

2

DOSSIER
SANITÀ

Superare le mutue fu una dura lotta Dove si è perso?

LA SPESA



Alla vigilia dell'approvazione della legge di riforma sanitaria i protagonisti più attenti della lotta che aveva portato a questa conclusione positiva giudicavano l'avvenimento come un primo passo, conclusivo per quel che concerneva l'assetto istituzionale e i modelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale ma semplicemente propedeutico per quanto riguardava i contenuti della tutela sanitaria.

«La durezza dello scontro che si realizzò nel corso degli anni 70 è stata pari alla chiarezza degli obiettivi che la riforma si proponeva di raggiungere. Realizzare la riforma e avviare parallelamente un processo di rifondazione del sapere medico a misura dei bisogni di salute dei cittadini, reclamando contemporaneamente la democratizzazione del servizio sanitario contro il burocratismo, la delega ai tecnici, la frattura tra operatori e popolazione e, infine, l'adozione dell'approccio epidemiologico come metodo di governo dell'intervento sanitario in maniera da «prendere di petto» le nocività ambientali ampliando la platea dei possessori del sapere medico nuovo e capace di aggregare — come affermava G. Barro — nuove forze che lo rendono vincenti sia tra la popolazione che a livello degli operatori professionali, era un obiettivo così ambizioso la cui realizzazione non poteva trovare via facile.

La coalizione dei grandi interessi di potere, economici, professionali e — non ultimi, come i recenti avvenimenti stanno dimostrando — criminali, aveva d'altronde avuto una partenza lunga.

Sono stati però gli anni dal 1974 al 1978 quelli cruciali sia per impedire l'approvazione della legge sia soprattutto per creare condizioni che dovevano dispiacere e infatti, l'adozione dell'approccio epidemiologico come metodo di governo dell'intervento sanitario in maniera da «prendere di petto» le nocività ambientali ampliando la platea dei possessori del sapere medico nuovo e capace di aggregare — come affermava G. Barro — nuove forze che lo rendono vincenti sia tra la popolazione che a livello degli operatori professionali, era un obiettivo così ambizioso la cui realizzazione non poteva trovare via facile.

e dei mezzi necessari per adempirli neppure il minimo di uniformità sostanziale. E intanto, godendosi lo spettacolo assai poco edificante, gli avversari della riforma non stavano a guardare.

Da qui al marasma, e al prodursi di ingiustificati, per la maggior parte, sensi di colpa, il passo è breve. Per le ragioni che ho elencato nelle righe precedenti il sistema non poteva che entrare in crisi anche a livello della gestione ordinaria e nonostante tutti gli sforzi compiuti in una parte consistente del paese non solo per salvare il salvabile ma anche — come è capitato — per andare avanti tanto da obbligare lo stesso ministro Gorla a riconoscere nel documento preparatorio della legge finanziaria per il 1987 che «ancorché la critica e le proteste sindacali si svolgessero, il ministro ha acquisito un miglioramento non indifferente delle prestazioni sanitarie».

«Sino alla legge 386, che invece di guidare il processo di costruzione dello stato regionale fu usata come occasione per mettere in crisi le Regioni ad appena tre anni dalla loro istituzione, facendogli fare indigestione di competenze, in maniera da provocare un ingolfamento istituzionale di proporzioni disastrose».

In tutto questo ballame il 1977 dovrà essere un anno da ricordare perché, a conclusione di un duro scontro con la sinistra, il ministro Gorla si avvii con il Dpr 616 la riforma dello Stato coerente con l'ordinamento regionale. Ma anche perché ad una lucida azione anti-regionalista le Regioni contrapposero iniziative politiche e qualificanti elaborazioni culturali, con le quali si riuscì a forzare il blocco ad introdurre elementi di riforma notevolmente significativi.

Così nel 1978 — nonostante le insidie e le ipoteche accese per il medio periodo — la riforma entrò in retta d'arrivo giungendo al traguardo alla vigilia di Natale.

