

1

DOSSIER
SANITÀ

LE ISTITUZIONI

SALUTE MIA

Nel labirinto di un sistema in crisi

*Riforma della riforma, ma senza pregiudiziali
Alti costi per servizi scadenti e gravi sprechi
Ha pesato il vecchio assetto delle autonomie
La lottizzazione come metodo di gestione*

ROMA — Difesa della riforma, riforma delle riforme, controriforma? Croce e delizia delle dispute italiane, vizio e virtù derivati da una stratificazione culturale eccezionalmente ricca, sofisticata e antica, ogni questione che richiede giudizi sinceri e interventi pragmatici, finisce sempre per intarsiarsi — qui da noi — nei vicoli tortuosi della ideologia e del nominalismo che ne è inevitabile corollario.

E così va accadendo anche per la riforma sanitaria che richiede forse correzioni anche radicali, ma non — per carità — schieramenti pregiudiziali.

La legge di riforma sanitaria, quella che istituiva il servizio sanitario nazionale, le Unità sanitarie locali (per alcuni comuni Unità di servizi sanitari locali cioè Usl), insomma la «rivoluzione bianca», fu votata nel dicembre del 1978, all'epoca dei governi di unità nazionale e quindi con il voto del Pci oltre a quello della Dc, del Psi e del Psdi. Con la legge, che rese il numero 833, votarono liberali, radicali e Msi, i repubblicani si astennero. Governava il quarto Andreotti, monocoloro dc, e saggio Giovanni Berlinguer disse nella sua dichiarazione di voto in aula: «Voglio sottolineare che balza evidente un'anomalia, nel momento in cui approviamo questa legge... L'anomalia è questa: vi sono leggi riformatrici che vengono approvate dalla grande maggioranza del Parlamento con il contributo determinante delle forze di sinistra, del Psi e del Pci; anzi, si tratta di leggi che sono state promosse da questi partiti, mentre la Dc, rispetto a questa come ad altre riforme, è stata per lungo tempo ostile o recalcitrante... Ma dopo l'approvazione di queste leggi, il compito più delicato e più rilevante, cioè la loro applicazione, viene affidato a un governo che non riflette la maggioranza riformatrice». L'anomalia ha avuto modo di provocare tutti i suoi perversi effetti nel caso della 833, malgrado i socialisti avessero poi, dopo quel '78-'79, partecipato attivamente al governo del paese e quindi presieduto anche alla applicazione della legge sanitaria.

Più che difendere l'ispirazione iniziale e di fondo della riforma e della legge, essi hanno finito per partecipare allegramente al banchetto lottizzatore che ha fatto degenerare in tante parti il servizio sanitario. E il male ha finito anche per contagiare qua e là — quanto meno in termini di fatalistica passività — altri amministratori, anche comunisti.

Oggi la sanità italiana costa quanto in altri paesi — cioè molto — ma offre servizi scadenti, soprattutto in alcune grandi aree urbane, fa proliferare gli sprechi, mortifica le professionalità mediche, ingorghi di burocrazia i grandi ospedali o i servizi allo sportello, lascia via aperta alle più maramaldische truffe, sanziona spesso — e in alcune zone in modo sfrontato — lottizzazioni clamorose. Non tutto il panorama è questo, naturalmente, molte Usl funzionano egregiamente, ma è indubbio che le degenerazioni ci sono e che occorre porvi rimedio con urgenza se non si vogliono a breve scadenza — soprattutto nelle grandi città, soprattutto nel Mezzogiorno — esplosioni di collera popolare accompagnate da sempre più frequenti retate giudiziarie contro amministratori sanitari.

...
Che cosa prevedeva la 833? Quale era la sua ispirazione di fondo e come si traduceva, in termini istituzionali, quella ispirazione? Quali sono i punti di crisi del sistema che si è creato e come si possono risolvere?

