati possessori di particolare e comprovata qualificazione professionale e di almeno un quinquennio di esperienza in funzioni dirigenziali,
 2. l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale. Gli incarichi sono possibili per tutte le dirigenze, esclusa quella medica, e presuppongono che i prescelti non godano di trattamento di quiescenza e siano in possesso di provata competenza,
 3. per il recupero del personale non dirigente necessario per l'attivazione delle strutture e degli spazi da riservare all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, nel caso in cui tale incombenza sia impossibile con il personale dipendente;
- sulla base delle disposizioni dettate dall'art. 15-octies del Dlgs. n. 502/1992, come novellato in ultimo dal Dlgs. n. 229/1999, per l'attivazione

di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria. Soggetti dei relativi contratti possono essere solo i possessori di diploma di laurea od universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado, di titolo di abilitazione professionale e relativa abilitazione all'esercizio ove prevista.

Alle riferite tipologie di incarichi a tempo determinato vanno aggiunti quelli previsti dalle Legge n. 311/2004 ("convenzioni" ovvero "contratti di collaborazione coordinata e continuativa"), quelli disciplinati dall'art. 7 del Dlgs. n. 165/2001 (finalizzati a sopperire ad esigenze che non possono essere soddisfatte con il personale in servizio) ed infine quelli la cui regolamentazione è demandata dall'art. 36 di quest'ultimo decreto alla contrattazione collettiva e cioè da un lato i contratti di formazione e lavoro e da altro lato i rapporti formativi e per la fornitura di prestazioni di lavoro temporaneo, in applicazione delle leggi in vigore nel settore privato. Ciò comporta la possibilità di applicazione delle disposizioni dettate dal DLgs n. 368/2001 fatta eccezione per quelle che prevedono la trasformazione di qualsiasi contratto a tempo determinato in un contratto a tempo indeterminato.

Ai titolari di tutti i rapporti di lavoro in questione spetta il trattamento economico fondamentale previsto per i dipendenti chiamati allo svolgimento di funzioni corrispondenti od analoghe.

D) Personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali

Il Dlgs. n. 229/1999 non ha apportato alcuna modifica ed integrazione alle preesistenti disposizioni riguardanti il personale universitario chiamato allo svolgimento di attività assistenziali. Pertanto si rinvia a quanto riferito sotto il precedente capitolo 12, punto 12.8, sottolineando che a brevissima distanza la materia è stata disciplinata ex novo dal Dlgs. n. 517/1999. L'approfondimento della disciplina definita da quest'ultimo decreto, tutt'ora vigente, verrà effettuato sotto il successivo capitolo 14, punto 14.5, al quale si rinvia per l'opportuna conoscenza.

13.9. La formazione del personale

Disposizioni in materia di formazione del personale sono state emanate esclusivamente tramite il Dlgs. n. 229/1999; infatti il Dlgs. n. 502/1992 si era interessato di formazione esclusivamente per precisare che la formazione medica -alla quale doveva provvedere l'università al pari con quella degli

altri laureati del ruolo sanitario e del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione e della prevenzione- doveva implicare la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività di loro competenza nonché l'assunzione della responsabilità connessa alle attività effettivamente svolte. Con il Dlgs. n. 229/1999 il Legislatore -avendo acquisita la piena consapevolezza che la qualificazione degli operatori è il più importante elemento disponibile per perseguire il miglioramento del sistema sanitario- ha dettato disposizioni per disciplinare la formazione, continua e manageriale, degli operatori sanitari del SSN ed in particolare ha precisato che:

- la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;
- l'aggiornamento professionale comprende l'attività formativa realizzata successivamente all'acquisizione dei titoli di studio e/o professionali richiesti per l'instaurazione dei rapporti lavoro, di dipendenza o convenzionali, con le aziende sanitarie e diretta ad adeguare le conoscenze professionali per tutto l'arco della vita professionale;
- la formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti onde rendere le une e gli altri coerenti al progresso scientifico e tecnologico e quindi a perseguire l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata;
- la formazione continua, da organizzare per i diversi profili professionali, implica la partecipazione a
 - corsi, convegni, seminari organizzati da soggetti, pubblici e privati, appositamente accreditati,
 - soggiorni di studio,
 - studi clinici controllati,
 - attività di ricerca, sperimentazione e sviluppo,
 da sviluppare tramite percorsi autogestiti piuttosto che, prioritariamente, tramite programmi finalizzati agli obiettivi della programmazione nazionale, regionale ed, anche, aziendale;
- la partecipazione alle attività di formazione continua è requisito indispensabile per svolgere attività professionale, sia come dipendente che come professionista, per conto delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- la formazione manageriale -indispensabile per aspirare all'incarico di direttore sanitaria di azienda piuttosto che alla direzione di struttura complessa sanitaria- implica la partecipazione a corsi concernenti l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, i criteri di finanziamento ed i bilanci, la gestione delle risorse umane e l'organizzazione del lavoro nonché gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni.

Le disposizioni richiamate attribuiscono alla *commissione nazionale per la formazione continua* -composta da rappresentanti e da esperti indicati da Stato, regioni, ordini e collegi professionali del settore- la competenza, tra l'altro, a definire:

1. gli obiettivi formativi di interesse nazionale con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione ed adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici,
2. i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo,
3. gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale,
4. i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative,
5. i requisiti di idoneità necessari per il riconoscimento dei presidi ospedalieri, delle strutture distrettuali e dei dipartimenti quali soggetti in grado di assolvere funzioni di insegnamento.

Quanto precede se da una parte dimostra, in maniera inequivocabile, l'importanza che il Legislatore ha riconosciuta alla così detta educazione continua in medicina (ECM) come strumento indispensabile per la gestione dei servizi finalizzati ad una reale tutela della salute essendo l'ECM finalizzata alla promozione della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza delle attività sanitarie garantite dal sistema tramite operatori sanitari in possesso del più alto livello di professionalità possibile durante i diversi periodi storici, da altra parte consente di affermare che lo stesso non solo ha data poca rilevanza alla necessità dell'acquisizione di conoscenze utili alla organizzazione e gestione efficiente ed efficace dei servizi da parte della totalità di detti operatori ma addirittura non ha fatto cenno alcuno né alla necessità dell'acquisizione da parte di tutti gli operatori degli elementi in grado di migliorarne il rapporto con il singolo paziente e quindi di umanizzarlo al massimo né alla necessità di assicurare che anche gli operatori non sanitari siano in possesso di adeguata professionalità rispetto alle funzioni cui sono chiamati, avuto riguardo che anche la qualità delle loro attività incide, certamente in misura marginale ma non per questo da ignorare, sul buon funzionamento dell'intero sistema sanitario.

13.10. Raffronto tra le scelte più significative effettuate dai decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 e quelle effettuate dal decreto legislativo 229/1999

Anche se l'approfondimento sulle innovazioni introdotte dal Dlgs. n. 229/1999 sul sistema definito con i decreti legislativi nn. 502/1992 e

517/1993, ha certamente consentito di conoscere le molte modifiche apportate al sistema preesistente, sembra particolarmente opportuno recuperare in appositi prospetti le diversità che a nostro giudizio sono più significative tenuto conto dell'obiettivo che il Legislatore si era posto: il completamento del processo di aziendalizzazione e la piena regionalizzazione del SSN.

ASPETTI ISTITUZIONALI	
CONTESTO dei DECRETI 502/92 e 517/93	CONTESTO D.lgs. 229/1999
Competenza dello Stato in tema di programmazione ed organizzazione del SSN nonché di controlli sullo stesso	Competenza dello Stato limitatamente alla programmazione, alla definizione degli indirizzi generali in tema di organizzazione e gestione del SSN ed al controllo sull'andamento dell'intero sistema
Recupero da parte delle Regioni di competenze già attribuite allo Stato ed ai Comuni (avvio del processo di regionalizzazione)	Recupero da parte delle Regioni di ulteriori competenze sottratte allo Stato, responsabilizzazione diretta sul funzionamento del sistema, sui relativi costi e sulla sua efficacia (completamento del processo di regionalizzazione)
Aziende sanitarie con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica	Aziende sanitarie con autonomia imprenditoriale
Presenza di n. 3 organismi di supporto: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Consiglio dei Sanitari	Istituzione di un organismo aggiuntivo di supporto: il Collegio di direzione
Introduzione di prime disposizioni per l'accreditamento delle strutture	Definizione di un vero e proprio sistema di accreditamento delle strutture
—	Atto aziendale di diritto privato finalizzato a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda sanitaria
Possibilità di agire solo con atti di diritto pubblico	Possibilità di agire anche con atti di diritto privato
Ruolo marginale dei Comuni: formulazione di osservazioni da parte dei Comuni solo su alcuni atti delle Aziende sanitarie (bilanci annuali e pluriennali) e piani attuativi aziendali	Recupero del ruolo dei Comuni nei procedimenti della programmazione regionale e locale, della verifica dell'attuazione dei piani attuativi locali e della valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie
Duplici livelli della dirigenza sanitaria	Livello unico della dirigenza sanitaria
Recupero generico della partecipazione dei rappresentanti dei cittadini, delle associazioni di volontariato, ecc.	Individuazione dei procedimenti in cui è obbligatoria la partecipazione dei rappresentanti dei cittadini, delle associazioni di volontariato, ecc.
Finanziamento delle Aziende ospedaliere e delle strutture private convenzionate con applicazione della tariffa stabilita regionalmente per ciascuna prestazione erogata	Finanziamento delle Aziende ospedaliere e delle strutture private convenzionate con predeterminazione del compenso totale sulla base dei volumi massimi di prestazioni che ciascun soggetto si impegna ad erogare distinti per tipologia e modalità di assistenza

14.

Il rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università e le Aziende Ospedaliero-universitarie

Il rapporto tra i soggetti pubblici sanitari e le università, anteriormente all'emanazione della legge di riforma ospedaliera, fu disciplinato -seppure con risultati non del tutto soddisfacenti- tramite specifiche convenzioni, soggette al controllo di legittimità e di merito delle autorità di rispettivo riferimento, le quali si facevano carico di definire tutti gli aspetti dello stesso.

Avendo presenti le difficoltà che si erano verificate nella definizione dei contenuti delle convenzioni e, quindi, della loro stipula in considerazione della genericità delle riferite preesistenti disposizioni in materia, la legge di riforma ospedaliera (12 febbraio 1968, n.132) aveva, all'art. 50, disposto che qualora, in ordine alla stipula di convenzioni tra università ed enti ospedalieri, si manifestassero contrasti od ostacoli non superabili dalle due parti od anche in sede di approvazione delle convenzioni medesime da parte delle autorità vigilanti, ogni decisione era demandata ai Ministri per la pubblica istruzione e per la sanità ovvero, a richiesta di questi, al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).

Il permanere di difficoltà nella stipula delle convenzioni nonostante quest'ultimo intervento, indusse il Legislatore a ridisegnare completamente le modalità del rapporto tra i soggetti pubblici sanitari e le università in sede di approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (23 dicembre 1978, n. 833) e precisamente all'art. 39 della stessa. Il rapporto come sopra definito è stato successivamente ridisegnato a più riprese e precisamente:

- una prima volta con l'art. 6 del decreto legislativo 31 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 -emanato in attuazione del dettato dell'art. 1, lettera o), della legge 23

- ottobre 1992, n. 421- secondo il quale il Governo era delegato ad emanare anche disposizioni per prevedere nuove modalità di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università,
- successivamente con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419” -emanato in attuazione delle citate disposizioni con le quali al Governo veniva conferita ulteriore specifica delega per la ridefinizione dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università.

La diversità delle disposizioni dettate con i riferiti tre interventi del Legislatore -dovuta sicuramente anche al variare del contesto istituzionale, organizzativo ed operativo dei soggetti pubblici chiamati alla tutela della salute dei cittadini- rende opportuno procedere al loro approfondimento separatamente.

14.1. Il rapporto ex articolo 39 della legge istitutiva del SSN

L'art. 39 della citata legge 23 dicembre 1978, n. 833, aveva, tra l'altro, disposto che:

1. il rapporto tra Regioni/Province Autonome ed Università doveva essere disciplinato tramite specifiche convenzioni finalizzate a realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali;
2. le convenzioni dovevano essere stipulate sulla base di schemi tipo definiti in sede nazionale;
3. in caso di disaccordo sui contenuti delle convenzioni ogni decisione al riguardo era demandata al Ministro della pubblica istruzione ed al Ministro della sanità ovvero, su richiesta degli stessi, al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE);
4. l'utilizzazione da parte delle università delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, in attuazione delle riferite convenzioni tra le regioni/province autonome e l'università, presupponeva la stipula di apposita convenzione tra i soggetti interessati, sulla base di schemi tipo definiti anch'essi in sede nazionale.