Se c'è un'accusa che non può essere rivolta ai fautori della riforma e soprattutto al legislatore è quella di aver fatto le cose in fretta e di non aver previsto un'indispensabile fase di transizione. La L.832 è stata, sotto questo profilo di una lungimiranza straordinaria pur tenendo conto che di assetti istituzionali, modelli organizzativi, sistemi di finanziamento, modalità di gestione si era discusso in tutte le sedi per almeno dieci anni e che il problema non era più quello di sapere come si doveva fare ma quello di fare, e in questo proposito pigliatamente puntuale ma anche attenta ad evitare di offrire il fianco all'improvvisazione: era addirittura possibile, e lo è tuttora, di effettuare una valutazione critica, estrarre uno scadenario degli impegni da assolvere e individuare ai diversi livelli di responsabilità (Stato-regioni-comuni) la successione dei tempi e delle fasi. Certo, il processo andava guidato fin dal primo giorno di entrata in vigore della legge, e non a caso la stessa legge stabiliva che entro quarantacinque giorni da quella data doveva essere costituito il Consiglio sanitario nazionale.

Quel che è mancato dunque non è la saggezza del legislatore — almeno che non si abbia la pretesa di disporre della «legge perfetta» che è perfino giuridicamente inattuabile — ma soprattutto, la volontà politica di guidare con autorevolezza il processo di attuazione. Infatti, il Consiglio sanitario è stato gestito con notosa pigrizia, burocraticamente, piano sanitario nazionale è ancora oggi di là da venire, nonostante la deregulation, per gli sforzi congiunti di una sinistra di ministri della Sanità tra i quali, esclusa l'on. Anselmi che proprio per aver rispettato le prime due scadenze della legge (Consiglio sanitario nazionale e Piano sanitario) fu travolto dalla prima crisi di governo, non si sa a chi assegnare il primato dell'incapacità e della cattiva volontà politica; il ministero della Sanità attende ancora un ordinario purchessia; l'attività legislativa delle Regioni è stata lasciata an-

dare allo sbanda senza garantirsi neppure il minimo di uniformità sostanziale. E intanto, godendosi lo spettacolo assai poco edificante, gli avversari della riforma non stavano a guardare.

«Da qui al marasma, e al prodursi di ingiustificati, per la maggior parte, sensi di colpa, il passo è breve. Per le ragioni che ho elencato nelle righe precedenti il sistema non poteva che entrare in crisi anche a livello della gestione ordinaria e nonostante tutti gli sforzi compiuti in una parte consistente del paese non solo per salvare il salvabile ma anche — come è capitato — per andare avanti tanto da obbligare lo stesso ministro Gorla a riconoscere nel documento preparatorio della legge finanziaria per il 1987 che «ancorché la critica e le proteste sindacali si svolgessero, il ministro ha acquisito un miglioramento non indifferente delle prestazioni sanitarie».

«Sino alla legge 386, che invece di guidare il processo di costruzione dello stato regionale fu usata come occasione per mettere in crisi le Regioni ad appena tre anni dalla loro istituzione, facendogli fare indigestione di competenze, in maniera da provocare un ingolfamento istituzionale di proporzioni disastrose».