Queste le domande da porre e a queste domande occorre dare risposte pratiche e praticabili in tempi brevi. Forse per tornare agli interrogativi in testa a questo articolo — serve in parte difendere la riforma originaria e in parte riformare la riforma, allo scopo centrale di prevenire ed evitare una possibile, esiziale controriforma (di vecchio tipo mutualistico) che già si delinea.

Il sistema sanitario scelto dall'Italia con la 833 è senz'altro il più avanzato e moderno, appaiandosi al sistema bri-



undici, ventuno e anche più membri ed è lì, con disinvolta manipolazione della legge imprecisa, che si sono operate le peggiori lottizzazioni. Nella 833 non erano previsti controlli specifici. Dopo le prime polemiche e campagne dell'83 si sono costituiti i collegi dei revisori dei conti: tre membri di cui due indicati dalle Regioni e uno centrale nominato dal ministero del Tesoro (questi 672 emissari del Tesoro non si riesce a sapere quanto costino).

Nel gennaio scorso, di fronte alle proteste, agli scandali, alla esasperazione della gente malservita, fu varata la cosiddetta «miniriforma Degan» che fissò e precisò alcuni principi nuovi: le assemblee della Usl devono essere formate soltanto da consiglieri comunali (per evitare il fenomeno dell'appalto totale della sanità pubblica da parte del comune alla Usl); i membri delle assemblee sono stati ridotti (ce ne erano perfino di 150 membri, una vera babele). Oggi i membri dell'assemblea, che entrano nell'associazione di più comuni in una Usl, non devono superare il numero dei consiglieri del comune capoluogo (e comunque devono corrispondere al numero dei consiglieri che esprimeranno gli abitanti della Usl considerata se formassero un unico comune).

Anche il numero dei componenti del comitato di gestione è stato precisato: quattro più un presidente o sei più un presidente, a seconda della entità della Usl. Una disputa si è accesa sul fatto se i membri dei comitati di gestione dovevano essere eletti tutti fra i componenti dell'assemblea o potevano essere scelti anche fuori dell'assemblea comunale: il governo ha imposto questa seconda tesi così da potere continuare a distribuire incarichi-contenitori «lientes».

Quella che si è accantonata. In questa mini-riforma, è la parte incandescente relativa alla sanità nelle grandi aree metropolitane. L'unica acquisizione nuova ottenuta per queste aree, è il nuovo potere del comune che prima approvava i bilanci ma non vedeva un soldo e non decideva nulla (operavano solo i comitati di gestione) mentre ora diventa il centro di potere del sistema.

Giovanni Berlinguer, che fu uno dei «padri» della riforma, sostiene che questa è la via giusta. Il comune in Italia ha una grande tradizione nel campo sanitario: a partire dall'epoca delle grandi epidemie del secolo rinascimentale, i trattati mediche che sempre diedero buona prova. E anche per la gestione effettiva, Berlinguer è del parere che il centro del potere dovrebbe essere proprio l'assessore alla Sanità: si saprebbe così chi è il responsabile, e anche quale partito è il protagonista, evitando spartizioni, lottizzazioni, ammucchiature, fumosità e omertà di organismi plebei.

Per questa via soltanto la Usl può tornare a essere quello che doveva essere: uno strumento, un organo operativo in mano al comune o a un ente o a un ente o a un ente. E invece questa della Usl «azienda» separata è la via che si tenta di imboccare esasperando proprio l'autonomia delle Usl e stravolgendo il concetto di sanità come servizio pubblico, in quello di sanità come bene di acquisto da comprarsi sul mercato.

Per questa strada si è avviato Donat Cattin sostenuto dalla Dc e da altri partiti o quote di partiti. Il neoministro (che peraltro non ha presentato progetti organici, ma ha solo parlato per frammenti) prevede 21 holding o aziende regionali e 250 Usl governate da un consiglio di amministrazione nominato dal comune ma che risponde all'azienda regionale. Le Usl dovrebbero addirittura diventare, in questo quadro, enti veri e propri, con personalità giuridica, mentre da esse sarebbero scorporati gli ospedali che torneranno a essere a grande baronia (di cui la Dc ha sempre tanta nostalgia) con proprio consiglio di amministrazione, gestione e finanziamenti autonomi, riferimento di massima solo all'azienda regionale.

