

***Dott. Fabrizio Oleari - Direttore ASS6 - Regione Friuli Venezia Giulia***

***Intervento al 1°Congresso Nazionale di FederSanità ANCI - Roma, 13 - 14 ottobre 2006***

**Il ruolo del governo locale dei servizi socio sanitari: alcune considerazioni riferite al tema della sostenibilità**

La crisi economico-finanziaria che ha investito i sistemi di welfare nei paesi dell'Europa occidentale e nell'area dell'OCSE, dovuta a fenomeni demografici ed epidemiologici e, per quanto concerne i servizi sanitari, all'introduzione di tecnologie innovative, ha indotto i governi ad attuare riforme dei servizi sanitari, che del sistema di welfare sono parte essenziale, ispirate essenzialmente al controllo della spesa, adottando al contempo politiche di devoluzione al livello regionale e locale delle responsabilità di allocazione e gestione delle risorse. La sostenibilità è qui interpretata soprattutto in termini di rispetto dei tetti assegnati di risorse, non come impostazione di modelli di sviluppo economico alternativi. Anche per quanto concerne la devoluzione, si ha la percezione di una ambivalenza derivante, per i suoi aspetti positivi, dall'avvicinamento al cittadino del momento delle scelte che riguardano la sua salute e quindi del suo maggior coinvolgimento, anche nella sua qualità di consumatore, nelle scelte allocative conseguenti. Per i suoi aspetti negativi, da un latente timore che, in un'ottica centralistica, si possano determinare iniquità distributive tali da mettere in discussione, nelle aree più svantaggiate, la fruibilità di servizi di accettabile qualità.

In Italia il Servizio Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, è stato riformato una prima volta nel 1992, sulla base del principio dell'aziendalizzazione, prevedendo due tipologie di aziende sanitarie, le Aziende ASL e le Aziende ospedaliere. In un sistema sanitario insostenibile soprattutto perché centrato sull'offerta, l'aziendalizzazione avrebbe dovuto realizzare un migliore equilibrio con la domanda.

D'altronde, ogniquale volta si parla di domanda, si sottintende che è distinguibile l'acquirente dal produttore. Interpretativamente, si può arguire che, se le aziende ospedaliere, come qualunque altra struttura operativa accreditata, sono dei produttori, la funzione di acquirente, ovvero la funzione di garante dei livelli assistenziali, compete all'azienda ASL. Le aziende sanitarie costituiscono proprietà della Regione che, ai sensi della norma, deve delineare la propria articolazione in aziende. La loro costituzione avviene in una logica di economia di scala rispetto alle precedenti Unità Sanitarie Locali.

I Comuni sono in tale fase sostanzialmente esclusi dai meccanismi decisionali in materia sanitaria. Nel 1999, con il decreto legislativo 229 si realizza una ulteriore riforma del servizio sanitario, in cui i Comuni vengono valorizzati non solo e non tanto nella dimensione regionale ma soprattutto nella dimensione distrettuale e coinvolti nella fase di programmazione. Basti pensare ai PAT e ai PDZ previsti dalla riforma, che sarà seguita dalla legge 328, legge di riforma dei servizi sociali, che adotta il concetto di livelli essenziali di assistenza e al DPCM 29/11/2001 che, nel definire i LEA, all'allegato 1C, elenca le prestazioni che fanno capo all'area dell'integrazione e ne modula l'organizzazione in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, della fragilità sociale e dell'accessibilità. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, la competenza in materia sanitaria transita, seppur nella logica della legislazione concorrente e mantenendo a livello statale la definizione dei LEA e dei LIVEAS, alle Regioni. I meccanismi di finanziamento restano, in tutto questo percorso, immutati, anche dopo la legge 622/96, il decreto leg.vo 496/97 e il decreto leg.vo 56/2000. Il Fondo Sanitario Nazionale, alimentato dalla fiscalità generale, viene ripartito alle Regioni attraverso il principio della quota pro-capite. Di volta in volta vengono definiti criteri e coefficienti di ponderazione tali da determinare le condizioni di specifici accordi stato-regioni. A loro volta le Regioni adottano analoghi criteri di ripartizione del fondo sanitario regionale sino a pervenire alla definizione delle risorse da assegnare a ciascuna azienda. Anche laddove, come in Regione Friuli Venezia Giulia, viene negoziato con lo Stato l'accordo relativo all'autonomia, che consente alla Regione di finanziarsi sulla base di quote della fiscalità generale, i vincoli con le politiche nazionali (basti pensare ai contratti collettivi nazionali e alla loro applicazione), sono molto forti, tali da indurre a volte controversie difficili da dirimere, anche alla luce dell'avvenuta devoluzione verso l'Unione Europea delle competenze in materia stabilità economica. Con tutto ciò la sostenibilità del servizio sanitario o, se si preferisce, dei servizi sanitari regionali, non è sostanzialmente migliorata: la spesa sale e il versante che la condiziona è ancora quello dell'offerta in un contesto di sostanziale monopolio economico. Il rafforzato ruolo dei Comuni si traduce sostanzialmente in un rafforzamento della capacità negoziale delle aziende sul versante regionale, molto relativo rispetto ai produttori, mentre il ruolo del consumatore, seppure in maniera differenziata, incide scarsamente sulla riconversione del sistema dell'offerta. Verrebbe da dire che la carenza sia da attribuire a strategie di finanza pubblica e di finanza pubblica locale che non

valorizzano ancora sufficientemente il versante della domanda, concretamente gli acquirenti, in sostanza l'azienda ASL e i consumatori, in grado di generare significativi scostamenti, anche in relazione alla sua composizione, della spesa storica.