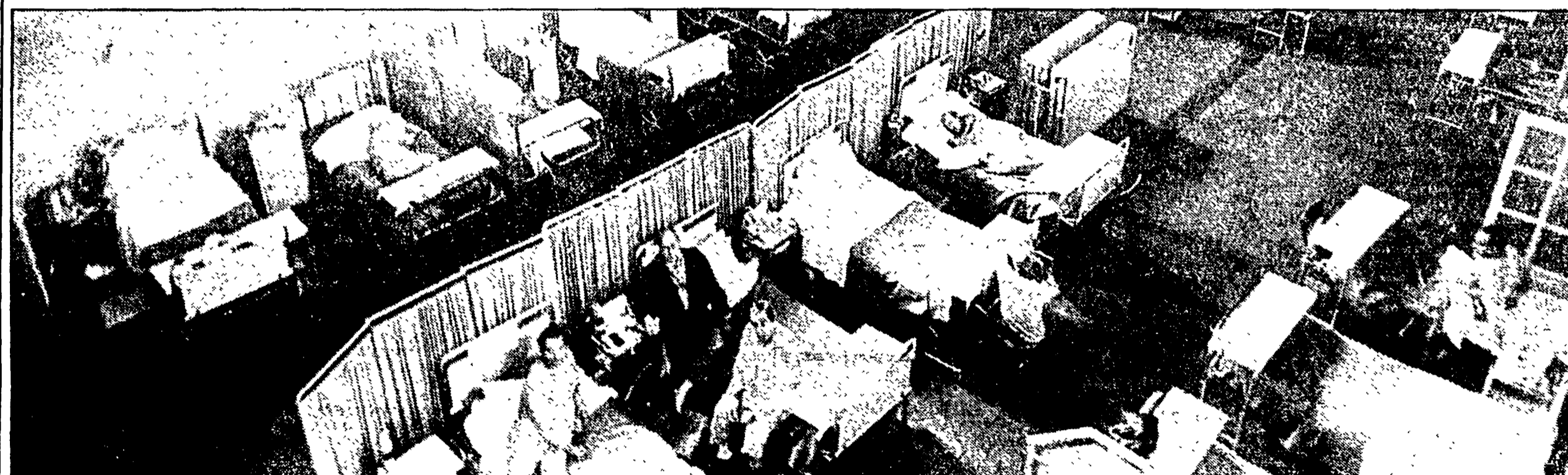
In tutto questo ballame il 1977 dovrà essere un anno da ricordare perché, a conclusione di un duro scontro con la sinistra, il ministro Gorla si avvii con il Dpr 616 la riforma dello Stato coerente con l'ordinamento regionale. Ma anche perché ad una lucida azione anti-regionalista le Regioni contrapposero iniziative politiche e qualificanti elaborazioni culturali, con le quali si riuscì a forzare il blocco ad introdurre elementi di riforma notevolmente significativi.

Così nel 1978 — nonostante le insidie e le ipoteche accese per il medio periodo — la riforma entrò in retta d'arrivo giungendo al traguardo alla vigilia di Natale.

Se c'è un'accusa che non può essere rivolta ai fautori della riforma e soprattutto al legislatore è quella di aver fatto le cose in fretta e di non aver previsto un'indispensabile fase di transizione. La L.832 è stata, sotto questo profilo di una lungimiranza straordinaria pur tenendo conto che di assetti istituzionali, modelli organizzativi, sistemi di finanziamento, modalità di gestione si era discusso in tutte le sedi per almeno dieci anni e che il problema non era più quello di sapere come si doveva fare ma quello di fare, e in questo proposito pigliatamente puntuale ma anche attenta ad evitare di offrire il fianco all'improvvisazione: era addirittura possibile, e lo è tuttora, di effettuare una valutazione critica, estrarre uno scadenario degli impegni da assolvere e individuare ai diversi livelli di responsabilità (Stato-regioni-comuni) la successione dei tempi e delle fasi. Certo, il processo andava guidato fin dal primo giorno di entrata in vigore della legge, e non a caso la stessa legge stabiliva che entro quarantacinque giorni da quella data doveva essere costituito il Consiglio sanitario nazionale.

Quel che è mancato dunque non è la saggezza del legislatore — almeno che non si abbia la pretesa di disporre della «legge perfetta» che è perfino giuridicamente inattuabile — ma soprattutto, la volontà politica di guidare con autorevolezza il processo di attuazione. Infatti, il Consiglio sanitario è stato gestito con notosa pigrizia, burocraticamente, piano sanitario nazionale è ancora oggi di là da venire, nonostante la deregulation, per gli sforzi congiunti di una sinistra di ministri della Sanità tra i quali, esclusa l'on. Anselmi che proprio per aver rispettato le prime due scadenze della legge (Consiglio sanitario nazionale e Piano sanitario) fu travolto dalla prima crisi di governo, non si sa a chi assegnare il primato dell'incapacità e della cattiva volontà politica; il ministero della Sanità attende ancora un ordinario purchessia; l'attività legislativa delle Regioni è stata lasciata an-

Severino DeLogu



Bologna cambia con il Piano

Bologna — Meno che altrove sicuramente, ma anche a Bologna la sanità pubblica in questi anni faceva acqua, non decollava secondo quei parametri di efficienza e partecipazione democratica (controllo) che ai bolognesi piace: a tutti. Piace ai politici che governano e piace ai cittadini che sono governati, e tutti erano insoddisfatti.

