

La riforma del servizio sanitario

di Daniela Chiassi

1. *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (l. 833 del 1978)*

L'approvazione della legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833) nel corso della VII legislatura repubblicana si pose come naturale superamento di un sistema di assistenza sanitaria particolarmente frammentato e basato sostanzialmente sull'evoluzione delle organizzazioni mutualistiche professionali (Casse mutue), con la primaria finalità di garantire il diritto alla salute alla totalità dei cittadini italiani. L'approvazione della legge (a conclusione di un dibattito particolarmente ampio e partecipato, durato per due legislature) fu inoltre consentita dall'avvio dell'attuazione dell'ordinamento regionale (l. 382 del 1975 e d.p.r. 616 del 1977) che attribuì alla competenza regionale tutte le funzioni di assistenza.

I capisaldi della legge 833 del 1978 sono anzitutto il riconoscimento come diritto fondamentale della tutela della salute del cittadino, attraverso tutte le attività connesse alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione, espletate dal Servizio sanitario nazionale (costituito dall'insieme dei servizi, delle funzioni e delle strutture destinate a tutela della salute, e la cui attuazione compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali); l'uniformità e l'universalità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale; la pianificazione e la programmazione come strumenti di definizione degli obiettivi e delle risorse, con un meccanismo a cascata (piano sanitario nazionale triennale, piani sanitari regionali); una precisa definizione delle competenze dello Stato (funzione programmatrice centrale, definizione dei livelli di assistenza, finanziamento del sistema) delle regioni (funzioni legislative e di programmazione nel rispetto dei principi fondamentali delle leggi dello Stato), dei comuni (cui competono tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, che sono esercitate mediante le unità sanitarie locali).

Il finanziamento del sistema doveva essere assicurato dalla contribuzione obbligatoria dei cittadini; le entrate contributive, affluenti nelle casse dello

Stato, erano poi dal centro redistribuite, con la legge di bilancio annuale, alle regioni, che a loro volta finanziavano i centri di spesa (USL).

La legge 833 del 1978 prevedeva per la sua concreta attuazione oltre 60 provvedimenti, dei quali oltre 30 di competenza regionale (in prevalenza legislativi: 23) e 25 di competenza statale (in prevalenza regolamentari e amministrativi: 20).

In particolare erano affidati alla potestà normativa regionale la definizione dei piani sanitari regionali, degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali e le modalità della loro organizzazione, la ristrutturazione della rete ospedaliera, la disciplina delle convenzioni con le strutture private presenti nel territorio, la definizione dei parametri di finanziamento delle USL; ad atti regolamentari ed amministrativi erano demandati, fra gli altri, la disciplina dello stato giuridico del personale del servizio sanitario nazionale, nonché la definizione degli schemi-tipo di convenzione, la determinazione dei contributi sanitari, dei contingenti di personale trasferito dagli enti mutualistici, eccetera.

Rimanevano affidati alla legge statale gli atti più strettamente programmatici: il piano sanitario nazionale, la definizione dei livelli di assistenza da erogare, la quantificazione dei finanziamenti. Il piano sanitario nazionale, in particolare, che avrebbe dovuto essere predisposto dal Governo ed approvato con atto legislativo dal Parlamento (fino al 1985, quando tale disposizione fu modificata, v.oltre) avrebbe dovuto stabilire le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività del servizio sanitario in conformità con gli obiettivi della programmazione economica; a tale atto centrale di programmazione avrebbero dovuto uniformarsi le regioni nella emanazione dei piani sanitari regionali.

2. *Funzionamento e crisi del sistema (1980-1988)*

La legge di riforma sanitaria del 1978 si caratterizza come legge di principi (definizione degli obiettivi generali, nel quadro della tutela, costituzionalmente garantita, del diritto alla salute del cittadino), di organizzazione, e infine di cornice (nella definizione del rapporto e dei compiti dello Stato e delle altre autonomie riconosciute). La legge 833 del 1978 è espressione caratteristica delle nuove funzioni che lo Stato viene ad assumere nell'esperienza del *welfare state*; la scelta effettuata è quella del "modello pubblico integrato": lo Stato cioè possiede e gestisce direttamente – in un'offerta di tipo monopolistico – i servizi destinati alla tutela della salute (sul modello del sistema britannico).