E' evidente che, lungo questa direttrice, si realizzerebbe la vera controriforma: la Usl come «unità di servizi» (prevenzione, cura, riabilitazione) verrebbe ridotta al rango di pura igiene pubblica, e tutta la filosofia della riforma sarebbe rovesciata, tornando a rendere «Principe» il vecchio ospedale territoriale, questo «mostro» moltiplicato per decenni dalla Dc in varie parti d'Italia, su base di convenienza clientelare, perno dei sistemi di potere insieme alle banche e alle università (si pensi a certe spropositate «cattedrali ospedaliere» nel Mezzogiorno). Un salto indietro.

Questa la risposta possibile e temibile a un errore effettivo che probabilmente si è compiuto con la 833: la troppo stretta incorporazione dell'ospedale nella Usl, così che si è deciso gli agili necessari alla sala operatoria doveva deliberare l'assemblea della Usl e finiva poi per lucrare il comitato di gestione dove l'incompetente rappresentante di questo o quel partito decideva anche quale tipo di ago scegliere privilegiando la ditta del cugino. E così si creava quel meccanismo perverso che ha condotto alle degenerazioni.

Oggi chi vuole salvare la riforma sostiene la necessità di dare nuova autonomia funzionale all'ospedale, garantendo però un rigoroso tempo pieno e la esclusione di qualunque commistione fra pubblico e privato. Anche per ottenere tali regole servono (e non svuotino di medici gli ospedali) occorre adeguare le retribuzioni, consentire l'esercizio della libera professione e la ricerca nell'ambito ospedaliero.

E chi di questa riforma vuole correzione e sviluppo sostiene anche che sarebbe utile l'istituzione di un ufficio di direzione della Usl guidato da un vero «manager» con contratto a termine, coadiuvato da un coordinatore sanitario, uno amministrativo, capi dei servizi. Il governo prevede tre figure in tutto. L'importante anche qui è che si crei un centro competente e responsabile tecnicamente e scientificamente, lasciando agli organi politici (Comune, Regione, Stato) compiti appunto solo politici di indirizzo, programmazione e controllo.

Attualmente — per l'86 — per la sanità si spendono 46.000 miliardi di cui circa un terzo (e questo è un altro discorso) finisce alle strutture private convenzionate: laboratori di analisi e di esami, farmaci, cliniche. Il governo, rispetto a cifre di questa grandezza presentate preventivamente, giocava ogni anno al ribasso e, per esempio, rispetto alla richiesta di 40.000 miliardi, ne stanziava 35.000. Così si finiva per deresponsabilizzare gli organi preposti alla spesa, si andava avanti giorno per giorno e i conti si facevano a pie' di lista. Con la conseguenza che aumentavano i debiti da ripianare. Proprio in questi giorni il Parlamento sta ripianando 2.500 miliardi di debiti dell'85; e quelli dell'86 saranno 3.500. Con la finanziaria di quest'anno, per la prima volta, si prevede la spesa equivalente alla spesa preventivata, 47.000 miliardi. E questo è il modo giusto — finalmente — di operare: ma non è già un po' tardi?

La Usl, con il comune alle spalle, deve tornare a operare con una direzione politica forte ma una gestione tecnica affidata ai veri competenti e capace di una guida aziendale efficiente.

Per fare questo occorre sviluppare le riforme avviate (per esempio attuando quelle degli enti e della finanza locali) correggendo gli errori commessi: a metà del guado, in campi così delicati, operando male e chiedendo anche l'utile e ingiusto ticket ai cittadini, non si resta a lungo. La pazienza della gente non è eterna e le scorciatoie demagogiche (come certo privatismo d'assalto) servono solo a consolidare privilegi e ingiustizie intollerabili nell'epoca nostra. Bisogna intervenire con idee chiare molto presto: la sinistra pagherebbe il prezzo più alto se non lo capisse in tempo.