Lo racconta Mauro Moruzzi, assessore alla Sanità al comune, confermato in questi giorni nella giunta di coalizione nuova di zecca. E di questa giunta unitaria (Pci, Psi, Psdi, appoggio del Pri) proprio la sanità pubblica può dirsi stata il terreno propiziatorio. Quando comunisti e socialisti si dividevano sul piano regolatore, sul piano commerciale, sul piano del traffico e volavano parole grosse nell'aula consiliare, sul piano sanitario — il primo degno di questo nome ce stia per essere varato in Italia — si realizzava una completa convergenza e perfino Beniamino Andreaitta, il «feroce saladino» mangiacomunisti della Dc bolognese, doveva fare tanto di cappello a quel piano. Piano che ora — a novembre — dovrà essere approvato dal Consiglio comunale.

Questo piano è frutto di un lungo lavoro di elaborazione al quale sono state chiamate a collaborare competenze e sapienze, indipendentemente dai colori politici: operatori sanitari e amministrativi delle Usi, degli ospedali, della università che erano comunisti, socialista, democristiani, repubblicani o senza partito e tutti hanno lavorato nella sede comunale, da febbraio al giugno di quest'anno, giorno dopo giorno, insieme all'assessore. La proposta di piano fu presentata in assemblea comunale il 20 giugno ed ebbe la buona accoglienza che dicevamo. Ora è in consultazione, poi verranno introdotte le modifiche che suggerite, e infine andrà all'approvazione definitiva.

Moruzzi ne parla con contenuta passione, a voce bassa ma con ottimismo. A Bologna le Usi sono tre e fino all'anno scorso avevano tre diverse assemblee. Una sola aveva il consiglio comunale come assemblea, la più piccola. Ne derivava che, malgrado a parole la legge 833 preveda come centrale il ruolo del comune, di fatto, questo si disinteressava della gestione sanitaria che — qui come altrove — gli passava sulla testa andando in mano ai comitati di gestione (di 15 membri) dipendenti, mentre il bilancio delle Usi è di 600 miliardi e i dipendenti sono ben diecimila (e tutti di alta qualifica, come è noto, laureati o diplomati: ora ne devono essere assunti altri diecimila).

Non solo. Mentre la domanda di servizi comunali è in calo in moltissimi settori (dagli asili e scuole materne vuoti per il calo di natalità, ai

servizi sportivi sempre più orientati verso l'associazionismo privato, a certi servizi di quartiere oggi meno richiesti) è in grandissimo aumento la domanda sanitaria: per le accresciute esigenze della popolazione (l'invecchiamento e l'aumento dell'area a rischio, la nuova sensibilità ambientale, gli stessi progressi medici, la nuova legislazione igienica, e via dicendo). Ed ecco che mentre per gestire quei 400 miliardi comunali ci sono almeno due riunioni consiliari alla settimana, nove riunioni per assemblee e commissioni, e cinque canali capillari di guida da un lato e di efficace controllo dal basso dall'altro, per la sanità pubblica c'erano solo i comitati di gestione e le assemblee variegate. In questo campo delicatissimo, insomma, la democrazia e la partecipazione erano fragilissime.

E qui, dice Moruzzi, che abbiamo inserito tre iniziative di riforma: quella di unificare le tre assemblee in una sola, che è il consiglio comunale; quella di rendere ancora più radicale e definitiva quella separazione degli enti soprattutto ospedalieri, tornando al vecchio ordine delle mutue, magari regionalizzate. La linea che concretamente sta avviando Bologna è invece quella opposta: restituire al comune quel potere centrale che la 833 (e in una sua attuazione passiva e pigra) solo a parole gli concedeva.