Le suddette modalità di rapporto dovevano essere definite sulla base di principi che, nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'università, regolassero:

- a) l'apporto all'attività assistenziale delle facoltà di medicina, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale in analogia con quanto previsto, anche in termini di finanziamento, per le strutture ospedaliere;

- b) la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e le specializzazioni post laurea.

14.2. Il rapporto ex articolo 6 del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993

In attuazione della delega disposta dalla richiamata legge n. 421/1992, l'art. 6 del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993, aveva disposto tra l'altro che:

1. le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, dovevano stipulare specifici protocolli d'intesa con le università per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario nazionale delle facoltà di medicina, nel rispetto delle finalità istituzionali didattiche e scientifiche di queste ultime;
2. i rapporti in attuazione delle intese formalizzate con i riferiti protocolli dovevano essere regolati, ove necessario, con appositi accordi tra le università e le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere interessate;
3. le università dovevano contribuire, per quanto di competenza, all'elaborazione dei piani sanitari regionali;
4. la programmazione sanitaria regionale, ai fini della individuazione della dislocazione delle strutture sanitarie, doveva tenere conto della presenza programmata delle strutture universitarie;
5. le regioni e le università potevano, tramite specifici accordi nei quali coinvolgere eventualmente anche le aziende unità sanitarie locali, costituire policlinici universitari mediante lo scorporo ed il trasferimento di strutture universitarie ed ospedaliere da presidi gestiti da queste ultime;
6. le università e le regioni, per soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario connesse alla formazione degli specializzandi ed all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio stesso, dovevano stipulare specifici protocolli d'intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione demandando la regolamentazione dei rapporti derivanti dalle suddette intese ad appositi accordi tra le università e gli altri soggetti interessati (aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed istituti zooprofilattici sperimentali);
7. le regioni e le università dovevano stipulare specifici protocolli d'intesa per l'espletamento dei corsi per la formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione, fermo restando che gli stessi dovevano svolgersi in sede ospedaliera ovvero presso altra struttura del servizio sanitario nazionale o di istituzione privata accreditata;

8. la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario doveva essere affidato ai dirigenti delle strutture prescelte per lo svolgimento della formazione degli specializzandi e/o degli aspiranti all'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale e/o ancora del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione. I suddetti dirigenti per aspirare all'incarico di insegnamento dovevano essere in possesso anche degli eventuali ulteriori requisiti e titoli previsti dalle disposizioni in materia;
9. il diploma di specializzazione doveva essere rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università;
10. il diploma conseguito al termine dei corsi di formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione doveva essere rilasciato a firma del responsabile del relativo corso e del rettore dell'università;
11. nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria era tenuto a svolgere anche le funzioni assistenziali;
12. il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica, previa diffida dei soggetti interessati, doveva approvare i protocolli d'intesa nel caso di loro mancata stipula da parte delle Regioni/Province autonome ed Università.

14.3. Il rapporto ex decreto legislativo n. 517/1999

La legge 30 novembre 1998, n. 419, come già riferito, aveva conferito, con l'art. 6, ulteriore specifica delega al Governo per la ridefinizione, entro un anno dalla sua entrata in vigore, dei rapporti tra SSN ed università nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) *rafforzare i processi di collaborazione tra università e Servizio sanitario nazionale, anche mediante l'introduzione di nuovi modelli gestionali e funzionali integrati tra regione ed università, che prevedano l'istituzione di aziende dotate di autonoma personalità giuridica;*
- b) *assicurare, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale, lo svolgimento delle attività assistenziali funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca;*
- c) *assicurare la coerenza fra l'attività assistenziale e le esigenze della formazione e della ricerca, anche mediante l'organizzazione dipartimentale e le idonee disposizioni in materia di personale.*

Il Governo ha provveduto al riguardo con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, cioè proprio nel giorno di scadenza del termine fissato dalla legge n. 419/1998; infatti questa era stata pubblicata sulla Gazzetta

Ufficiale del 7 dicembre 1998 con conseguente entrata in vigore il successivo 22 dicembre, cioè decorsi quindici giorni della normale *vacatio legis* previsti dalle disposizioni in materia nel caso in cui lo stesso Legislatore non stabilisca altrimenti. Il richiamo ai tempi di emanazione del decreto delegato è volutamente esplicitato per sottolineare il grande travaglio incontrato nella definizione dei relativi contenuti: circolava infatti all'epoca la voce secondo la quale la non completa condivisione dei suoi contenuti, soprattutto da parte dei rappresentanti delle università, avrebbe indotto il Governo a richiedere una nuova delega da parte del Parlamento. Tale evenienza fu scongiurata esclusivamente per la ferma determinazione dell'allora Ministro della sanità, on.le Bindi, di dare al rapporto contenuti certi e puntuali nei tempi previsti dalla legge di delega.

In realtà il decreto legislativo n. 517/1999 con il quale è stata definita la nuova disciplina del rapporto tra università e SSN innova in maniera sostanziale il precedente ordinamento laddove, come illustrato sotto il precedente punto 14.2, il rapporto doveva essere definito essenzialmente tramite "protocolli d'intesa" tra regioni ed università e tramite "accordi attuativi" tra università ed aziende sanitarie, IRCCS od istituti zooprofilattici sperimentali. Peraltro va ricordato che le primitive disposizioni al riguardo dettate dall'art. 6 del Dlgs. n. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n. 517/1993, erano state integrate con il Dlgs. n. 229/1999 il quale con l'art. 6-bis aveva disposto, ai fini del superamento delle difficoltà che si registravano nella stipula dei protocolli d'intesa, che con decreto interministeriale, da emanarsi ogni tre anni, dovessero essere elaborate specifiche linee guida cui i soggetti interessati avrebbero dovuto uniformarsi nella stipula dei protocolli d'intesa e dovessero essere determinati i parametri per l'individuazione delle strutture universitarie da utilizzare per lo svolgimento delle attività assistenziali nonché delle strutture universitarie e non da utilizzare per lo svolgimento dei corsi di specializzazione e di quelli per i così detti diplomi universitari e cioè per la formazione del personale delle varie professioni infermieristiche, tecniche, di riabilitazione e di prevenzione.

Avuta presente la riferita preesistente situazione normativa va sottolineato che la disciplina del nuovo rapporto si ispira al dettato dell'art. 1, comma 1, del Dlgs. n. 517/1999 secondo il quale *l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali dell'università è determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla regione con le università ubicate nel proprio territorio*, fermo restando la previsione della precedente normativa secondo la quale:

- le modalità della reciproca collaborazione per soddisfare le specifiche

esigenze del SSN connesse da una parte alla formazione degli specializzandi ed all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale e dall'altra parte alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico (ivi compreso quello dei servizi di prevenzione) e della riabilitazione vanno disciplinate sempre tramite specifici protocolli d'intesa tra università e regioni,

- i rapporti in attuazione delle suddette intese vanno regolamentati tramite appositi accordi tra le università e le aziende ospedaliere, le aziende unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali.

Prima di accennare ai principali contenuti dei protocolli d'intesa riteniamo opportuno rilevare che, ai sensi delle disposizioni del Dlgs. n. 517/1999:

1. le aziende ospedaliero-universitarie, limitatamente all'attività direttamente svolta, sono classificate nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale con conseguente riconoscimento da parte della regione dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta la quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario;
2. il personale universitario che svolge attività assistenziali o comunque riconducibili all'assistenza è soggetto alla particolare disciplina giuridica ed economica di cui riferiremo sotto il successivo punto 14.5;
3. alle università non statali che gestiscono policlinici si applica, per analogia la disciplina definita con il decreto in questione;
4. la realizzazione di nuove aziende ospedaliero-universitarie nonché di nuovi policlinici gestiti da università non statali deve essere preventivamente autorizzata con decreto dei ministri dell'università e della ricerca e della salute.

I protocolli d'intesa tra università e regioni devono essere stipulati in conformità ad apposite linee guida contenute in specifici atti di indirizzo e coordinamento emanati dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta dei ministri della salute e dell'università e della ricerca, nel rispetto degli specifici criteri e principi direttivi esplicitati all'art. 1, comma 1, del decreto legislativo in questione e precisamente:

- a) promuovere e disciplinare l'integrazione delle attività assistenziali, formative e di ricerca,
- b) informare i rapporti al principio della leale cooperazione,
- c) definire le linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale,

- d) indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea delle facoltà di medicina e chirurgia anche per quanto concerne le attività di prevenzione, sulla base di criteri di essenzialità ed efficacia assistenziale nonché di economicità nell'impiego delle risorse professionali tenendo conto anche delle funzioni di supporto che attività e strutture sono tenute ad assicurare allo svolgimento dei corsi di diploma universitario, di specializzazione e per la formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione,
- e) definire il volume ottimale di attività ed il numero massimo di posti letto e di strutture assistenziali da mettere a disposizione delle suddette Facoltà.

In particolare i protocolli d'intesa, sulla base anche dei contenuti dell'atto di indirizzo e coordinamento formalizzato, nel rispetto ed in attuazione dei richiamati criteri e principi direttivi dettati dal Dlgs. n. 517/1999, con il DPCM 24 maggio 2001 -non solo emanato anche in carenza di intesa sui suoi contenuti in sede di "Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano" ma anche contestato da più parti dopo la pubblicazione!?!- devono farsi carico di affrontare e disciplinare sette specifici aspetti del rapporto e cioè:

1. la partecipazione delle università alla programmazione sanitaria,
2. l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca,
3. i criteri ed i parametri delle attività assistenziali necessarie per le attività istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia,
4. gli indirizzi per l'organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie,
5. i criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione da parte del direttore generale,
6. il principio della leale collaborazione,
7. la collaborazione tra università e regione/provincia autonoma per il soddisfacimento delle esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzandi nonché alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione.

Per quanto concerne la *partecipazione delle università alla programmazione sanitaria* viene precisato che le stesse sono chiamate ad esprimere parere preventivo sul piano sanitario regionale e sui suoi eventuali adeguamenti con riferimento agli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ri-

cerca, ai programmi di intervento ed infine ai modelli organizzativi delle suddette strutture ed attività. Ai fini in questione i protocolli devono:

- prevedere che le università siano tenute, anche tramite la definizione e stesura di specifiche proposte, a contribuire alla elaborazione del piano sanitario regionale, dei documenti di programmazione attuativa regionale e locale, degli indirizzi di politica sanitaria e di ricerca;
- individuare le modalità idonee ad assicurare la programmazione concordata delle attività nel rispetto delle distinte autonomie istituzionali;
- definire forme e modalità di concertazione delle iniziative da realizzare per soddisfare le specifiche esigenze connesse alla formazione degli specializzandi e del personale sanitario nonché all'accesso ai ruoli dirigenziali del SSN tenendo conto delle esigenze della programmazione sanitaria regionale e dei compiti dell'università;
- disciplinare le modalità di compartecipazione di Regione ed Università, nell'ambito dei piani pluriennali di rientro, ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero-universitarie di riferimento.

Per quanto concerne la *integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca* i protocolli d'intesa devono definire le modalità tramite le quali promuovere e disciplinarla facendosi carico dell'esigenza di consentire l'espletamento delle funzioni istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia nell'obiettivo condiviso di concorrere al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute, alla crescita qualitativa dei processi formativi ed allo sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa del SSN. In particolare gli stessi sono tenuti a:

- indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali funzionali e coerenti con le esigenze di didattica e ricerca dei corsi di in coerenza ai criteri esplicitati dall'art. 1, comma 1, del Dlgs. n. 517/1999, poco sopra esplicitati;
- stabilire i principi ed i criteri per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata;
- individuare, in coerenza con le scelte del piano sanitario regionale, le strutture da costituire in aziende ospedaliero-universitarie e le altre strutture pubbliche e, nell'impossibilità di soddisfare tramite le stesse le esigenze della didattica e della ricerca universitarie, private accreditate da coinvolgere onde assicurare lo svolgimento delle attività assistenziali di supporto alle esigenze di didattica e ricerca delle università, previa verifica, comunque, della loro capacità di assicurare il livello minimo di attività necessaria a garantirne un'adeguata qualificazione ai compiti assistenziali;

- definire le modalità di accesso dei dipendenti dei soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale, che operano nei dipartimenti ad attività integrata e che sono impegnati in attività didattiche, ai fondi di ateneo finalizzati ad incentivare l'impegno didattico.

