

Così parlò Zarathustra

“ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che

Articolo 1 I principi

assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge. ”

Trecentoottantuno voti a favore, settantasette contrari, il “sì” convinto della Democrazia cristiana, il “no” del Partito liberale, affidato alla presidenza. Salpò così - 21 dicembre del 1978 - il veliero del Servizio sanitario nazionale, dopo un dibattito protrattosi per anni, dentro e fuori dalle stanze della politica. «È da tanto che si parla di questa Riforma - commentò allora il relatore - che molti sono convinti che essa sia già in atto e che da essa dipendano tutte le attuali carenze del sistema sanitario».

Di seguito il testo della relazione con cui lo stesso Morini illustrò ai colleghi il testo trasmesso dal Senato invitando ad approvare una Riforma che - scrisse - «segnerà una tappa fondamentale nella costituzione dello Stato delineato trent'anni fa dalla Costituzione repubblicana».

Daniilo Morini (relatore). «Onorevoli colleghi! - Il presente disegno di legge, già approvato a larghissima maggioranza da questa assemblea (il 22 giugno 1978, ndr), ritorna al nostro esame dopo le modifiche apportate dal Senato della Repubblica, al termine di un lungo e faticoso lavoro di analisi, di confronto, di studio e di riflessione sui singoli articoli. A questo lavoro hanno dato responsabilmente il loro apporto i gruppi parlamentari della maggioranza, in coerenza ai principi propri di ciascuno e con la ferma volontà di tener fede all'impegno assunto di fronte al Paese di portare a compimento una Riforma che non può essere ulteriormente procrastinata dopo le anticipazioni riformiste introdotte gradualmente con le leggi n. 386 del 1974, n. 382 del 1975, n. 349 del 1977 e n. 484 del 1978.

Questa ferma volontà ha consentito non solo di superare democraticamente gli inevitabili contrasti fra le diverse tendenze, ma anche di rendere positivo il sistema bicamerale, realizzando, al di sopra di rigidi schemi formali, un proficuo incontro tra i due rami del Parlamento. Ciò premesso, il vostro relatore fa presente che nel nuovo testo restano immutati sia i principi fondamentali sia il quadro delle strutture nelle quali si articola il Servizio sanitario nazionale, giacché le modifiche introdotte riguardano essenzialmente aspetti organizzativi e hanno lo scopo di rendere più efficace e produttivo il funzionamento dei diversi organismi».

(Il testo - ricorda ancora Morini - dava peraltro attuazione ai principi riformatori già fissati dalla legge 386 del 1976 e dal Dpr 24 luglio 1977, n. 616, che delegava a Regioni, Province e Comuni le funzioni amministrative in materia sanitaria non espressamente riservate allo Stato, ndr).

(continua a pag. 2)

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA



UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 6506

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Atti Parlamentari — 1 — Camera dei Deputati

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

N. 1252-971-1105-1145-1271-C

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(Relatore: MORINI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO, IN UN TESTO UNIFICATO,
DALLA CAMERA DEI DEPUTATI

nella seduta del 22 giugno 1978

MODIFICATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 15 dicembre 1978 (Stampato n. 1291)

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ

(DAL FALCO)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE

(ANSELMI TINA)

COL MINISTRO DELL'INTERNO

(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

(BONIFACIO)

COL MINISTRO DEL TESORO

(STAMMATI)

[2-3-4]

Atti Parlamentari — 2 — Camera dei Deputati

VII LEGISLATURA — DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

COL MINISTRO DEL BILANCIO
E DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

(MORLINO)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

(MALFATTI)

E COL MINISTRO DELL'INDUSTRIA, DEL COMMERCIO E DELL'ARTIGIANATO

(DONAT-CATTIN)

E

PROPOSTE DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati TRIVA, ABBIATI Dolores, ARNONE, BERLINGUER Giovanni, BISIGNANI, BRUSCA, CARLONI ANDREUCCI Maria Teresa, CASAPIERI QUAGLIOTTI Carmen, CHIOVINI Cecilia, GIOVAGNOLI Angela, MARRAFFINI, MILANI Armelino, MILANO DE PAOLI Vanda, PALOPOLI, SANDOMENICO, TESSARI Giangiacomo (971); GORLA, CASTELLINA Luciana, CORVISIERI, MAGRI, MILANI Eliseo, PINTO (1105); TIRABOSCHI, BALZAMO, ACHILLI DI VAGNO, COLUCCI, FELISETTI, FERRI, GIOVANARDI, MAGNANI NOYA Maria, NOVELLINI, SALADINO, SALVATORE, FERRARI Marte, CRESCO, FRASCA (1145); ZANONE, BOZZI, COSTA, MALAGODI, MAZZARINO (1271)

Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera il 19 dicembre 1978

Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Presentata alla Presidenza il 20 dicembre 1978

Articolo 14

(Unità sanitarie locali)

L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Nel caso di aree a popolazione particolarmente concentrata o sparsa e anche al fine di consentire la coincidenza con un territorio comunale adeguato, sono consentiti limiti più elevati o, in casi particolari, più ristretti.

Nell'ambito delle proprie competenze, l'unità sanitaria locale provvede in particolare: a) all'educazione sanitaria; b) all'igiene dell'am-

biente;

c) alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;

d) alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;

e) all'igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;

f) all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;

g) alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;

h) all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;

i) all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;

l) all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;

m) alla riabilitazione;

n) all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;

o) all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;

p) alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull'alimentazione zootecnica e sulle

Così parlò Z

(segue da pag. 1)

(...) «Ovviamente, una legge di riforma dell'intero sistema di assistenza sanitaria non poteva modificare principi e criteri del quadro legislativo che regge l'ordinamento delle autonomie locali e che ha determinato una disciplina unitaria delle funzioni amministrative relative alle materie attribuite alla competenza delle Regioni dagli articoli 117 e 118 della Costituzione e alle materie per le quali il decreto stesso ha previsto la delega del loro esercizio alle Regioni medesime. In questa ottica non poteva non essere istituita l'unità sanitaria locale, strumento operativo che - comunque possa essere considerato sul piano strettamente giuridico - consente di realizzare sia l'unitarietà della funzione sanitaria, sia l'autonomia degli enti locali ai sensi del citato decreto del presidente della Repubblica n. 616 e nell'ambito dei principi informativi della legge di riforma».

(Il relatore passa a questo punto a illustrare il lavoro svolto dal Senato: 23 articoli approvati nell'identico testo già approvato da Montecitorio; 40 articoli modificati, quattro aggiunti «giustamente» ex novo «nell'intento di rendere più agevole l'attuazione della legge». Le quattro «aggiunte» consistevano negli articoli 71, 81, 82 e 83. Il primo legittima le associazioni di volontariato all'esercizio delle funzioni di intervento nelle calamità nazionali e nei servizi di pronto soccorso, che un decreto del primo dopoguerra aveva limitato esclusivamente alla Cri: «le associazioni di volontariato hanno sempre agito positivamente nel settore e la Cri deve tornare ai suoi compiti istituzionali», osserva in proposito il relatore, definendo la norma «equa e opportuna». Il secondo è una norma ponte per evitare l'interruzione dell'assistenza sanitaria agli invalidi. Il terzo autorizza il ministero del Tesoro alle necessarie variazioni di bilancio. L'ultimo dispone l'entrata in vigore della legge il giorno della pubblicazione nella G.U., ndr).

«Meritano quindi una breve illustrazione solo le variazioni apportate a soli sedici articoli per la loro positiva natura e per la loro importanza politica, e si tratta degli articoli 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 25, 34, 42, 47, 59, 64, 67, 69 ed ex 74 (75).

Negli articoli 6 e 7 sono state ridefinite le competenze dello Stato e quelle che vengono delegate alle Regioni.

Ricordando che gli articoli 6 e 7 del testo della Camera erano stati per così dire quasi ritagliati dagli articoli 30 e 31 del decreto del presidente della Repubblica n. 616, va subito precisato che non si tratta di modifiche volte a una revisione sostanziale delle scelte istituzionali operate dal medesimo decreto del presidente della Repubblica n. 616, ma soltanto di un adeguamento della suddetta normativa ai principi costituzionali. (...)

All'articolo 8, si è modificata la composizione del Consiglio sanitario nazionale, raccogliendo in ciò opportunamente un parere specifico del Cnel, elevando a dieci gli esperti da designarsi dal Cnel stesso e precisandosi che la loro estrazione deve tenere presente «i criteri di rappresentatività e competenza funzionali al Servizio sanitario nazionale». (...)

(Il relatore non manca a questo punto di replicare alle critiche avanzate sulla composizione del Consiglio sanitario nazionale per una mancata rappre-

sentatività «tecnica» degli operatori sanitari, e più in particolare dei medici, spiegando che per questi «sono previsti ampi spazi partecipativi negli altri organismi ausiliari di consulenza tecnica e scientifica previsti dalla Riforma, quali l'Istituto superiore di Sanità e il Consiglio superiore di Sanità», ndr).

«All'articolo 9, relativamente all'Istituto superiore di Sanità, si è tenuto conto di ulteriori e attuali nuove esigenze normative per adeguare i servizi e le prestazioni di detto istituto alla nuova realtà sanitaria che esce dalla Riforma e dagli altri provvedimenti che in questi anni hanno cercato di avviarla.

All'articolo 10, i distretti sanitari di base, che rimangono invariati nella loro natura di «strutture tecnico-funzionali di base per la erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento», sono però previsti come elemento obbligatorio per tutte le Usl di tutte le Regioni italiane. Si è così risposto concretamente al timore di una Usl troppo accentrata a danno dei Comuni minori o a danno dei quartieri e delle periferie urbane.

All'articolo 15, in tema di struttura e funzionamento delle Usl, il Senato della Repubblica ha voluto precisare meglio i confini della futura legislazione regionale in materia, prevedendo anche dal punto di vista terminologico una maggiore uniformità per la rete nazionale delle unità sanitarie locali.

Sempre all'articolo 15, si è positivamente precisato il ruolo dell'ufficio di direzione delle Usl, articolato in modo bipolare in due settori - sanitario e amministrativo - senza che venga meno l'importanza della collegialità per l'organizzazione, il coordinamento e il funzionamento di tutti i servizi, in particolare della gestione del personale.

All'articolo 17, si è voluto precisare nell'ambito della legge nazionale la struttura minima per gli stabilimenti ospedalieri, mentre la legislazione regionale disciplina l'articolazione degli ospedali in dipartimenti.

All'articolo 25, si è voluto meglio tutelare il principio della libera scelta del cittadino nei confronti di una sua esigenza di ricovero e nei confronti di una sua straordinaria esigenza di ricorrere a forme di assistenza indiretta.

All'articolo 34, le modifiche apportate dal Senato esplicitano, rendendola non equivocabile, la prescrizione relativa alla struttura dipartimentale che dovranno avere i servizi per la salute mentale della Usl. Ciò significa - secondo il criterio della continuità terapeutica - che lo stesso gruppo di operatori, organizzati in dipartimento, dovrà farsi carico degli interventi sia sul territorio che nei servizi di ricovero.

All'articolo 42, relativamente agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nella stesura definitiva approvata dal Senato in aula si è aggiunta alle previsioni legislative innovative introdotte dalla Camera una delega al Governo».

(La spiega del relatore riecheggia temi e questioni caldissime del dibattito politico-sanitario contemporaneo: «Su tutto il territorio nazionale - scrive Morini - è veramente sentita l'esigenza di recuperare unitarietà su quattro aspetti riguardanti gli Irccs: la composizione degli organi di amministrazione; il controllo sull'attività non assistenziale; le procedure per la formazione dei programmi di ricerca biomedica e le modalità di finanziamento; la disciplina dello



stato giuridico e del trattamento economico del personale in coerenza con quello del personale del Ssn». Lo stesso articolo 42 vincolava il Governo a confermare o revocare i riconoscimenti già concessi agli stessi Irccs, ndr).

«All'articolo 47, relativamente al personale dipendente, si è introdotto nella disciplina dei ruoli, oltre a quelli del personale sanitario, tecnico e amministrativo, anche quello del personale professionale.

All'articolo 59 si tiene conto che l'attuazione della Riforma non può prescindere dal riordinamento del ministero che vi è preposto, cioè del ministero della Sanità. La Camera a tale fine aveva approvato la delega legislativa al Governo. Il Senato, pur condividendo tale esigenza, ha opportunamente rinviato a una legge ordinaria il generale riordinamento del ministero».

(In attesa del riordino del ministero - che avrebbe inciso anche sui servizi sociali frammentati tra più enti - il Senato aveva previsto la creazione di due uffici speciali e la nomina di viceconsiglieri ministeriali per la predisposizione degli atti amministrativi e di legge necessari ad attuare la Riforma, ndr).

«All'articolo 64, relativamente alle norme transitorie per l'assistenza psi-

chiatrica, si è prorogato al 31 dicembre 1980 il termine per continuare l'ammissione a domanda, negli attuali ospedali psichiatrici, di coloro che vi erano già stati ricoverati, e questo per facilitare il faticoso ma positivo avvio delle nuove scelte di politica assistenziale volute dalla ben nota legge 180/1970 (interamente confluita negli articoli 33, 34, 35 della Riforma, ndr).

(Il relatore passa a questo punto a illustrare le modifiche apportate all'articolo 67, riguardante il trasferimento del personale degli enti mutualistici, che la legge 21 ottobre 1978, n. 641 avrebbe inserito negli istituendi «ruoli unificati dei dipendenti dello Stato» «una sorta di "ghetto" per il personale degli enti e delle amministrazioni soppresse per effetto del trasferimento alle Regioni delle funzioni inerenti alle materie di cui all'articolo 117 della Costituzione». Lo stesso personale, viceversa, grazie alle modifiche apportate dal Senato manterrà - fino alla data dell'inquadramento definitivo - «la posizione giuridica e di livello funzionale ricoperta nonché il trattamento economico, normativo e di fine servizio di cui avrebbe fruito nell'ente di provenienza».

Tra le modifiche illustrate da Morini anche quella dell'articolo 75, preveden-

do l'equiparazione dei medici Inps e Inail con quelli dipendenti dal Ssn e quella dell'articolo 69, dove si precisano le modalità di finanziamento del Fsn raccordandolo alla neo-approvata legge Finanziaria, ndr).

«Onorevoli colleghi. Si potrebbe ormai raccogliere una ricca bibliografia sulle motivazioni e sulla necessità di dotare il nostro Paese di un Servizio sanitario nazionale. Infatti da anni studiosi di diritto, organizzazioni politiche, sociali e di operatori sanitari dibattono il problema della Riforma sanitaria in convegni e congressi. E da tanto tempo che si parla di Riforma sanitaria che molta opinione pubblica è convinta che nel nostro Paese questa sia già in atto; e pertanto tutte le carenze e le insufficienze del nostro attuale sistema sanitario, che con questa legge viene radicalmente riformato, vengono attribuite alla Riforma sanitaria che invece inizia solamente col 1° gennaio 1979 il suo iter attuativo.

Onorevoli colleghi. Il testo legislativo che la Camera dei deputati si appresta ad approvare definitivamente attua nel settore sanitario pubblico un massiccio spostamento di potere gestionale a favore del potere locale elettivo più vicino al cittadino e cioè il Comune e per il grande Comune metropolitano

Zarathustra

malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, sulla riproduzione, allevamento e Sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;

q) agli accertamenti sanitari necessari alle certificazioni di carattere medico-legale spettanti all'autorità sanitaria pubblica a norma della legislazione vigente, con esclusione di quelli di competenza delle autorità sanitarie militari.

Articolo 31

(Pubblicità e informazione scientifica sui farmaci)

L'informazione scientifica sui farmaci è compito del Servizio sanitario nazionale.

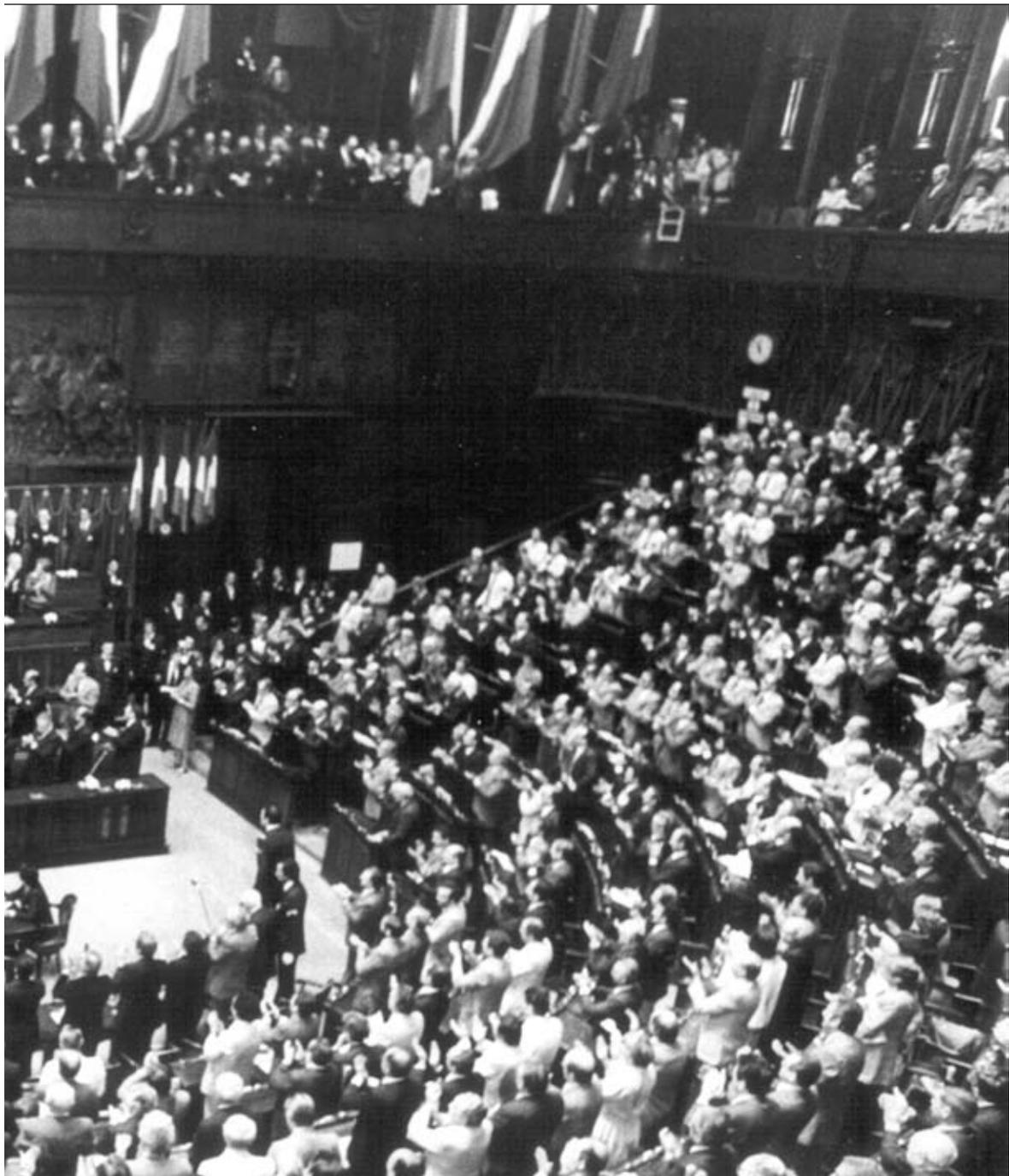
È vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'articolo 30.