E c'era — fino a 6 mesi fa — un'altra difficoltà culturale: imparare a fare un piano sanitario. Da decenni i comuni hanno saputo fare piani regolatori, del commercio o del traffico: ma sul piano sanitario (come si è fatto a Roma) ci si limita a un censimento: «i servizi esistenti». Il piano bolognese è partito invece da una metodologia innovativa. Una analista della domanda sanitaria e quindi progetti mira-

ti che utilizzino le risorse esistenti al meglio. Così il piano ora in esame prevede undici progetti mirati (tutela salute anziani; interventi di particolare valore sociale (handicap, tossicodipendenti); tutela ambiente; tutela malattie particolarmente incidenti (cardiovascolari, infette, neoplastiche, eccetera); tutela salute mentale; tutela salute donna e età evolutiva; accessibilità e fruibilità servizi; rapporto operatori sanitari-cittadini; partecipazione alle scelte; quantificazione, qualificazione, controllo spesa; piano investimenti e adeguamento personale. In più è previsto un centro unificato per le prenotazioni con terminali elettronici. Il tutto dovrà funzionare attraverso l'istituzione di dipartimenti verticali e distretti territoriali, capaci di mettere ordine negli interventi del piano. Infine si sta elaborando una proposta che già incontra vivaci resistenze: l'istituzione di un centro «diritti del malato» che si interponga fra potere politico e potere sindacale. Per altro obiettivo fondamentale per dare consistenza reale alla fragile democrazia sanitaria.

Il progetto bolognese è ambizioso, ma indica — ci sembra di potere dire — l'unica via vincente per radicare una riforma sanitaria che altrimenti morirà — per dirla in lessico appropriato — nel pieno della sua «età evolutiva», riportando tutti nell'«area di rischio» delle mutualità matusalemme.

u. b.

Pochi investimenti e il privato si arricchisce

Quanto e come spende l'Italia per la salute? Facciamo un raffronto — su dati arrotondati ma precisi e in buona parte inediti — fra il primo anno di vera e propria applicazione della riforma sanitaria, che è stato il 1980 (l'79 era di transizione) e l'attuale 1986.

Le entrate per il 1980 sono state queste:

- zero per ticket
- 13.402 miliardi di contributi diretti (entrate dirette non conteggiate il primo anno, cioè le prestazioni interne delle Usi: non, per intendersi, i tickets farmaceutici, di laboratori, eccetera)
- 1.786 miliardi di risorse comuni (intendendosi per tali le somme erogate da Stato, regioni e comuni e i loro bilanci per attività di igiene pubblica e veterinaria)

Nello stesso 1980, la spesa sanitaria è stata di 18.034 miliardi. Il disavanzo è quindi risultato di 2.846 miliardi di lire in passato.

Per il 1986 le entrate sono state queste:

- 38.110 miliardi di contributi
- 1.100 miliardi di entrate dirette (tickets, come detto)
- 3.610 miliardi di risorse comuni (come detto).

La spesa sanitaria nel 1986 è stata di 46.140 miliardi con un disavanzo, dunque, di 6.030 miliardi.

La cifra sembra molto più alta di quella del 1980 e superiore al finanziamento dell'infinito, ma in realtà, se si riporta il

disavanzo al totale e si fa la percentuale, si vedrà che nell'80 il disavanzo è stato il 15,78 per cento della spesa totale, nell'86 il 17,40 per cento della spesa totale e che quindi la percentuale di queste percentuali, cioè l'incremento reale del disavanzo fra le due date, è stato del 10,27 per cento. Il che significa che tutta la variazione in più della spesa sanitaria è in effetti sostanzialmente coperta dai contributi e dai tickets diretti del cittadino.

Volendo si potrebbe entrare più nel merito e individuare le singole cause di quell'incremento del 10,27 che (indicazioni Ocse) sono da cercare in molteplici fattori e circostanze: l'incremento della popolazione (nel 2000, la popolazione italiana oltre i 60 anni sarà del 23,5 per cento); l'evoluzione delle prestazioni a soggetti precedentemente non protetti (3 milioni e mezzo circa, in Italia, con la introduzione della 833); il miglioramento delle conoscenze mediche, l'affinamento delle tecnologie e l'impiego conseguente di personale più qualificato e quindi più costoso; la maggiore sopravvivenza di soggetti a rischio bisognosi di maggiori cure per più lungo periodo; l'assenza di mezzi di misurazione dei risultati delle spese sanitarie; eccetera.