Per quanto attiene *i criteri ed i parametri delle attività assistenziali necessarie per le attività istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia* i protocolli d'intesa sono altresì tenuti a:

1. definire i parametri, per tipologie e volume, delle attività assistenziali necessarie e non vicariabili per le attività istituzionali delle facoltà di medicina e chirurgia, rapportandoli al numero programmato del primo anno dei corsi di laurea, tenendo conto dell'indispensabile contributo delle strutture del SSN alla formazione del personale dell'area sanitaria e degli specializzanti e determinando, di norma in tre posti letto per ogni iscritto al primo anno del corso di laurea i posti letto da rendere disponibili per lo svolgimento delle attività di didattica e ricerca;
2. definire, sulla base dei parametri di riferimento stabiliti dall'atto di indirizzo e coordinamento -esempio: di norma tre posti letto per ogni iscritto al primo anno del corso di laurea in medicina e chirurgia- il volume ottimale di attività ed il numero massimo di posti letto e di strutture assistenziali utilizzabili dalla facoltà di medicina e chirurgia anche in rapporto al numero degli iscritti ai corsi di laurea gestiti ed alle esigenze della ricerca;
3. predeterminare i criteri e le modalità tramite cui i soggetti interessati devono procedere al progressivo adeguamento dei volumi ottimali di attività e del numero dei posti letto nel caso in cui muti il numero degli iscritti ai corsi di laurea e/o le esigenze della ricerca, anche in attuazione del piano sanitario regionale e dei piani attuativi aziendali;
4. indicare i criteri per l'assegnazione dei posti letto tenendo conto delle dimensioni minime previste per le strutture e della dotazione di personale universitario al fine di dimensionare le strutture assistenziali in modo tale da consentire lo svolgimento delle funzioni formative e delle attività di ricerca del personale universitario sia nei settori ordinari che in quelli di natura sperimentale ed innovativa;
5. individuare le tipologie di attività assistenziali necessarie per lo svolgimento dei compiti istituzionali dei professori e dei ricercatori universitari nonché le attività e le strutture assistenziali complesse funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca definendo i livelli minimi di attività secondo criteri sia di essenzialità, efficacia assistenziale ed economicità nell'impiego delle risorse che di funzionalità e coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca;

6. individuare, tenendo conto delle soglie operative, le strutture complesse funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca in rapporto alla casistica media complessiva per le attività di ricovero ordinario o a ciclo diurno ovvero al volume medio complessivo di attività;
7. stabilire i tempi e le modalità del progressivo adeguamento delle *aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN* ai parametri assistenziali riferiti.

Con riferimento agli *indirizzi per l'organizzazione interna delle aziende ospedaliere-universitarie*, i protocolli in aggiunta devono:

- stabilire la composizione *dell'organo di indirizzo* fermo restando il numero massimo di cinque;
- prevedere la pariteticità dei membri designati dalla regione e dall'università all'interno dell'organo di indirizzo ferma restando al suo interno la presenza obbligatoria del Preside della facoltà di medicina e chirurgia e la nomina del suo presidente da parte della Regione, d'intesa con il Rettore dell'università;
- indicare i criteri e le modalità per
 - c.1. la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata,
 - c.2. l'individuazione, nei dipartimenti ad attività integrata, delle strutture complesse a direzione universitaria,
 - c.3. la definizione dei rapporti funzionali tra dipartimenti ad attività integrata, eventuali dipartimenti assistenziali e dipartimenti universitari, facendo carico all'atto aziendale di definire una organizzazione interna capace di assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e di ricerca in un contesto di coerente integrazione con l'attività assistenziale e con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Circa i *criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione da parte del direttore generale*, i protocolli devono disporre che:

1. il direttore può procedere, solo dopo aver acquisito il preventivo parere del Rettore dell'università, all'approvazione oltre che dell'atto aziendale anche dei bilanci economici preventivi, dei piani attuativi locali, dei bilanci di esercizio, dei piani e programmi pluriennali di investimento e di ogni altro eventuale atto di gestione in grado di incidere sulle attività assistenziali ritenute essenziali ai fini della didattica e della ricerca;
2. l'atto aziendale deve stabilire, previa intesa con l'università, le procedure per l'attribuzione e la revoca a personale universitario dell'incarico di direttore di dipartimento ad attività integrata e di direttore di struttura complessa;

3. l'atto aziendale deve stabilire, sempre previa intesa con l'università, le modalità di nomina del *comitato dei garanti* cui spetta esprimere parere sui provvedimenti di sospensione dall'esercizio delle attività assistenziali ovvero di allontanamento dall'azienda del personale universitario incorso in gravissime mancanze dei doveri d'ufficio;
4. gli atti normativi interni sono adottati da parte del direttore generale previa definizione con l'università di specifico protocollo nel quale sono individuati i criteri generali da osservare.

I protocolli al fine della realizzazione del *principio della leale collaborazione* tra il servizio sanitario e le università devono farsi carico di:

- a) definire la piena responsabilizzazione di tutte le componenti coinvolte nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale ed aziendale;
- b) sviluppare metodi e strumenti di collaborazione tra il sistema sanitario ed il sistema formativo onde perseguire, in modo congiunto, da una parte obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico e dall'altra parte obiettivi di qualità e congruità nelle esigenze assistenziali della formazione del personale medico e dell'altro personale sanitario nonché di potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica;
- c) impegnare i soggetti interessati, per le parti di rispettiva competenza a:
 - c.1. perseguire la qualità e l'efficienza dell'attività integrata di didattica, assistenza e ricerca nell'interesse comune e congiunto della tutela della salute della collettività e della funzione formativa e di ricerca nel campo sanitario nella consapevolezza che mentre quest'ultima è presupposto indispensabile per raggiungere l'obiettivo della tutela della salute tramite interventi appropriati le attività poste in essere per assicurare la tutela della salute della collettività sono un supporto insostituibile per favorire la formazione degli operatori sanitari tutti prima in ambito universitario e successivamente in ambito operativo;
 - c.2. programmare di concerto gli obiettivi da realizzare e le risorse da rendere all'uopo disponibili in funzione delle rispettive rilevanti competenze;
- d) impegnare l'università ed i vari soggetti del servizio sanitario nazionale a realizzare tempestivamente e puntualmente le rispettive competenze con assunzione piena delle relative responsabilità nonché ad informare o consultare reciprocamente le controparti interessate circa le determinazioni che hanno influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza;

- e) assicurare l'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende ospedaliero-universitarie e delle altre strutture nelle quali si attua l'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Per quanto concerne l'ultimo dei riferiti aspetti del rapporto e cioè *la collaborazione tra università e regione/provincia autonoma per il soddisfacimento delle esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzandi nonché alla formazione infermieristica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione*, i protocolli sono tenuti a:

1. disciplinare:

- 1.1. le modalità della reciproca collaborazione onde soddisfare le specifiche esigenze del SSN per la formazione degli specializzandi, tramite lo svolgimento delle attività formative delle scuole di specializzazione presso le strutture, all'uopo individuate, appartenenti ad aziende sanitarie, IRCCS, Ospedale Galliera di Genova, Ordine Mauriziano di Torino, altri istituti ed enti che erogano assistenza pubblica, Istituti zooprofilattici sperimentali. Per quanto concerne il riferimento testè esplicitato alle strutture appartenenti all'Ordine Mauriziano di Torino giova ricordare che la regione Piemonte ha, con provvedimento ancora soggetto a revisione, proceduto allo scorporo dell'ospedale situato a Torino ed alla sua contestuale costituzione in azienda ospedaliera, mentre gli ospedali situati nelle altre località sono stati smantellati ovvero destinati ad altri usi;
- 1.2. le modalità di espletamento delle attività formative dei corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione presso i soggetti pubblici e privati del SSN;
2. individuare le attività e le strutture assistenziali funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di studio delle facoltà di medicina e chirurgia nonché alle attività di supporto necessarie per lo svolgimento dei corsi di specializzazione presso aziende ospedaliero-universitarie, aziende territoriali ed ospedaliere, altri soggetti pubblici e, nel caso di loro insufficienza, istituzioni private accreditate;
3. prevedere specifici parametri per soddisfare le esigenze di formazione in termini di strutture, attrezzature e personale, rapportati al numero di allievi ammessi alla frequenza in ciascuna struttura individuata ai sensi del precedente punto 2.

I protocolli oltre a disciplinare gli aspetti riferiti (composizione dell'orga-

no di indirizzo e modalità della reciproca collaborazione, ecc.) e quelli concernenti l'utilizzo e la valutazione del personale universitario chiamato a compiti assistenziali, di cui riferiremo sotto il successivo punto 14.5, sono tenuti a:

- stabilire, anche sulla base degli indirizzi formalizzati in materia dalla regione, i criteri generali per l'adozione da parte del direttore generale degli atti normativi interni, ivi compreso l'atto aziendale;
- regolamentare il trasferimento e l'assegnazione, con vincolo di destinazione ad attività assistenziali, alle aziende ospedaliero-universitarie dei beni mobili ed immobili utilizzati dai policlinici universitari per lo svolgimento di attività assistenziali nonché le modalità per il relativo uso da parte delle stesse. Ai fini in questione le disposizioni precisano da una parte che i beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo alle università nonché i beni immobili e mobili di proprietà delle stesse destinati in modo prevalente all'attività assistenziale devono essere concessi a titolo gratuito alle nuove aziende fermo restando l'obbligo per le stesse di farsi carico degli oneri di manutenzione, di utilizzarli solo per attività assistenziali e di rimetterli nella piena disponibilità dell'università al momento della cessazione della destinazione ad attività assistenziale e da altra parte che le aziende sono tenute a succedere ai policlinici universitari negli eventuali rapporti di locazione di immobili da questi formalizzati;
- definire le quote percentuali di compartecipazione ai risultati della gestione sulla base da una parte di criteri correlati ai risultati, con contabilità analitica, dell'attività e della gestione delle strutture a direzione ospedaliera od universitaria e da altra parte dei rapporti numerici tra personale dirigente dipendente dall'azienda e personale universitario, previo apprezzamento dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca.

A conclusione del presente punto sembra opportuno rilevare che il Legislatore delegato -dando forse una interpretazione molto restrittiva alla delega di cui all'art 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419- con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, ha nella sostanza provveduto esclusivamente alla rivisitazione della preesistente normativa concernente l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia all'attività assistenziale ed al coinvolgimento delle università nel processo elaborativo della programmazione sanitaria regionale lasciando inalterate le disposizioni in tema di collaborazione tra università, regioni ed aziende sanitarie per quanto concerne lo svolgimento delle attività di formazione degli specializzandi e del personale

sanitario infermieristico, tecnico, della riabilitazione e della prevenzione nonché per l'accesso alla dirigenza del servizio sanitario nazionale, salvo prevedere, per quanto riguarda detta collaborazione, le riferite possibilità di intervento tramite i protocolli d'intesa.

14.4. Le aziende ospedaliere universitarie

14.4.1. Aspetti generali

Come accennato in precedenza il Dlgs. n. 517/1999 ha prefigurato -accanto ed in aggiunta alla azienda unità sanitaria locale ed all'azienda ospedaliera- la nuova tipologia dell'azienda ospedaliero-universitaria la quale a sua volta, per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del decreto stesso (27 gennaio 2000), doveva articolarsi in via sperimentale in due tipologie organizzative e cioè nella:

- azienda ospedaliera costituita in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominata azienda *ospedaliero-universitaria integrata con il Servizio sanitario nazionale*,
- azienda ospedaliera costituita mediante trasformazione dei presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operante in strutture di pertinenza dell'università, denominata *azienda ospedaliera integrata con l'università*.

Nonostante la riferita previsione di transitorietà dell'articolazione esplicitata non si è pervenuti ancora al modello aziendale unico di azienda ospedaliero-universitaria che avrebbe dovuto essere suggerito dai risultati della sperimentazione; infatti terminato il quadriennio di sperimentazione non è stata colta la possibilità di procedere a definire eventuali adattamenti alla normativa dettata con il decreto in questione con atto di indirizzo e coordinamento emanato su proposta dei Ministri della salute e (dell'istruzione), dell'università e della ricerca ovvero, se necessario, con specifico provvedimento legislativo.