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'articolo 29, il ministro della Sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

Il ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle Regioni, tenuto conto delle direttive comunitarie e

valutate le osservazioni e proposte che perverranno dall'Istituto superiore di Sanità e degli istituti universitari di ricerca, nonché dall'industria farmaceutica, predispone un programma pluriennale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche a iniziative di educazione sanitaria e detta norme per la regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici. Nell'ambito del programma di cui al precedente comma, le unità sanitarie locali e le imprese titolari delle autorizzazioni all'immissione in commercio dei farmaci svolgono informazione scientifica sotto il controllo del ministero della Sanità.

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresì, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura ai medici chirurghi di campioni gratuiti di farmaci.



anche la circoscrizione.

Nello stesso tempo il testo legislativo in esame contiene una razionalizzazione gestionale in conseguenza della concentrazione nella Usl della globalità delle competenze sanitarie pubbliche, ripartite oggi, con la giungla sanitaria che contraddistingue la vecchia organizzazione sanitaria, in migliaia di enti e di centri decisionali che sono poi anche centri decisionali di spesa. Oggi infatti tutti gli 8.074 Comuni italiani sono centri di politica e di spesa sanitaria, altrettanto dicasi per le 95 Province, e poi si aggiungono i diversi e numerosi enti mutualistici al servizio delle distinte categorie di cittadini.

Onorevoli colleghi. Raccomando a nome unanime della commissione di approvare il testo di questo disegno di legge che segnerà una tappa fondamentale nella costituzione di quel nuovo Stato che trent'anni fa fu delineato dalla Costituzione repubblicana.

Viviamo oggi anni difficili, come quelli del dopoguerra, che però erano contraddistinti da una fiduciosa speranza di un positivo avvenire per il nostro Paese. Vediamo quindi con questa approvazione di concorrere a ridare in un momento difficile e tormentato una nuova speranza di ulteriore positivo

avvenire per il nostro Paese».

Le dichiarazioni di voto. Fin qui l'appassionata relazione di Morini: è ai contenuti di quest'ultima che il relatore rinvia alla ripresa della discussione generale in assemblea, alle 10 di giovedì 21 dicembre, sollecitando l'approvazione della Riforma.

Brevissimo anche l'intervento del ministro della Sanità Tina Anselmi che ricorda si essersi già espressa favorevolmente nel corso dell'iter al Senato.

Gli articoli modificati vengono approvati rapidamente.

Poi il presidente Pietro Bucalossi dà il via alle dichiarazioni di voto finali sul disegno di legge «Istituzione del Servizio sanitario nazionale» (S 1252-971-1105-1145-1271-B, modificato dal Senato).

Susanna Agnelli (Pri) - Annuncia l'astensione del Partito repubblicano italiano nonché il «profondo dissenso» del Pri su una legge ritenuta «necessaria e indifferibile», «condivisa nei principi ma respinta per il modo concreto in cui essi vengono tradotti in pratica». Le riserve avanzate - ricorda la Agnelli - riguardano quattro questioni fondamentali: la programmazione (scarsa integrazione dei piani nazionali e locali); il finanziamento («assenza di limiti»,

«prevedibile conseguenza di uno sviluppo incontenibile della spesa anche per la mancata attribuzione di responsabilità specifiche agli amministratori»); le Usl (rischio di «duplicità d'impegni» e di «conflitti d'interessi politici»); l'aspetto istituzionale.

«Ora abbiamo davanti una legge che esprime principi e obiettivi di grande rilevanza sociale ma che difficilmente avranno pratica attuazione. Il rifiuto del freno da noi espressamente proposto comporterà invece con quasi assoluta certezza uno stimolo all'inflazione, così come la mancata garanzia di professionalità del medico, proposta dai nostri non accolti emendamenti, porterà alla burocratizzazione dei medici, col defilamento degli elementi migliori verso la libera professione».

Franco Nicolazzi (Psdi) - Annuncia il voto favorevole dei socialdemocratici sul disegno di legge accogliendo con soddisfazione le modifiche approvate dal Senato: «Hanno recato un contributo di approfondimento e di chiarezza. In esse, infatti, restano immutati sia i principi fondamentali sia il quadro delle strutture nelle quali si articola il Servizio sanitario nazionale».

«Desideriamo sottolineare ancora una volta la portata di questa Riforma

che da sola può qualificare il lavoro del Parlamento, anche se - come è stato ripetuto oggi - il voto in questione avviene quasi in sordina, alla vigilia delle vacanze natalizie, senza dare notizia al Paese che questo voto segna un profondo sconvolgimento nell'attività sanitaria nazionale, ma anche un profondo sconvolgimento di strutture sociali».

Bruno Orsini (Dc) - Annuncia il voto favorevole del gruppo democristiano al provvedimento in esame che, a suo avviso, costituisce «il punto di arrivo di un processo di riforma, ma anche il punto di partenza per un lungo, difficile, ulteriore cammino».

La Riforma sanitaria che la Camera si accinge ad approvare definitivamente - afferma Orsini - realizza alcuni fondamentali precetti costituzionali relativi al diritto alla salute di tutti i cittadini e alla ripartizione delle competenze in materia tra lo Stato e le Regioni.

Essa realizza altresì alcuni principi fondamentali di strategia della salute, che sono il risultato di una lunga elaborazione: in primo luogo i principi della globalità e della universalità delle prestazioni, e inoltre il principio della libera scelta del medico, che è stato riaffermato respingendo la suggestione di un'assistenza sanitaria coatta, che pure era stata riproposta.

«Che significa dunque, nella sostanza, globalità delle prestazioni? Significa valorizzazione del momento di difesa dalla malattia accanto a quello della cura e del recupero del singolo uomo malato. Che cosa significa universalità dei destinatari? Significa che la tutela della salute compete ai cittadini in quanto tali e non in quanto assicurati. Che cosa significa eguaglianza del trattamento? Significa eliminazione - che sarà certamente progressiva - delle massicce sperequazioni intrinseche del sistema in atto. Che cosa significa rispetto della dignità e della libertà della persona umana? Significa, evidentemente, molte cose: ma tra l'altro significa, in questa sede e con riferimento a questa materia, garanzia della libertà di scelta del medico e del luogo di cura, respingendo così le suggestioni dell'assistenza coatta, che anche nel corso del dibattito su questa legge sono state avanzate».

Si tratta di obiettivi ambiziosi - riconosce Orsini - la cui realizzazione, peraltro, incontra difficoltà per i rigorosi limiti di spesa imposti dalla situazione finanziaria del Paese. Difficoltà ulteriori derivano dal passaggio da un sistema di assistenza frammentato a un sistema unitario: nella fase di transizione, infatti, gli svantaggi del vecchio sistema permangono, mentre i vantaggi che esso offriva verranno meno. Secondo Orsini si tratta, comunque, di una trasformazione positiva. (...) «La Riforma segna la riassunzione da parte dello Stato e delle Regioni di competenze frazionate tra numerosi enti sulla base della solidarietà di categoria; e supera il vigente sistema fondato sul rapporto tra contributi e prestazioni, un principio entrato in crisi da tempo di fronte al crescente deficit del settore. Il provvedimento in esame prevede infatti la fiscalizzazione delle entrate degli enti e la determinazione programmata della spesa destinata al settore nell'ambito del bilancio dello Stato».

Tutto ciò impone obblighi rigorosi, ma costituisce una sfida alla disgregazione corporativa e alle sperequazioni territoriali dell'assistenza sanitaria. Il

disegno di legge pone scadenze ravvicinate e impegnative ed è necessario il massimo impegno di tutte le parti interessate perché esse siano rispettate».

Giovanni Berlinguer (Pci) - Annuncia il voto favorevole del gruppo comunista sul provvedimento «risultato di un lungo e profondo sviluppo di lotte sociali per la salute, delle quali sono state protagoniste soprattutto le classi lavoratrici». La Riforma - prosegue Berlinguer - è frutto dell'iniziativa del movimento operaio, rappresentato sia dalle organizzazioni sindacali che dai partiti della sinistra che già 20 anni orsono, e poi con insistenza sempre maggiore, presentarono proposte riformatrici che sono ora largamente accolte in questa legge. Berlinguer rimpiange però che all'epoca del centrismo e del centro-sinistra «siano stati perduti anni preziosi: allora vi erano maggiori risorse finanziarie; ora dobbiamo applicare questa Riforma in condizioni più sfavorevoli a causa della crisi economica, rispetto al passato».

La Riforma rappresenta anche «il risultato di un processo unitario che ha reso possibile la convergenza di un ampio arco di forze, ciascuna delle quali ha portato il suo contributo originale». Tuttavia essa «se permette di affrontare in modo nuovo i problemi, non potrà non essere condizionata da limiti oggettivi, che non riguardano soltanto il sistema sanitario, ma più complessivamente l'assetto sociale. E pure, in essa, permangono ambiguità ed equivoci, che non sono solo il risultato di pressioni esercitate verso il legislatore, ma il riflesso di contraddizioni reali che esistono nella società, tra il bene della salute e una organizzazione sociale fondata sul profitto e sullo sfruttamento».

Ecco perché - conclude Berlinguer - la Riforma sanitaria comincia, e non si conclude, con l'approvazione del provvedimento relativo: occorrono infatti una forte e unitaria mobilitazione popolare, una incisiva e coerente azione di Governo, una capacità complessiva di direzione politica da parte del potere pubblico.

«Certo, importanti sono i compiti e le responsabilità delle Regioni e degli enti locali; gli amministratori comunisti, ne è certo, faranno il loro dovere. Ma il Governo, in primo luogo, deve fare il suo dovere».

L'applicazione delle leggi, infatti - e questo è un discorso più generale -, è affidata a un Governo che non riflette nella sua composizione tutta la maggioranza che lo sostiene. Occorrerebbe invece una grande autorità e rappresentatività per compiti così impegnativi. Ma il Governo non può trincerarsi dietro eventuali inadempienze altrui, imprenditoriali e «baronali».

Resistenze vi sono state e vi saranno, e tenteranno di attribuire poi tutte le colpe alla Riforma stessa. Per questo, è necessario lo sforzo di tutti. Deve realizzarsi nel Parlamento e nel Paese un clima politico che assicuri la corretta applicazione delle leggi.

Altrimenti non vi saranno solo oneri finanziari o scompensi strutturali, ma si avranno riflessi negativi sul bene primario della salute dei cittadini.

Questa legge è dunque un grande banco di prova per la società italiana: è certo però che la prova sarà felicemente superata».

(continua a pag. 4)

XIV.

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

(44)

Presidente: MARTINI Maria Eletta (D.C.)

Vicepresidenti: GIOVANARDI (P.S.I.) - ABBIATI Dolores (P.C.I.)

Segretari: AGNELLI Susanna (P.R.I.) - FORNI (D.C.)

ANDREONI (D.C.)	GASCO (D.C.)
ARMELLA (D.C.)	GIOVAGNOLI Angela (P.C.I.)
ARNONE (P.C.I.)	LUSSIGNOLI (D.C.)
BARBA (D.C.)	MARIOTTI (P.S.I.)
BERLINGUER Giovanni (P.C.I.)	MARRAFFINI (P.C.I.)
BISIGNANI (P.C.I.)	MILANI Armelino (P.C.I.)
BOFFARDI Ines (D.C.) (1)	MILANO DE PAOLI Vanda (P.C.I.)
BRUSCA (P.C.I.)	MORINI (D.C.)
BUBBICO (D.C.)	NICOLAZZI (P.S.D.I.)
CARLONI ANDREUCCI Maria Teresa (P.C.I.)	ORSINI Bruno (D.C.)
CASAPIERI QUAGLIOTTI Carmen (P.C.I.)	PALOPOLI (P.C.I.)
CERQUETTI (M.S.I.-D.N.)	POMPEI (D.C.)
CHIOVINI Cecilia (P.C.I.)	PRESUTTI (D.C.)
CIRINO POMICINO (D.C.)	ROSINI (D.C.) (2)
F'AQUINO (M.S.I.-D.N.)	SACCUCCI (Misto)
D'AREZZO (D.C.)	SANDOMENICO (P.C.I.)
DEL DUCA (D.C.)	SAVINO (D.C.)
FERRI (P.S.I.)	TESSARI Giangiacomo (P.C.I.)
FRASCA (P.S.I.)	TRIVA (P.C.I.)
	URSO Giacinto (D.C.)

(1) la sostituzione del Sottosegretario Focchi.

(2) la sostituzione del Sottosegretario Cora.

LX

CAMERA DEI DEPUTATI/I VOTANTI

DC	220
PCI	187
PSI	29
PSDI	5
MSN-DN	7
PLI	2
CD-DN	5
MISTO	3

nell'ambito dei Comuni e delle Regioni.

La Riforma, conclude «è stata voluta nell'attuale momento politico per "riaggregare" in qualche modo una maggioranza che si sta sfaldando».

Angelo Tiraboschi (Psi) - Sottolinea il rilievo politico e sociale della Riforma che la Camera si appresta a votare: «I socialisti, che sempre si sono battuti per un proficuo rinnovamento del sistema sanitario, non possono che guardare a esso con soddisfazione. Sono però venuti meno quella tensione morale e quel consenso popolare che sarebbero stati necessari; e la Riforma giunge all'approvazione nel generale disinteresse, mentre il recente aggravarsi del degrado della situazione sanitaria e ospedaliera nel Paese rende più difficile l'attuazione pratica della spinta innovatrice».

Tiraboschi riassume anche i contrasti che hanno accompagnato il tormentato iter parlamentare della legge: «Non sono mancati tentativi volti a frenare i contenuti della Riforma; e ciò è venuto soprattutto da parte del Governo, nel corso dell'esame del provvedimento da parte del Senato. Tale manovra è tuttavia solo in parte riuscita, determinando, tra l'altro, un generale chiarimento delle reciproche posizioni. Certo è che è prevalsa per la struttura delle unità sanitarie locali una impostazione burocratica a tutto danno della funzionalità e dell'efficienza, mentre permangono punti oscuri nella definizione del rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private».

Quanto al problema del personale, secondo l'esponente socialista «non sono mancate spinte da parte soprattutto della categoria medica, per bloccare la Riforma». I socialisti - spiega Tiraboschi - non sono comunque a favore dell'appiattimento bensì della valorizzazione della funzione del medico. Per questo «occorre affrontare il problema dell'attuazione dei dipartimenti, facendone strutture collegate con il territorio, e della riorganizzazione delle facoltà mediche».

Quanto ai problemi del personale paramedico, occorre affrontare - e risolvere - la questione del relativo ruolo e l'altra, più vasta, riguardante la riqualificazione.

Nella fase di attuazione della Riforma, sarà poi necessario attivare gli idonei strumenti programmatori.

Un ruolo importante dovrebbe esser svolto al riguardo dal Governo, le cui carenze e contraddizioni nell'azione generale di coordinamento si sono per altro già evidenziate, col riemergere di una visione burocratica e accentratrice dei vari problemi; né le Regioni si sono sempre dimostrate all'altezza dei compiti loro assegnati. «La Riforma - conclude - rappresenta comunque solo un punto d'avvio; per la sua completa realizzazione si renderà infatti necessaria un'articolata mobilitazione degli operatori e degli utenti del Servizio sanitario nazionale, convogliando sui principi della Riforma quel consenso popolare e sociale indispensabile per la concreta attuazione».

Cerquetti (Costituente di destra-Democrazia nazionale) - Ancora un voto contrario. A proclamarlo è l'onorevole Cerquetti che, a nome del gruppo Costituente di destra-Democrazia nazionale, dichiara il rammarico del proprio gruppo per il fatto che il Senato abbia modificato così scarsamente il testo del provvedimento approvato dalla Camera. Ne consegue che una Riforma, così attesa dal Paese, «si sostanzia in declamazioni demagogiche - frutto di un mercato politico - e, a giudizio degli esperti, sarà inapplicabile».

Non vi sono dunque ragioni perché il gruppo Costituente di destra-Democrazia nazionale modifichi l'atteggiamento nei confronti del provvedimento tenuto nel corso del suo esame alla Camera in prima lettura. Voterà pertanto contro di esso.

Auspica tuttavia che l'approvazione del provvedimento non dia esca a nuove immotivate agitazioni nel settore sanitario, ma segni l'avvio di un vero processo di riforma.

