

## La riforma del sistema

di Sandro Albini

Le competenti Commissioni parlamentari si apprestano ad esaminare il disegno di legge presentato dal ministro De Lorenzo di riforma del Sistema sanitario nazionale. La materia è divenuta di scottante attualità per effetto della dinamica della spesa sanitaria, ormai fuori da ogni credibile possibilità di controllo, e tale da suggerire alle autorità governative drastici interventi.

A questi alcune forze politiche e sociali si oppongono nel timore di una ulteriore restrizione dell'arco di prestazioni offerte gratuitamente da un servizio complessivamente poco efficiente ancorché assorba risorse (6,7% del pil) inferiori a quelle destinate da altri Paesi (la Germania 8,1% e la Francia 8,5%).

Il progetto di riforma tenta, nelle sue linee generali, di porre sotto controllo alcuni automatismi di spesa - in virtù dei quali lo Stato ha finito ogni anno per ripianare a pie' di lista tutte le spese assunte dagli Enti sanitari) e modifi

---

### Brescia nella bufera della Sanità. Aspetti della questione

*Il Sistema sanitario è stato oggetto, nel corso del 1989, di tensioni e polemiche: dapprima la preoccupazione per la esplosione della spesa, poi la drammatica carenza di personale infermieristico tale da ridurre drasticamente le prestazioni assistenziali nei mesi estivi, infine la campagna di ispezione dei Nas promossa dallo stesso Ministro della Sanità.*

*Rilevazioni e sondaggi condotti su sede nazionale hanno registrato un aumento della insoddisfazione degli assistiti rispetto alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.*

*La grande stampa ha lanciato campagne accusatorie nei confronti dei partiti denunciando sperpero di risorse e incapacità gestionale.*

*Il governo e le forze politiche hanno tentato di porre rimedio mettendo sul tavolo prima una proposta di riordino della Sanità approvata con decreto legge non convertito ed ora con un provvedimento di accompagnamento della legge finanziaria attualmente in corso di esame.*

*Nel dibattito politico che ne è seguito, sono emerse posizioni assai diverse tra loro: c'è chi vorrebbe cogliere l'occasione per aprire il Sistema sanitario ai privati, e chi ritiene necessaria soltanto una operazione cosmetica: chi teme la sottrazione di spazi di esercizio del potere per personaggi politici, chi è preoccupato per una gestione aziendalistica sganciata dal sistema delle autonomie locali e chi ritiene che per salvare i principi della riforma sanitaria del 1978 si debba necessariamente modificare la struttura istituzionale e gestionale delle Ussl e degli ospedali.*

*A Brescia, ai problemi di carattere generale, se ne aggiungono alcuni*

care l'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche nel tentativo di renderle più efficienti.

In effetti potrebbe succedere, come è accaduto di registrare per molti comparti, che le migliori intenzioni si traducano in provvedimenti legislativi sostanzialmente ininfluenti, ancorché nominalisticamente riformatori, tali da riprodurre l'attuale situazione. È un poco la vicenda di tutta la legislazione sanitaria di controllo della spesa a partire dalla legge 386 del 1974.

Cercheremo quindi di esaminare i principali istituti previsti dal disegno legge di riforma, raggruppandoli per categorie ed integrandoli con alcune riflessioni ulteriori.

### **Provvedimenti relativi agli organi**

---

– Il disegno di legge prevede a livello regionale l'istituzione di un ente, o azienda o agenzia cui sia affidato il compito di gestire il fondo sanitario regionale ripartito da un fondo interregionale secondo indici e parametri oggettivi superando il perverso meccanismo della spesa storica, distinguendo in tal modo le competenze operative da quelle di indirizzo e programmazione riservata agli organi regionali. Tale ente, retto da un Consiglio di amministrazione presieduto dal competente Assessore regionale, dovrebbe consentire l'adozione in tempi congrui di tutti gli atti di gestione della Sanità regionale, oggi condizionata da vicende politiche.

