

## Sanità: una riforma della riforma

di Sandro Albini

L'estensore di questa nota non sa se, quando essa giungerà al lettore, il disegno di legge n. 2375 «Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale e misure di contenimento della spesa sanitaria» – dopo il primo decreto-stralcio approvato – avrà cessato di essere tale per l'avvenuta approvazione da parte dei due rami del Parlamento oppure sarà uno dei tanti provvedimenti travolti dalla prematura fine della legislatura. La seconda paventata ipotesi protrarrebbe ulteriormente nel tempo l'attuale sgoverno delle strutture sanitarie dovuto in certa misura alla proroga di organi di gestione giunti a scadenza lo scorso anno ma in larga parte alla rapida obsolescenza del corpo legislativo di riforma sanitaria approvato negli anni 1978 e seguenti. Tant'è che si parla di "riforma della riforma" mascherando sotto il termine di "riordino" un intervento di profonda modifica della normativa ex L. 833/78 quale traspare dal testo del disegno di legge 2375 all'esame delle Camere.

### Nuovi criteri di finanziamento

Esaminando, secondo l'ordine cronologico del testo, le più importanti innovazioni previste, non è casuale trovare al primo posto i criteri di determinazione e riparto delle risorse. Peraltro il tema è già stato oggetto di attenzione del legislatore in sede di legge finanziaria 1991 laddove si è stabilito che il fondo sanitario del corrente anno non potrà superare il fondo del 1989 rivalutato dell'11%. Se si considera che l'incremento nominale annuo della spesa sanitaria è nell'ordine del 15% si comprende quali problemi di riparto e controllo delle risorse potranno insorgere. Alle Regioni viene infatti fatto obbligo di integrare il fondo a fronte di servizi che le stesse vorranno erogare in aggiunta agli standard di prestazioni fissate per l'intero territorio nazionale. In sede di riparto per regioni e per Enti erogatori vengono introdotti nuovi indicatori nel tentativo di superare il pernicioso criterio della spesa storica sin qui seguito e che ha prodotto disparità non ulteriormente tollerabili: il costo medio annuo per abitante rileva infatti (dati 1989) contro una media nazionale di L. 1.170.000 i seguenti importi per le principali Regioni:

Liguria	L. 1.382.000	Trentino	L. 1.193.000
Emilia	L. 1.360.000	Piemonte	L. 1.179.000
Toscana	L. 1.283.000	Lombardia	L. 1.114.000
Val d'Aosta	L. 1.215.000	Sicilia	L. 1.112.000
Veneto	L. 1.214.000	Sardegna	L. 1.060.000
Lazio	L. 1.207.000	Calabria	L. 987.000

mentre il costo medio per degenza nei grandi Ospedali, per rimanere alla sola Lombardia, contro una media regionale di L. 483.486 per giornata di degenza fa registrare i seguenti importi:

San Paolo	L. 734.262	San Raffaele	L. 505.000
Istituti Clinici	L. 673.404	Ortopedico Pini	L. 444.205
Niguarda Ca' Granda	L. 644.419	Monza S. Gerardo	L. 437.119
Regina Elena	L. 622.918	Ospedali Riuniti BG	L. 431.268
Osp. Bambini Buzzi	L. 592.275	Osp. Macchi Varese	L. 430.852
Macedonio Melloni	L. 562.975	Spedali Civili Brescia	L. 381.268
Fatebenefratelli	L. 533.282	Ospedale di Sondalo	L. 286.907
Luigi Sacco	L. 516.471		

dal che si ricava, non senza una punta di orgoglio misto ad amarezza, che il costo dei presidi milanesi risulta quasi doppio di quello segnato dal Civile di Brescia.

Si tratterà poi di vedere se questi nuovi criteri di riparto non verranno piegati da ragioni di opportunità a mantenere le attuali discrasie.

In sede di normativa sulla contabilità appare interessante il criterio della classificazione delle spese nel bilancio di previsione pluriennale organizzato per obiettivi e quindi vincolato alla realizzazione delle previsioni di programmazione sanitaria. Ed ancora la possibilità, coerentemente alla natura di aziende che il progetto intende attribuire agli Enti sanitari, di introitare direttamente i proventi di attività libero professionali e di altre prestazioni non a pagamento.

### **Le Aziende dei Servizi sanitari**

Così si chiameranno in futuro le Ussl mentre i grandi ospedali (scorporati dalle Ussl) verranno denominati aziende ospedaliere. Gli ambiti territoriali non potranno comprendere una popolazione inferiore a 120.000 abitanti (contro gli attuali 50.000) con eccezione per le grandi città e le zone montane.

Una estemporanea applicazione di detto principio alla nostra provincia porterebbe alla riduzione delle Ussl da 11 a 7 con significative aggregazioni nella bassa centrale e occidentale.

