

La politica sanitaria in Italia. Parte quinta

di Gian Paolo Zanetta

Nel solco dei principi della prima riforma e nell'ambito del processo riorganizzativo radicalmente nuovo introdotto dalla seconda, si inserisce la terza stagione normativa, con il dlgs 229 del 19 giugno 1999.

Il decollo dell'ambiziosa Riforma Bindi

Siamo ormai ad un sistema sanitario maturo, consolidato sul suo impianto organizzativo che mira all'efficienza ed efficacia dell'azione sanitaria e la riforma Bindi, così chiamata dal ministro dell'epoca, introduce correttivi migliorativi ed aggiornamenti, su un terreno già solido. Questa prima riflessione potrebbe far pensare ad un provvedimento normativo di regolazione di un settore ormai consolidato e come tale di normale applicazione. In realtà il provvedimento ha degli obiettivi particolarmente ambiziosi, ragionati sull'evoluzione politica e sociale del tempo, ma anche anticipatori di tematiche che diventeranno, di lì a pochi anni, centrali nel dibattito politico sulla sanità. Anche qui la base di partenza è segnata da una legge, la legge 30 novembre 1998 n.419, di delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Programmazione sanitaria, lotta alle inefficienze e agli sprechi

I principi e criteri direttivi di delega erano, sinteticamente, i seguenti

- perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e degli obiettivi previsti dalla prima riforma sanitaria;
- regolare la collaborazione tra soggetti pubblici e privati, in particolare quelli del privato sociale, non aventi scopo di lucro;
- garantire la libera scelta ed assicurare che il suo esercizio da parte dell'assistito si svolga nell'ambito della programmazione sanitaria;
- razionalizzare le strutture e le attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni e perseguire l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari a garanzia del cittadino e del principio di equità distributiva, definendo anche modalità di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni;
- potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio-sanitaria a livello regionale e locale, nonché nei procedimenti di valutazione dei risultati delle

aziende sanitarie ed aziende ospedaliere, prevedendo altresì la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione regionale, livelli di assistenza aggiuntivi con risorse proprie;

- prevedere modalità e tempi per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- prevedere, in ottemperanza al dlgs29/93, l'estensione del regime di diritto privato del rapporto di lavoro alla dirigenza sanitaria e prevedere le modalità per pervenire all'esclusività del rapporto di lavoro, sempre per la dirigenza sanitaria, quale scelta individuale;
- ridefinire i requisiti per l'accesso all'incarico di direttore generale delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere;
- ridisegnare gli strumenti della formazione e rivedere le strategie della ricerca sanitaria;
- riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria;
- stabilire modalità e criteri per il rilascio delle autorizzazioni a realizzare strutture sanitarie e definire un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale, nonché standard minimi di strutture, attrezzature e personale, che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento;
- definire il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori e prevedere gli interventi da adottare per il recupero dell'efficienza, dell'economicità, della funzionalità nella gestione dei servizi sanitari.

Il ruolo ritrovato delle Municipalità per la tutela della salute

Di qui il successivo decreto legislativo 229/99, che prese poi il nome dal Ministro in carica all'atto della approvazione e diventò decreto Bindi.

A nostro parere, i punti qualificanti ed i temi caldi presi in esame, partendo dalla delega del Governo, e tradotti nell'impianto normativo del decreto sono:

- la rivisitazione del ruolo dei comuni, esautorati dalla seconda riforma, ed in realtà da sempre protagonisti in settori vicini alla tematica salute, quali l'assistenza, il sociale, la disabilità ed ora recuperati in una funzione programmatrice e di controllo;
- la necessità di una attenzione più mirata al ruolo del territorio nell'organizzazione sanitaria, con una ridefinizione della funzione dei distretti e della medicina di base;
- un'attenzione all'integrazione pubblico-privato, che trova nella riforma una previsione nell'ambito delle cosiddette sperimentazioni gestionali (articolo 9 bis), tema oggi ancor oggi caldo ed condizionato da preclusioni e prevenzioni di natura culturale;

- la scelta coraggiosa di ridefinire il rapporto tra classe medica e sistema sanitario nazionale, con la ricerca, spesso vanificata, di definire forme di controllo sull'attività libero professionale dei medici, quantomeno in termini di limitazione di questa in rapporto con l'attività pubblica;
- la capacità di leggere e comprendere la prospettiva di un sistema fiscale in cambiamento, attraverso la previsione di un federalismo sanitario, introdotta dall'articolo 19 ter.

L'esame comparato tra le Regioni in rapporto alla media dei costi nazionale

L'articolo, che porta ad oggetto: "Federalismo sanitario, patto di stabilità ed interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del SSN", prevedeva che il Ministero della sanità determinasse i valori di riferimento relativi all'utilizzazione dei servizi, ai costi ed alla qualità dell'assistenza. Tali valori dovevano essere rapportati a parametri nazionali e comunitari, riguardanti i livelli di assistenza sanitaria, l'articolazione per aree di offerta, i criteri per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari. L'esame comparato deve consentire di segnalare alle singole regioni gli scostamenti osservati rispetto alla media nazionale, affinché queste procedano ad una ricognizione delle cause e possano definire programmi operativi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei rispettivi SSR.

Il ministero, a sua volta, tramite apposita convenzione, affianca le Regioni interessate mediante finanziamento di programmi operativi, monitoraggio degli obiettivi per ogni stato di avanzamento, definizione di forme di penalizzazione e/o graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettano gli accordi convenzionali per il raggiungimento degli obiettivi previsti. In caso di inerzia regionale nell'adozione ed attuazione dei programmi concordati, il Consiglio dei Ministri può intervenire con la nomina di un Commissario ad acta. Abbiamo considerato questo articolo anticipatore di un processo politico e legislativo che si stava ormai manifestando e che ebbe il suo punto d'approdo nella riforma costituzionale del 2001.

Le responsabilità dell'istituto regionale a simbolo del decentramento politico-amministrativo

Infatti l'articolo 19 ter si inserisce temporalmente tra la legge 133 del 15 maggio 1999, riguardante disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale, ed il decreto legislativo 18 febbraio 2000 n.56, che proprio sulla base della citata legge 133/99, definiva un nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a Statuto ordinario, con l'obiettivo di accrescerne l'autonomia di entrata, di realizzare una perequazione interregionale delle risorse, fondata su criteri più razionali e diversi da quello della spesa storica, anche attraverso meccanismi incentivanti per quelle Regioni che si distinguessero per comportamenti virtuosi sul fronte del prelievo e sul fronte della spesa. Infatti, tra la fine degli anni '90 e l'inizio del nuovo secolo, il sistema politico sta maturando una profonda revisione dell'ordinamento statale e sta definendo un processo di grande trasformazione dei rapporti tra Stato Centrale e Regioni, superando a piè pari una storica battaglia per la valorizzazione delle autonomie locali, rappresentate dai comuni.

Diventavano le Regioni il simbolo del decentramento, non più i Comuni, ed in modo trasversale tra gli schieramenti politici si pongono le basi per una importante riforma costituzionale. L'articolo 19 ter anticipa il dibattito.