Ad entrambe le tipologie di azienda ospedaliero-universitaria la normativa riconosce esplicitamente autonoma personalità giuridica e -tramite il rinvio al disposto dell'art. 3 del Dlgs. n. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n.229/1999- autonomia imprenditoriale.

Una conferma indiretta alla ampiezza dell'autonomia riconosciuta alla singola azienda ospedaliero-universitaria e quindi alla capacità riconosciuta al relativo direttore generale in relazione al ruolo che gli è proprio, di agire e decidere come suo imprenditore, sempre che non intervengano imposizioni indebite da parte delle regioni, può dedursi dal fatto che il Legislatore ha riconosciuto alle stesse la possibilità, previa specifica contrattazione, di subordinare la definizione e quindi la formalizzazione degli

accordi contrattuali con la singola azienda sanitaria locale piuttosto che con la stessa regione non solo alle rispettive esigenze di carattere funzionale, organizzativo, produttivo e finanziario ma anche alle esigenze didattiche e di ricerca correlate alla presenza della facoltà di medicina e chirurgia.

14.4.2. Assetto istituzionale

Le aziende ospedaliero-universitarie hanno un assetto istituzionale parzialmente diverso da quello definito per le altre aziende sanitarie; infatti per le stesse è previsto, accanto al *direttore generale* ed al *collegio sindacale*, un ulteriore organo: l'*organo di direzione*.

Con riferimento a ciascuno dei suddetti organi rileviamo quanto segue:

A) Direttore generale

È nominato dalla regione acquisita l'intesa con il rettore. Gli aspiranti all'incarico devono possedere gli stessi requisiti prescritti per aspirare allo stesso incarico presso le aziende sanitarie; agli incaricati si applicano le stesse disposizioni previste per i colleghi delle aziende sanitarie, fatta eccezione per quanto attiene:

1. i procedimenti di verifica dell'attività svolta e le relative procedure di conferma e revoca; gli uni e le altre devono essere infatti disciplinati dai protocolli d'intesa tra regione ed università tenendo comunque conto dei principi generali fissati per la verifica, conferma e revoca dei direttori generali delle altre aziende sanitarie;
2. la previsione secondo la quale alcune decisioni del direttore generale vanno assunte previa intesa ovvero sentito il rettore. In particolare il direttore generale deve assumere:
 - 2.1. d'intesa con il rettore e nel rispetto dei criteri stabiliti nel protocollo d'intesa, i provvedimenti per l'individuazione dei professori e dei ricercatori universitari chiamati a svolgere attività assistenziali nonché per l'attribuzione e la revoca agli stessi dell'incarico di direzione di una struttura complessa, che va fatta sentito anche il direttore del dipartimento a cui la stessa afferisce ed avendo presente che l'attribuzione è disposta senza l'espletamento della procedura prevista dalle disposizioni dettate dal combinato disposto del Dlgs. n. 229/1999 e del D.P.R. n. 484/1997, fermo restando l'obbligo del possesso da parte del prescelto dei requisiti previsti per partecipare a detta procedura. L'atto con cui viene effettuata l'individuazione degli universitari da chiamare allo svolgimento delle attività assistenziali deve stabilire anche l'afferenza dei singoli professori e ricerca-

tori universitari ai dipartimenti previsti dall'organizzazione interna assicurando la coerenza dell'attività propria del dipartimento di afferenza con il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta dal singolo;

- 2.2. sentito il rettore, i provvedimenti per l'attribuzione della responsabilità e della gestione di programmi infra ed interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura complessa o semplice nonché per l'attribuzione della responsabilità e della gestione di analoghi programmi di minore complessità e rilevanza a professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione di struttura complessa o semplice;
- 2.3. d'intesa con il rettore e nel rispetto dei criteri stabiliti nel protocollo d'intesa tra regione ed università, i provvedimenti per l'individuazione dei dipartimenti ad attività integrata e delle strutture complesse che li compongono con indicazione di quelle a direzione universitaria;
3. il recupero delle proposte che l'organo di indirizzo è tenuto a formulare per assicurare, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata, la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale aziendale con la programmazione didattica e scientifica dell'università;
4. il rispetto dei contenuti dei protocolli d'intesa.

Al direttore generale, oltre alle attribuzioni proprie dei titolari dell'omologo incarico presso le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere dettagliatamente elencate sotto il precedente capitolo 13, punto 13.2.2.1, spettano le seguenti ulteriori competenze:

- assicurare lo svolgimento di un rapporto di vera collaborazione tra le componenti ospedaliera ed universitaria facendosi carico di non privilegiare l'una rispetto all'altra nei suoi comportamenti e decisioni;
- assicurare il rispetto delle autonomie e delle responsabilità istituzionali sia dell'azienda che dell'università facendosi carico, nelle aziende che comunque utilizzano personale universitario, di soddisfare tutte le esigenze di quest'ultimo nel campo della ricerca e della didattica.

B) Collegio sindacale

Opera nel rispetto delle disposizioni dettate per il collegio sindacale delle aziende sanitarie dal Dlgs. n. 502/1992, come novellato dal Dlgs. n.229/1999, dettagliatamente descritte sotto il precedente capitolo 13, punto

13.2.2.2, fatta eccezione per quanto concerne i soggetti chiamati alla designazione dei suoi componenti il cui numero rimane inalterato: cinque. Infatti i componenti sono designati uno dalla regione, uno dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica (ora Ministro dell'economia e delle finanze), uno dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca (ora Ministro dell'università e della ricerca) e uno dall'università.

C) Organo di indirizzo

L'organo di indirizzo -individuato come ulteriore organo delle aziende ospedaliero-universitarie dall'art. 4 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517- deve essere costituito al massimo da cinque membri; la sua composizione è stabilita nei protocolli d'intesa che devono essere stipulati tra regione ed università, i quali sono tenuti in particolare a prevedere che:

- uno dei membri sia nominato dal Presidente della regione, d'intesa con il Rettore;
- il Preside della facoltà di medicina e chirurgia ne sia membro di diritto;
- tutti gli altri suoi componenti siano scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari;
- i componenti non di diritto durino in carico quattro anni, essendone possibile la conferma nell'incarico;
- non possano farne parte né dipendenti dell'Azienda né altri componenti della Facoltà di medicina e chirurgia;
- il Presidente sia nominato, tra i suoi componenti, da parte della regione d'intesa con il rettore dell'università (durante il ricordato quadriennio di sperimentazione la nomina competeva al rettore dell'università d'intesa con la regione);
- il Presidente sia tenuto a provvedere alla sua convocazione, definendone l'ordine del giorno, ed a presiederlo.

Il suddetto organo ha il compito, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata di cui riferiremo sotto il successivo punto 14.4.3, di proporre iniziative e misure finalizzate ad assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale aziendale con la programmazione didattica e scientifica universitaria nonché di verificare la corretta attuazione della programmazione.

Con riferimento al riferito organo sembra opportuno rilevare da un lato che troppo spesso si è provveduto alla sua costituzione con molto ritardo

ovvero che in alcune realtà non si è ancora provveduto al riguardo e da un altro lato che alcune regioni nel disciplinarli ne hanno ampliato le competenze affidando allo stesso, per esempio, anche la verifica della corretta attuazione dei protocolli d'intesa e dei provvedimenti aziendali per la loro attuazione.

Nel presente contesto, dedicato all'assetto istituzionale, si ritiene di fare presente le seguenti peculiarità in tema di composizione che sono proprie di due organismi di supporto all'attività del Direttore Generale delle aziende ospedaliero-universitarie e cioè del consiglio dei sanitari ed il collegio di direzione: infatti nel consiglio dei sanitari deve essere assicurata la presenza oltre che dei direttori dei dipartimenti ad attività integrata e di quelli assistenziali, ove istituiti, anche di personale sanitario universitario nella entità da definire opportunamente nei protocolli d'intesa tra regione ed università mentre del Collegio di Direzione fanno parte, a parziale modifica di quanto disposto dall'art. 17 del Dlgs. n. 502/1992 e smi, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, i direttori dei dipartimenti ad attività integrata e, ove esistenti, i direttori dei dipartimenti assistenziali.

14.4.3. Assetto organizzativo

Prima di procedere all'approfondimento del tema riteniamo opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che il Dlgs. 517/1999 ha innanzi tutto precisato che l'organizzazione dipartimentale è individuata come modello ordinario di gestione operativa anche delle aziende ospedaliero-universitarie per cui la stessa deve essere realizzata in maniera affatto diversa rispetto a quanto avviene presso le aziende sanitarie locali ed ospedaliere e che i dipartimenti e le loro strutture interne devono essere costituiti ed organizzati in conformità alle disposizioni dettate dal decreto stesso ed alla eventuale normativa regionale in materia. Il richiamo alle disposizioni dettate dal decreto in questione e dalla normativa regionale in materia riveste particolare importanza; infatti le disposizioni definite dal Legislatore delegato prevedono da una parte che in entrambe le tipologie di aziende ospedaliero-universitarie i "dipartimenti assistenziali" debbano essere sostituiti dai "dipartimenti ad attività integrata" cioè da dipartimenti finalizzati ad assicurare in maniera unitaria e funzionale l'esercizio delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca e da altra parte che solo in particolari situazioni e solo nelle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN il relativo direttore generale nell'atto aziendale può prevedere l'istituzione, accanto agli imprescindibili dipartimenti ad attività integrata, di "dipartimenti assistenziali" nel rispetto comunque degli altri limiti indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento

richiamato in precedenza mentre quelle dettate dalla normativa regionale possono avere particolare rilevanza al riguardo in relazione al fatto che l'organizzazione dei servizi sanitari è rimessa alla competenza esclusiva delle regioni. A tale riguardo si rinvia a quanto precisato sotto il precedente capitolo 13, punto 13.8, per quanto attiene l'obbligo dell'esclusività del rapporto di lavoro previsto da tre regioni per il conferimento della direzione di strutture complesse anche al personale universitario chiamato a funzioni assistenziali pur in presenza della diversa disposizione dettata dalla legge n. 138/2004.

Tenute presenti le precisazioni e le considerazioni fin qui sviluppate preme sottolineare innanzi tutto che, con riferimento ai *dipartimenti ad attività integrata*, l'art. 3 del Dlgs. n. 517/1999 precisa che:

- gli stessi devono essere articolati in strutture complesse ed in articolazioni funzionali, definite strutture semplici, e devono essere costituiti ed organizzati sulla base dei criteri e degli indirizzi specificati nell'atto di indirizzo e coordinamento;
- gli stessi devono essere organizzati come centro di responsabilità e di costo unitario in modo da garantire l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la necessaria flessibilità operativa spettando loro l'individuazione dei servizi che, per motivi di economicità ed efficienza, devono essere comuni al dipartimento per quanto riguarda locali, personale, apparecchiature, strutture di degenza ed ambulatoriali;
- il rispettivo direttore è nominato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'università e che lo stesso rimane titolare della struttura complessa alla quale è preposto;
- il rispettivo direttore è tenuto ad assicurare l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca;
- il rispettivo direttore è tenuto ad assumere responsabilità di tipo gestionale nei confronti del direttore generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, nel rispetto delle esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche;
- le relazioni organizzative e funzionali con i dipartimenti universitari devono essere definite nei protocolli d'intesa;
- la loro costituzione, organizzazione e funzionamento e l'individuazione delle strutture complesse che li compongono, con indicazione di quelle a direzione universitaria, sono definite con l'atto aziendale adottato dal direttore generale non solo nel rispetto -come in precedenza ricordato-

- delle disposizioni nazionali e regionali in tema di costituzione ed organizzazione, ma anche nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dai protocolli sottoscritti tra regioni ed università, previa intesa con il rettore;
- le strutture complesse che li compongono sono istituite, modificate e soppresse dal direttore generale tramite l'atto aziendale in attuazione delle previsioni del Piano Sanitario Regionale e dei piani attuativi locali, nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista nonché delle disponibilità di bilancio, previa intesa con il rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini delle attività di didattica e di ricerca delle facoltà di medicina e chirurgia.