Resta da vedere se nell'attuale sistema un organismo di tal genere possa gestire, ad esempio, i 9.000 miliardi della Lombardia, senza sottostare a tensioni e pressioni paralizzanti come peraltro avviene in quasi tutti gli enti o

---

*specifici:*

– *le difficoltà di rapporto tra l'Ussl 41 e l'Ospedale Civile con la perdurante situazione di disagio delle strutture pediatriche ancora divise e non integrate;*  
– *la congestione del nosocomio cittadino assillato anche dalla ricerca di spazi per la didattica e la ricerca imposti dalla presenza sempre più corposa della facoltà di Medicina e ormai prossimo al collasso se non decollano rapidamente le annunciate ipotesi di decentramento verso strutture periferiche sottoutilizzate, in particolare in direzione di Montichiari;*

– *il persistente spirito campanilistico imperante in provincia con logoranti diatribe in difesa di alcune strutture irrazionalmente distribuite, fonte di spreco di risorse, e non in grado di fornire al miglior livello un completo servizio assistenziale;*

– *la drammatica alternativa tra potenziamento della presenza sul territorio soprattutto del personale infermieristico e mantenimento dei livelli assistenziali nelle strutture ospedaliere, specie nelle realtà interessate dalla devastante presenza di malati di Aids.*

*Se vi è la necessità di riordino della legislazione sanitaria, accompagnata da politiche contrattuali più avvertite, per dare migliore agilità, efficacia ed efficienza all'attività della sanità pubblica, non di meno è avvertita l'urgenza di razionalizzare le strutture sanitarie della provincia nella direzione indicata dal piano sanitario regionale in corso di esame da parte del Consiglio Regionale.*

*Su questi temi – che interessano profondamente il campo dell'assistenza sanitaria, oggetto di particolare attenzione della nostra rivista – pubblichiamo due interventi di qualificati operatori sanitari.*

\* \* \*

aziende istituite dalla Regione.

– Per le Ussl gli ospedali già classificati regionali e gli istituendi “servizi provinciali di prevenzione collettiva”, il d.d.l. prevede: a) la costituzione in enti o aziende dotate di personalità giuridica; b) la sostituzione del Comitato di gestione con il Comitato di indirizzo, sempre nominato da Comuni singoli o associati; c) la istituzione di un nuovo organo, il Direttore generale, nominato dall'ente regionale con contratto di diritto privato. In sostanza, rispetto alla situazione attuale scompare l'Assemblea, i cui compiti di indirizzo e programmazione vengono attribuiti al Comitato di indirizzo e il Comitato di gestione i cui compiti vengono attribuiti al Direttore generale (coadiuvato da un Direttore amministrativo e sanitario) e dal Consiglio dei sanitari, un organo consultivo, ripescato dalla legislazione ospedaliera del 1969.

Anche in questo caso il tentativo evidente è di distinguere nettamente tra le scelte dei fini, riservate ai politici, e quelle dei mezzi, demandate ai tecnici, consentendo così ai politici di esercitare funzioni di programmazione e di controllo.

Le possibilità di operare efficacemente da parte di questo nuovo organo sono condizionate:

a) dai meccanismi di nomina dei vertici tecnici essendo a tutti chiaro che ove sulla competenza manageriale facesse premio l'affiliazione a questa o quella forza politica, il ruolo ne risulterebbe diminuito o condizionato;

b) dallo status del personale dipendente, poiché anche il manager più efficiente vincolato dalle normative del rapporto di pubblico impiego poco potrebbe operare. Il d.d.l. prevede il passaggio a contratto di diritto privato il che dovrebbe consentire una gestione più efficace con possibilità di reale governo del personale.

#### **Provvedimenti relativi agli ambiti di competenza**

– Il d.d.l. opera, come già detto, lo scorporo dalle Ussl degli ospedali già classificati “regionali” e le attività igienistiche esercitate dagli ex laboratori provinciali di Igiene e profilassi cui si aggiungono le competenze ex medico provinciale ed ex veterinario provinciale.