Come visto, il disegno della legge è complesso e prevedeva l'entrata in funzione di precise sinergie nelle funzioni dei vari livelli di governo del sistema, nonché una strategia coerente di pianificazione degli obiettivi e delle risorse.

Accanto a un soddisfacente incremento dello stato di salute generale della popolazione, l'esperienza del primo decennio ha messo in luce i principali problemi, necessariamente interconnessi, derivanti dall'attuazione della riforma sanitaria:

1. *Fallimento della programmazione;*
2. *Crisi finanziaria del sistema;*
3. *Scadimento delle prestazioni erogate.*

Per quanto concerne la *programmazione* si deve anzitutto sottolineare la mancata emanazione, a livello centrale, del piano sanitario nazionale, documento fondamentale per la corretta individuazione dei livelli di assistenza che il servizio avrebbe dovuto garantire e per la loro adeguata correlazione alle risorse assegnate al settore; il primo piano sanitario nazionale è stato approvato in tempi recentissimi (1993), e la mancanza per oltre un decennio dell'atto normativo che avrebbe dovuto imporre razionalità all'intero sistema è piuttosto significativo delle difficoltà incontrate da un lato nel definire le necessarie priorità relativamente alle prestazioni sanitarie da garantire ai cittadini, dall'altro a reperire il consenso necessario per coordinarsi positivamente con i livelli di governo (regioni, comuni) incaricati di legiferare a livello sub-nazionale nel quadro degli obiettivi posti centralmente, nonché di amministrare e di gestire concretamente il servizio. L'unica legge di programma approvata nel periodo considerato è infatti la legge 23 ottobre 1985, n. 595 che peraltro reca indicazioni precise soltanto per l'organizzazione della rete ospedaliera, e che non a caso modifica le modalità originarie di approvazione del piano sanitario nazionale, nella speranza di garantire una sua sollecita adozione: alla originaria approvazione con atto legislativo del Parlamento viene sostituita la previsione di un'approvazione parlamentare con atto di indirizzo.

La mancata definizione delle priorità nelle prestazioni che il servizio sanitario doveva garantire ai cittadini in un preciso piano programmatico che doveva connettere l'erogazione dei servizi alla disponibilità delle risorse economiche, lascia da un lato in un'autonomia di fatto le regioni (che infatti, nella maggioranza dei casi, procedono al varo degli strumenti di piano) nella loro elaborazione normativa, dall'altro non consente una realistica valutazione finanziaria dei costi di un servizio che, in mancanza di pre-

cise indicazioni, tendeva a garantire alla generalità dei cittadini la generalità delle prestazioni.

Per quanto concerne l'aspetto finanziario della questione, è importante anzitutto sottolineare che, sin dai primi anni di funzionamento del sistema, fu evidente che il meccanismo di copertura delle spese del servizio sanitario (la contribuzione obbligatoria) previsto dalla legge 833 del 1978 non era sufficiente, in quanto garantiva la copertura di solo il 65-70 per cento della spesa sanitaria (anni '81-'82). La questione finanziaria prendeva in tal modo decisivo vigore, fino a focalizzare in modo praticamente esclusivo l'attenzione legislativa intorno ai problemi finanziari della politica sanitaria, che finì in qualche modo per essere sottomessa agli obiettivi della politica economica nazionale; tale "finanziarizzazione" della sanità si è del resto tanto più accentuata quanto più la spesa sanitaria si incrementava, fino ad essere considerata, da più di un osservatore, "fuori controllo". I motivi di tale incremento del gap esistente fra le entrate del servizio sanitario (contributi) e le spese del sistema (attualmente i contributi non coprono che il 50 per cento delle spese) sono vari, e forse non tutti ancora esattamente individuati: dai motivi presenti in tutti i sistemi di economie mature (progresso della medicina, progressivo invecchiamento della popolazione, ecc.), a quelli più tipici del sistema italiano: discrasia fra chi finanzia la spesa (Stato) e chi la gestisce (regioni), con irresponsabilità economica dei centri di spesa; mancanza di incentivi al corretto uso delle risorse; assenza di una programmazione sanitaria nazionale; incertezza sull'entità delle risorse finanziarie che, in mancanza di programmazione, sono determinate annualmente in difetto e integrate solo successivamente, con un progressivo indebitamento dello Stato con gli enti creditori e una perversa spirale di aggravamento finanziario. Per quanto concerne questo ultimo punto, è significativo che in tutti gli esercizi finanziari si sia assistito ad uno sfondamento della spesa prevista in sede di legge di bilancio (dapprima) o (in seguito) di legge finanziaria e l'effettiva spesa rendicontata dalle regioni, con margini di disavanzo diversi ma sempre comunque consistenti; tali disavanzi venivano successivamente coperti dando mandato alle regioni di accendere mutui con istituti individuati, con oneri di ammortamento a carico dello Stato.