L'organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie sollecita l'attenzione sulla imprescindibilità di uno stretto collegamento/coordinamento tra attività didattiche e di ricerca ed attività assistenziali quale "strumento" idoneo a realizzare concretamente da una parte la migliore preparazione sia dei medici e degli odontoiatri che dei rispettivi specialisti e dall'altra parte l'erogazione di prestazioni sanitarie altamente qualificate, ferma restando la loro appropriatezza anche in un contesto in cui la ricerca applicata va doverosamente favorita ed assecondata.

A conclusione del presente approfondimento si ritiene opportuno richiamare l'attenzione sul fatto che, in applicazione delle disposizioni dettate per le aziende sanitarie locali e per le aziende ospedaliere non universitarie, tutte le *strutture complesse* presso le quali vengono poste in essere le attività di supporto amministrativo, tecnico e professionale necessarie alla tempestiva, efficace ed appropriata realizzazione ed erogazione delle attività a valenza assistenziale si configurano come *strutture operative dotate di autonomia tecnico-professionale*.

14.4.4. Finanziamento, controllo e contabilità

L'art. 7 del Dlgs. n. 517/199 dopo aver disposto che l'università ed il fondo sanitario regionale sono tenuti a mettere a disposizione proprie risorse per concorrere al sostegno economico-finanziario delle attività realizzate dalla aziende ospedaliero-universitarie e che le università concorrono, con propri finanziamenti, all'attuazione di programmi di rilevante reciproco interesse, precisa che:

1. il concorso al sostegno economico-finanziario per lo svolgimento delle attività correnti avvenga:
 - 1.1 con l'apporto da parte dell'università di personale docente e non docente e dei beni mobili ed immobili gestiti o di proprietà della stessa destinati in modo prevalente alle attività assistenziali,

- 1.2. con l'erogazione da parte della regione del corrispettivo dell'attività svolta dalle aziende stesse nel rispetto dell'ammontare globale predefinito negli accordi contrattuali stipulati con la regione ovvero con la singola azienda sanitaria locale da cui provengono gli assistiti;
2. la regione è tenuta a riconoscere i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto del personale universitario reso disponibile;
3. nei bilanci aziendali devono essere evidenziate sia le risorse aggiuntive messe a disposizione dalla regione ex precedenti punti 1.2 e 2 che le risorse messe a disposizione dall'università ex precedente punto 1.1.

La norma richiamata dispone altresì che alle aziende in questione devono applicarsi le normative in tema di patrimonio e contabilità dettate dall'art. 5 del Dlgs. n. 502/1992 e smi.

Le disposizioni riferite sono state integrate e/o puntualizzate con l'atto di indirizzo e coordinamento costituente il DPCM 24 maggio 2001 il quale tra l'altro:

1. fornisce indicazioni circa le modalità della compartecipazione delle regioni/province autonome e dell'università ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero-universitarie, disponendo che i protocolli d'intesa debbano determinare le rispettive quote percentuali da un lato in base a criteri correlati ai risultati dell'attività e della gestione delle strutture a direzione ospedaliera piuttosto che universitaria certificati con contabilità analitica nei documenti di bilancio e da altro lato avendo riferimento ai rapporti numerici tra personale dirigente ospedaliero e personale universitario;
2. prevede l'adeguamento dei criteri di cui al precedente punto in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi concordati;
3. prevede che:
 - in caso di risultati finanziari negativi nella gestione aziendale la regione/provincia autonoma e l'università concordino appositi piani poliennali di rientro, ferma restando la possibilità per la regione/provincia autonoma di disdettare il protocollo d'intesa per la parte concernente l'azienda ospedaliero-universitaria interessata con conseguente suo riconoscimento come mera azienda ospedaliera ex art. 4 del Dlgs. n. 502/1992 e smi, sentito il comitato regionale di coordinamento delle università previsto dal DPR 27 gennaio 1998, n. 25;
 - in caso di risultati finanziari positivi nella gestione aziendale le relative disponibilità, fatta salva la quota destinata al ripiano di eventua-

li risultati negativi di anni precedenti, siano utilizzate per il finanziamento di programmi di ricerca di interesse assistenziale e di sviluppo della qualità delle prestazioni;

- la regione/provincia autonoma e l'università siano tenute a partecipare alle procedure di monitoraggio della gestione economico-finanziaria ed ad adottare, per la parte di rispettiva competenza, misure finalizzate al contenimento dei costi in coerenza con le risultanze del monitoraggio.

14.5. Personale universitario chiamato a funzioni assistenziali

Le modalità di coinvolgimento dei medici e degli odontoiatri universitari, chiamati a svolgere attività assistenziale presso le strutture delle aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN e delle aziende ospedaliere integrate con l'università nonché presso le strutture gestite da aziende sanitarie locali, sono definite dal più volte citato Dlgs. n. 517/1999. La normativa in questione regola importanti aspetti del suddetto “rapporto” in un contesto, obiettivamente, di difficile riconduzione di alcune peculiari caratteristiche del rapporto di dipendenza dall'Università allo *status* del personale medico e odontoiatra dipendente dalle aziende sanitarie, onde doverosamente assicurare condizioni operative, giuridiche ed economiche, il più possibilmente uniformi tra “dirigenti” chiamati a svolgere, di norma a stretto contatto, attività e/o prestazioni uguali o, comunque, assimilabili ferme restando le prerogative e le competenze del personale universitario convenzionato in tema di ricerca e di didattica.

L'approfondimento delle disposizioni richiamate viene effettuato con riferimento:

- alle modalità per l'*instaurazione* del rapporto e per il conferimento e la revoca delle responsabilità di struttura o di natura professionale;
- alle modalità per la *sospensione* e per la *revoca* del rapporto;
- alle conseguenze del rapporto sulla *dipendenza gerarchica e funzionale*;
- alle conseguenze del “rapporto” sul *trattamento giuridico*,
- alle conseguenze del “rapporto” sul *trattamento economico*.

A) Modalità per l'instaurazione del rapporto e per il conferimento e la revoca delle responsabilità di struttura o di natura professionale

La materia è disciplinata dalle disposizioni dettate dall'art. 5 del Dlgs n. 517/1999, il quale al riguardo dispone che al direttore generale dell'azienda compete:

1. l'individuazione, d'intesa con il rettore, dei professori e ricercatori uni-

- versitari ai quali affidare lo svolgimento di attività assistenziali nonché l'indicazione dell'afferenza di ciascuno dei prescelti ai dipartimenti;
2. il conferimento ai professori di prima e seconda fascia, sempre d'intesa con il rettore, di un incarico di direzione di struttura complessa o semplice ovvero, nel caso di impossibilità al riguardo e sentito il rettore, della responsabilità e della gestione di programmi infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca rispettivamente di maggiore o minore complessità e rilevanza, ferma restando la loro assimilazione a tutti gli effetti agli incarichi rispettivamente di direzione di struttura complessa e di struttura semplice. Gli incarichi di struttura complessa vanno attribuiti a chi sia in possesso dei requisiti prescritti dal DPR 10 dicembre 1997, n. 484, ma senza ricorso alla procedura dallo stesso definita, mentre quelli di struttura semplice e di natura professionale sono conferiti previo accertamento del possesso da parte degli interessati delle condizioni e dei requisiti prescritti dalle disposizioni concernenti il personale dipendente dalle aziende sanitarie;
 3. l'attribuzione degli incarichi di struttura semplice e di natura professionale su proposta del responsabile della struttura complessa di appartenenza, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli artt. 15, 15-*bis* e 15-*ter* del Dlgs n. 502/1992 e smi;
 4. la revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa, d'intesa con il rettore e sentito il direttore del dipartimento interessato;
 5. la revoca degli incarichi di direzione di struttura semplice o di natura professionale, su proposta del responsabile della struttura complessa di appartenenza;
 6. l'attribuzione e la revoca degli incarichi di direttore di dipartimento ad attività integrata e di struttura complessa a personale universitario, la quale va effettuata -in relazione all'integrazione disposta con l'atto di indirizzo e coordinamento costituente il DPCM 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra Regioni e Università [...]"- nel rispetto delle procedure recuperate, previa intesa con l'università, all'interno dell'atto aziendale. In particolare il direttore generale, d'intesa con il Rettore, provvede alla nomina del direttore del dipartimento ad attività integrata, scegliendolo fra i responsabili delle strutture complesse comprese nel dipartimento previa valutazione dei requisiti di capacità gestionale e organizzativa, dell'esperienza professionale e del *curriculum* scientifico posseduto dal singolo, ferma restando la titolarità della struttura complessa cui è preposto; qualora il dipartimento sia qualificato essenziale ai fini dell'espletamento delle funzioni

assistenziali della facoltà di medicina correlate ai settori scientifico-disciplinari, il direttore è scelto, con le stesse modalità, tra gli universitari responsabili di struttura complessa.

B) Modalità per la sospensione e la revoca del rapporto

Il rapporto tra l'azienda sanitaria ed il personale universitario può venire meno, oltre che in conseguenza della revoca degli incarichi di natura assistenziale di cui si è fatto testè riferimento, anche in conseguenza di esplicite disposizioni dettate dall'art. 5 del Dlgs n. 517/1999 piuttosto che di disposizioni concernenti i dipendenti delle università. Tenuto conto dei contesti normativi richiamati rileviamo:

1. per quanto riguarda la sospensione che la stessa si realizza:
 - 1.1. d'ufficio nel caso in cui il rettore autorizzi aspettative o congedi ai sensi degli artt. 12, 13 e 17 del DPR 11 luglio 1980, n. 382, "Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazine nonché sperimentazione organizzativa e didattica", ferma restando l'intesa con il direttore generale per quanto attiene le autorizzazioni previste dal richiamato art. 17;
 - 1.2. su iniziativa del direttore generale e previo conforme parere di apposito comitato, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio; lo stesso può altresì disporre l'allontanamento dall'azienda;
2. per quanto riguarda la revoca che la stessa si realizza:
 - 2.1. d'ufficio nel caso in cui l'interessato si trasferisce ad altra università o facoltà, si dimette, viene collocato a riposo al termine dell'anno accademico nel quale è compiuto il settantesimo anno di età (comprensivo del biennio di cui all'art. 16 del Dlgs n. 503/1992 e smi) essendo abolito il collocamento fuori ruolo in relazione al disposto dell'art. 1, comma 17, della Legge 4 novembre 2005, n. 230;
 - 2.2. tramite provvedimento del rettore conseguente a valutazione negativa derivante dal processo di valutazione e verifica di cui alla successiva lettera D).

C) Conseguenze del rapporto sulla dipendenza gerarchica e funzionale

La materia è disciplinata dalle disposizioni dettate dall'art. 5, comma 2, del Dlgs n. 517/1999, il quale al riguardo dispone che:

- a) ai professori e ricercatori universitari, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende ed a quello con il direttore generale, le norme stabilite per il personale del SSN;

- b) il personale universitario risponde al direttore generale dell'adempimento dei doveri assistenziali;
- c) il personale universitario cui è conferito un incarico di direzione di struttura semplice o complessa nonché di programma o di natura professionale è soggetto alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del SSN, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale.