In sostanza le Ussl rimangono titolari delle competenze già esercitate dai disciolti enti mutualistici e dai consorzi Socio-sanitari e di alcune competenze sanitarie-sociali già degli enti locali e della gestione, ove presenti, dei piccoli e medi ospedali.

– Gli ambiti territoriali delle Ussl vengono estesi fino a comprendere da 150.000 a 400.000 abitanti contro gli attuali 50/200.000 e correlativamente viene ampliato il territorio di competenza dei distretti.

La evidente finalità è di ridurre lo spreco di risorse imponendo economie di scala, accertato come servizi frammentati risultino quasi sempre molto dispendiosi e poco efficienti.

In concreto nella provincia di Brescia significherebbe passare dalle attuali 11 Ussl a 6/7.

– Una interessante ipotesi di struttura dipartimentale viene prefigurata come articolazione organizzativa interna alla struttura ospedaliera autonoma prevedendo collegamenti organici tra Unità operative ospedaliere e servizi territoriali decentrati oltre ad organi di gestione e finanziamenti attribuiti al Dipartimento stesso.

L'interesse è rappresentato dal fatto che in tal modo si rende possibile il decentramento di competenze qualificate permanentemente aggiornate.

Non risulta chiaro, nel testo, con quali modalità dette strutture si raccordino con gli ospedali minori e con le Ussl sul cui territorio insistano le attività decentrate.

– Una ridistribuzione delle funzioni quale prevista dal d.d.l. può essere resa possibile ed utile soltanto in presenza di una forte azione di programmazione della quale, a questo punto, non può che essere titolare l'Amministrazione regionale: diversamente vi è il rischio di tornare ad una gestione verticalmente separata della attività sanitaria con tutte le conseguenze negative già vissute prima della riforma del 1978.

### **Provvedimenti relativi al personale**

---

Il d.d.l. prevede il passaggio dall'1 gennaio 1991 a rapporto di lavoro privato del personale dipendente; per l'Amministratore unico ed il Direttore amministrativo e sanitario e tutti i dirigenti dei gradi apicali di ogni ruolo (primari, ingegneri, amministrativi, ecc.) il contratto è a termine, quinquennale e rinnovabile.

Nello stesso tempo viene superata la figura del medico a tempo definito prevedendo per tutti il tempo unico accompagnato dalla disciplina delle incompatibilità con l'intento di evitare cumuli di incarichi in capo ad una medesima persona attribuiti da strutture pubbliche e private.

A compenso è previsto per il personale medico il diritto all'esercizio delle attività libero professionale entro la struttura sanitaria pubblica.

Restano non chiariti importanti aspetti dello status del personale in servizio, quali il regime previdenziale, attualmente pubblicistico e successivamente privatistico.

### **Controllo della gestione e della spesa**

---

– Il d.d. legge si limita a stabilire regole di gestione e le modalità di esercizio delle attività di controllo nonché norme di riordino della contabilità.

– La materia, di estrema attualità, suggerisce alcune riflessioni a latere del progetto di legge.

In sostanza i grandi centri di spesa sanitaria sono, nell'ordine: gestione del personale dipendente, gestione delle strutture di ricovero ospedaliero e attività diagnostiche, spesa per la farmaceutica, gestione del personale medico convenzionato e specialista.

Come è noto, ad una domanda sanitaria in continua espansione ha corrisposto una espansione della offerta di prestazioni e strutture non sempre adeguate sotto il profilo della efficacia e della efficienza.

Nel tentativo di riportare sotto controllo la dinamica della spesa, il legislatore continua ad operare la scelta più facile e di effetto immediato: la compressione delle domande mediante la imposizione di ticket su medicinali e sulla diagnostica.

In tal modo si ottengono certamente delle riduzioni di spesa, ma non proporzionata all'impatto sociale poiché, per le strutture pubbliche, vi sono dei costi fissi non modificabili in funzione del livello di attività (personale, impianti, apparecchiature, ecc.).