È molto interessante spendere ancora qualche parola sull'*impasse* creatasi nella gestione concreta del complesso meccanismo dell'assistenza sanitaria: lo Stato, con legge formale (di bilancio, ed, in seguito, finanziaria) determinava annualmente il monte delle risorse da destinare alla sanità, e le distribuiva alle regioni; di fronte al vincolo posto dalla legge finanziaria, le regioni hanno sto-

ricamente reagito usufruendo di un potere non codificato di governare una spesa superiore alle disponibilità, antepoendo alla effettività della legge l'obbligo, costituzionalmente garantito (art. 32 della Costituzione) della tutela della salute del cittadino. Tale comportamento era del resto reso possibile da un lato dalla mancanza di effettive sanzioni a carico delle regioni, sanzioni che avrebbero potuto reintegrare l'ordine giuridico violato; dall'altro dall'assenza di specifiche indicazioni programmatiche di politica sanitaria.

Da tale situazione è derivata una sorta di "rincorsa" delle norme nei confronti di un sistema che tendeva a rendersi, perlomeno sotto il profilo finanziario (ma, in assenza di programmazione, e di fronte all'incertezza delle risorse, anche sotto il profilo organizzativo) autonomo: gli interventi legislativi in ambito sanitario del decennio considerato si sono concretizzati in quelli effettuati in sede di manovra economica con legge di bilancio e poi finanziaria e in una copiosa serie di decreti legge, necessari da un lato al ripiano dei disavanzi annuali, dall'altro a tentare, seppure con misure di carattere contingente – ticket sanitari sui farmaci e sulla diagnostica, blocco delle assunzioni del personale sanitario, aumento delle aliquote contributive – di ottenere il controllo dell'espansione della spesa sanitaria (d.l. 733 del 1984, d.l. 8 del 1985, d.l. 382 del 1987, d.l. 514 del 1988, d.l. 65 del 1989, d.l. 201 del 1989).

Alcuni dati statistici possono essere utili ad inquadrare con più precisione il fenomeno: negli anni 1980-1990 sono intervenuti a disciplinare la materia sanitaria (o più precisamente il funzionamento del servizio sanitario nazionale) 15 decreti legge (considerando solo quelli convertiti); hanno recato disposizioni in materia sanitaria inoltre ben sette leggi finanziarie e quattro leggi ordinarie (di cui una soltanto, come visto, di piano). Ben dieci provvedimenti recavano norme, in senso vasto, relative alla partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria; sei volte si è legiferato sulla materia delle esenzioni da tale spesa; quindici provvedimenti sono intervenuti in materia di personale sanitario (dipendente o convenzionato) e sei sui contributi sanitari. Questi dati rendono evidente una sovrapposizione di norme, a flusso continuo, su settori ben specifici della legislazione sanitaria, a carattere contingente e non strutturale (a riprova di tale dato, le modifiche apportate alla legge istitutiva del servizio sanitario, la 833 del 1978, sono state limitatissime e marginali). La produzione normativa appare, in definitiva, canalizzata da un lato al controllo di emergenza di singoli flussi di spesa (o parallelamente all'incremento dei flussi di entrata – contributi sanitari –) e dall'altro – nel fallimento di tale tentativo di contenimento – al ripiano dei deficit accumulati.