Analogamente, accanto allo scontato scorporo del Civile di Brescia, il progetto riconferma la indicazione di riconversione per le strutture ospedaliere inferiori ai 120 posti letto nella ormai confermata convinzione che - salvo in particolari condizioni orografiche - il limite critico di una struttura ospedaliera efficace ed efficiente non possa porsi al di sotto di 300 posti letto.

Cambia l'amministrazione delle aziende, dotate di personalità giuridica, rette da un consiglio cui sono attribuiti poteri in materia di programmazione, indirizzo e controllo mentre tutti i poteri di gestione vengono attribuiti alla nuova figura del direttore generale sul modello di quanto avviene nelle Aziende municipalizzate.

La nomina del direttore generale - quantomai rilevante e delicata - è affidata, nel momento in cui questa nota viene stesa, ad un complesso meccanismo che tenta di mediare tra la necessità di espressioni di volontà degli Enti locali e la volontà di sottrarre tale scelta ai patteggiamenti politici collocandola in una sede più lontana quale quella regionale. Certo pare abbastanza difficile pensare che le intenzioni del legislatore possano essere poi onorate da una prassi tut-

ta compresa a valutare gli effettivi meriti e capacità dei candidati alla prestigiosa (e sembra ben remunerata) carica.

Gli atti adottati dal Consiglio di amministrazione sono soggetti secondo il d.d.l. al controllo della Giunta regionale e così quelli adottati dal direttore in materia di organici e di interventi programmatici.

I rimanenti atti sono soggetti al controllo interno dei revisori dei conti o, in caso di opposizione, oggetto di esame della giunta.

Non poche perplessità suscita il fatto dell'esercizio della attività di controllo da parte di un organo di amministrazione attiva quale è la giunta regionale: anche se in tal modo questi dispone di uno strumento efficace per imporre il rispetto degli indirizzi programmatici non vanno sottaciuti i rischi di un uso di parte dei poteri di controllo, solitamente esercitati da un organo distinto da quello di governo regionale.

### **Il rapporto di lavoro del personale**

---

Il d.d.l. riconduce il rapporto di servizio del personale dipendente alla fattispecie del rapporto di pubblico impiego deleggificato, affidando la definizione degli istituti normativi ed economici ad accordi sindacali collettivi.

Si afferma il principio della unicità del rapporto con il servizio sanitario rinviando ad un decreto la individuazione degli stati di incompatibilità, offrendo nel contempo al personale medico la possibilità di effettuare attività libero-professionale. Il contratto è a tempo indeterminato anche per la dirigenza, con esclusione del direttore generale, del direttore amministrativo e sanitario il cui rapporto è a termine per un quinquennio, ed è consentita la accensione di contratti a termine triennali per acquisire prestazioni specialistiche in settori limitati alla programmazione e al controllo di gestione.

Le procedure per il reclutamento prevedono la effettuazione di prove selettive in luogo degli attuali pubblici concorsi. In particolare la normativa si sofferma sulla regolamentazione della dirigenza, articolata su due livelli invece dei tre attuali, insistendo sul concetto di correlazione tra autonomia professionale e responsabilità.

### **Conclusione**

---

Il d.d.l. appare sostanzialmente coerente con il proposito di articolare il servizio sanitario in strutture aziendali: sotto tale profilo una maggiore decisione nel senso di prevedere un rapporto di servizio a tempo determinato per tutta la dirigenza non sarebbe guastato. Così come il regime dei controlli rischia alla fine di rivelarsi soffocante.

I problemi veri si porranno in fase attuativa quando la gestione "aziendale" dovrà fare i conti con la assegnazione delle risorse e la scelta dei dirigenti (direttore generale, amministrativo e sanitario).

È evidente che nessuna azienda può reggere se soltanto alla fine dell'anno conosce l'entità delle risorse assegnate al termine dell'esercizio trascorso, come avviene ora. Così come la temuta lottizzazione politica del management può vanificare quei presupposti di autonomia gestionale sui quali si fonda la speranza di rendere più efficienti ed efficaci i servizi sanitari. Ed infine, appare irrinunciabile la definizione di un quadro programmatico a tutti i livelli capace di individuare obiettivi limitati la cui attuazione è consentita dalla disponibilità del-

le necessarie risorse. Risorse da indirizzare sempre più in modo mirato, razionalizzando strutture e servizi dimensionati secondo i criteri delle economie di scala. Altrimenti il vecchio vezzo di non voler negare nulla a nessuno porterà inevitabilmente a poter dare poco o nulla a nessuno. In tal caso il differenziale tra i livelli qualitativi di erogazione dei servizi del nostro Paese e gli altri Paesi europei – già rilevante – rischia di diventare irrecuperabile.

Alla classe dirigente politica, se ancora non avverte la rilevanza, evitare che ciò accada.