Bucalossi (presidente) - Terminate le dichiarazioni di voto - nel corso delle quali ha comunicato all'Assemblea che l'onorevole Costa, non avendo avuto la possibilità di intervenire con una dichiarazione di voto, ha tuttavia comunicato alla presidenza il voto contrario del gruppo liberale al provvedimento - esprime soddisfazione per l'approvazione della Riforma. È il frutto - dice Bucalossi - «di un lungo lavoro legislativo, iniziato addirittura nella precedente legislatura, che ha visto impegnati, in una onerosa attività, Camera e Senato, e in

12ª COMMISSIONE

IGIENE E SANITÀ

Presidente: OSSICINI (Sin. Ind.)

Vice Presidenti: PINTO (Misto) - RAMPA (D.C.)

Segretari: CIACCI (P.C.I.) - COSTA (D.C.)

BALDI (D.C.)	MINNOCCI (P.S.I.)
BARBARO (D.C.)	PACIELLO (P.C.I.)
BELLINZONA (P.C.I.)	PECORINO (M.S.I.-D.N.)
BOMPIANI (D.C.)	PITTELLA (P.S.I.)
CRAVERO (D.C.)	RAPPOSELLI (P.C.I.)
DE GIUSEPPE (D.C.)	ROCCAMONTE (P.S.D.I.-P.L.I.)
DEL NERO (D.C.)	RUFFINO Giancarlo (D.C.)
GIUDICE (Sin. Ind.)	SPARANO (P.C.I.)
LOMBARDI (D.C.)	SQUARCIALUPI Vera Liliana (P.C.I.)
MAFAI DE PASQUALE Simona (P.C.I.)	TRIFOGLI (D.C.)
MERZARIO (P.C.I.)	

472

(segue da pag. 3)

Pino Rauti (Msi-Destra nazionale) - «Questa Riforma è un colossale errore, una avventura demagogica. Vi diamo appuntamento in quest'aula e fuori da quest'aula, presso l'opinione pubblica, per poterlo constatare in avvenire, anche nei tempi più brevi». È con questi toni che l'esponente missino Pino Rauti riafferma il radicale dissenso del Msi-Destra nazionale alla Riforma «in nome delle competenze emarginate, delle professionalità escluse, degli interessi legittimi lesi e di ogni concetto di funzionalità sacrificato da questo provvedimento».

Rauti giudica peraltro impossibile «discutere in maniera approfondita le modifiche apportate dal Senato al testo approvato dalla Camera data la ristrettezza dei tempi, ma anche perché le linee di fondo del provvedimento, così ampio e complesso, sono rimaste in pratica inalterate. E ciò nonostante che le agitazioni del personale medico e paramedico mettano a nudo lo stato veramente critico delle strutture sanitarie nel nostro Paese».

In particolare, afferma, «occorrerebbe procedere a una radicale ristrutturazione e riqualificazione del settore paramedico, magari attraverso un programma pluriennale che lo liberi dagli intrecci creati dalle assunzioni clientelari e lo proietti su un piano di moderna funzionalità. Invece questo settore viene "scaraventato", così com'è, nella Riforma».

Ricorda che gli Ordini professionali dei medici hanno denunciato, a più riprese, i criteri ispiratori della Riforma, e in particolare l'esclusione dei medici in quanto tali da ogni livello decisionale nelle nuove strutture, e la composizione, le modalità di funzionamento nonché la nebulosa natura giuridica dell'unità sanitaria locale: denunce che il gruppo del Msi-Destra nazionale ha, per altro, ripetuto, fin dall'avvio dell'iter di questo progetto di legge, presentando emendamenti (naturalmente non accettati) i cui contenuti sostanziali circolano ora nei congressi medici e sulla stampa specializzata come contributi originali.

In sintesi, le proposte del Msi-Destra nazionale si incentrano sulla necessità:

- che il Servizio sanitario nazionale si attivasse con il ricorso al metodo elettivo;

- che garantisse la presenza, a livello decisionale, anche delle categorie medica e paramedica; che fosse garantita la libertà di ricorrere al medico di fiducia e alla struttura sanitaria più idonea fuori di ogni coattivo riferimento delle organizzazioni professionali e sindacali territoriali; che si facesse ricorso ai dati informativi e statistici di tutte le categorie mediche, e paramediche (con un'adeguata loro rappresentanza nell'istituendo consiglio sanitario nazionale); che l'unità sanitaria locale fosse, almeno parzialmente, eletta dai cittadini e che le decisioni di tale unità sanitarie potessero essere impugnate, per evitare eventuali errori e sopraffazioni.

Di fatto, secondo Rauti «La Riforma sanitaria suggella il definitivo trasferimento di tutte le strutture sanitarie pubbliche nell'area della lottizzazione partitica; strutture già oggi inefficienti, gravate da paurosi deficit e con gestioni clientelari vengono così burocratizzate con il trasferimento alle Regioni, e da queste ai Comuni per la gestione concreta».

L'esponente missino ritiene anche che la Riforma abbia costituito oggetto di scambio politico fra la Dc - che ha ceduto - e le sinistre, in particolare il Pci, che vi hanno guadagnato spazio e hanno acquisito nuovo potere più o meno clientelare,

particolare i presidenti della commissione Sanità (prima l'onorevole Maria Eletta Martini e poi l'onorevole Giacinto Urso), il relatore onorevole Morini e il ministro della Sanità Tina Anselmi». «Senza entrare nel merito dei contenuti della legge - conclude - sottolineo però che si è posto fine a una lunga situazione di incertezza in materia, che - quale che sia il giudizio che si vuole dare sulla Riforma - è certamente il male peggiore».

L'assemblea tornò a riunirsi dopo circa un'ora di pausa per votare il provvedimento a scrutinio segreto, sotto la presidenza di Pietro Ingrao che - prima di dare il via alle operazioni di voto - dedica la propria personale riflessione alle vicissitudini del Parlamento e del Paese.

Pietro Ingrao - «Usciamo da giorni di lavoro che sono stati molto interessanti, e anche travagliati e tormentati. E sappiamo che nelle settimane passate si è aperta una discussione sulla stampa e nel Paese sull'interesse del nostro lavoro, sul funzionamento e sul ruolo del Parlamento, e sul sistema politico del nostro Paese. Posso però affermare che in questi due anni e mezzo di legislatura vi è stata una crescita rilevante dell'attività dell'assemblea e delle commissioni. È alla luce di questi fatti concreti che io mi ostino a respingere l'immagine di un Parlamento che non lavora».

(...)

«Insistere sul lavoro che svolgiamo e anche sulle funzioni nuove che siamo chiamati ad assolvere vuol dire anche guardare con spirito di verità alla grande e difficile questione di ciò che è, proprio alla luce di questi compiti, il ruolo complesso del parlamentare, la funzione di rappresentanza generale, oggi, al finire degli anni Settanta, in una società italiana e in un mondo profondamente cambiati e dinanzi a un ruolo del tutto nuovo e complesso dello Stato e delle istituzioni sovranazionali e in un sistema politico in cui sono presenti nuovi soggetti, a cominciare dal sindacato».

In questo senso credo di poter dire che davvero confonde le idee degli italiani quel rozzo qualunquismo che tende a presentare la vita politica come il ripetersi di una solita, antica, eterna truffa, fatta solo a scopo di prevaricazione e di lucro».

(...)

«Usciamo da un anno grave e doloroso, che ha visto l'assassinio di Moro e di tanti altri cittadini vittime innocenti di un attacco atroce contro la libertà del nostro Paese. Per duri, pesanti che siano stati i prezzi pagati, il Paese non si è lasciato fermare né intimidire e ha respinto l'attacco infame».

(...)

Senza faciloneria, credo di potere esprimere la persuasione che questa Repubblica e questo Parlamento hanno nel loro seno forze mature per sconfiggere i nemici della libertà e guidare il Paese verso nuovi orizzonti di progresso».

Al termine dell'intervento del presidente Ingrao la Camera procedette alla votazione segreta finale, mediante procedimento elettronico di otto progetti di legge. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale fu il penultimo. Con questi risultati:

Presenti.....	465
Votanti.....	458
Astenuti.....	7
Maggioranza.....	230
Voti favorevoli.....	381
Voti contrari.....	77

I lavori - quel giorno - si chiusero con l'approvazione - a grandissima maggioranza - dell'autorizzazione all'esercizio provvisorio per l'anno finanziario 1979. □

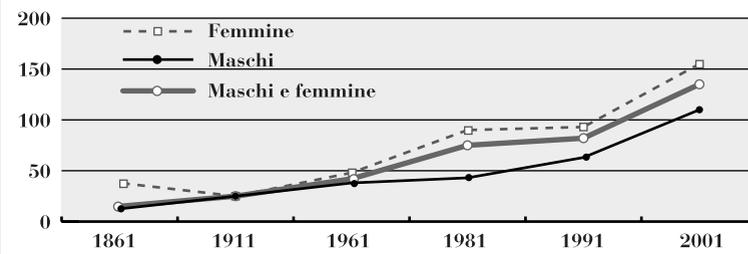


FEBBRAIO

Cassius Clay perde il titolo mondiale dei pesi massimi a Las Vegas contro il ventiquattrenne Leon Spinks

Sara Simeoni eguaglia il record mondiale di salto in alto superando metri 1,95 negli assoluti di atletica italiani

INDICI DI VECCHIAIA NEL COMPLESSO E PER SESSO



L'indice di vecchiaia s'impenna dopo la Riforma: rimane su valori inferiori a 50 tra il 1861 e il 1961 e dagli anni '70 al 2001 cresce fino al valore 2000

una super-mutua

cultura della salute veniva intesa rittivamente come predizione ispirata alla cultura della malattia.

Il vizio d'impostazione è stato dunque anche concettuale, culturale. Questa sorta di peccato originale è stato aggravato, sul terreno dei fatti, dal fatto che il Servizio sanitario nazionale, concepito come complesso di servizi finalizzati alla promozione-difesa-controllo-mantenimento-recupero della salute della gente, veniva realizzato senza la gente, cioè senza effettivo coinvolgimento di questa, senza educazione alla salute, senza stimoli all'auto-educazione sanitaria, senza assunzione da parte di molti medici, oltretutto del ruolo di diagnostici e terapeuti (della malattia), del ruolo di curanti (della salute), di difensori ed educatori.

Del nuovo sistema, che voleva superare il sistema delle mutue, si è fatto una super-mutua, travisando il significato di servizio pubblico, inteso come servizio statale anziché come servizio sociale, e dimenticando

che proprio in Italia l'assistenza pubblica ha una peculiare tradizione sociale e non statale: la tradizione della carità religiosa, della filantropia laica, del mutuo soccorso, della solidarietà operaia.

Il problema delle radici culturali è importante: la tradizione è utile all'innovazione. Nel quarto di secolo intercorso tra la legge di Riforma sanitaria e il nostro presente, sul banco degli imputati delle aspettative deluse sono stati chiamati amministratori di stampo partitocratico, talora responsabili di sprechi e sperperi (quando non di appropriazioni indebite in contesti di malgoverno), e medici interessati più al ruolo che al servizio, talora poco solleciti dei bisogni altrui e dei doveri propri, attratti da un rapporto privato prosperante sulle carenze del pubblico e dalle prospettive di una professione "libera", libera da lacci e impacci

burocratici, in un contesto travisante come burocratismo la prassi e l'idea della medicina sociale, anche questa d'antica tradizione nel nostro Paese.

Oggi peraltro, nel mutato orizzonte medico-sanitario alle soglie del terzo millennio, è possibile intravedere un senso di appartenenza della classe medica a una realtà complessa - tecnica, umana, economica, etica - al cui miglioramento si sente di dover collaborare, non solo nell'interesse del malato, ma anche nell'interesse proprio, di addetto ai lavori desideroso di uscire da una crisi inerente la loro stessa identità professionale.

Se il ventesimo secolo si è chiuso con i medici spesso relegati a comprimari, il ventunesimo può aprirsi con gli stessi nel ruolo di attori protagonisti. □

** Storico della medicina e docente dell'Università di Milano*

Ma oggi il medico torna protagonista

scelte condivise

lo l'inflazione e a invertire il trend del tasso di disoccupazione, la crescita economica ristagna, e non si riescono a colmare i gap economici e sociali tra le aree del Paese: la distribuzione del reddito pro capite è fortemente concentrata nelle regioni settentrionali.

Forse per questo prendiamo solo ora coscienza (e parzialmente, come si vede dallo stentato dibattito sulla sostenibilità del federalismo fiscale), della osmosi esistente fra politiche sanitarie e politiche economiche generali.

Certamente i margini di manovra sono oggi talmente limitati da rendere difficile pensare "in grande", ma sui costi di un decennio di politiche sanitarie improntate quasi esclusivamente al contenimento della spesa sanitaria, si è forse ragionato troppo poco in termini di credibilità del sistema.

Il disinteresse (al di là di affermazioni di principio) della legge 833 per le compatibilità macro-economiche (utopicamente affidate alla capacità di programmazione dell'offerta) è forse l'elemento più discutibile del sistema pensato a fine anni '70.

Ne è scaturita una gestione delle politiche economico-sanitarie sostanzialmente inefficace, in larga misura affidata a provvedimenti tampone, quali i ticket: forse non tutti ricordano che la loro nascita è praticamente contestuale con il Ssn (nel 1978 vigeva un ticket

per la farmaceutica e nel 1982 fu introdotto quello per la specialistica ambulatoriale). Osservando negli anni il loro sviluppo se ne trae la convinzione che ben presto persero la funzione di contenimento dei consumi, assumendo quella di trasferimento degli oneri dal settore pubblico a quello privato. Arriviamo così all'ultimo punto, relativo all'esistenza o meno di iati fra legge 833 e nuovi principi del Ssn. L'attuale sistema è certamente figlio, nel bene e nel male, della legge 833, con cui dimostra di avere una forte continuità - giustificata in positivo da alcuni risultati da essa indubitabilmente raggiunti - e in negativo dalla incapacità di controllare (nel senso di governare) la questione della spesa.

Esistono però, a nostro parere, anche alcune discontinuità rilevanti, che meriterebbero maggiore attenzione e un dibattito non limitato agli addetti ai lavori. Tornando ai principi ispiratori è indubbio che i significati di globalità e di eguaglianza si stiano rapidamente modificando. Il primo sotto la spinta del razionamento implicito nella logica dei Lea, nella cui applicazione pratica assume un ruolo fondamentale il modo di intendere la vulnerabilità dei soggetti rispetto all'accesso ai servizi e ancor di più in quello della eguaglianza, che è un problema non risolto sia a livello di perequazione tra Regioni (vedi federali-

simo fiscale), sia nella valenza della Sanità integrativa chiamata a un ruolo meritorio, ma anche di diversificazione del comfort che è un aspetto del servizio fortemente avvertito dal "cliente".

Non si è poi ancora aperto un dibattito reale su almeno due aspetti relativamente trascurati dalla legge 833: quello della portabilità dei diritti (problema nuovo e figlio del federalismo) e quello della libertà di scelta (con qualche forzatura riconducibile alla responsiveness della già citata classifica Oms), che è una delle variabili che maggiormente spiegano il "costo" dei sistemi. In conclusione ci sembra che si corra il rischio che le politiche sanitarie si limitino alla ricerca di soluzioni tecniche, per creare corretti incentivi al contenimento dei costi, che sarebbe invece utile delegare a una (o più) tecnostuttura (tipo il Nice nel National Health Service), di cui nella storia del Ssn italiano si è sempre sentita la mancanza, fatta eccezione per un'epoca di "forza" propositiva proveniente dal servizio centrale per la programmazione sanitaria del ministero.

Di contro si trascura il ruolo principe della politica che è quello di fare le scelte allocative: quindi, mentre è necessario andare avanti nella razionalizzazione del sistema, sarebbe però opportuno ogni tanto guardare indietro, imparando dall'esperienza fatta con l'emanazione della L. 833, quanto sia importante un coinvolgimento democratico dell'opinione pubblica relativamente ai modi dell'intervento pubblico in Sanità. Solo scelte davvero condivise, potranno dare al Servizio sanitario pubblico italiano la forza per andare avanti altri 25 anni. □

** Ceis Sanità, facoltà di Economia, Università di Roma, "Tor Vergata"*

IL DRAMMA DI UN'INTERA CLASSE POLITICA

La lunga notte della Repubblica

DI FRANCO COLASANTI

È un anno denso come non mai di eventi, il 1978. Ma se fa da discriminare fra un "prima" e un "dopo" della nostra storia, se segna il momento più significativo, e anche il più drammatico, nella vicenda della Repubblica, è perché il 1978 è l'anno del «caso Moro», è l'anno in cui i nodi irrisolti della società italiana, dalla democrazia incompiuta al ribellismo endemico, precipitano nel dramma d'un uomo, Aldo Moro, che è insieme il dramma di un'intera classe politica. Di questa classe politica, i cinquantacinque giorni che passano fra la strage di via Fani e il ritrovamento della Renault rossa in via Caetani, mettono implacabilmente a nudo virtù e limiti, slanci e intrighi, faziosità, bassezze.

Anche per questo, venticinque anni dopo, il caso Moro resta ancora tormentosamente aperto, mentre i tardi epigoni di quel terrorismo tentano di ripetere le imprese che hanno lungamente insanguinato il Paese. S'è invece storicamente consumata la gran parte dei fatti e delle idee che, giorno dopo giorno, hanno scandito quel 1978: la stagione della solidarietà nazionale, la speranza del socialismo craxiano, la strategia berlingueriana del compromesso storico, la mesta liquidazione del settennato di Giovanni Leone al Quirinale, la successione del "vecchio" ma "nuovissimo" capo dello Stato, Sandro Pertini. D'altra parte, nonostante l'imperversare del terrorismo, il '78 comincia nella più "ordinaria" normalità politica: anche il terzo Governo Andreotti sembra avviato al suo epilogo e la stessa legislatura appare destinata a concludere anticipatamente, e rapidamente, il suo tempo.