Su questi filoni normativi si focalizzava necessariamente l'attenzione

delle forze politiche; con l'ulteriore conseguenza che su tali provvedimenti andavano a scaricarsi ulteriori frammenti di legislazione, derivanti da emendamenti parlamentari, che complicavano viepiù il quadro normativo di riferimento, in stratificazioni successive. Per quanto concerne il terzo punto di crisi del sistema, lo *scadimento delle prestazioni* sanitarie, esso è evidentemente, in gran parte, connesso ai due problemi sopra illustrati (mancanza di una seria programmazione, incertezza nelle risorse effettivamente disponibili, crescente conflittualità fra i diversi livelli di governo della sanità), ma deriva anche da motivazioni ulteriori; il modello pubblico integrato, ad esempio, tipico del sistema italiano, costituendo una sorta di monopolio dell'offerta, si chiude ad ogni logica concorrenziale, e non è stimolato né a migliorare le prestazioni rese al cittadino, comunque costretto a ricorrervi, né, in mancanza di incentivi, a impiegare in maniera efficiente le risorse; il sistema dei controlli si caratterizzava d'altra parte come burocratico e formale, mancando nel sistema qualsiasi controllo basato su indicatori di prestazioni e di qualità.

3. *L'avvio della riforma del sistema sanitario*

Il dibattito politico e l'attività parlamentare in materia sanitaria nel decennio 1978-1988 risultano, anche da una ricognizione dei progetti di legge presentati e discussi in Parlamento, per così dire "schiacciati" sul versante finanziario del contenimento della spesa sanitaria; rare le iniziative parlamentari o governative mirate ad affrontare i nodi di carattere strutturale del sistema, del resto neppure discusse concretamente dalle commissioni competenti, mentre l'attività del Parlamento si focalizzava sulla conversione dei decreti legge (misure di ripiano dei debiti o di contenimento della spesa) e nella approvazione delle leggi di bilancio e finanziarie.

È soltanto sul finire della IX legislatura (1987) che un dibattito più ampio sui problemi connessi al governo della sanità si fa strada e nel dibattito parlamentare e nella discussione politica delle forze sociali; il Ministro della sanità Donat Cattin presentava infatti al Parlamento un disegno di legge concernente il riordino del servizio sanitario nazionale basato su alcuni punti essenziali, tra i quali la regionalizzazione del Fondo sanitario nazionale, l'autonomia economico-gestionale delle unità sanitarie locali e dei maggiori ospedali, da costituire in azienda, la separazione delle responsabilità gestionali da quelle politiche, con l'affidamento della responsabilità di gestione delle

aziende sanitarie a *manager*. Sotteso al progetto di riforma era un sostanziale ripensamento sul *modello di servizio sanitario*; si comincia a ritenere necessario (in analogia con quanto avviene per altri settori caratterizzati dall'intervento diretto dello Stato nell'economia) aprire il sistema a logiche concorrenziali di mercato, seppure amministrato, attraverso l'entrata nel settore sanitario di altri attori e attraverso la più efficace gestione delle strutture pubbliche con un tipo di organizzazione a carattere aziendalistico; d'altro canto l'ipotesi di riforma si propone di ricostruire un più corretto quadro di rapporti fra lo Stato e le regioni, alle quali si intende attribuire una più piena autonomia, anche economica, e una più precisa responsabilità.