Ugo Baduel

tannico e a quello svedese. Come il «national health service» inglese, infatti, è fondato sul concetto di servizio pubblico: negli Usa, per dire, il sistema è quello delle assicurazioni private con un settore di assistenza pubblica che si va sempre più riducendo; in Francia il sistema è quello della assicurazione obbligatoria, mutualistica per categoria. Perché i sistemi inglese (dal dopoguerra), svedese (da oltre trent'anni) e italiano (dal '78 soltanto) sono da considerarsi i più moderni? Perché consentono di unificare e sviluppare parallelamente la prevenzione, la cura e la riabilitazione. E ben noto che la medicina moderna è sempre più preventiva e — almeno quella è la direzione dello sforzo — sempre meno cura. A questo fine l'unico strumento efficace è evidentemente il servizio pubblico, organizzato territorialmente in modo da garantire la protezione, cioè la «copertura», di tutta la popolazione fuori da qualunque discriminazione di censo (fra l'altro assurda in sede di prevenzione: una epidemia di influenza si previene solo curando «tutti» in una determinata zona). Con il tempo l'ospedale — luogo elettivo della cura — dovrà perdere sempre di più molte

delle attuali caratteristiche. Certo gli ospedali resteranno sempre, ma la loro dislocazione, la qualità e tipologia di cura e intervento da essi fornite, la capienza dipenderanno da valutazioni volta a volta commisurate al luogo e al tempo.

E dunque il sistema italiano, decentrato e ancorato ai comuni, era e resta in teoria il più valido da oggi al futuro. Ma è un sistema che non sta funzionando o funziona a chiazze. Che cosa è accaduto?

Nella legge 833 la Usl dipendeva dai comuni singoli o associati dei quali era strumento operativo. Già questa formulazione esprimeva l'esigenza, che veniva del resto gridata e invocata da tutta la riforma sanitaria di avere alle spalle una riforma delle autonomie locali, cioè dei comuni (l'ordinamento attuale è semi-secolare, com'è noto) e della finanza locale. In assenza di quelle riforme le Usl hanno finito per diventare delle sorta di enti delegati, separati. E qui si è annidato il bacillo della degenerazione.

Oggi le Usl sono 672 su ottomila comuni circa. Ma chi ha fissato questo numero? Le Regioni, che invece avevano solo

compiti di programmazione e controllo e spesso hanno operato seguendo criteri non di razionalità ma di clientela o municipalismo, e non soltanto nel Sud. Basti dire che in Lombardia le Usl sono ben 81 e una funziona solo per il comune di Campione che conta appena 1.800 abitanti (ma dove circolano i franchi).

Gli organi delle Usl sono l'assemblea e il comitato di gestione. Se la Usl coincide con il territorio comunale, l'assemblea è formata dal consiglio comunale. Ma l'assemblea conta poco, approva i bilanci preventivi e consultivi e la pianta organica del personale: il potere vero è nelle mani esclusive del comitato di gestione. Quando più comuni formano una Usl, l'assemblea è formata dalla somma dei consiglieri comunali, oppure da una quota di consiglieri dei comuni associati e da una quota di persone nominate dall'esterno. E qui ha regnato il più grande arbitrio (e sono piovute le nomine clientelari). Quando comunità montana e Usl coincidono nel territorio, l'assemblea è unica.

Le assemblee dunque nominano i comitati di gestione. Di quanti membri? Anche qui c'è anarchia: ce ne sono di sette,

2. Dalle mutue al servizio sanitario nazionale
Bologna, il primo piano regionale
La spesa: favoriti i privati?
3. Cosa dicono i medici, i dirigenti ospedalieri, gli infermieri
Lo stato della trattativa
4. Le malattie oggi in Italia
Di che cosa si muore
Dalla parte del malato