Di lì a qualche settimana sarà infatti soltanto l'incalzare degli eventi che riuscirà a prolungarne di alcuni mesi la stentata sopravvivenza. Puntualmente, a metà gennaio Andreotti si dimette, dando il via a una crisi di Governo di grande complessità: durerà cinquantacinque giorni e sarà tra le più lunghe del dopoguerra. È al consumato leader Dc, comunque, che il presidente Leone affida ancora una volta l'incarico di provare a venire a capo, cominciando a districarsi tra antichi problemi e nuove o addirittura nuovissime soluzioni.

Per la prima volta è infatti in campo la prospettiva del ministero d'emergenza, chiamato ad associare, sia pure indirettamente, il Pci nel governo del Paese. Ma anche la formula dell'astensione stenta a superare la conventio con la quale i comunisti sono esclusi da oltre trent'anni dal potere. Interviene persino il dipartimento di Stato Usa per ricordare che «l'atteggiamento del Governo americano nei confronti dei partiti comunisti europei non è cambiato», ma le manifestazioni di più dura resistenza alla formula della solidarietà nazionale continuano a provenire dagli ambienti moderati, Dc ma non solo.

A vincere le avversioni e le ostilità, a fine febbraio, è Aldo Moro, che all'assemblea dei gruppi parlamentari riesce a convincere deputati e senatori della Dc a consentire la formazione d'una maggioranza programmatica e non politica comprendente

anche il Pci. Così l'8 marzo un vertice conclusivo approva i contenuti di programma e i criteri di composizione del nuovo Esecutivo: sarà un monocolore Dc, sostenuto da tutti gli altri partiti dell'arco costituzionale (tranne il Pli, passato all'opposizione). La mattina del 16 marzo si presenterà ufficialmente a Montecitorio con le dichiarazioni del presidente Andreotti.

A tentare di bloccare un processo evolutivo che avrebbe dovuto reintegrare a breve tempo il Pci fra i partiti a libero corso democratico sono le Brigate rosse: prima ancora che la Camera s'apra, i terroristi sequestrano Moro, l'uomo-chiave dell'accordo di maggioranza, e massacrano i cinque uomini della sua scorta. Con l'apporto dei comunisti, il Parlamento vota immediatamente la fiducia al quarto Governo Andreotti, ma la concordia succeduta all'agguato di via Fani è destinata a spezzarsi rapidamente. Per dar luogo alle ore di più intensa drammaticità della nostra democrazia, vissute in un duro scontro politico sulla strategia da opporre alle Br: comincia la lunga "notte della Repubblica".

La "linea della fermezza" (nessun patteggiamento di fronte al ricatto Br per non riconoscere legittimità ai criminali) si contrappone al fronte della trattativa (primo dovere dello Stato è quello di salvare la vita del leader Dc), mentre si moltiplicano gli appelli di Moro dal "carcere del popolo" e i comunicati dei brigatisti, nella totale impotenza di polizia e magistratura. Nelle loro indagini molti gli episodi a tutt'oggi non ancora chiariti. A cominciare dalla mancata perquisizione in via Gradoli e dalle ricerche nel lago della Duchessa. Cade ogni speranza il 9 maggio, quando il corpo dello statista cattolico viene rinvenuto in un'auto parcheggiata in via Caetani, in pieno centro di Roma e a pochi passi dalla sede della Dc.

Il terrorismo non tarderà a riprendere la sua offensiva, ma intanto il forte malessere sociale dà il via a un autunno sindacale pieno di inquietudini. I comunisti cominciano a ripensare con grande preoccupazione il loro coinvolgimento nella stagione della solidarietà nazionale. Così il '78 sembra avviato a chiudersi esattamente com'è cominciato: anche il quarto Governo guidato da Andreotti è ormai in agonia.

La Riforma sanitaria, si prevede, potrebbe essere l'ultima legge voluta da quest'Esecutivo che peraltro, nell'arco della sua breve esperienza e tra molte difficoltà, è riuscito a varare una serie di provvedimenti di grande rilevanza: dall'istituzione della legge Finanziaria alla normativa sull'equo canone.

A conclusione di un'aspra contrapposizione, il Parlamento approva anche la legge che disciplina l'aborto e quella che abolisce i manicomi, la cosiddetta "180". Poco prima che l'anno si chiuda, le Camere decidono poi l'adesione dell'Italia allo Sme, la prima intesa europea per coordinare i rapporti di cambio fra le monete. Ma dovrà passare quasi un quarto di secolo prima che una moneta comune, l'euro, possa cominciare a circolare nel vecchio continente. □



9 MARZO

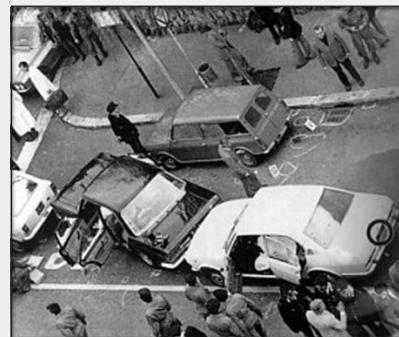
A Torino inizia il processo a 50 esponenti delle Brigate rosse ritenuti i capi storici del movimento. I brigatisti leggono un proclama che si conclude con queste parole: «Questo non è un processo ma un momento della guerra di classe, un episodio dello scontro più generale»

11 MARZO

Dopo 55 giorni di crisi Giulio Andreotti vara il suo IV contrastato e discusso Governo monocolore (+ Svp) con l'intenzione di farsi appoggiare dal Pci, non senza forti polemiche con i parlamentari Dc, Msi, Pli. Fa da mediatore Aldo Moro: «Siamo in una emergenza»

16 MARZO

In via Fani, a Roma, le Brigate rosse rapiscono Aldo Moro e uccidono i cinque uomini della scorta. Con vari ultimatum, pena la vita dello statista, le Br chiedono un riconoscimento politico del loro movimento e la liberazione dei brigatisti sotto processo a Torino



PROTAGONISTI DI IERI/1

Il Paese era maturo

Ma la «833» si porta dietro i suoi macigni, a partire dalla spesa: un tormento da 25 anni

DI PAOLO CIRINO POMICINO

Il saldo è positivo anche se si porta dietro alcuni macigni figli di una stagione confusa. Ci riferiamo al 25° anniversario della legge di Riforma sanitaria, la famosa legge 833 del '78, con la quale fu istituito il Servizio sanitario nazionale. Per oltre trent'anni la mutualità era stata lo strumento di assistenza sanitaria per crescenti quote di popolazione. Una mutualità nazionale e settoriale che con l'azione dei suoi vari enti pubblici e privati (l'Inam, l'Empals, l'Impdep oltre che le varie casse locali e categoriali) rese un grande servizio al Paese pur lasciando crescere, negli anni, alcune aree di inefficienza o alcune stravaganti, e per certi aspetti truffaldini, comportamenti. Nel suo famoso film "Il medico della mutua" Alberto Sordi denunciò uno di questi comportamenti legato al fatto che il medico di famiglia era diventato una sorta di "bigliettaio", nel senso che veniva pagato, come si usava dire, a notula e cioè più visite faceva più incassava.

I guasti, naturalmente, non tardarono ad arrivare. Si pensi anche a quella anomalia per cui l'Inam assisteva il cittadino per soli sei mesi in un anno per cui più grave era la malattia, minore era l'assistenza. Fu questo uno dei tanti motivi che attivò il processo riformatore perché negli anni '70, proprio grazie alla mutualità, il diritto della salute era diventato una richiesta forte nell'intero mondo del lavoro. Un diritto alla salute legato allo status di cittadino più che al ruolo di produttore di reddito. Ciò significò concettualmente il passaggio del finanziamento dell'assistenza sanitaria dalla contribuzione dei singoli alla fiscalità generale anche se i contributi sanitari, poi, verranno definitivamente eliminati solo alla fine degli anni '90.

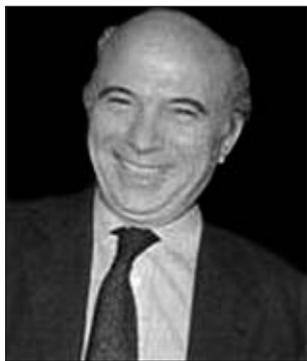
Diritto alla salute, prevenzione nei luoghi di lavoro e nei vari habitat cittadini, decentramento regionale della responsabilità di governo delle strutture sanitarie (le Regioni, come si sa, furono istituite nel 1970): furono queste alcune linee guida di una Riforma che alla fine degli anni '70 era ormai matura. Purtroppo nacque in un contesto politico confuso in cui in Parlamento c'era un Governo monocolore democristiano senza alcuna maggioranza dal 1976 al 1978 (gli anni di preparazione della Riforma) e poi dal marzo '78 con una maggioranza fin troppo ampia di cui la sinistra comunista ne era una forza condizionante. In tali condizioni legislative non mancarono scontri furibondi tra democristiani e comunisti all'interno della commissione Sanità della Camera di cui facevo parte. Ne ricordo uno che solo a parlarne oggi fa sorridere. I comunisti guidati da Rubes Triva (un ex sindaco comunista di Modena) sostennero a esempio che nei posti di pronto soccorso generali ci fossero anche letti per ammalati psichiatrici

acuti. Insieme a Bruno Orsini, primario psichiatra a Genova e democristiano di punta, una sera stavamo alzando le sedie e solo l'autorevolezza del presidente Maria Eletta Martini sedò la rissa.

Era il tempo della legge Basaglia che fu approvata nello stesso periodo e che scaricò il peso degli ammalati psichiatrici quasi esclusivamente sulle famiglie come denunciò, in ritardo, il compianto Antonello Trombadori. Era il vento del '68 che sbaragliò giustamente l'istituzione manicomiali ma non riuscì ad approntare strutture alternative. Questo quadro politico-culturale appesantì la Riforma spesso con dichiarazioni di principio senza che seguissero strumenti normativi specifici e strumenti finanziari adeguati. Tutto ciò finì per aggravare sempre più quel nodo della spesa sanitaria che per 25 anni è stato il tormento di tutti i ministri finanziari.

Molte iniziative furono fatte negli anni successivi per mettere sotto controllo una spesa che nasce dall'incontro medico-paziente e struttura-cittadino e quindi difficilmente controllabile da strumenti centralizzati o regionalizzati. Anche in questo settore dovevano essere inseriti i concetti di responsabilità individuale e di concorrenzialità tra le strutture, in particolare in quelle con regime di ricovero. Alla fine degli anni '80 nacquero così i ticket sulla spesa farmaceutica e sulle prestazioni ambulatoriali e la spesa complessiva ne risentì positivamente. Negli ultimi tre-quattro anni i disavanzi sono riesplosi sia per la sciagurata abolizione del ticket farmaceutico nel 2000 sia perché non si è mai voluto affrontare il tema dell'organizzazione ospedaliera, unica azienda italiana che non usa appieno i suoi fattori produttivi (medici e attrezzature), tutelata com'è da una finanza sostanzialmente derivata perché i bilanci degli ospedali vengono puntualmente ripianati. Se si considera che gli ospedali assorbono nel loro insieme il 50% della spesa sanitaria pubblica si capirà come ogni loro inefficienza o riduzione di produttività scarica sulle finanze pubbliche disavanzi crescenti che finiscono, a loro volta, per incidere negativamente sull'ammodernamento delle attrezzature e a cascata, sulla crescita professionale dei medici.

Oltre agli aspetti della finanza pubblica, infatti, le nuove acquisizioni scientifiche nella diagnostica e nella terapia impongono una gestione finanziaria capace di farsi carico di un continuo ammodernamento che non può vivere solo in alcune isole di eccellenza ma deve trasferirsi in tutte le strutture di ricovero e di cura. È questa, forse, l'eredità più pesante lasciata da una Riforma nata in un tempo politicamente confuso e culturalmente "eccitato" ma che, anche con i continui adeguamenti, ha rappresentato, comunque, un salto in avanti nell'assistenza sanitaria del nostro Paese. E i dati sull'invecchiamento della popolazione italiana sono lì a dimostrarlo. □



Paolo Cirino Pomicino

PROTAGONISTI DI IERI/2

Una Riforma

Anche la destra puntava a un ruolo prioritario del pubblico nella gestione della Sanità

DI PINO RAUTI

A distanza di tanti anni - e dopo trasformazioni più che profonde della società nazionale in un tempo in cui, davvero, per dirla con Steiner «ogni anno vale un secolo» - non è agevole rievocare cosa fosse esattamente il "problema Servizio sanitario" nel tempo in cui tanto accanitamente se ne discusse; e fu un dibattito che durò molti anni, prima, durante e dopo, subito dopo, l'istituzione di quella struttura.

Per la parte che mi toccò allora, quale avversario politico diretto, in commissione prima e in Aula poi, in quanto parlamentare ed esponente di rilievo del Movimento sociale, a me rimangono ancora adesso netti - e se mi si consente validi nella sostanza, al di là di tutto ciò che era indubbiamente legato alla forma, ovviamente transeunte - due punti di rilievo: il primo era rappresentato dal fatto gravissimo e "sintomatico" che la Riforma che portava al Servizio era stata impostata, discussa ed elaborata nelle sue articolazioni essenziali senza aver dato alla "controparte medica" il ruolo che invece io ritenevo che le spettasse.

Insistevi molto, in commissione, su questo aspetto della situazione e ricordo ancora oggi che all'inizio vi fu una certa sorpresa - notevole sorpresa, per l'esattezza - quando introdussi nel dibattito riferimenti storico-culturali che richiamavano il Maurras e il Tonnies e cioè i difensori dell'organicità della struttura sociale, con relativo "ruolo invalicabile" delle categorie; nel caso e appunto, quella che invece tutto l'estesissimo schieramento che puntava alla Riforma definitiva la "classe medica".

In effetti, i medici in genere erano considerati dei beneficiari della situazione esistente, i "pesci" che nuotavano benissimo, sempre più grossi e grassi, nell'acqua del mutualismo e delle strutture private. Mentre io, in essi come categoria, vedevo di più, e non soltanto potenzialmente e astrattamente; vedevo i ruoli della competenza, della socializzazione, dell'esperienza vissuta, di-



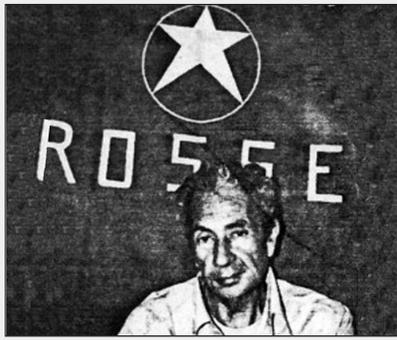
Pino Rauti



5 APRILE

Le Br rendono pubblico il comunicato n. 4 e una lettera di Moro dal "carcere" a Zaccagnini, rivolta anche a Piccoli, Cossiga, Fanfani, Andreotti, Gaspari, Galloni: «Assumetevi le responsabilità che sono individuali e collettive. Innanzitutto della Dc alla quale si rivolgono

accuse che riguardano tutti, ma che io sono chiamato a pagare... Date alla mia questione l'unica soluzione possibile, prospettando la liberazione di prigionieri da ambo le parti... Se altri non ha il coraggio di farlo, lo faccia la Dc...». E Moro ricorda al Pci che quel mattino a via Fani stava recandosi alla Camera per consacrare un Governo col loro appoggio



9 MAGGIO

Una telefonata anonima delle Br informa un amico della famiglia Moro che il corpo dello statista si trova in via Caetani, vicino piazza del Gesù sede della Dc e via delle Botteghe Oscure sede del Pci. La "condanna a morte" era stata annunciata quattro giorni prima con il comunicato numero 9



senza medici Svolta figlia del '68

PROTAGONISTI DI IERI/3

DI GIOVANNI BERLINGUER

ciamo così, sul terreno. C'era, intendo dire - e secondo me ne fanno fede e testo tutti i documenti di allora, specie quelli più di parte provenienti dalla sinistra di tutte le tinte e gradazioni - una sorta di prevenzione ideologica, dottrinarla, certamente culturale nei confronti dei medici in quanto tali, mentre si affidava con altrettanto "impeto" di idee e di impostazione dottrinarla alla classe dirigente politica la gestione monopolistica della Riforma stessa.

Correvano ancora gli anni nei quali imperava l'intera impostazione culturale di sinistra nei termini in cui essa vedeva lo Stato, il Parlamento, i partiti assumere il ben noto ruolo direttivo che altrove si diceva aveva fatto miracoli o quasi di fronte e di contro alla misera situazione nostrana. Solo qualche anno dopo, recandoci come commissione Sanità nell'Inghilterra che aveva istituito il Servizio sanitario nazionale, potemmo accertare in loco che in quell'Inghilterra che era stata esaltata dai nostri parlamentari di sinistra come punto di riferimento obbligato e gratificante, in realtà le cose erano state impostate in modo assai diverso, con una "presenza" partitica ridotta ai minimi termini, a una "gerarchizzazione" di nomine, funzioni e incarichi che proveniva dal Governo e si basava soprattutto - ecco il punto che tutti potemmo e dovemmo sottoporre - sul riferimento preciso e direi rispettoso delle indicazioni dei medici.

E poi, c'era la "minaccia" - tanto più grave, a mio avviso, data l'impostazione cui accennavo sopra - che in effetti l'intera gestione della Sanità pubblica finisse in quello che più volte ebbi a definire il meccanismo partitico o meglio ancora partitocratico; e cioè, in termini semplici, spartitorio.

Allora, la Sanità in Italia non era quel

"colosso" che è diventato adesso ma era pur sempre una struttura enorme che, tra utenti e addetti, coinvolgeva parte notevole - e sensibile - dell'opinione pubblica e di ogni articolazione sociale.