Peraltro, l'aggravarsi della crisi finanziaria del settore (è proprio negli ultimi esercizi finanziari precedenti la riforma del 1992 che il disavanzo raggiunge le sue punte più acute: nel 1990 pari ad oltre il 20 per cento della spesa stanziata) spingeva il Governo a inserire alcune delle norme di riforma in un ennesimo decreto legge di contenimento economico (recante aggravamento dei ticket sanitari) con il contemporaneo effetto di subordinare, ancora una volta, la politica sanitaria a quella economica, e di far naufragare il progetto di riforma. Il successivo Governo (1989) riproponeva, con un disegno di legge del Ministro della sanità De Lorenzo il progetto di riforma, che mutava la sua struttura dalla precedente proposta, pur con alcune novità; tale disegno di legge era presentato come "collegato" alla manovra finanziaria (ancora sovrapponendo, in qualche modo, un disegno riformatore di ampio respiro con il più congiunturale obiettivo di contrazione della spesa). I disegni di legge cosiddetti "collegati" alla legge finanziaria contengono infatti le norme che per il loro carattere non possono rientrare nel contenuto delimitato della legge finanziaria, ma che consentono il concreto perseguimento degli effetti economici dell'intera manovra; tali disegni di legge usufruiscono di procedure parlamentari speciali che dovrebbero garantire la loro sollecita approvazione.

In realtà, l'iter del progetto De Lorenzo, si dimostrò particolarmente complesso; l'iniziativa governativa stimolò anzitutto la presentazione, da parte di molte forze politiche, di analoghi provvedimenti di riordino, che furono discussi congiuntamente a quello ministeriale; il provvedimento fu approvato dalla Camera nel luglio 1990. Il Senato della Repubblica impiegò altrettanto tempo nell'esame del disegno di legge che, tornato alla Camera nell'ottobre del 1991, con modifiche, non concluse il suo ulteriore iter, anche a causa dell'approssimarsi delle elezioni per il rinnovo del Parlamento.

La durata in qualche modo "abnorme" dell'esame parlamentare di tale

progetto di riforma rivela piuttosto chiaramente le tensioni esistenti fra le forze politiche (e non meno fra le forze sociali e le categorie professionali coinvolte) sullo snodo cruciale della determinazione delle scelte strategiche del sistema sanitario del futuro; la principale frizione si esprimeva nel timore della presenza di una sotterranea volontà di “liquidazione” del sistema sanitario pubblico, con relativa opzione verso la privatizzazione del mercato della salute.

Nelle more dell’approvazione della riforma sanitaria, è peraltro da segnalare, oltre l’usuale intervento con decretazione di urgenza per ripianare i consueti disavanzi (d.l. 262 del 1990), l’infiltrazione di alcuni elementi del complessivo progetto di riordino in provvedimenti di urgenza, o comunque di impulso governativo: con il d.l. n. 35 del 1991 venivano dettate, in attesa del riordino globale, norme transitorie per la gestione delle unità sanitarie locali, affidando i poteri della gestione ad un amministratore straordinario nel tentativo di separare la politica dalla amministrazione dei servizi; con la legge n. 412 del 1991, provvedimento collegato alla legge finanziaria, oltre che alle consuete misure di contenimento della spesa, si dà mandato al Governo di determinare, con decorrenza 1992, i livelli uniformi di assistenza da assicurare da parte del servizio sanitario, gli standard organizzativi e i parametri di finanziamento. Appare interessante notare che tali atti normativi si ponevano esplicitamente come provvedimenti transitori, in attesa del riordino globale e strutturale della materia sanitaria.

Il punto di svolta decisivo, nel complesso iter che ha portato all’approvazione della riforma sanitaria, viene raggiunto all’inizio della XI legislatura, allorché il nuovo Governo si propone di affrontare le delicate vicende economico-finanziarie del Paese, nonché le necessarie riforme legislative rimaste in sospeso nella legislatura precedente (quella relativa alla sanità, ma anche le materie connesse al riordino previdenziale e del pubblico impiego), attraverso due distinti, ancorché connessi, provvedimenti: un decreto-legge (n. 384 del 1992) con il quale si tentava di dare una risposta immediatamente operativa sul fronte del contenimento dei conti pubblici; ed un disegno di legge concernente delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle materie summenzionate (sanità, previdenza, pubblico impiego, finanza territoriale).