D) Conseguenze del rapporto sul trattamento giuridico

La materia è disciplinata dalle specifiche disposizioni dettate dall'art. 5 del Dlgs n. 517/1999 nonché, in relazione all'esplicito rinvio disposto con il comma 3 e salva diversa disposizione del decreto stesso, da quelle di cui agli articoli da 15 a 15-*sexies* del Dlgs n. 502/1992 e s.m.i. Sulla base del riferito contesto normativo:

- a) i professori di prima fascia che non accettano l'incarico di responsabilità e di gestione di programmi infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, non possono essere chiamati a svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del DLgs n. 368/1999, limitatamente alle scuole di specializzazione;
- b) gli incarichi di natura professionale, di direzione di struttura o di programmi, sono assoggettati alle valutazioni e verifiche previste per il personale del SSN, con le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale; la valutazione negativa va comunicata al rettore per i conseguenti provvedimenti;
- c) i professori ed i ricercatori, cui è attribuito un incarico di struttura complessa a seguito della procedura disciplinata dal DPR n. 484/1997, cessano dal servizio salvo che, compatibilmente con le esigenze didattiche e di ricerca, siano collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio per tutta la durata dell'incarico;
- d) i professori ed i ricercatori optanti per l'attività assistenziale esclusiva possono modificare l'opzione nei casi di:
 - mutamento di stato giuridico per effetto della nomina in ruolo nelle fasce di professore associato e ordinario;
 - mutamento del settore scientifico-disciplinare di inquadramento che comporti l'esercizio di una diversa attività assistenziale;
 - trasferimento a diverso ateneo di altra Regione;
 - cessazione dai periodi di congedo e aspettativa da cui sia derivata una "sospensione" del rapporto;

- e) i professori ed i ricercatori che hanno modificato l'opzione nelle situazioni richiamate sotto la lettera d) cessano dall'attività assistenziale ordinaria, salva la facoltà di optare nuovamente per l'attività assistenziale esclusiva e fermo restando che l'attività libero-professionale extramuraria non può comunque essere svolta nelle strutture accreditate con il SSN;
- f) gli universitari che svolgono attività assistenziali sono responsabilizzati sui relativi risultati conseguiti, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni loro attribuite;
- g) gli universitari che svolgono attività assistenziali sono tenuti ad articolare l'orario di attività sulla base del piano di lavoro della struttura di appartenenza, della programmazione dell'attività didattica e di ricerca e delle necessarie attività assistenziali;
- h) i professori universitari sono obbligati ad optare per il rapporto di lavoro esclusivo nel caso in cui aspirino all'acquisizione dell'incarico di direzione di una struttura complessa nelle regioni in cui tale rapporto sia stato reso obbligatorio nonostante la diversa previsione del comma 4, ultimo periodo, dell'art. 15-quater del Dlgs. n. 502/1992 come modificato dalla legge n. 138/2004 (per ulteriori elementi al riguardo si rinvia a quanto riferito sotto il capitolo 13.8-D. *Personale dipendente*);
- i) agli universitari chiamati a compiti assistenziali si applicano le disposizioni sulla libera professione fissate dalla Legge n. 120/2007 e richiamate sotto il precedente punto 13.8 A) *Personale dipendente*;
- l) con gli universitari che abbiano superato i limiti di età è possibile l'attivazione, nel rispetto delle condizioni e modalità definite in sede di protocollo d'intesa, di un "rapporto" del tutto particolare, cioè di un rapporto finalizzato a garantire agli stessi, sempre che siano chiamati a compiti di didattica e di ricerca, lo svolgimento di attività assistenziali ordinarie, per tutto il periodo di permanenza nei ruoli universitari.

E) Conseguenze del rapporto sul trattamento economico

La materia è disciplinata dall'art. 6 del Dlgs n. 517/1999 il quale precisa che ai professori e ai ricercatori che svolgono attività assistenziali va riconosciuto il diritto a vedersi corrisposti oltre ai compensi legati alle particolari condizioni lavorative individuate da normative legislative e/o contrattuali nonché al trattamento economico spettante loro per il fatto di essere dipendenti universitari:

- a) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilità connesse ai diversi tipi di incarico;

- b) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attività assistenziale ed eventualmente gestionale;
- c) l'indennità di esclusività prevista dall'art. 15-*quater*, comma 5, del Dlgs n. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, nell'entità definita dai contratti collettivi della dirigenza medica (e veterinaria) del SSN nel caso di opzione per l'attività professionale intramuraria ex art. 5, commi 8 e 9, del Dlgs n. 517/1999;
- d) l'adeguamento dei trattamenti in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi nazionali per il personale sanitario del SSN.

La previsione della corresponsione di trattamenti economici aggiuntivi, induce a ritenere che gli stessi vadano attribuiti subordinatamente alla prestazione dell'impegno assistenziale minimo di cui si riferirà successivamente.

A completamento e integrazione della normativa in tema di trattamento economico dettata dal DLgs n. 517/1999, l'atto di indirizzo e coordinamento dispone che:

- i protocolli d'intesa tra Regione/Provincia autonoma e Università devono definire i criteri per la quantificazione:
 - dell'impegno assistenziale medio fornito dall'Università ai fini della determinazione delle dotazioni organiche complessive e della programmazione delle attività aziendali;
 - dell'impegno assistenziale minimo dovuto da ciascun universitario, fermo restando un doveroso equilibrato rapporto con quello previsto per la equivalente dirigenza delle aziende unità sanitarie ed un equilibrato rapporto con l'impegno assistenziale previsto per la dirigenza del SSN;
- le disposizioni in materia di trattamento economico si applicano anche nei confronti del personale universitario convenzionato che sia stato equiparato ai professori e ricercatori.

15. Considerazioni conclusive

L'approfondimento realizzato sollecita a sviluppare alcune considerazioni con riferimento da un lato al sistema istituzionale-organizzativo del SSN definito dalle modifiche ed integrazioni apportate alle presistenti disposizioni, in primis, dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ed, in minima parte, anche da successivi provvedimenti legislativi e da un altro lato alle iniziative ritenute utili al miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari, in considerazione del fatto che è fortemente diffusa la sensazione secondo la quale il sistema sanitario in atto non garantisce completamente la soddisfazione del diritto alla tutela della salute previsto dall'art. 32 della Carta Costituzionale.

Per quanto attiene il primo dei citati aspetti giova sottolineare innanzi tutto che il completamento del processo di aziendalizzazione e la regionalizzazione del SSN, che secondo il Legislatore sarebbero dovuti derivare ineluttabilmente dal riconoscimento ai soggetti pubblici cui è stata affidata la tutela della salute (le aziende sanitarie) di una maggiore autonomia (imprenditoriale) e dalla possibilità di utilizzo da parte loro di strumenti di gestione tipici delle imprese private, non si sono concretamente realizzati completamente in quanto l'ordinamento, l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende è stato fortemente condizionato, come abbiamo evidenziato precedentemente in più occasioni, da altri soggetti (Stato, regioni, comuni od organismi vari in loro rappresentanza, università, rappresentanze sindacali). A ciò aggiungasi che ancora oggi si ha l'impressione di vivere una fase di transitorietà del sistema in quanto lo stesso non ha ancora abbandonato

l'insieme dei valori ed atteggiamenti che era proprio del preesistente sistema e che ne aveva condizionato negativamente il funzionamento.

Quanto precede sembra trovare una significativa conferma nell'intervento sviluppato il 23 gennaio 2007 nel corso dell'audizione in *commissione igiene e sanità* del Senato dal Ministro della salute, on.le Livia Turco, la quale illustrando le linee ispiratrici del disegno di legge governativo sul "governo clinico e per l'ammodernamento del sistema sanitario" ha sottolineato che lo stesso *non tende a realizzare una nuova riforma* ma piuttosto *a realizzare un intervento di manutenzione del sistema ovvero un ammodernamento di alcune sue parti per individuare e perseguire priorità che erano già presenti nel suo impianto*. L'ammodernamento, a detta del Ministro è *finalizzato ad introdurre miglioramenti*, condivisi da Governo e regioni, *concernenti la mission e quindi gli stessi obiettivi che presiedono alla piena ed effettiva garanzia del diritto alla salute*. Con riferimento all'introduzione di procedure di governo clinico all'interno delle aziende sanitarie il Ministro, dopo aver ribadita la validità della scelta per l'aziendalizzazione, ha espressa la convinzione che la stessa possa recuperare e concretizzare la riflessione ed il dibattito sulla qualità e sulle azioni che devono discenderne sottolineando che il ddl *non punta ad una mera redistribuzione di poteri a vantaggio di taluno e a scapito di qualcun altro, ma al riconoscimento ed all'attivazione di diversi livelli di responsabilità che concorrano tutti alla ricerca del miglioramento della qualità dell'assistenza e non solo a garantire risposte rispetto a criteri economico-finanziari*.

Per quanto attiene le iniziative ritenute utili al miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari, sulla base anche delle indicazioni al riguardo sviluppate dall'Unione Europea, va sottolineata la necessità della realizzazione di interventi finalizzati ad assicurare:

- il diritto, pieno ed universale, del diritto alla tutela della salute, garantendo l'equità di accesso a cure appropriate,
- la qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari, in coerenza con le esigenze reali del singolo e della società,
- la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario prescelto da realizzare tramite la promozione dell'uso razionale delle risorse favorita dall'attuazione di un buon governo clinico e dal coordinamento tra le attività rese da tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, in nome e per conto del SSN.

Gli interventi da realizzare per un concreto perseguimento dei riferiti obiettivi possono essere molteplici; tra questi possono essere sicuramente annoverati quelli finalizzati:

1. alla realizzazione di un reale coordinamento tra i diversi livelli di governo (nazionale, regionale e di azienda), previa definizione puntuale delle com-

- petenze e delle responsabilità propri di ciascun soggetto interessato tenuto conto anche delle modifiche apportate al testo dell'art. 117 della Costituzione dalla legge costituzionale n. 3/2001;
2. alla realizzazione di una reale integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, sottolineando come questa sia più facilmente possibile nel caso in cui gli enti locali deleghino alle aziende sanitarie territoriali la gestione delle attività e dei servizi socio-assistenziali. Al riguardo riteniamo che possano assumere particolare rilevanza, indipendentemente dal soggetto che si fa carico della gestione dei servizi sociali ed in analogia con scelte già fatte da alcune regioni, la costituzione di organismi di consultazione a livello regionale e/o locale sui servizi sociali e sanitari nonché la previsione di processi di programmazione integrata socio-sanitaria a livello regionale e/o locale finalizzata ad approfondire, con la partecipazione di tutti i soggetti interessati alla realizzazione di un vero *welfare*, le problematiche della sanità e del sociale e, quindi, a perseguire lo sviluppo di reti assistenziali formate da servizi diversi e contestualmente a coinvolgere tutti i soggetti interessati (pubblici e privati, ivi comprese le associazioni sociali e di volontariato) al raggiungimento dell'obiettivo fermo restando il rispetto del ruolo di ciascuno di essi;
 3. al riconoscimento del distretto come struttura organizzativa deputata a coniugare la domanda di salute del singolo con un'offerta di prestazioni in grado di assicurare allo stesso uno stato di benessere psico-fisico con conseguente affidamento al distretto stesso delle competenze e funzioni in grado di consentirgli il raggiungimento di detto obiettivo tramite la realizzazione, ad esempio, degli interventi previsti dal precedente punto piuttosto che di quelli previsti ai successivi punti da 5 ad 8, 12, 23 e 25;
 4. alla organizzazione e gestione di organici programmi finalizzati:
 - a) da un lato alla formazione di professionisti non solo in grado di assolvere nel migliore dei modi, se acquisiti dalle aziende sanitarie, le funzioni proprie del settore sanitario di rispettiva specializzazione ma anche in grado di comprendere le esigenze organizzative, di efficienza e di irrinunciabile qualificazione della struttura e dell'azienda di appartenenza. In tale contesto assume particolare rilevanza l'insegnamento di materie nuove (esempio: diritto sanitario, organizzazione sanitaria, economia politica, gestione delle risorse, ecc.) nei corsi di laurea, specializzazione e master in settore sanitario, peraltro già attivato in alcune realtà universitarie;
 - b) da un altro lato all'aggiornamento continuo, dal momento in cui diventano operatori del SSN a qualsiasi livello e con qualsiasi ruolo, non solo della loro specifica professionalità, ma anche delle conoscenze

utili a renderli capaci di proporre e magari di fornire adeguate e tempestive risposte al cambiamento dei bisogni piuttosto che all'introduzione di nuove tecnologie ed alle disponibilità economiche effettivamente disponibili;

5. alla realizzazione di campagne informative sulle conseguenze dell'adozione o del mantenimento di stili di vita non corretti piuttosto che della insalubrità degli ambienti di vita e di lavoro;
6. al potenziamento delle iniziative di prevenzione e di promozione della salute;
7. al potenziamento dei servizi territoriali anche al fine di curare in tale contesto le malattie croniche ed oncologiche di cui è sempre maggiore la frequenza anche in conseguenza del continuo e progressivo innalzamento dell'età media della popolazione;
8. alla realizzazione di un reale coordinamento tra i diversi livelli di cura (primario, secondario e terziario ovvero territoriale, specialistico e degenziale) in grado di assicurare la continuità assistenziale non solo tra ospedale e territorio ma anche sul territorio durante tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana e, quindi, di una maggiore qualità ed efficacia delle prestazioni erogate dalle strutture di cui si avvalgono i singoli servizi regionali;
9. alla ridefinizione del ruolo delle regioni e delle modalità tramite le quali esse devono rapportarsi con le aziende sanitarie del relativo territorio e quindi con il rispettivo direttore generale avuto presente le funzioni di indirizzo e controllo proprie delle prime e l'autonomia piena riconosciuta a queste ultime;
10. alla introduzione del sistema del governo clinico inteso come metodo per valorizzare e responsabilizzare le esperienze clinico-assistenziali onde finalizzare l'attività del sistema stesso da un lato al perseguimento della piena soddisfazione dei reali bisogni sanitari del singolo e nello stesso tempo della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni erogati tramite l'utilizzo di strumenti affatto conosciuti ma, ad oggi, poco utilizzati, da altro lato alla costruzione e gestione di relazioni tra tutte le componenti del sistema in grado di favorirne il coinvolgimento convinto e consapevole finalizzato alla loro completa responsabilizzazione sia sulla qualità, sicurezza ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni che sul raggiungimento degli obiettivi e, quindi, della mission aziendale;
11. alla definizione di confini precisi tra le responsabilità dei diversi livelli istituzionali nonché tra quelle proprie di ciascun livello istituzionale e quelle da riservare ai titolari dell'organizzazione e gestione dei servizi, avendo presente con riguardo a quest'ultimo aspetto che l'introduzione del go-

verno clinico impone il riconoscimento ai titolari dell'organizzazione e della gestione dei servizi di maggiori funzioni e responsabilità e quindi una maggiore valutazione del rispettivo ruolo anche per la definizione delle decisioni strategiche che permangono, comunque, proprie dei direttori generali delle aziende sanitarie;