Peraltro detti interventi di per sé non rendono maggiormente funzionale una struttura che già non lo sia.

Una modifica della dinamica della spesa potrebbe ottenersi invece se si perseguisse la strada, più impopolare e difficile, di agire sul livello di offerta e sulla determinazione di indici e standard per il calcolo delle risorse attribuite ai singoli enti. In tal caso, e a solo titolo esemplificativo, si tratta:

- \* per le strutture ospedaliere di chiudere quelle al di sotto di certe dimensioni minime (il d.d.l. parla di 120 posti letto);

- \* per i medicinali di ammettere in prontuario come erogabili a spese del S.s.n. soltanto quelli riconosciuti indispensabili;

- \* per il personale dipendente di applicare gli standard stabiliti dal d.m. 13/9/88 per le strutture ospedaliere in modo da evitare che vi siano situazioni in cui vi sono 1,5 dipendenti per posto letto (come al Civile di Brescia) ed altre con 3 dipendenti per posto letto (come accade anche in alcuni ospedali di Milano);

- \* superare il criterio della spesa storica introducendo criteri di finanziamento collegati alla attività effettivamente svolta e lasciando poi la libertà all'azienda di dislocare le risorse in bilancio senza troppi vincoli formali, come ora accade.

Sarebbe così possibile superare il formalistico controllo degli atti per procedere ad una verifica dei risultati della gestione della attività sanitaria;

- \* per i medici convenzionati di rinnovare il rapporto con quei sanitari che operano entro precisi standard prestabiliti di efficacia ed efficienza.

La strada di intervenire sulla offerta viene meno praticata poiché porta allo scontro con interessi particolari molto forti e in grado di condizionare pesantemente gli interlocutori.

### **Conclusioni**

---

Quali che siano i risultati legislativi definitivi in via di adozione sotto la spinta della "emergenza controllo della spesa", un intervento organico del legislatore nel comparto sanitario viene avvertito come sempre più urgente dalla pubblica opinione e dalle stesse forze politiche e sociali.

Non giova ad un corretto dibattito nel merito del provvedimento di riforma la campagna di stampa impostata dallo stesso responsabile del dicastero della sanità, tesa a dimostrare una situazione di generale corruttela ed inefficienza francamente non riscontrabile in ogni area geografica del Paese.

Se l'obiettivo reale perseguito dalla campagna è la sostanziale liquidazione della presenza pubblica nella sanità in favore di "aperture" alle concentrazioni assicurative e finanziarie private, già pronte per entrare in un ricco settore, come alcune norme relative all'istituto della concessione o del convenzionamento di prestazioni con strutture sanitarie private contenute nel d.d.l. potrebbero lasciare intravedere, è da richiedere una modifica a conferma della centralità del servizio pubblico.

Per reazione alcuno è tentato di sostenere che è meglio non procedere a nessuna riforma e lasciare le cose come stanno affidando ai piani sanitari la razionalizzazione delle strutture.

Personalmente ritengo necessario l'intervento del legislatore relativamente agli aspetti sopra illustrati: competenze degli organi, ridefinizione

degli ambiti territoriali di competenza, passaggio al contratto di diritto privato del personale e modifica dei meccanismi di controllo della spesa.

La problematica del rapporto con le strutture private convince molto meno e rischia, se non modificata, di funzionare da moltiplicatore della spesa.

Il rischio maggiore è di continuare a parlare di necessità di riforma, senza adottare alcun provvedimento fornendo in tal modo un alibi all'ulteriore degrado delle strutture sanitarie: è già accaduto con le mutue lasciate nel limbo dal 1974 al 1979.

Ripetere il medesimo errore sarebbe oggi il segno della impotenza della politica a dare risposte tempestive alle domande di maggiore efficienza ed efficacia dei servizi alla persona, avvertita in modo sempre più acuto dalla gente.