Per quanto concerne la disciplina sanitaria, con il d.l. n. 384 del 1992 si interveniva in maniera “classica” sul fronte del contenimento della spesa (aumento dei ticket su farmaceutica, diagnostica e, per la prima volta, anche sul medico di base; aumento dei contributi sanitari; contrazione delle presta-

zioni offerte dal servizio sanitario nazionale), mentre si rimandava alla legge delega – ed ai successivi decreti delegati – l'intervento complessivo di riordino della materia.

4. *La legge delega e i decreti delegati*

Il disegno di legge recante la delega al Governo per il riordino dei settori sanitario, previdenziale, del pubblico impiego e della finanza territoriale fu presentato al Parlamento nel luglio 1992, e affidato in sede referente alle commissioni bilancio; tale decisione – assunta in quanto il progetto di legge nel suo insieme prefigurava un vasto intervento di riordino e razionalizzazione destinato ad assumere rilevanti effetti economici in settori strategici della finanza pubblica – sollevò peraltro alcune reazioni da parte delle commissioni di merito.

La legge fu approvata nell'ottobre dello stesso anno (l. 421 del 1992); all'articolo 1 veniva affidato al Governo il potere di emanare uno o più decreti legislativi concernenti il riordino della materia sanitaria, con gli obiettivi primari dell'efficace ed equa utilizzazione delle risorse destinate alla sanità, sulla base di una lunga serie di principi e criteri direttivi (21) volti al completamento del riordino del Servizio sanitario nazionale. Il Governo era altresì chiamato a trasmettere gli schemi dei decreti legislativi predisposti al Parlamento per consentire l'espressione del parere alle commissioni competenti in materia; eventuali disposizioni correttive ai decreti potevano essere emanate, sempre con decreto legislativo, entro il 31 dicembre del 1993, previo parere delle commissioni parlamentari.

I principi ed i criteri direttivi indicati nella legge delega (e sviluppati dai decreti delegati) indicavano una strategia nella riforma del sistema sanitario mirata:

- alla definizione puntuale delle competenze fra lo Stato e le regioni: lo Stato viene richiamato ad adempiere la sua essenziale funzione programmatica con l'indicazione puntuale, tramite il piano sanitario nazionale (predisposto dal Governo e adottato, dopo l'espressione del parere parlamentare, d'intesa con le regioni), delle risorse da assegnare, delle prestazioni da rendere e del livello minimo di assistenza da assicurare. Alle regioni vengono assegnate tutte le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi stabiliti da leggi nazionali;

– alla nuova organizzazione delle unità sanitarie locali e dei maggiori ospedali, che acquisiscono la personalità giuridica di aziende, con obbligo di parificare il bilancio;

– a ristabilire la responsabilità finanziaria delle regioni nel ripiano di eventuali deficit finanziari: i contributi sanitari sono direttamente riscossi dalle regioni, mentre il fondo sanitario nazionale diviene integrativo e finalizzato prioritamente a correggere gli squilibri fra le diverse regioni;

– a ridefinire il rapporto fra il servizio pubblico e gli altri soggetti fornitori di prestazioni sanitarie, con la previsione di forme integrative di assistenza sanitaria (fondi), e la definizione di tariffe per prestazione.

Lo schema di decreto legislativo fu presentato alle Camere nel novembre successivo: sia la Commissione affari sociali della Camera che la Commissione igiene e sanità del Senato elaborarono, ricorrendo anche all'audizione informale di operatori del settore, rappresentanti dei comuni e delle regioni e dei sindacati, un parere assai articolato, che assumeva le vesti di un testo legislativo alternativo a quello presentato dal Governo. Solo parti di tale parere furono recepite nell'elaborazione del d.lgs. 502 del 1992, nel successivo dicembre. Peraltro, all'indomani dell'emanazione del decreto n. 502 furono presentati da parte di numerose regioni alla Corte costituzionale una serie di ricorsi per la presunta illegittimità costituzionale di alcuni articoli del citato decreto. Il possibile annullamento legislativo da parte della Corte di alcune delle norme del provvedimento di riforma ebbe come immediato effetto la sospensione, o almeno il rallentamento, da parte soprattutto delle regioni, delle procedure necessarie per il concreto avvio del riordino del sistema sanitario, che continuava ad essere gestito ai sensi della disciplina transitoria dettata dal d.l. 35 del 1991.