12. alla realizzazione di un accesso più agevole ed equo ai servizi sanitari da attuare da un lato tramite la messa a disposizione di informazioni puntuali sulla disponibilità dell'offerta di servizi e sulle condizioni di loro utilizzazione in grado di facilitare il passaggio dal livello di cura in atto al livello di cura successivo adeguato ai reali bisogni assistenziali del singolo e da un altro lato tramite la riduzione dei tempi di attesa con conseguente eliminazione della mobilità dei pazienti. A quest'ultimo fine sembra assumere particolare rilevanza il superamento del divario ancora esistente nella disponibilità di servizi sanitari nelle varie realtà regionali italiane, nonostante le sollecitazioni in tal senso esplicitate dal Legislatore fin dal momento dell'istituzione del SSN. Al divario dovrebbe porsi rimedio con l'utilizzo oltre che dei fondi destinati a tale scopo dallo Stato anche dei fondi messi a disposizione dalla Comunità Europea; infatti in uno specifico protocollo d'intesa sottoscritto nel decorso mese di aprile dai ministri Bersani e Turco per il Governo e dai Presidenti delle Regioni meridionali (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia) i riferiti fondi sono stati destinati:
 - all'intensificazione degli investimenti tecnologici e dell'innovazione dei modelli dei servizi, comprensivi della realizzazione delle case per la salute e degli ospedali di comunità,
 - al tempestivo aumento del livello di informatizzazione dei servizi sanitari,
 - alla realizzazione ed attivazione di centri di riferimento interregionali finalizzati al rafforzamento dei fattori di efficienza ed efficacia in particolare nei settori della prevenzione, dell'assistenza domiciliare, delle cure primarie, della medicina pediatrica, della chirurgia di alta specialità, delle terapie oncologiche e delle cure palliative,
 - allo sviluppo di progetti di cooperazione e partenariato tra centri di riferimenti interregionali e regionali del meridione e centri di eccellenza del nord e del centro ovvero esteri;
13. alla realizzazione e sviluppo di reti integrate anche interregionali per la organizzazione e gestione di attività di particolare rilevanza sanitaria: emergenza ed urgenza, malattie oncologiche, donazioni e trapianti, ecc.;
14. alla individuazione e realizzazione degli interventi idonei ad evitare che l'uniformità del sistema, che rappresenta uno degli obiettivi del servizio

- sanitario nazionale, sia messa in discussione dalla gestione di venti sistemi sanitari regionali diversi dovuta sia al federalismo fiscale che alle maggiori competenze in materia riconosciute alle regioni dal nuovo testo dell'art. 117 della Costituzione, rilevando al riguardo che le disparità di trattamento che si registrano al momento soprattutto tra le regioni del nord e del centro e quelle del sud e che si configurano come vere e proprie ingiustizie/inequità rispetto al dettato costituzionale possono trovare giovamento e quindi essere sanate completamente od almeno ridotte dalla eliminazione/diminuzione delle disuguaglianze sociali ed economiche in atto;
15. allo sviluppo di un sistema sia nazionale che regionale finalizzato a favorire il potenziamento degli interventi di prevenzione e promozione della salute cui si è fatto cenno sotto il precedente punto 5. Il sistema dovrà farsi carico:
 - 15.1. del recupero da parte dei dipartimenti di prevenzione oltre che del ruolo di controllore anche e, vorremmo dire, soprattutto del ruolo di promotore di interventi finalizzati ad indurre il singolo al miglioramento del proprio stile di vita;
 - 15.2. dello sviluppo di politiche ed interventi finalizzati alla salvaguardia della sicurezza sanitaria degli alimenti soprattutto di origine animale avendo ben presente che le une e gli altri sono in grado di produrre il miglioramento e la protezione della salute pubblica ed eviteranno l'insorgere di malattie animali trasmissibili agli uomini che hanno, nel recente passato, non solo generato panico nella popolazione ma anche prodotto ripercussioni negative sul sistema produttivo italiano;
 - 15.3. del coinvolgimento nella programmazione e gestione degli interventi di prevenzione, finalizzato ad assicurare una gestione integrata ed a tutto campo degli stessi, non solo degli operatori del settore ma anche di tutti gli altri operatori sanitari territoriali ed ospedalieri nonché dei soggetti che pur non appartenendo al sistema sanitario sviluppano politiche che incidono sulla salute della popolazione: comuni, scuole, imprese che svolgono attività nei settori dell'edilizia, del trasporto e dell'industria;
 16. alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici in grado di evitare il rischio di interventi inappropriati se non, addirittura, dannosi;
 17. alla realizzazione di reali sistemi di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate soprattutto in regime ospedaliero;
 18. alla realizzazione di un maggior coordinamento istituzionale tra i livelli di governo attribuiti da una parte allo Stato e da altra parte alle Regioni, resosi necessario in relazione al dettato dell'art. 117 della Costituzione

come modificato dalla legge costituzionale n. 3/2001 secondo il quale nelle materie di legislazione concorrente, comprendenti tra l'altro la *tutela della salute*, la potestà legislativa spetta alle Regioni fatta salva la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione statale. Particolare rilevanza sembrano assumere al riguardo non solo le intese raggiunte recentemente tra i suddetti soggetti e trasfuse nel nuovo patto per la salute sottoscritto alla fine del mese di settembre 2006, ma anche lo spirito nuovo con cui i suddetti soggetti si sono impegnati a collaborare onde realizzare interventi in grado di assicurare al singolo il diritto alla tutela della salute sancito dal dettato costituzionale e cioè un sistema sanitario in grado di fornire le prestazioni comprese nei LEA al massimo livello qualitativo possibile, con la dovuta appropriatezza e nel rispetto della sostenibilità economica prefigurata anno dopo anno in correlazione con le risorse finanziarie rese all'uopo disponibili. L'impegno derivante dal riferito nuovo dettato costituzionale di sviluppare una più stretta consultazione e collaborazione dovrebbe incidere anche sulla definizione dei contenuti delle disposizioni legislative di competenza dello Stato, per cui ci si attendono risultati positivi non solo per quanto riguarda il coordinamento tra i diversi livelli del governo ma anche per quanto attiene la gran parte degli obiettivi che, a nostro avviso, sono in grado di realizzare quel miglioramento del sistema auspicato dalla maggioranza dei cittadini;

19. alla realizzazione di un assetto organizzativo efficiente giovandosi dell'esperienza degli operatori cioè un assetto in grado di assicurare una gestione ottimale delle risorse disponibili tramite, ad esempio, lo snellimento delle procedure burocratiche, la gestione in comune soprattutto delle risorse strutturali e strumentali, il superamento della duplicazione degli interventi, l'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate. In tale contesto sembrano assumere particolare rilevanza la diminuzione delle aziende sanitarie, la previsione di organismi interaziendali, variamente denominati (area vasta, Estay, ecc.), per la gestione di attività comuni in analogia con quanto già sperimentato positivamente dalla regione Toscana;
20. alla riorganizzazione delle cure ospedaliere per intensità di cura;
21. alla realizzazione di dipartimenti, soprattutto ospedalieri, in cui il relativo direttore oltre ad essere supportato da personale esperto in controllo di gestione sia in grado da un lato di assicurare l'autonomia professionale del singolo operatore e da un altro lato di garantire la gestione dell'intero percorso di cura del singolo paziente e, quindi, di organizzare il dipartimento in ottica di governo clinico;
22. all'acquisizione e diffusione delle tecnologie più avanzate per la gestione non solo delle informazioni ma anche della raccolta dei dati di interesse

- sanitario relativi al singolo paziente ai fini della loro messa a disposizione da un lato degli operatori sanitari di volta in volta coinvolti e da un altro lato di molti interventi diagnostici;
23. alla utilizzazione dei più avanzati sistemi a supporto dei pazienti domiciliari (esempio: apparecchi per telemedicina) nonché per l'effettuazione a distanza delle diagnosi cardiologiche, di esami diagnostici con apparecchiature digitalizzate, di teleconsulti, ecc.;
 24. all'incentivazione di programmi di ricerca finalizzati a perseguire il superamento di situazioni critiche piuttosto che a perseguire gli obiettivi definiti in sede di programmazione;
 25. alla messa in rete di tutti i servizi sanitari cioè alla realizzazione di un sistema laddove il singolo possa avere tempestive ed appropriate risposte ai propri bisogni sanitari nella consapevolezza che ciascuna patologia è preceduta e seguita da comportamenti e conseguenze che non possono essere ignorati se si vogliono ottenere positivi risultati dal singolo intervento e che nell'attuale momento storico assistiamo alla cronicizzazione di molte malattie con conseguente ampliamento dei tempi della cura. In tale ottica il singolo paziente dovrebbe essere preso in carico dal sistema ed affidato ad un responsabile al quale spetterà il compito di decidere, con il contributo di tutti gli altri professionisti interessati, gli interventi da realizzare e quindi di accompagnarlo all'interno della rete dei servizi disponibili al fine di ottenere tramite l'uso appropriato delle varie strutture in rete, dei percorsi terapeutici possibili e delle professionalità disponibili risposte appropriate non solo alla patologia e, molto più spesso, alle patologie in atto ma anche ai loro presumibili sviluppi futuri;
 26. alla revisione ed al tempestivo periodico aggiornamento dei LEA onde renderli adeguati al mutare degli effettivi bisogni sanitari della popolazione;
 27. alla riorganizzazione delle attività amministrative in senso deburocratizzato ed in particolare alla riorganizzazione dei sistemi di selezione del personale e di acquisto dei beni e servizi, in relazione alle indubbie economie che, con riferimento ai suddetti sistemi, la stessa è in grado di realizzare tramite la mera gestione a livello interaziendale ovvero regionale delle relative procedure;
 28. alla individuazione ed adozione delle disposizioni e/o iniziative in grado di realizzare una reale e completa integrazione tra il SSN e le Università per quanto attiene lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca in ambito sanitario previo superamento della situazione esistente caratterizzata spesso da normative tra loro configgenti sia con

riferimento ad aspetti organizzativi (esempio: diverse regolamentazione dei dipartimenti ad attività integrata delle aziende ospedaliero-universitarie rispetto ai dipartimenti ospedalieri, diversi istituti giuridici ed economici tra personale universitario delle facoltà di medicina e chirurgia e personale delle aziende sanitarie chiamato a svolgere le stesse competenze o competenze comunque assimilabili);

29. al completamento da parte delle aziende sanitarie e delle regioni, entro il termine del 31 gennaio 2009 fissato dalla legge n. 120/2007, delle opere di ristrutturazione edilizia, ivi comprese quelle cui si è fatto cenno sotto il precedente punto 12, e delle iniziative (realizzazione di appositi spazi, acquisto od affitto di spazi ambulatoriali esterni multidisciplinari da utilizzare se necessario anche per le attività istituzionali) necessarie ad assicurare spazi idonei all'esercizio della libera professione intramoenia all'interno delle strutture aziendali.

