

La politica sanitaria in Italia. Parte quarta

di Gian Paolo Zanetta

La prima riforma manifestò però sin dall'inizio più difficoltà di attuazione. A determinarle furono sia per la lentezza dei Governi succedutisi negli anni successivi ad emanare i decreti attuativi, sia il consistente aumento degli oneri a carico del bilancio dello Stato, in conseguenza dell'allargamento dell'intervento pubblico e della sua gratuità. Ma non solo: sulla riforma incisero oltre alla lentezza della attuazione dei principi e delle linee guida della riforma, anche una eccessiva burocratizzazione del sistema, una forte incidenza della politica sul modello gestionale, una carenza di applicazione di criteri manageriali nei processi di governo delle Usl.

23 ottobre 1992, nasce la seconda riforma

Il passaggio da un sistema mutualistico ad un sistema universalistico, che si poneva l'obiettivo prioritario di diffondere la tutela della salute a tutte le fasce sociali, incontrava inevitabilmente ostacoli e problemi, e nel corso del successivo decennio la necessità di un intervento legislativo che correggesse le disfunzioni, gli errori, le criticità si fece sempre più strada. Cambio che, senza toccare i principi di fondo del servizio sanitario nazionale, migliorasse gli aspetti gestionali, diventò sempre più indispensabile. Anche perché tre fattori politici incidevano fortemente sul processo di rinnovamento della Pubblica Amministrazione, al cui interno era inserito il SSN:

- l'ampliarsi delle competenze regionali;
- la rivisitazione del rapporto P.A. e cittadino, di cui furono significativa espressione la legge 241/90, la legge 23 ottobre 1992 n. 421 ed il DLGS 29/93, in materia di riorganizzazione del funzionamento delle pubbliche Amministrazioni e la revisione della disciplina del pubblico impiego;
- la sempre maggiore integrazione tra le economie dei Paesi membri dell'Unione Europea, che trovò nel trattato di Maastricht - firmato il 7 febbraio del 1992, entrato in vigore il 1° novembre dello stesso anno - la sua compiuta espressione, a compimento di un processo di unificazione che stava procedendo a tappe forzate e che aveva come obiettivo la revisione dei bilanci pubblici degli Stati Membri, l'imposizione di regole ferree in tema di rapporto deficit/Pil, con conseguenti effetti significativi sulla spesa sanitaria.

Interventi legislativi nel rispetto del Trattato di Maastricht

Questi tre elementi determinarono il superamento della prima riforma e l'avvio della seconda, fermi rimanendo principi ed obiettivi di fondo del sistema, che sempre si poneva come garante di una sanità uniforme, equilibrata, equa ed garantita ed uguale per tutti. Come nel 1978, così nel 1992 il sistema sanitario, quale sede sperimentale di nuovi modelli di pubblica amministrazione, veniva a trasformarsi, facendo proprie le innovazioni che stavano complessivamente trasformando il ruolo dello Stato, i rapporti all'interno della sua articolazione territoriale e, fatto oltremodo innovativo, recependo il nuovo quadro di impegni assunti nella Unione Europea. Il trattato di Maastricht, già citato, oggi viene ricordato soprattutto per i vincoli di bilancio pubblico posti ai singoli stati membri, con la regola rigida del rapporto deficit/Pil, in realtà furono molte di più le novità normative. Mobilità di persone e merci, ruoli più pregnanti dell'Unione in settori chiave per lo sviluppo, integrazione per quanto riguarda ricerca ed innovazione, una diversa concezione del ruolo dei settori pubblici in rapporto al mondo privato, una considerazione trasversale, nei campi di attività, dell'importanza della salute pubblica. Modalità nuove che la riforma sanitaria cercò di intercettare.

La regionalizzazione della sanità pubblica

Per quanto riguarda il contesto normativo italiano, il punto di svolta fu segnato, come ricordato sopra, dalla legge 23 ottobre 1992 n.421, avente ad oggetto "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale". In tale norma si trovano i tre temi innovativi sopra evidenziati (regionalizzazione, aziendalizzazione e ammodernamento del pubblico impiego, nuove regole finanziarie), con delega al Governo di provvedere. E nei mesi successivi effettivamente vennero approvati i conseguenti decreti legislativi. In particolare, nella materia sanitaria, si delegava il Governo a:

- completare il riordinamento del SSN, attribuendo alle Regioni ed alle province autonome la competenza in materia di programmazione ed organizzazione dell'assistenza sanitaria, riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale;
- definire i principi organizzativi delle unità sanitarie locali quali aziende regionali con personalità giuridica ed autonomia di bilancio, stabilendo che esse abbiano propri organi di gestione e prevedendo un Direttore Generale, nominato dalla regione o dalla provincia autonoma tra gli iscritti all'elenco nazionale, coadiuvato da un direttore sanitario ed un direttore amministrativo, tutti assunti con contratto di diritto privato, ed un collegio dei revisori;

decorrere dal 1 gennaio 1993, l'attribuzione alle regioni ed alle province autonome dei contributi per le prestazioni del SSN.