Se il regime dei partiti, sostenevo, se ne fosse impossessato completamente, senza remore né ostacoli né presenze "qualificate" di natura tecnico-professionale, ebbene quel "regime" ne avrebbe tratto alimento formidabile di crescita e di nuovo predominio. E ciò, secondo me, attraverso l'evidente manomissione delle nomine delle unità sanitarie locali.

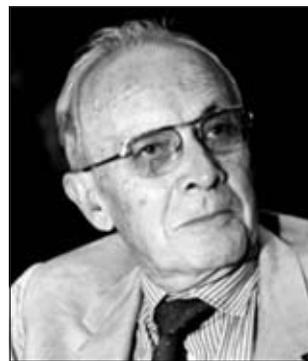
Passato tanto tempo, e cambiate tante e così importanti cose, è a quelle preoccupazioni e denunce che occorre sapersi riportare, se si vuole ripercorrere con esattezza documentaria anche il ruolo che in quell'occasione svolse la nostra opposizione, che venne portata avanti a lungo sia in commissione sia nel dibattito in Aula e dove intervenni più volte quale relatore di minoranza.

Contrariamente a quanto allora sostenne, con strumentale insistenza e accanimento, la sinistra, noi del Movimento sociale non eravamo affatto "arroccati" a difesa dell'egemonia del privato nella Sanità; volevamo anche noi che ci fosse un "ruolo prioritario", meglio, un livello prioritario al quale riuscire a elevare la gestione di un settore così complesso e importante; ma non era quella la strada imboccata sotto la sferza del più vorace partitismo lottizzatore, tanto desideroso di libero e autocratico potere proprio da avere emarginato e quasi del tutto ignorato il ruolo dei medici.

Sarebbe anche utile ripercorrere i documenti di allora per vedere se in quella occasione (indubbiamente qualificata e impegnativa) si riuscì ad anticipare in qualche modo anche quello che sarebbe stato il successivo sviluppo della Sanità nel suo compelsso, privata, pubblica o "mista" che ne fosse la gestione. E penso che anche in quella sede e sotto quella agevolazione si potrebbe andare a scoprire qualche sorpresa proprio sul nostro versante, su quello dove ebbi a svolgere il mio ruolo di oppositore. Con l'indicazione fra l'altro dell'inevitabile crescita della Sanità non solo per lo sviluppo delle richieste singole e per le nuove possibilità che offrivano la scienza, la chimica e la farmacoepia, ma perché si affacciavano anche esigenze nuove, che le generazioni precedenti non avevano neanche avuto modo di immaginare e connesse, tra l'altro e per esempio, al rapporto uomo-ambiente o sviluppo - che ebbi modo già allora di definire patologico - delle grandi aree metropolitane; quel trend metropoli-megalopolitane; quel trend metropoli-megalopolitane che già cominciava a evidenziarsi minacciosamente specie nel Terzo e nel Quarto mondo.

Insomma, si discusse molto; si decise in senso notevolmente sbagliato, ma furono avanzate analisi, vennero fornite indicazioni, si affrontarono nodi anche socio-culturali di enorme rilievo che conservano tuttora, se rivisti e rivisitati con intelligenza non faziosa o strumentale, una loro grande utilità. □

Il vero motore fu il popolo che in quegli anni diede una spinta decisiva nella battaglia per i diritti



Giovanni Berlinguer

Nonostante gli utopisti, che fin dalla liberazione proponevano di adottare in Italia il modello inglese del National health service per creare un'assistenza sanitaria per tutti, il percorso seguito in Italia (concordi tutti i partiti) fu ben diverso. Consistette nell'estendere il sistema mutualistico, con la sua rigidità centralistica e con le sue prestazioni diverse secondo le categorie, anche se negli anni Cinquanta furono presentati disegni di legge universalistici, che dormirono però nelle commissioni parlamentari.

Venne soltanto all'inizio degli anni Sessanta la prima proposta operativa di Servizio sanitario nazionale (Ssn); e venne da una fonte (la Cgil) insolita, perché fino allora tutti i sindacati e tutte le associazioni (come i coltivatori e gli artigiani) avevano teso soprattutto a mantenere la loro influenza diretta nei consigli d'amministrazione delle mutue. Fu Armando Roveri, consigliere dell'Inam in rappresentanza della Cgil, il primo a rompere la regola non scritta secondo cui i consiglieri delle mutue dovevano innanzitutto tutelare il proprio ente e il proprio ruolo (con relative prebende, che peraltro erano allora ben scarse). Egli sostenne lo scioglimento dell'Inam e delle altre mutue, in base all'idea che i lavoratori stessi sarebbero stati meglio tutelati da un servizio universale e che, in ogni modo, il Ssn sarebbe stato un'opera di modernità e di solidarietà utile a tutti. Lui e altri convinsero gli "uffici Sanità" del Pci, del Psi e singoli rappresentanti di altri partiti. Fu così che fu avviato l'iter parlamentare di varie proposte convergenti, che durò dieci anni e si concluse nel 1978.

Sarebbe però limitativo fare la storia della Riforma sanitaria solo guardando alle leggi e alle istituzioni. Non è, infatti, retorico affermare che il soggetto principale è stato in grande misura il popolo, insieme agli specialisti; e che l'oggetto fondamentale è stata la salute in sé, insieme alle cure e insieme alla dignità della persona e ai diritti del corpo e della mente. Se guardiamo, insieme alla storia legislativa, le cronache di quel che accadde nella società e nella cultura, vediamo che in quel decennio inquieto e tumultuoso (1968-1978) si svilupparono idee, movimenti, lotte ed esperienze assai differenziate fra loro, ma convergenti nel valorizzare libertà e diritti delle persone e nel chiedere allo Stato ben più delle mutue. Mi limito a ricordare alcuni movimenti.

Quelli che ebbero più partecipanti furono le lotte dei lavoratori contro il dilagare degli infortuni e contro rapporti di lavoro che calpestavano la loro dignità e mettevano in pericolo la loro incolumità. Lo slogan «la salute non si vende», che tendeva a sostituire i compensi per nocività con il risanamento degli ambienti di lavoro,

ebbe ampi consensi nella popolazione anche perché fece appello alla morale anziché alla sola moneta.

Le idee che suscitavano più passioni, con dissensi radicali o consensi entusiastici, furono quelle del rinnovamento psichiatrico (Basaglia e tanti altri). La liberazione dei malati (non sempre tali) dalla coazione dei manicomi, per aiutarli meglio, fu una bandiera che richiedeva sia una ristrutturazione dei servizi sanitari, sia una riforma del comune agire dei cittadini nei confronti del disagio mentale o fisico o sociale. Fra le leggi intercorse nel medesimo periodo, quella che ebbe più connessioni con la salute e la Sanità riguardò l'aborto. Sollecitata da richieste radicali e dalla disobbedienza civile, ebbe largo sostegno dalle donne, dai partiti laici, dalla società, e fu vinta nel segno dell'impegno pubblico a ridurre il danno attraverso l'assistenza e la prevenzione. Aggiungo infine (trascurando purtroppo altri movimenti) che tra le forze che agirono per la Riforma, rivendicando e al tempo stesso anticipando la legge, vi furono moltissimi Comuni e Province, le Regioni autonome (che all'epoca erano le sole esistenti), e molti Ordini dei medici che si coordinarono (con la guida di Lucio Rosaia) a sostegno della Riforma.

Fu per tutto ciò, e per il convergere della Dc e d'altri partiti (esclusi soltanto i liberali) che si giunse all'approvazione a larga maggioranza della legge, ma le difficoltà cominciarono subito. Ricordo di aver detto, nella dichiarazione di voto, che il maggior rischio stava nella contraddizione tra una legge promossa soprattutto dalla sinistra, e la prospettiva di un Governo guidato da forze recalcitranti ad applicarla. Nel successivo cambio di Governo le decisioni andarono ben oltre i miei giustificati timori: il ministero della Sanità fu affidato a Renato Altissimo, rappresentante del partito liberale, l'unico partito che aveva votato contro il Ssn. Molti dissero allora: si è dato il formaggio in custodia ai topi. Poi venne De Lorenzo.

Le difficoltà maggiori però si manifestarono con il mutamento del clima internazionale. Nello stesso anno la signora Thatcher vinse le elezioni in Inghilterra, e due anni dopo vinse negli Usa Ronald Reagan: due conservatori rivoluzionari, che insieme agli economisti della scuola neo-liberale avviarono la demolizione di molti diritti, anche nel campo della Sanità e del welfare. Nello stesso periodo, l'Organizzazione mondiale della Sanità fu indebolita e si accrebbe (nel campo della salute) l'influenza delle agenzie finanziarie e commerciali dell'Onu.

I risultati ottenuti (accrescimento delle disuguaglianze e selezione nell'accesso alle cure) sono sotto gli occhi di tutti. Ma meriterebbero un altro articolo, in riferimento al mondo e all'Italia. □



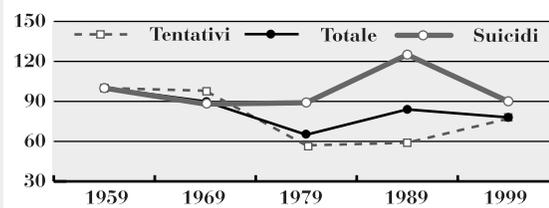


13 MAGGIO

È la data di approvazione della legge 180, la cosiddetta "legge Basaglia" con cui si è riformata l'assistenza psichiatrica ed è stata prevista l'abolizione dei manicomi. La 180 però rimase in vigore come tale poco più di 6 mesi: le sue norme essenziali, infatti furono inserite, con modificazioni, negli articoli 33, 34 e 35 della legge 833/1978, istitutiva del Ssn

SUICIDI E TENTATIVI DI SUICIDIO

Numeri indice: base 1959 = 100



Fonte: elab. Sims su dati Istat e archivio "La Rivista Medica Italiana"

Per quanto riguarda i suicidi i maschi hanno sempre sovrastato le donne in un campo di variazione compreso tra il 65,62% del 1989 e il 75,24% del 1999

IO SONO A FAVORE

Il coraggio dell'equità, primo bene da salvare

Il 123 dicembre si celebra il 25° anniversario del Ssn, una iniziativa coraggiosa in un anno terribile per la vita democratica del Paese, che ha contribuito a cambiare la vita materiale degli italiani e il loro modo di percepire e affrontare i rischi di malattia.

I suoi principi fondamentali di universalismo, globalità di copertura e finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale hanno esteso, rafforzato e reso più equi i diritti sociali degli italiani, svincolandoli dal tipo di occupazione cui li aveva legati il sistema mutualistico. Questi principi erano già presenti in un documento del Comitato di liberazione nazionale del Veneto del 15 settembre 1945, elaborato dal professor Augusto Giovanardi, che individua e motiva la duplice necessità di superare la mutualità per sviluppare un sistema di sicurezza sociale e di finanziare il nuovo sistema attraverso la finalità generale.

Nel corso degli anni, l'organizzazione del Ssn ha subito molti aggiustamenti e tre grandi riforme che non hanno però modificato i principi fondamentali tranne, in parte, la Riforma De Lorenzo, suscitando l'intervento correttivo della Riforma Garavaglia, mentre la Riforma Bindi li ha invece orgogliosamente riattualizzati. Le indagini di opinione dimostrano che gli italiani condividono i principi fondamentali del Ssn, anche se sono solo in parte soddisfatti del suo funzionamento. Non sono però mancate proposte di cambiamento come quella avanzata da Confindustria per un siste-

ma di assicurazione sociale "all'olandese" o gli accenni del Governo in un recente documento di programmazione economica e finanziaria a un ritorno alle mutue. Su tutto, la prospettiva di un federalismo politico e fiscale che dovrebbe investire primariamente la Sanità. Non si tratta quindi semplicemente di celebrare una data, ma di chiedersi se la fedeltà a questi principi sia una dimostrazione di conservatorismo politico e di inerzia burocratica, o se invece i principi fondamentali del Ssn possano ancora definirsi attuali, sia come valori morali sia come strumenti operativi per finanziare e organizzare un sistema sanitario. L'esperienza diretta di questi anni e i confronti internazionali suggeriscono una risposta inequivocabilmente affermativa a entrambi i quesiti.

Gli argomenti che sostengono questa affermazione originano dal riconoscimento che lo scopo comune di tutti i sistemi sanitari è di combinare qualità, equità e costi, ovvero, più prosaicamente, di assicurare a coloro che ne hanno bisogno servizi sanitari di qualità accettabile senza sbancare le casse dello Stato. L'esperienza e i confronti internazionali dimostrano che se è relativamente facile realizzare una qualsiasi combinazione di due di questi elementi a danno del terzo, nessun sistema è in grado di combinarli tutti e tre contemporaneamente, ottenendo il massimo di ciascuno. Tuttavia, sistemi sanitari universalistici, finanziati attraverso la tassazione generale e basati su principi solidaristici si avvicina-

nano più di qualsiasi altro all'ottimo ideale, in quanto sono efficienti ed equi nella contribuzione, più efficaci nel controllo dei costi complessivi, più idonei a far fronte alla concentrazione di larga parte della spesa in una piccola frazione di assistiti, senza ricorrere a meccanismi di selezione.

La consapevolezza di questi argomenti, non disgiunta da una certa dose di opportunismo politico ha portato a fantasticare sulla possibilità di sviluppare un sistema assicurativo da affiancare al Ssn, per attrarre, si dice, risorse private. Il modello è semplice: tutti dovrebbero avere una qualche copertura, ma parte dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere qualificata come un extra e limitata dal prezzo. Un'idea così sem-

Attenti alle private chimere

plice da essere stata adottata dai vent'anni dalle pensioni dell'Adriatico a conduzione familiare: vitto e alloggio sono a forfait; se vuoi il vino, lo paghi a parte, altrimenti soddisfatti la sete bevendo acqua. Ma i sistemi sanitari sono più complessi di una vacanza al mare. L'assistenza sanitaria non può essere divisa in modo netto in un nucleo di servizi essenziali per soddisfare le esigenze elementari e una parte periferica di varie ed eventuali, da lasciare alle preferenze e al portafoglio di ciascuno.

Il punto è, ovviamente, quali servizi possano essere ragionevolmente messi fra gli extra e se sia possibile pensare che un imprenditore assennato possa impegnarsi in un simile mercato, senza contare, a priori, su robusti sussidi statali. Nessun Paese è stato finora in grado di risolvere questa equazione, malgrado siano state spese somme esorbitanti di denaro pubblico per "incentivare" (cioè, cofinanziare) la spesa privata per soddisfare le preferenze delle classi più abbienti. Soprattutto: è accettabile a esempio che si usino risorse pubbliche per finanziare la spesa privata di coloro che, desiderando ridurre i propri tempi di attesa, ricorrono a un intervento a pagamento? Idealmente, tutti preferiamo pensare che i tempi di attesa per un intervento chirurgico siano dettati dalle condizioni cliniche oggettive di ciascuno. In pratica, il sistema che ci viene proposto prevede che i tempi di attesa siano determinati dalle preferenze personali e dalla capacità di pagare. Un sistema simile è in patente contraddizione con i principi fondamentali del Ssn, con la logica dell'economia e con il buon senso comune.

Il risultato sarebbe che quanto più denaro uno possiede, tanto più elevata è la sua probabilità di ricevere una diagnosi e un trattamento tempestivi; un marketing aggressivo indirizzato a segmenti specifici di mercato, che riprodurrebbe, moltiplicandola, l'inequità e inefficiente frammentazione del sistema operata dagli enti mutualistici, che il Ssn ha per-

messo di superare. Soprattutto, metterebbe il cartellino del prezzo su ciascuna prestazione, introducendo in modo brutalmente esplicito un razionamento dell'accesso ai servizi sanitari sulla base del prezzo.

L'istituzione del Ssn è stata una scelta coraggiosa operata in circostanze eccezionali da persone capaci di vedere lontano. Il passo successivo, venticinque anni dopo, appare non meno coraggioso e impegnativo. Innanzitutto, dovremmo smettere di escogitare strumenti per trasferire spesa dalla componente pubblica a quella privata o viceversa, per preoccuparci di più della spesa totale e del suo "valore". In primo luogo, perché tutta la spesa sanitaria è sempre pagata dagli stessi cittadini, e in secondo luogo perché questa è la quantità che interessa effettivamente l'economia del Paese. Il vero problema è se sia più efficiente e più equo finanziare i sistemi sanitari con risorse pubbliche o private. Non c'è alcuna evidenza che ridurre la spesa pubblica o ridurre i servizi per aumentare la spesa privata produca un'assistenza migliore o meno costosa, mentre è acquisito che la componente privata della spesa cresce più rapidamente di quella pubblica. Sarebbe quindi utile, per la sostenibilità economica e sociale del Ssn, abbandonare la caccia alle chimere e cominciare ad affrontare i problemi concreti, anche in previsione del federalismo politico e fiscale, che probabilmente aggraverà e certamente renderà più manifesti i gravi problemi in cui il Ssn versa in numerose Regioni italiane. □

Ringraziamenti

Un giornale è sempre opera collettiva, tanto più è opera di quanti stanno dietro le quinte senza il "dono" della firma. Per questo si ringraziano tutta la redazione di Sanità, Cinzia e Flaviano, grafici pazienti, l'intera area della preparazione, i silenziosi correttori di bozze. E un grazie di cuore a tutti gli Autori degli interventi che ci hanno risposto con entusiasmo.