La Corte costituzionale, con sentenza del luglio 1993, ha infine dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcuni articoli del decreto 502 del 1992; in conseguenza di ciò (ma anche per recepire alcune delle istanze di modifica emerse nel dibattito parlamentare) il nuovo Ministro della sanità Garavaglia presenta, nell'ottobre 1993, un nuovo schema di decreto legislativo modificativo del precedente alle competenti commissioni parlamentari per l'espressione del previsto parere. Tale nuovo decreto legislativo fu emanato nel dicembre 1993 (n. 517 del 1993).

Il quadro normativo in materia sanitaria si ricompone e si stabilizza, quindi, sul finire del 1993, bisogna comunque sottolineare che il decreto di riordino della materia sanitaria non ricalca l'impianto ambizioso della legge 833

del 1978, che, con i suoi 83 articoli, mirava a costituirsi come disciplina organica del settore sanitario; il decreto 502 del 1992, composto di 20 articoli, si innesta e va a modificare la disciplina preesistente, intervenendo su specifici settori di legislazione (ordinamento e organizzazione del sistema, modalità di erogazione delle prestazioni, finanziamento, tutela dei diritti dei cittadini, disciplina del personale). In tal senso è significativa la previsione – contenuta nello stesso decreto n. 502 e assente nella legge delega – di una successiva emanazione, da parte del Governo, di un testo unico delle leggi sanitarie (emanazione non avvenuta).

I decreti di riordino (confluiti in un unico testo coordinato) prevedono numerosi adempimenti, sia governativi che regionali (27 atti da parte del Governo, tutti di carattere regolamentare ed amministrativo; 14 – più 2 facoltativi – da parte delle regioni), per la concreta attuazione della riforma, che comincia quindi a muovere i primi passi solo nel 1994; si provvedeva di conseguenza con decretazione di urgenza, in attesa dello svolgimento delle procedure per la riorganizzazione delle nuove USL e degli ospedali aziendalizzati e per la nomina dei direttori generali-manager, a prorogare l'efficacia della normativa preesistente. Gli amministratori straordinari, ai sensi del d.l. 35 del 1991, sono autorizzati a gestire le unità sanitarie locali fino al giugno 1994 (d.l. 324 del 1993; d.l. 723 del 1994).

Per quanto concerne l'attuazione del riordinamento del sistema sanitario, si deve segnalare l'avvenuta emanazione da parte del Governo sia del Piano sanitario nazionale che del d.p.r. relativo alla definizione dei livelli uniformi di assistenza; qualche ritardo si è invece determinato a livello regionale nell'emanazione dei provvedimenti di riordino organizzativo delle USL e di conseguenza nelle nomine dei direttori generali; a tali inadempienze il Governo ha risposto con un decreto legge (n. 512 del 1994) con il quale vengono modificate le procedure concernenti la nomina dei direttori generali, vengono annullate le procedure in corso, si dispone un termine perentorio alle regioni per emanare la disciplina sull'organizzazione delle USL e per la nomina dei direttori generali (31 dicembre 1994) e si sostituiscono gli amministratori straordinari con i commissari straordinari (in carica fino alla nomina dei direttori generali).

Nelle more dell'avvio della riforma sanitaria (dalla quale non erano previsti effetti di contrazione della spesa nell'immediato, ma certo di risanamento generale del sistema a medio termine) le manovre economiche per il 1994 e per il 1995 hanno di nuovo recato interventi di tipo "classico" sul settore sanitario volti al contenimento della spesa (blocco delle assunzioni nel com-

parto sanitario, interventi sui ticket e sulle esenzioni, riclassificazione dei farmaci e riduzione dei loro prezzi, eccetera: l. 537 del 1993 e l. 724 del 1994); un certo ritardo nella prima fase di attuazione del riordino complessivo del sistema appare in definitiva naturale e fisiologico, mentre potrebbe apparire pericoloso, e aprire la strada ad un'ulteriore complicazione del quadro normativo, se persistesse nel prossimo futuro.