Gli interventi prefigurati costituiscono certamente strumenti utili per assicurare al sistema sanitario italiano l'evoluzione che dello stesso si attendono tutti i cittadini onde sentirsi garantiti rispetto al diritto alla tutela della salute psico-fisica riconosciuto a ciascuno dal richiamato dettato costituzionale; personalmente però riteniamo che gli stessi non siano sufficienti ed esaustivi al riguardo nella convinzione/consapevolezza che il sistema sanitario sarà in grado di garantire in pieno il diritto in questione solo se il SSN potrà contare oltre che sulla realizzazione degli interventi migliorativi prefigurati e sul responsabile apporto dei cittadini al quale accenneremo al termine del presente manuale anche:

- sulla disponibilità di operatori in possesso di adeguata professionalità,
- sul coinvolgimento e sulla responsabilizzazione degli operatori non solo sull'attività rispettivamente prestata ma anche sul raggiungimento della mission aziendale,
- sulla professionalità, preparazione ed esperienza adeguate di coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni di direttore generale di azienda sanitaria,
- sulla inderogabilità della scelta degli operatori e dei manager in base a criteri meritocratici,
- sulla corretta valutazione dei risultati conseguiti dagli operatori di qualsiasi ruolo e livello al fine degli avanzamenti di carriera e della distribuzione degli incentivi e dai manager al fine del mantenimento nell'incarico.

Per quanto attiene l'apporto dei cittadini riteniamo opportuno rilevarne l'importanza non solo con riferimento alle molteplici e certamente

ottimizzabili forme di partecipazione delle loro associazioni di tutela ad importanti fasi programmatiche e di controllo del SSN già istituzionalmente definite ed alle quali si è fatto riferimento sotto il precedente punto 12.7 ma anche alla loro capacità:

- a. da una parte di formulare, sia individualmente che attraverso le proprie rappresentanze, critiche costruttive sul funzionamento del sistema e quindi concrete proposte per il superamento delle disfunzioni riscontrate;
- b. da altra parte e, vorremmo dire, soprattutto con riferimento alla loro capacità di assumere la piena responsabilità:
 - b1. per quanto attiene l'adozione di stili di vita corretti essendo noto che molte gravi patologie (diabete, tumori, patologie cardiovascolari e respiratorie croniche, ecc.) sono fortemente influenzate dagli stessi,
 - b2. per quanto attiene il ricorso appropriato alle strutture sanitarie, nella consapevolezza che l'assunzione delle accennate personali responsabilità presuppone adeguati e doverosi interventi informativi da parte della aziende sanitarie e dei loro operatori sia dipendenti che convenzionati.

Bibliografia

- Andreis M.:** in F. Roversi Monaco: Il nuovo servizio sanitario nazionale - Rimini, 2000.
- Anessi Pessina E.:** L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2000 - EGEA, Milano, 2000.
- Armocida G.-Zanobio B.:** Storia della medicina – Ed. Masson, Milano.
- AA.VV.:** Hospes, Hospitalis, Ospitale, Ospedale. L'assistenza ospedaliera in Italia dalle origini al 1940 - Ed. IL PARNASO, Roma, 2001.
- AA.VV.:** Riforma sanitaria: come attuarla, come gestirla - Ed. EDIMEZ, Roma, 1979.
- AA.VV.:** Grande Enciclopedia De Agostini - Novara, 1995.
- AA.VV.:** Quale rapporto tra ospedale e territorio. Una deriva difficile da governare, in *Panorama della sanità*, n. 44/2003.
- Balma R.:** Il controllo strategico e di gestione e la valutazione dei dirigenti nelle aziende sanitarie, in *Politiche sanitarie*, n. 1/2000.
- Bompiani A.:** Considerazioni in merito alla politica di sicurezza sociale nel settore dell'assistenza e della salute, in *Sanità pubblica*, suppl. n. 4/1996.
- Buiatti E.-Carnevale F.-Geddes M.-Maciocco C.:** Trattato di sanità pubblica - Roma, 1993.
- Buttignon F.:** in Enciclopedia dell'impresa, 1978.
- Carnevali G.:** Servizio sanitario nazionale e territorio, in *L'assistenza sanitaria*, n. 12/1978.
- Carnevali G.:** L'aziendalizzazione della sanità pubblica, in *Panorama della sanità*, n.30/1998.
- Carnevali G.:** Autonomia imprenditoriale ed atto aziendale: strumenti sufficienti per il completamento dell'aziendalizzazione? – in *Ragiusan*, n. 202-203/2001.
- Carnevali G.:** Considerazioni sulla figura del direttore generale di azienda sanitaria, in *Ragiusan*, n. 223-224/2002.

- Carnevali G.:** Politica delle “aggregazioni” nel sistema sanitario piemontese: dal “quadrante” alla “macro-area”?, in *Ragiusan*, n. 225-226/2003
- Carnevali G.-Speranza N.:** “Premessa: ideologia e strumenti della riforma sanitaria” in “Giuda giuridica pratica per gli operatori delle unità sanitarie locali” di G. Carnevali - dott. M. Ragno Editore, Roma, 1980.
- Catananti C.:** Nascita ed evoluzione dell’ospedale: dall’ospitalità alla organizzazione scientifica, in *Tendenze nuove*, n. 4/1999.
- Cicchetti A.:** La progettazione organizzativa: principali strumenti ed applicazioni nel settore sanitario - Franco Angeli Editore, Milano, 2004.
- Collecchio M.:** La finanza delle Ubità sanitarie locali e la crisi del Ssn, in *Il nuovo governo locale*, anno III, n. 1, 1985 - Franco Angeli Editore, Milano.
- De Giovanni E.:** I nuovi servizi socio sanitari tra efficienza ed economicità, in *Sanità pubblica*, 1997.
- Del Favero A.:** L’azienda sanitaria – management tra presente e futuro, in *Il Welfare dell’Italia*, febbraio 2007.
- Donna G.-Nieddu S.-Bianco M.:** Management sanitario. Modelli e strumenti per gli operatori delle Aziende sanitarie - Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.
- Fabbi L.:** Il dipartimento e il distretto. Integrazione organizzativa possibile, in *Panorama della sanità*, n. 16/2000.
- Fontana F.:** Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale - Franco Angeli Editore, Milano, 2005.
- Gallo C.E.:** Profili attuali del diritto alla salute - Milano, 1998.
- Gallo C.E.:** Natura e funzione dell’atto aziendale nell’organizzazione delle Aziende sanitarie locali, in *Politiche sanitarie*, n. 1/2000.
- Giorgi G.:** Le Aziende sanitarie pubbliche, in *Tendenze nuove*, luglio-agosto 2000.
- Guzzanti E.-Mastobuono I.:** La day surgery e la chirurgia ambulatoriale: la storia dei primi quindici anni di attività scientifica, istituzionale ed organizzativa e le prospettive di sviluppo, in *Organizzazione sanitaria*, n. 2/2006.
- Ferrara R.-Vipiana P.M.:** Principi di diritto sanitario - Torino 1999.
- Frè F.:** La revisione dei conti nelle USL, in *Sanità pubblica*, 1997.
- Iannicelli E.:** La fine di un silenzio “assordante”, in *Panorama della sanità*, n. 13/2007.
- Lamberti G.-Maggi F.-Rossetti R.:** Il riordino del servizio sanitario nazionale - Pirola Editore, Milano, 1994.
- Leone S.:** La chiesa e la ricerca scientifica, in *Aris notizie*, numero speciale 27/05/2005.
- Longo F.:** Il nuovo modello di attribuzione del potere e delle responsabilità nelle amministrazioni locali, in *Azienda Pubblica*, n. 1/1994.
- Lugaresi N.:** Assetto organizzativo delle aziende sanitarie, in *Sanità Pubblica*, 1996.
- Knut Haeger:** Storia illustrata della chirurgia - Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1989.
- Mor G.-Paleologo G.-Speranza N.:** Il personale delle unità sanitarie locali - Giuffrè Editore, Milano, 1983.
- Palma R.:** Le USL nel sistema sanitario italiano - Genova, 1986.
- Perrella A.:** Funzione ed evoluzione dell’atto aziendale di diritto privato nelle aziende sanitarie locali, in *Organizzazione sanitaria*, n. 2/2001.

- Ricciardi G.:** Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2006, in *Rapporto Osservasalute 2006. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane* coordinato dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane.
- Ricciarelli G.:** L'incompiuto atto aziendale, in *Il Sole 24 Ore - Sanità-Management*, giugno-luglio 2001.
- Ricciarelli G.-Soldati F.:** Manuale per i concorsi nel ruolo amministrativo delle aziende sanitarie pubbliche - Rimini, 2000.
- Russo Valentini R.:** in F. Roversi Monaco: Il nuovo servizio sanitario nazionale - Rimini, 2000.
- Sanviti G.:** in F. Roversi Monaco: Il nuovo servizio sanitario nazionale - Rimini, 2000.
- Serpellone L.:** Dagli Dei al DNA: l'affascinante cammino della medicina nei secoli - Antonio Delfino Editore, Roma 1988/1996.
- Splendori F.-Carnevali G.:** Annuario Sanità Italia, 3° parte-Diritto e sanità (11° edizione) - Editoriale Publiaci, Roma, 2000.
- Taroni F.-Grilli R.:** E' possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?, in *Politiche sanitarie*, n. 2/2000.
- Tofanini P.:** Capitani di ventura, capitani del popolo o capitani coraggiosi?, in *Panorama della sanità*, n. 13/2007.
- Trabucchi M.:** I servizi sanitari in rete: introduzione, in *Rapporto Sanità 2007 - Servizi sanitari in rete: dal territorio all'ospedale al territorio* - Il Mulino, Milano, 2007.
- Vicentini F.-Pallotti F.-Cicchetti A.:** I ruoli manageriali nei dipartimenti ospedalieri: evidenze da una indagine sul campo, in *Organizzazione sanitaria*, n. 2/2005.
- Zanetta G.-Casalegno C.:** Le leggi della nuova sanità - Milano 1999.
- Zanetti L.:** in F. Roversi Monaco: Il nuovo servizio sanitario nazionale - Rimini, 2000.
- Zuccatelli G.:** Meccanismi di governo e di responsabilità nell'ambito della rete dei servizi: il nodo dell'appropriatezza, in *Rapporto Sanità 2007 - Servizi sanitari in rete: dal territorio all'ospedale al territorio* - Il Mulino, Milano, 2007.

Finito di stampare nel mese di settembre 2007
dalla Litografia Britannia srl - Roma

Anche se il presente manuale è stato concepito per fornire informazioni agli operatori della sanità, ai partecipanti ai corsi di aggiornamento, di laurea e di specializzazione in materia sanitaria ed a quanti si propongono di partecipare a concorsi del settore nonché per suscitare in loro riflessioni utili rispetto al ruolo che già svolgono od aspirano a svolgere all'interno del sistema sanitario italiano, non vi è dubbio alcuno che la lettura dello stesso da parte della singola persona offre a quest'ultima lo spunto per valutare il sistema con un'ottica meno aprioristicamente pessimistica e critica e certamente più rispettosa della complessità e delle difficoltà in cui lo stesso si trova ad operare.

Il manuale è il frutto dell'esperienza maturata dall'Autore nel corso dei molti anni (oltre 40) durante i quali, con diversi livelli di funzioni e con ruoli di responsabilità sempre più complessi ed impegnativi, lo stesso ha operato all'interno del sistema. Della riferita esperienza –come risultante dalle brevi note biografiche comprese nel manuale– l'Autore ha ricavato la convinzione che il sistema, per migliorarsi, necessiti non solo che lo Stato e le Regioni, nel rispetto delle relative competenze, siano in grado di ottimizzarne tutti gli aspetti (istituzionale, organizzativo, gestionale, finanziario, ecc.) riconducibili alle stesse e che le aziende sanitarie operino avendo come obiettivo il raggiungimento di una reale tutela della salute del singolo ma anche che:

- coloro che sono chiamati ad assumere responsabilità strategiche e manageriali all'interno delle aziende sanitarie siano scelti sulla base delle oggettive capacità personali possedute, non già di valutazioni esclusivamente politiche/partitiche, clientelari, parentali od amicali;
- gli operatori, indipendentemente dalle funzioni e dal ruolo assolti, siano scelti in base alla professionalità posseduta, si comportino responsabilmente nell'agire quotidiano, siano valutati in relazione a criteri meritocratici oggettivi e quindi premiati in coerenza con i risultati di detta valutazione;
- il singolo cittadino si renda disponibile ad assumersi la piena responsabilità sia per quanto attiene l'adozione di stili di vita corretti che per quanto attiene il ricorso appropriato alle strutture sanitarie anche in conseguenza delle doverose iniziative informative di cui sono tenuti a farsi carico in primis le aziende sanitarie e gli operatori del settore.