IO SONO CONTRO

Ora lo Stato faccia un passo indietro

Poiché la storia non si scrive con i "se", nessuno può immaginare come sarebbe oggi l'assistenza sanitaria qualora a erogarla fossero ancora le vecchie mutue, condannate a morte dalla legge 833/1978, benché garantissero una copertura alla quasi totalità degli italiani. Del Servizio sanitario nazionale - che compie un quarto di secolo dalla fondazione - si può dire quanto si diceva nel Medio Evo del Sacro Romano Impero: che non era più romano, neppure sacro, tanto meno impero. Il Servizio sanitario non è mai stato nazionale e non ha nemmeno saputo garantire prestazioni uniformi in tutto il territorio, tali da onorare un diritto fondamentale (alla salute) spettante nella stessa misura a ogni italiano. Nel Paese dei tanti divari anche la Sanità non è uguale per tutti. E non è colpa del federalismo e della riforma del titolo V della Carta costituzionale. Il Servizio sanitario è arrivato a questo appuntamento (ammesso e non concesso che si tratti di un processo serio e non di un'occasione di propaganda in più) disarticolato in partenze, già organizzato, nelle diverse Regioni, secondo modelli antitetici, incompleti e, a volte, intrinsecamen-

te incoerenti. Uno studioso "al di sopra di ogni sospetto" come Vittorio Mapelli si è preso la briga di enucleare i tre principali tipi di sistemi sanitari regionali: a) il modello burocratico, diffuso nelle Regioni più in difficoltà (in generale nel Sud), che non riuscendo a guidare il sistema, pretendono di governarlo con strumenti coercitivi, al dunque inutili e disattesi; b) il modello della concertazione e della programmazione negoziata (Regioni del Nord-Est e alcune del Centro); c) il modello delle regole (in Lombardia), teso ad aprire il mercato sanitario al maggior numero di concorrenti privati, per favorire la libera scelta dei consumatori. Ognuno di questi modelli presenta notevoli limiti.

Come se non bastasse, il Ssn è strutturalmente sottofinanziato ed esposto ai deficit, tanto da pregiudicare e condizionare l'intera operazione dell'avvio del federalismo, poiché le Regioni non accetteranno mai di "fare da sé" fino a quando sarà a rischio di insostenibilità un settore delicato che assorbe la maggior parte delle risorse disponibili.

Gli italiani, inoltre, impiegano

complessivamente nella Sanità più o meno quanto gli altri Paesi europei. Solo che negli ultimi anni è aumentata la spesa privata. Il che non è la conseguenza di una politica di tagli neoliberalisti (che si possono vedere - nel barcamenarsi dei vari Governi - unicamente con gli occhi dell'ideologia) quanto piuttosto dell'inefficienza del sistema pubblico, se è vero che la parte preponderante delle risorse che le famiglie destinano direttamente alla Sanità si rivolge a servizi e prestazioni già assicurate dal sistema pubblico. Per di più, nel provvedere ai propri bisogni, il cittadino è lasciato solo. In Italia hanno una dimensione elitaria i fondi sanitari integrativi (cominciano - si veda l'intesa dei chimici - a far capolino nella contrattazione collettiva) e sono poco sviluppate persino le polizze individuali. La spiegazione di questi handicap non sta solo nell'attesa di una regolamentazione definita (un obiettivo che da un decennio rimbalza inevaso). Esiste una questione ancor più cruciale dalla quale dipende la possibilità di rimettere in equilibrio un modello di assistenza sanitaria sottoposto al-

le sfide inesorabili dell'invecchiamento della popolazione. È indispensabile abbandonare un universalismo di facciata ("tutti i cittadini hanno diritto a tutti i servizi"), in verità mai realizzato e adottare (come scrisse anni or sono Maurizio Ferrera) una delle sole tre alternative possibili: a) quella dell'universalismo compatibile per cui "tutti i cittadini hanno diritto a un numero limitato di servizi"; b) quella della tutela piena per gli indigenti e i settori più svantaggiati, per cui "un numero limitato di cittadini ha diritto a tutti i servizi"; c) quella dello zoccolo minimo garantito e circoscritto, per cui "un numero delimitato di cittadini ha diritto a un numero delimitato di prestazioni". In sostanza, lo Stato deve fare un passo indietro e ritirarsi sugli spalti delle prestazioni essenziali (magari assicurando un "pacchetto" più ampio ai settori critici), lasciando maggior spazio all'autotutela individuale e collettiva, purché non sia ripetitiva per quanto riguarda la spesa. È urgente, dunque, una nuova *actio finium regundorum* tra pubblico e privato, in una logica di integrazione positiva nella quale ogni comparto assuma il ruolo e svolga i compiti che gli sono affidati. □

DI GIULIANO CAZZOLA

“Dovrà migliorare la qualità della vita”

(tratto da “il Popolo” del 22 dicembre 1978)

Il segretario della Dc on. Zaccagnini ha dichiarato: «L'approvazione della Riforma sanitaria, che la Camera dei deputati ha reso definitiva a larga maggioranza, è un fatto politico di grande rilievo perché si tratta di una Riforma lungamente attesa nel nostro Paese, e della cui importanza sociale ci renderemo tutti conto quando le Regioni - entro il 1979, come la legge prevede - la renderanno applicabile».

«Molte delle gravi deficienze del

sistema sanitario, che anche recentemente abbiamo riscontrato, sono infatti imputabili a un'organizzazione dei servizi ormai superata, al poco spazio che in essi ha la prevenzione, a un rapporto tra operatori sanitari e utenti dei servizi che non risponde più alle accresciute esigenze dei cittadini. La Dc, che ha collaborato da molti anni ad alimentare il dibattito culturale da cui è nata l'elaborazione legislativa, che ha visto determinanti nella reda-

zione della Riforma, nella passata e recente legislatura, il partito, i suoi parlamentari e i ministri che alla Sanità si sono susseguiti, è impegnata ora alla gestione della Riforma, sia nella fase della legislazione regionale che nella concreta attuazione, perché davvero la legge che oggi è definitivamente approvata, sia lo strumento politico-amministrativo utile a migliorare la qualità della vita di ciascun cittadino italiano». □



L'AMARCORD DI UN TESTIMONE PRIVILEGIATO

Così Pertini superò i dubbi

DI SERGIO PADERNI *

Tra bilanci d'emergenza e prestiti europei dietro le quinte della Riforma e della sua controriforma

Montanelli ci ha insegnato che il racconto della storia si alimenta non solo degli eventi principali, ma anche di più modesti episodi di contorno. Sono questi ultimi a fornire, spesso, chiavi inedite di lettura, che arricchiscono il senso delle vicende principali.

Prendiamo a esempio l'evento di cui celebriamo in questi giorni il 25° anniversario: l'approvazione della legge 833/1978 che ha dato inizio alla Riforma sanitaria. Quanti sanno che la legge ha rischiato di non essere controfirmata dal presidente Pertini? I fatti sono andati così.

Alla vigilia dell'approvazione della legge, il Quirinale ha fatto sapere che il presidente Pertini non avrebbe firmato il provvedimento se non fosse stata indicata la spesa sanitaria da sostenere. A settembre di quel

1978, gli uffici del ministero della Sanità hanno comunicato, a un costernato ministro Anselmi che non erano in grado di provvedere alla determinazione di tale spesa, pur essendone stati incaricati da una legge del giugno precedente. A quel tempo lavoravo presso il ministero come funzionario regionale incaricato di cooperare allo scioglimento delle mutue ed ero, nel contempo, assistente tecnico del ministro, assieme all'onorevole Carra, per le questioni politiche relative alla Riforma sanitaria. Mi sono ritrovato così, da un momento all'altro, la patata bollente di effettuare, in 60 giorni, il primo “consolidato della spesa sanitaria italiana”, mai effettuato in precedenza.

Con misure straordinarie di ogni tipo, l'operazione è stata pressoché terminata in soli 58 giorni. Al tirar delle somme mancavano, però, all'appello i dati di molti Comuni ed enti sanitari della fascia bianca democristiana della Campania e quelli del Comune di Torino, retto all'epoca dal comunista Novelli.

Non sapendo che altro inventare, con la forza della disperazione mi sono rivolto, allora, per la Campania al senatore Gava e per Torino al responsabile della Sanità del Pci, Sergio Scarpa. Ascoltata in silenzio la mia perorazione, il senatore Gava ha assentito con un piccolo cenno del capo e ha pronunciato tre sole parole: «Avrà quei dati». A Scarpa ho prospettato, invece, lo scandalo di far sapere al Paese che la Riforma sanitaria non poteva essere approvata per colpa di un sindaco comunista. Non so cosa sia accaduto, ma 48 ore dopo tutte le schede mancanti erano pervenute.

È stato così che la notte della vigilia di Natale del 1978, in uno stanzone del centro meccanografico dell'Inam, requisito per l'occasione, uno stremato Di Carlo della ragioneria

generale dello Stato e il vostro cronista odierno hanno potuto effettuare l'ultima somma e concludere, appena in tempo, il consolidato della spesa sanitaria. Quei calcoli - da cui nacque, poi, l'“operazione verità”, che impegnò per due anni le Regioni a correggere errori, imprecisioni e omissioni dovuti alla fretta della rilevazione - permisero, tuttavia, al Quirinale di controfirmare con serenità la legge 833.

Ancora una vigilia e ancora un “inedito” a notte fonda. Ultimo Consiglio dei ministri del 1979. All'ordine del giorno, tra l'altro, l'avvio del Servizio sanitario nazionale, secon-

do le indicazioni della legge 833.

Divenuto nel frattempo direttore generale della Programmazione sanitaria, ho accompagnato il ministro della Sanità, il liberale Altissimo, a Palazzo Chigi. A sera inoltrata un commesso mi consegna un messaggio del ministro. «Caro Sergio, qui sta scoppiando un “casino”. Appena posso esco a informarti».

A mezzanotte passata un secondo biglietto: «C'è una generale richiesta di far slittare la legge all'81. L'unico a sostenerla, oltre a me, è Cossiga!!!». Il commesso mi avverte che il ministro attende un mio commento. Su un foglietto rimediato in tutta fretta lo esorto: «Ministro, tieni duro». Il ministro l'ha fatto e così il Ssn è entrato regolarmente in funzione alla data prevista del 1° gennaio 1980.

Rileggendo i due biglietti in questo clima di “amarcord”, non posso fare a meno di sorridere, pensando che è stato un ministro liberale, dell'unico partito, cioè, che aveva votato contro la legge 833, a garantirne il puntuale adempimento al 1° gennaio 1980, contro il parere degli altri ministri, che erano espressione dei partiti che la 833 avevano voluto e approvato.

Che le preoccupazioni del Pli sui paventati effetti deleteri dell'applicazione della legge non fossero del tutto infondate si è rivelato esatto di lì a pochi anni. Nel 1983, discutendo in commissione Sanità al Senato il disavanzo delle Usl e le disfunzioni prodotte da gestioni politiche clientelari e disennate, sono stato destinatario di altri bigliettini, che rivelavano lo stato d'animo di parlamentari autorevoli che alla Riforma sanitaria della legge 833 avevano fortemente creduto.

Con il primo, il senatore Merzario, comunista, mi scriveva: «Come “superstite” relatore della 833 mi vado a tuffare in Arno. Tu, come “programmatore”, mi segui nell'estremo sacrificio?».

E il senatore Ciacci, di ricalzo, col secondo biglietto: «Io propongo la soppressione delle Regioni. Addì 24 febbraio 1982, Anno III del piano sanitario nazionale».

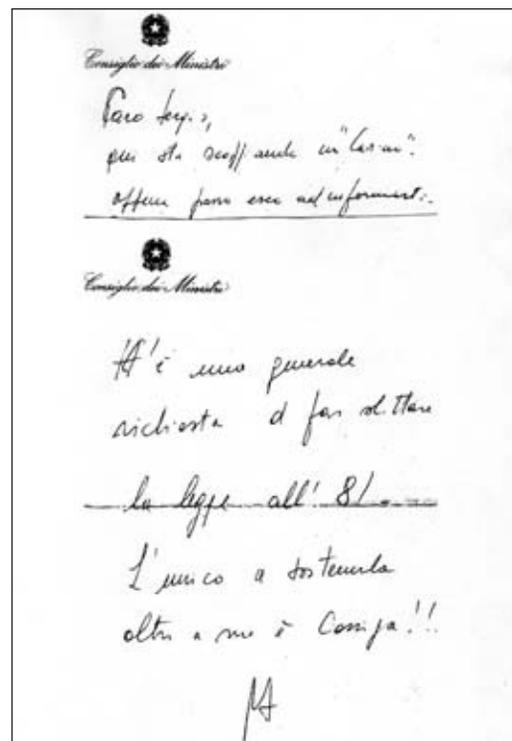
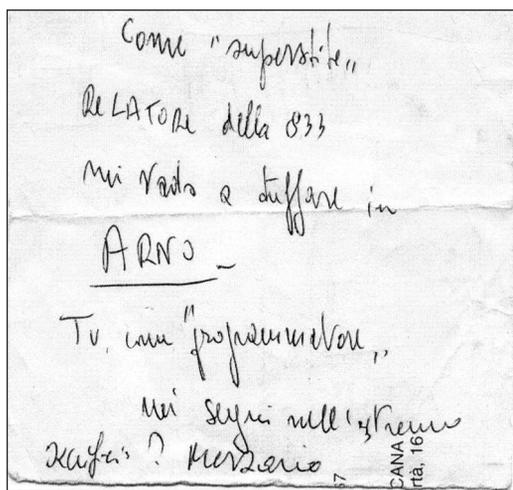
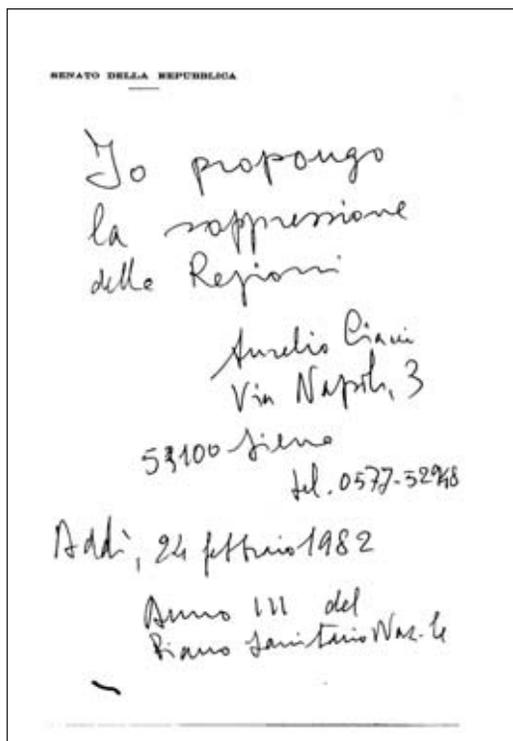
Per fortuna le cose sono andate diversamente e qualche anno dopo è stato possibile ridisciplinare tutta la materia con la Riforma strutturale del 1992. L'“amarcord” mi impone di celebrare l'impegno del ministro Donat-Cattin, che per primo ha gettato le basi del cambiamento, e di De Lorenzo, che quel cambiamento ha completato con il Dlgs 502/1992. Accanto a loro, però, sono da ricordare altri due protagonisti, sconosciuti ai più e poco citati nelle cronache del Ssn: il presidente Giuliano Amato e i partner internazionali delle istituzioni comunitarie che ci hanno concesso il prestito ingente con il quale l'Italia si è salvata dalla bancarotta, dopo la svalutazione della lira e l'uscita dal sistema monetario europeo.

La concessione del prestito è stata condizionata all'effettuazione, in tempi rapidissimi, di quattro riforme strutturali nei settori giudicati causa del dissesto economico: la Sanità, la previdenza, il pubblico impiego e la finanza locale.

Ecco la genesi della legge delega, chiesta e ottenuta dal presidente Amato in Parlamento, da cui sono nate le riforme, tra le quali quella sanitaria del 1992, che ha corretto alcune distorsioni della legge 833.

Come diceva Montanelli, questi ignorati eventi di contorno danno colore e calore alle vicende principali, costituite nel nostro caso dal cammino, difficoltoso ma meritorio, del sistema di tutela della salute, che in Italia si dipana dalla legge 833 sino ai giorni nostri. □

*Ex direttore generale della Programmazione sanitaria



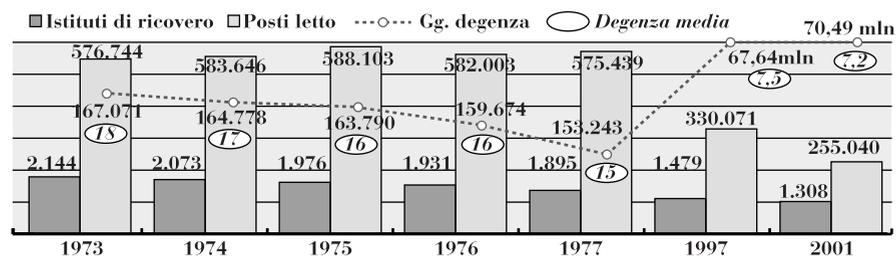
Gli originali dei messaggi del ministro della Sanità Altissimo e dei senatori Ciaccio e Merzario, citati da Paderni nel suo articolo

E quella volta, a tarda sera, un ministro liberale si ritrovò a sostenere il Ssn «da solo con Cossiga»



LA RIVOLUZIONE DEI RICOVERI

Dati complessivi per ospedali pubblici e convenzionati/accreditati



I ricoveri post-riforma hanno subito un cambiamento radicale. Il numero di giornate di degenza risente tuttavia della razionalizzazione, ma anche di una rilevanza più accurata dei dati

Dal medico della mutua a oggi i progressi sono stati enormi e indiscutibili

DI MICHELE OLIVETTI *

Il tempo, di necessità, affida alla memoria storica gli eventi che caratterizzarono un periodo pregresso della vita di una comunità.

Oggi sono già molti coloro i quali non hanno vissuto il serrato dibattito che ha preceduto, promosso, e poi reso possibile la Riforma sanitaria, che nel nostro Paese sta per celebrare i primi venticinque anni di attività: quell'evento è diventato storia della nostra società.

Tra coloro che per l'età sono stati testimoni partecipi di quell'avvenimento, mi trovo a recuperare le emozioni di quegli anni per rispondere a quanti, più giovani di noi, si interrogano sul come venne vissuta quella storica innovazione.