La delega era inoltre estesa anche al coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e a nuove regole nel campo della gestione del personale. Infatti, il Governo era tenuto a prevedere:

- nuove modalità di rapporto tra SSN ed università;
- che il rapporto di lavoro del personale dipendente sia disciplinato in base alle nuove regole, sempre contenute nella legge, mutate dal settore privato.
- i principi per garantire i diritti dei cittadini nei confronti del SSN anche attraverso organismi di volontariato e di tutela dei diritti, prevedendo altresì modalità di partecipazione.

Nuove regole per il personale dipendente

In materia di pubblico impiego poi si delegava il Governo a:

- prevedere che i rapporti di lavoro e di impiego dei dipendenti delle amministrazioni dello Stato e degli altri enti ad esso riconducibili in base alla legge 93/83, siano ricondotti sotto la disciplina del diritto civile e siano regolati mediante contratti individuali e collettivi;
- prevedere la separazione tra compiti di direzione politica e quelli di direzione amministrativa (di qui nasce il dlgs 29/93, che tanto ha innovato nella pubblica amministrazione), e l'affidamento ai dirigenti di autonomi poteri di direzione, vigilanza, controllo, in particolare la gestione di risorse finanziarie, attraverso l'adozione di idonee tecniche di bilancio, la gestione delle risorse umane e la gestione di risorse strumentali, ciò al fine di assicurare economicità, speditezza, rispondenza al pubblico interesse dell'attività degli uffici;
- prevedere la verifica dei risultati mediante appositi nuclei di valutazione e la mobilità, anche temporanea dei dirigenti, nonché la rimozione dalle funzioni ed il collocamento a disposizione in caso di mancato conseguimento degli obiettivi prestabiliti della gestione;
- prevedere che la struttura della contrattazione, le aree di contrattazione ed il rapporto tra i diversi livelli siano definiti in coerenza con quelli del settore privato, definendo altresì procedure e sistemi di controllo sul conseguimento degli obiettivi prestabiliti per le azioni amministrative, nonché sul contenimento dei costi contrattuali;
- prevedere una nuova organica regolamentazione delle modalità di accesso all'impiego presso le pubbliche amministrazioni;

- prevedere l'adeguamento degli uffici e della loro organizzazione al fine di garantire l'effettivo esercizio dei diritti dei cittadini in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, in applicazione della legge 7 agosto 1990 n. 241.

Il controllo monocratico delle aziende sanitarie

Si trattava quindi di un forte cambiamento che puntava ad un sostanziale ammodernamento della macchina pubblica in direzione di una maggior efficienza, una maggior trasparenza nelle procedure amministrative ed una effettiva rispondenza ai bisogni dei cittadini.

Con il dlgs 502/92 del 30 dicembre 1992 ed il successivo dlgs 517/93 la seconda riforma sanitaria entra in vigore ed introduce nuove regole di governo del sistema sanitario nazionale. Il cambiamento di organizzazione, anch'esso frutto di un nuovo indirizzo politico, emerso dopo il trattato di Maastricht, e fortemente indirizzato ad una maggiore efficienza del sistema, è sostanziale. Questi i principi cardini della riforma:

- regionalizzazione con l'attribuzione alle Regioni di funzioni legislative ed amministrative in materia di organizzazione;
- aziendalizzazione e governo monocratico delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, con autonomia giuridica e finanziaria, guidate da Direttori Generali, affiancati da Direttori sanitari ed amministrativi, nominati dalla Regione;
- definizione a livello nazionale dei livelli essenziali di assistenza;
- trasferimento alle Regioni, con attribuzione della piena responsabilità finanziaria, delle risorse necessarie per la gestione del servizio, in base a quota capitaria per abitante;
- esclusione dei Comuni (segno della mutata stagione politica) da ogni compito gestionale, mantenendo loro un ridotto ruolo di programmazione attraverso la conferenza dei Sindaci;
- la responsabilizzazione del cittadino, attraverso la partecipazione mediante ticket, alla spesa sanitaria;
- la possibilità per l'utente di ricercare la risposta al proprio bisogno sanitario al di fuori del territorio dell'Asl di appartenenza, con l'introduzione di due principi fondamentali: la libera scelta da parte del cittadino e la concorrenzialità tra le strutture sanitarie.