La verità è che la spesa sanitaria avrebbe dovuto accrescersi ben più del 10,27 per cento che abbiamo detto, nei sei anni considerati. Se così non è stato è per una ragione per niente affatto positiva e incoraggiante: cioè l'incremento di spesa è stato in buona parte compensato da mancate spese in conto capitale, vale a dire da tagli sui necessari investimenti (peraltro mai indicati con esattezza dato che il piano sanitario previ-

sto dalla 833 non c'è mai stato).

Infatti nel 1980 lo Stato ha investito nel sistema sanitario 446 miliardi. Nel '77 — l'anno che precede l'introduzione della 833 — quella cifra era cresciuta fino a 818 miliardi. Se fosse continuato tale ritmo di incremento, nel 1980 la spesa in investimenti — in rapporto all'infrazione — avrebbe dovuto essere di circa 1.900 miliardi e nell'86 di 2.970 miliardi; mentre la spesa per investimento nell'86 è di 1.600 miliardi circa, cioè di 1.300 miliardi inferiore al prevedibile e auspicabile.

Perché questo è accaduto? Perché la politica dei governi in questi anni, con le successive Finanziarie, è stata quella di fronteggiare la crisi non tagliando sulla spesa corrente, ma tagliando sugli investimenti che peraltro sono l'unico strumento per razionalizzare il sistema e consentire quindi autentici e corpose economie sulla spesa complessiva futura. E ben significativo che prendendo atto — e quindi di fatto sanzionando — l'investimento nell'86 di 1.600 miliardi circa, cioè di 1.300 miliardi inferiore al prevedibile e auspicabile.

Perché questo è accaduto? Perché la politica dei governi in questi anni, con le successive Finanziarie, è stata quella di fronteggiare la crisi non tagliando sulla spesa corrente, ma tagliando sugli investimenti che peraltro sono l'unico strumento per razionalizzare il sistema e consentire quindi autentici e corpose economie sulla spesa complessiva futura. E ben significativo che prendendo atto — e quindi di fatto sanzionando — l'investimento nell'86 di 1.600 miliardi circa, cioè di 1.300 miliardi inferiore al prevedibile e auspicabile.

che private quanto si sarebbe potuto spendere in rette ospedaliere che avrebbero accresciuto i fondi per investimento consentendo una ulteriore razionalizzazione del sistema e così via: insomma il circolo potenzialmente virtuoso è diventato un circolo vizioso.

E se ne avvantaggiano i privati e la tendenza alla privatizzazione, che rappresenterebbe un reale regresso nelle condizioni attuali dell'Italia.

Vediamo quanto della spesa sanitaria va al privato nelle tre forme usuali della spesa farmaceutica, di servizi clinici convenzionati, spesa per laboratori convenzionali.

| | |
|--------------------|---|
| Spesa farmaceutica | nel 1983 5.370 miliardi su 33ml- la miliardi di spesa corrente per attività normali nel 1985 7.430 miliardi su 42ml- la |
| Per case di cura | nel 1983 2.300 miliardi nel 1985 2.580 miliardi |
| Per laboratori | nel 1983 1.250 miliardi nel 1985 1.370 miliardi |

Ogni anno l'assistenza farmaceutica ha avuto quindi un incremento del 17,50 per cento, quella per case di cura del 12,60 per cento, quella per i laboratori del 4,50 per cento.

Incrementi del tutto sproporzionati se si pensa che per tutto il personale di tutto il servizio nazionale sanitario, l'incremento di spesa — ogni anno — fra l'83 e l'85 è stato del 10,50 per cento.

E in queste tendenze, frutto di politiche precise, sta la radice vera della crisi della riforma sanitaria.

u. b.