Dopo quasi un ventennio di serrate discussioni e confronti - non scevri da momenti di scontro e di tensione - dopo una laboriosa e sofferta elaborazione ideologica per approdare a principi di valore universale e di indiscussa condivisione, i molti che concorsero a costruire in un'ampia maggioranza la volontà di realizzare una Riforma sanitaria pubblica di grande valore - ed io stesso con loro - vissero quell'evento come un vero momento storico di crescita civile del nostro Paese.

Una crescita civile che insieme doveva significare una promozione sociale per tutti i cittadini e una promozione professionale per i medici e gli operatori sanitari.

Da un lato l'acquisizione di un sistema sanitario che realizzasse i dettami costituzionali sulla tutela della salute quale diritto dell'individuo e interesse della collettività e, dall'altro, l'avvio di un processo di qualificazione, di responsabilizzazione e di coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari per promuovere una medicina di qualità fondata su principi di universalità, equità e umanità.

Personalmente, come medico di base,

ritenni allora finalmente giunto il momento per concretizzare la trasformazione del medico della mutua nel medico della persona e della famiglia. Su questo percorso sono stati fortunatamente realizzati grandi e indiscutibili progressi.

Il sindacato più rappresentativo dei medici operanti a convenzione nel territorio aveva da sempre sostenuto e promosso una politica sanitaria che approdasse a una riforma compiuta del settore.

I suoi rappresentanti vissero con grande emozione e accolsero con giustificato e scontato entusiasmo l'approvazione della legge 833 del 23 dicembre 1978.

In essa si identificava la felice conclusione di un lungo sofferto percorso di crescita civile e culturale a cui si era dato un convinto e costante appoggio e da essa si sperava di poter promuovere la realizzazione dei più qualificanti obiettivi per la medicina generale. Grande soddisfazione, quindi, a fianco di grandi attese.

La allora Fimm - Federazione Italiana Medici Mutualistici - adeguò immediatamente il proprio statuto rifondandosi come Fimmg: Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, sindacato dei medici di famiglia.

Anche questo aspetto formale testimonia oggi il clima di un momento felice, vissuto con intensa partecipazione.

Dopo venticinque anni non mancano certo fondate ragioni di conforto, sia per le trasformazioni realizzate sia per la crescita registrata.

Oggi però, purtroppo il compiacimento per essere stati partecipi convinti e attivi di una simile entusiasmante esperienza deve confrontarsi con l'esasperato e ricorrente tentativo da parte di non trascurabili forze di opinione e di potere le quali, anziché tentare di confermare un servizio sanitario pubblico correggendone le carenze, eliminandone le inadeguatezze, perseguendo gli sprechi e qualificandone le prestazioni, si sforzano di smantellarlo per corrispondere a interessi che rischiano di compromettere per ciascuno di noi la garanzia di un'assistenza sanitaria equa, universale e uguale per tutti.

Una ragione per guardare al futuro con il rinnovato impegno di difendere una conquista a rischio di vanificazione e a far ciò con l'entusiasmo con cui ne perseguimmo l'acquisizione. □

* Segreteria nazionale, Federazione italiana medici di medicina generale, 1978

Nessuna nostalgia ma una speranza: che il legislatore non utilizzi più la bandiera politica

CIMO-ASMD *

È passato un quarto di secolo dall'emanazione della legge istitutiva del Ssn (legge 833/1978) e ciò consente un giudizio sufficientemente motivato, maturo e approfondito su significati e risultati del provvedimento.

La legge, che si ispirava acriticamente all'esperienza del servizio sanitario pubblico inglese, era stata dichiaratamente voluta dalle forze politiche che dirigevano il Paese: per unificare (nelle Usl) la gestione del "sistema-salute", per eliminare i "carrozzi mutualistici", per disciplinare e governare la spesa sanitaria, per garantire universalità di accesso ai servizi sanitari e uniformità di prestazioni sul territorio nazionale.

Legge fortemente ideologica, ricca di principi e utopie ma povera di strumenti attuativi e di realismo economico, ha favorito una serie di effetti indesiderati e/o degenerazioni, proprio per l'inadeguatezza del suo assetto istituzionale, organizzativo e gestionale. E cioè: la politicizzazione e burocratizzazione della gestione sanitaria; la centralizzazione dell'organizzazione sanitaria; il sottofinanziamento del sistema e l'accumulo dei deficit di gestione, ripianati poi dallo Stato; la mortificazione del ruolo delle Regioni in materia sanitaria e delle competenze del personale tecnico delle Usl (specie dei medici) a proposito della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari; l'enfasi sull'assistenza sanitaria territoriale e sulla profilassi a fronte della sottostima delle necessità degli ospedali (loro adeguamento tecnologico, strutturale e organizzativo sia ai fini di profilassi e diagnosi, che terapeutico-riabilitativi).

Come la Cimo aveva a suo tempo ampiamente previsto, quasi tutti gli obiettivi della legge 833 non sono stati centrati e oggi fanno sorridere alcune velleità di allora: il monopolio pubblico della tutela della salute; l'illusione di poter dare "tutto a tutti" e gratuitamente; l'arroganza della politica in materia di gestione; la lottizzazione e gli sprechi in quelle "cittadelle della politica" che erano le assemblee delle Usl e i

loro comitati di gestione; la diffusa irresponsabilità nella gestione politica delle risorse e della corretta amministrazione della cosa pubblica, senza preoccuparsi mai di coordinare gli interventi degli erogatori delle prestazioni sanitarie e di armonizzare assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale, insomma di far "quadrare" i conti e la qualità del servizio.

Anche gli interventi riformatori successivi (Dlgs 502/1992; Dlgs 229/1999) non hanno saputo correggere adeguatamente le storture del sistema sanitario, e così dal centralismo burocratico si è passati alla gestione regionale scapigliata tipo "fai da te", dall'assemblearismo delle vecchie Usl alla gestione monocratica delle attuali Asl, dalla lassità del piè di lista alla ossessione economicistica e contabile, dalla mortificazione dei medici dipendenti al loro appiattimento-annegamento nel ruolo indistinto della "dirigenza sanitaria", ma svuotata delle prerogative dirigenziali vere.

Sono tuttavia rimasti costanti: la confusione tra gestione e politica nell'amministrazione del bene-salute; la mortificazione del ruolo e delle competenze del personale tecnico di settore; il misconoscimento dei meriti degli operatori della salute; la sottostima delle risorse necessarie per finanziare correttamente il Ssn; il bisticcio e la sovrapposizione fra le funzioni proprie dei tre livelli di gestione della salute: centrale, regionale, locale; il mancato coinvolgimento-compartecipazione degli utenti dei servizi sanitari pubblici ai costi delle prestazioni sanitarie godute, fatti salvi naturalmente gli indigenti e gli affetti da patologie cronico-invalidenti ecc.

La Cimo-Asmd non festeggia quindi i 25 anni (ma ne dimostra di più) della legge 833 con nostalgico e retorico "amarcord", consapevole come è che l'impostazione di tale legge rappresenta, oggi, piuttosto un ostacolo rispetto alla modernizzazione e gestione qualificata dell'assistenza sanitaria pubblica; alla migliore integrazione pubblico-privato, ospedale-territorio e Ssn-Università; alla sostenibilità della spesa per la salute; alla valorizzazione delle competenze e dei meriti degli operatori sanitari; all'equilibrata distribuzione delle competenze sanitarie tra Stato, Regioni e autonomie locali, a maggior ragione dopo le modifiche costituzionali all'assetto degli organi statuali.

Più in generale, auspichiamo che per l'avvenire il legislatore non voglia più emanare provvedimenti di pura "bandiera politica", come fece il Governo di solidarietà nazionale, perché, diversamente, ogni riforma rimarrà inattuata, facendo a pugni con i dati socio-economici della realtà con cui viene a scontrarsi. □

* Presidenza 1978



Quando noi farmacisti gridammo "evviva" per l'universalità

DI GIACOMO LEOPARDI *

Credo che poche categorie abbiano accolto con sincero e incondizionato favore dei farmacisti la "rivoluzione" rappresentata dalla Riforma sanitaria del 1978.

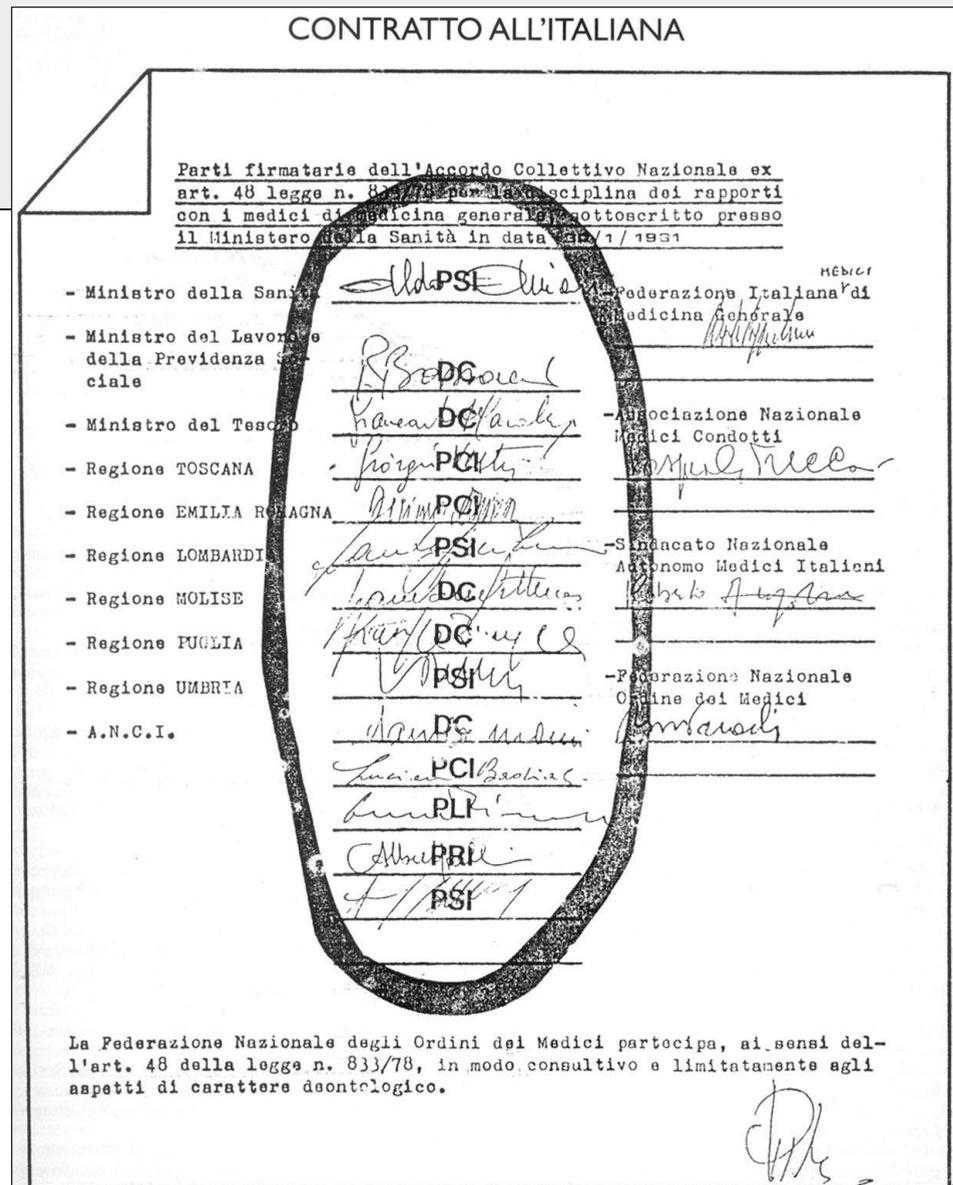
A spiegare un'adesione tanto convinta ed entusiasta - che vide le farmacie italiane in prima fila, a esempio, nel spiegare ai cittadini cosa cambiava in materia di assistenza, distribuendo milioni di opuscoli per farli familiarizzare con sigle astruse come Saub e Usl - interveniva il "combinato disposto" di due diverse e potenti ragioni.

La prima è di natura socio-culturale: i farmacisti, abituati da sempre a un rapporto fondato su base fiduciaria e quindi

molto forte, con gli assistiti, e per questo perfettamente consapevoli dei loro bisogni di assistenza, non potevano che vedere con favore un'evoluzione del sistema sanitario che "aprisse" a tutti, in nome di condivisibili e condivisi principi di equità e solidarietà, l'accesso ai servizi e alle prestazioni.

Piaceva molto, insomma, l'idea che lo Stato, in accordo con il dettato costituzionale, individuasse nella salute - materia fin lì assai trascurata - uno dei suoi primi e principali terreni di intervento e di tutela. Eravamo convinti che da questa nuova "centralità" del valore salute avrebbe finito per discendere anche una più adeguata considerazione del ruolo delle professioni sanitarie e quindi anche dei farmaci-

La stampa medica pubblicò la fotocopia dell'originale contenente le firme che davano vita al rinnovo della convenzione del 1981 per la medicina generale, che qui si riporta, quale documento molto eloquente di come la parte pubblica intendeva intrattenere i rapporti con la categoria medica, fotocopia che fu distribuita in tutta Italia ai pazienti durante le visite mediche in ambulatorio e a domicilio



La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici partecipa, ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78, in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico.

QUANTO VALGONO QUESTE FIRME?

GOVERNO, REGIONI, COMUNI SI SONO RIMANGIATE QUESTE FIRME DOPO POCHI GIORNI DALLA CONCLUSIONE DELL'ACCORDO ECCO PERCHÉ SIETE COSTRETTI A PAGARE LE VISITE AL VOSTRO MEDICO

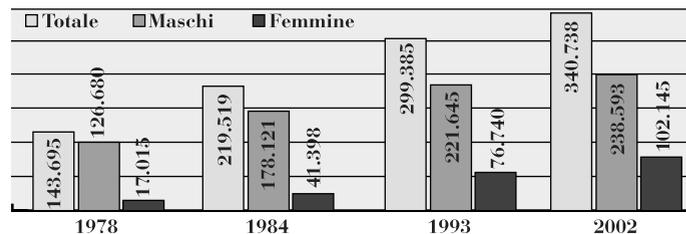
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.)

XXXI°
 congresso
 Fimmg

- Siglata la prima convenzione con il Ssn 31/12/80 e firmata il 31/1/81 - Apportate sostanziali innovazioni normative e un'equa rivalutazione economica.
- I tagli della spesa pubblica minacciano di travolgere il Ssn non ancora decollato a 3 anni dalla promulgazione della legge 833/1978.
- Dopo massicce, ripetute, prolungate azioni il 5 agosto 1981 il presidente della Repubblica Pertini firma il Dpr attuativo della convenzione ricontrattata e firmata 3 volte.

da: "Arvenire Medico" e "Il Medico d'Italia" 1980/1981

LA POPOLAZIONE MEDICA DAL 1978 A OGGI



Fonte: elaborazione Sims su dati Enpam e archivio "La Rivista Medica Italiana"

Dalla riforma a oggi il numero dei medici iscritti agli Ordini è aumentato quasi del 250 per cento. A crescere di più tuttavia è il numero di donne medico che in 25 anni ha registrato un aumento del 600 per cento

Tante aspettative della gente, poca attenzione ai medici e niente attuazione

DI ARISTIDE PACI *

Sono trascorsi 25 anni dal varo della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale che conteneva principi e obiettivi condivisibili, ma anche scelte discutibili sul piano gestionale, organizzativo e di funzionamento.

Dopo un quarto di secolo la Sanità nel nostro Paese è ancora in fibrillazione anche se, nel frattempo, il Parlamento italiano ha approvato una serie di provvedimenti legislativi che hanno integrato e modificato alcune scelte che la legge 833/1978 aveva operato.

Già con il Dpr 761/1979 si erano, in parte, arenate le intuizioni della Riforma perdendo di vista le esigenze funzionali del sistema sanitario.

In questi anni, inoltre, si sono verificati un tumultuoso progresso tecnologico e un progressivo invecchiamento della popolazione che, insieme ad altri fattori, hanno comportato la crescita della spesa sanitaria.

Chi ha vissuto questo periodo da osservatori diversi (ordinistici, sindacali e professionali), caratterizzati da polemiche, da conflitti, da norme non applicate, da assenza di strategie, da una scelta politica di trasferire, di fatto, la politica sanitaria dal ministero della Sanità a quelli economici, ha assistito a una disattenzione, colpevole, nei confronti della qualità delle prestazioni, obiettivo proclamato e affermato, da tutti, come diritto del cittadino e condizione indispensabile per un moderno sistema sanitario.

Investire in qualità, inoltre, rappresenta una scelta che va raffrontata con quella della non qualità, che ha costi di gran lunga superiori.

Una Riforma di così alto spessore, che risvegliò una grande aspettativa tra la gente, necessitava di un'adeguata fase concreta di attuazione, di finanziamenti certi, di stabilità politica e di volontà generalizzata di darne attuazione.

Nel 1987 si è verificato anche un evento di grande rilevanza sociale.

I medici, stanchi di essere professionalmente mortificati, superando la naturale ritrosia e manifestazioni di massa, decisero di scendere in piazza, non solo per rivendicazioni di carattere economico, ma per rilanciare, la figura e l'immagine del medico nell'istituzione e nella società.

Il clamore che suscitò la vertenza e il consenso che ebbe presso l'opinione pubblica consegnarono a chi aveva il potere decisionale l'esigenza indifferibile di costruire una prospettiva etico-professionale per il medico quale entità centrale nel modello organizzativo-gestionale del Servizio sanitario nazionale.

Purtroppo, ancora oggi, si assiste all'emarginazione del medico, accentuandone il disagio e costringendolo, di nuovo, ad "alzare la voce" per riappropriarsi del suo livello di autonomia, di responsabilità, di partecipazione alla gestione aziendale.

La scelta, operata dal legislatore del direttore generale, dell'azienda sanitaria, affidandogli "l'esclusiva" nella conduzione aziendale, con il meccanismo perverso di nomina e di riconferma, sulla base di valutazioni rapportate in misura nettamente prevalente al pareggio di bilancio e non alla qualità del servizio, esprime la totale assenza di volontà di introdurre nella gestione aziendale competenze tecniche e professionali.

Rimane, tuttavia, la speranza che sia possibile realizzare una sostanziale inversione di tendenza.

La speranza che si cominci a ragionare su un progetto di Sanità possibile e garantita da finanziamenti certi che permettano al cittadino di operare le proprie scelte in un quadro di riferimento stabile, rigettando, con forza, atteggiamenti, palesi o striscianti, tendenti a comprimere l'intervento pubblico in Sanità. Non si può, infatti, trattandosi di bisogni la cui esclusiva monetizzazione appare inaccettabile, affidare la tutela della salute alle regole del mercato.

Si ha, in definitiva, la sensazione, con la speranza che non diventi mai certezza, che la Sanità rappresenti un'entità da scaricare dal bilancio di Stato, in considerazione dell'elevato costo del servizio, creando, in tal modo, i presupposti per una privatizzazione non programmata.

Ancora oggi, nell'era tecnologica, è necessaria una Sanità vicina ai cittadini tutelando i diritti costituzionalmente previsti. □

* Segreteria nazionale Anaao 1978

sti. Cosa che, ovviamente, non poteva che farci piacere.

L'altra ragione che ci induce ad accogliere a braccia aperte il Ssn era nelle aspettative di un rapporto più tranquillo con l'interlocutore pubblico. La categoria era infatti esasperata dai lunghissimi contenziosi con le tante casse mutualistiche che operavano prima della Riforma: bene che andasse ce n'erano sempre almeno due o tre da "inseguire" per ottenere i rimborsi dovuti per l'assistenza erogata agli iscritti, con pesanti conseguenze non solo per l'economia delle farmacie, ma anche per l'esercizio della professione, oberata da quintali di procedure e burocratismi di ogni genere, ordine e grado. Si pensava che, con un unico interlocutore, le cose non potessero che andar meglio: in

caso di difficoltà ci sarebbe stato quantomeno un unico indirizzo al quale rivolgersi per batter cassa. Un pensiero forse prosaico ma, del resto, chi ha mai detto che i farmacisti debbano anche essere poeti?

In realtà, le cose andarono in tutt'altro modo. Già agli inizi degli anni '80, con l'avvento delle prime, draconiane, leggi Finanziarie e la fissazione di "tetti di spesa" farmaceutica del tutto arbitrari perché mai accompagnati da misure adeguate per rimanere all'interno dei limiti fissati, fu subito chiaro che a pagare il sottofinanziamento della spesa sarebbero stati in primo luogo i farmacisti. Così avvenne, purtroppo, in molte parti d'Italia: il debito delle Usl nei confronti delle farmacie raggiunse presto dimensioni miliardarie e di

fatto i farmacisti si trovarono spesso nella condizione di non poter proseguire l'assistenza diretta.

Ma nonostante all'epoca - mi riferisco in particolare agli anni '80 e ai primissimi anni '90 - qualche collega cominciasse a pensare che col passaggio dalla mutua al Ssn fossimo caduti dalla padella nella brace, la categoria nel suo complesso non ha mai smesso un attimo di credere alla scelta universalista e solidale del Ssn, adoperandosi in tutti i modi per contribuire - per la sua parte - all'edificazione di un servizio sanitario più efficiente, funzionale ed equo.

Se oggi, a venticinque anni dalla sua istituzione, il nostro Ssn con tutte le sue farraginosità e i suoi limiti è considerato universalmente uno dei pri-

mi al mondo, vogliamo credere che sia un po' anche merito nostro, di noi farmacisti, che a una Sanità "dalla parte del cittadino" abbiamo sempre creduto (forse perché in mezzo ai cittadini lavoriamo da otto secoli) e che siamo sempre stati partner leali, fattivi e affidabili dell'amministrazione, collaborando in ogni modo e su ogni terreno, dalla rilevazione dei dati di spesa alla partecipazione alle campagne di prevenzione ed educazione sanitaria.

Per questo noi farmacisti partecipiamo con convinzione ai festeggiamenti per le "nozze d'argento" della Riforma, con la certezza di non essere davvero gli ultimi tra gli invitati. □

* Presidente Fofi, Presidente Federfarma 1978



**Ecco tutti
i ministri
della Sanità
dalla riforma
a oggi**

Ministro	Governo	Durata
VII legislatura		
Tina Anselmi	4° Andreotti	11/03/1978 - 31/01/1979
Tina Anselmi	5° Andreotti	20/03/1979 - 31/03/1979
VIII legislatura		
Renato Altissimo	1° Cossiga	04/08/1979 - 19/03/1980
Aldo Aniasi	2° Cossiga	04/04/1980 - 27/09/1980
Aldo Aniasi	1° Forlani	18/10/1980 - 26/05/1981

Ministro	Governo	Durata
Renato Altissimo	1° Spadolini	28/06/1981 - 07/08/1982
Renato Altissimo	2° Spadolini	23/08/1982 - 13/11/1982
Renato Altissimo	5° Fanfani	01/12/1982 - 02/05/1983
IX legislatura		
Costante Degan	1° Craxi	04/08/1983 - 27/06/1986
Carlo Donat Cattin	2° Craxi	01/08/1986 - 03/03/1987
Carlo Donat Cattin	6° Fanfani	17/04/1987 - 28/04/1987
X legislatura		

I MINISTRI DEL DOPO/ DE LORENZO (1989-1993)

Ho cambiato e non mi pento

Con me la 833 è migliorata: ho combattuto sprechi e abusi della politica nella gestione delle Usl

DI FRANCESCO DE LORENZO

I liberali votarono contro la legge 833 di Riforma sanitaria non per contrasto ai principi della legge che erano validi allora, come lo sono oggi, ma per le modalità attraverso cui si ipotizzava di realizzare le finalità della Riforma. L'affidamento della gestione a comitati di nomina politica, la mortificazione conseguente e la subordinazione ai gestori politici delle componenti tecniche, l'individuazione dei bisogni dei cittadini come variabile indipendente che determinava l'entità del finanziamento che lo Stato era tenuto ad assicurare al Ssn, la mancanza di modalità per responsabilizzare le Regioni e le Usl rispetto agli sfondamenti di bilancio, la programmazione da fare in forma di legge, erano alcune delle preoccupazioni che il Partito liberale nutriva sull'esito effettivo di una riforma, giusta sulla carta, ma foriera di guai in sede di applicazione concreta.

L'ironia della sorte ha voluto che proprio a un ministro liberale fosse affidato, di lì a due anni, il compito di dare avvio operativo alla Riforma con l'attivazione del Servizio sanitario nazionale dal 1° gennaio 1980. Cosa che, con senso dello Stato, Renato Altissimo ha attuato con scrupolo e determinazione.

Che, però, le preoccupazioni del Pli fossero fondate si è reso evidente nel decennio successivo. La gestione politica delle Usl si è rivelata negativa, molto spesso clientelare, ideologicizzata e, soprattutto, disennata in termini economici. Le migliaia di miliardi di lire di disavanzo registrati, ogni anno, dalle Regioni e dalle Usl e ripianati a carico dello Stato restano a testimonianza del fatto. L'incuria nel mantenere efficienti le strutture e nel contrastare l'obsolescenza tecnologica ha portato spesso il sistema a livelli di degrado inaccettabile. L'interpretazione corporativa e autotutelatrice del rapporto di pubblica dipendenza a tempo indeterminato nelle strutture pubbliche del Ssn ha demotivato il personale migliore e appiattito verso il basso il livello di professionalità dei più.

Per una sorta di collegamento ideale alle riserve espresse nel dibattito parlamentare sulla Riforma sanitaria, è toccato di nuovo a un ministro liberale gestire la fase di cambiamento del sistema. Bastano tre riferimenti legislativi per connotare la profondità e la rilevanza dei cambiamenti introdotti ai tempi della mia gestione ministeriale: le leggi 111/1991 e 412/1992 e il Dlgs 502/1992 o "leggi De Lorenzo", per non ignorarne la paternità!

Il primo provvedimento ha percorso di oltre un biennio la Riforma della pubblica amministrazione, anticipando la sottrazione delle funzioni gestionali ai politici per restituirle ai tecnici. Nelle Usl, infatti, sono stati sciolti i comitati di gestione, di nomina politica, e tutte le funzioni di gestione sono state affidate ad amministratori straordinari tecnici. Il secondo provvedimento ha introdotto i livelli di assistenza sanitaria e il parametro capitaro di finanziamento, ha rideterminato gli standard di organizzazione della rete ospedaliera, ha imposto la riorganizzazione del prontuario terapeutico prevedendo l'esclusione delle categorie di farmaci di minore rilievo curativo, ha stabilito l'unicità del contratto di lavoro del personale medico con il Ssn, prevedendo però la possibilità di esercitare la libera professione dentro le strutture pubbliche e non all'esterno in concorrenza con esse (se fosse stata attuata e fatta rispettare si sarebbe evitata l'illiberale nefandezza dell'esclusività del rapporto di lavoro!), ha abolito i comitati regionali di controllo introducendo la regola del controllo di gestione interno e la responsabilizzazione dei dirigenti tecnici per i risultati conseguiti. Il disegno

riformatore si è completato con il terzo provvedimento delegato, che ha rappresentato il consolidamento delle innovazioni già avviate. La Riforma del 1992 ha anticipato, con lungimiranza e sapienza politica, quelli che sono i principi del federalismo che vengono oggi dibattuti in Parlamento. Il Dlgs 502/1992 ha, infatti, trasferito "tutte" le competenze riguardanti la Sanità alle Regioni, conservando allo Stato (con indicazione tassativa) unicamente tre adempimenti (programmazione sanitaria nazionale di indirizzo, definizione dei livelli minimi di assistenza sanitaria e determinazione del parametro capitaro di finanziamento).

Non solo: esso ha previsto di lasciare alle Regioni i contributi sanitari localmente riscossi, da integrare, per il principio oggi definito del "federalismo solidale", con risorse centrali. La Riforma strutturale del 1992 ha, inoltre, capovolto il principio cardine della legge 833, precisando che sono le disponibilità finanziarie - che il bilancio pubblico consente di riservare al settore - la variabile indipendente da cui far dipendere la fissazione dei livelli minimi di assistenza, nella salvaguardia prioritaria delle fasce deboli

di popolazione. Da qui il principio dell'attribuzione alle Regioni, dotate a questo fine di apposita potestà impositiva, dell'onere di ripianare gli eventuali disavanzi delle Asl. Si tratta del principio che costituisce il fondamento del "patto di stabilità" che disciplina, oggi, il rapporto economico tra lo Stato e le Regioni. Con il provvedimento di Riforma del 1992 sono stati, altresì, affermati in maniera forte i diritti dei cittadini per una tutela effettiva, oggettivabile mediante indicatori di qualità; la partecipazione attiva, attraverso le formazioni associative e di volontariato, alla programmazione e al controllo sociale delle Asl. È l'obbligo per le Asl di rendere conto in apposite conferenze pubbliche delle attività svolte e dei risultati conseguiti. Molti altri aspetti meriterebbero di

essere ricordati e valorizzati. I testi dei provvedimenti restano, comunque, a testimonianza dell'azione svolta per rimodellare in senso più efficiente ed efficace il Ssn.

Ma altre iniziative hanno connotato in senso riformatore il periodo in questione. Ricordo in particolare le misure per il contenimento della spesa, tra le quali l'anticipata esclusione di categorie di farmaci dal prontuario terapeutico (legge 8/1990), il prolungamento del blocco del prezzo dei farmaci (legge 38/1990), le misure per contrastare sprechi e abusi, per pagare le case di cura a giornate prefissate e non più a durata di degenza, in anticipazione dei Drg (legge 407/1990), la diminuzione generalizzata del prezzo dei farmaci (legge 412/1991). È riferendosi a queste misure che la relazione sanitaria accertata di parte corrente ('89-92), inviata al Parlamento nel gennaio '94 dai ministri Barucci e Garavaglia, recita: «La spesa farmaceutica pubblica è ammontata nel 1992 a 14.209 miliardi di lire, con una diminuzione rispetto all'anno precedente del 5,2 per cento. Si tratta della prima riduzione assoluta della spesa farmaceutica convenzionata negli ultimi 20 anni». E che il governatore della Banca d'Italia Fazio ha potuto affermare all'assemblea generale ordinaria, tenuta in Roma il 31 maggio 2001, che «la Riforma sanitaria del 1992 (sottintendendo con questo termine tutto il complesso delle misure sopra ricordate) ha rallentato l'espansione della spesa sanitaria; spesa che invece ha ripreso ad aumentare dal 1996 in misura eccedente la crescita del prodotto interno lordo. La tendenza si è accentuata nell'ultimo biennio (1999-2000) con sconfinamenti rilevanti dalle assegnazioni di bilancio».

Sono giudizi questi che ribaltano in radice la leggenda metropolitana sulla "malgestione" della Sanità nel quadriennio 1989-1993. Auspico che l'atmosfera serena della celebrazione della legge 833 contribuisca a ripristinare la verità e a ribadire il filo di continuità evolutiva che lega l'evento iniziale dell'istituzione del Ssn alla svolta di crescita verificatasi nel quadriennio in questione. □



Ministro	Governo	Durata
Carlo Donat Cattin	1° Goria	28/07/1987 - 11/02/1988
Carlo Donat Cattin	1° De Mita	13/04/1988 - 19/05/1989
Francesco De Lorenzo	6° Andreotti	22/07/1989 - 29/03/1991
Francesco De Lorenzo	7° Andreotti	12/04/1991 - 24/04/1992
XI legislatura		
Francesco De Lorenzo	1° Amato	28/06/1992 - 19/02/1993
Raffaele Costa	1° Amato	21/02/1993 - 22/04/1993
Maria Pia Garavaglia	1° Ciampi	28/04/1993 - 16/04/1994
XII legislatura		

Ministro	Governo	Durata
Raffaele Costa	1° Berlusconi	10/05/1994 - 22/12/1994
Elio Guzzanti	1° Dini	17/01/1995 - 11/01/1996
XIII legislatura		
Rosy Bindi	1° Prodi	17/05/1996 - 09/10/1998
Rosy Bindi	1° D'Alema	21/10/1998 - 18/12/1999
Rosy Bindi	2° D'Alema	22/12/1999 - 19/04/2000
Umberto Veronesi	2° Amato	26/04/2000 - 31/05/2001
XIV legislatura		
Girolamo Sirchia	2° Berlusconi	11/06/2001 - ...

Dal varo della Riforma a oggi si sono succeduti alla guida del dicastero di lungotevere Ripa 25 ministri: in media uno per ogni anno. In realtà nelle sette legislature dal 1978 a oggi i "nomi" che hanno gestito la legge 833 sono stati 12 e a "durare" di più è stata Rosy Bindi, con 47 mesi consecutivi

I MINISTRI DEL DOPO/ GARAVAGLIA (1993-1994)

Riforma così forte, così fragile

Sono bastati i primi due anni per prevedere la bomba-deficit ma anche lo scontro tra Stato e Regioni

DI MARIPIA GARAVAGLIA

Quando, nel giugno del 1979, entrai a far parte della commissione Sanità della Camera, la legge 833 del 23 dicembre 1978 aveva solo sei mesi ed era già oggetto di polemiche. Allora era ministro della Sanità Renato Altissimo, espressione del Partito liberale che non aveva votato la Riforma: un bell'inizio, non c'era che dire.

Data da allora il dibattito sul fabbisogno del Ssn (Servizio sanitario nazionale), sul debito e sugli sprechi. Ma l'attacco più ricorrente era legato all'impostazione socialista, per non dire marxista, della Riforma. Se ne sottolineava il carattere pubblicistico e quindi la dipendenza dei medici e di tutti gli addetti con un rapporto di lavoro pubblico, burocratico, in contrasto con il fondamento stesso di una professione liberale, che attribuisce responsabilità individuale a coloro che curano la salute dei cittadini. Pochi anni dopo i medici - dipendenti e convenzionati - divennero i migliori difensori del Servizio sanitario nazionale.

Le caratteristiche fondamentali dell'impianto della Riforma si sono rivelate anche le sue più acute fragilità. Innanzitutto la modalità di finanziamento: la fiscalità generale corrisponde a un principio secondo me irrinunciabile, perché la salute, come diritto individuale e interesse collettivo, deve garantire parità di trattamento in base al bisogno, prescindendo dal reddito del cittadino. È un principio di grande civiltà, che tuttavia si è scontrato con la limitatezza delle risorse rispetto alla domanda.

L'avvio della Riforma era accompagnato da un grande ottimismo: generalità, universalità, territorialità, parità di accesso ai servizi ecc. All'era delle mutue (che garantiva prestazioni

a seconda dei contributi versati) subentrava un'organizzazione per garantire il diritto alla tutela della salute che offriva tutte le prestazioni a tutti i cittadini, senza distinzione dei contributi versati.

Sono bastati i bilanci dei primi due anni per segnalare che il deficit del Fsn (Fondo sanitario nazionale) sarebbe continuamente aumentato, soprattutto per motivi strutturali.

Il Fondo sanitario nazionale rappresentava l'oggetto del contendere fra Stato e Regioni e fra Regioni tra di loro. In effetti non sarebbe stato possibile non capire il fabbisogno storico delle Regioni più ricche di strutture e servizi, ma quando le altre sarebbero state messe in condizione di recuperare il gap originario? Lo strumento per armonizzare il sistema doveva essere il Psn (piano sanitario nazionale), base e indirizzo per i Psr (piani sanitari regionali).

Il primo Psn vide la luce nel 1993; le Regioni, tranne poche (Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna), li approvarono a diversi anni di distanza: senza il piano nazionale le Regioni a quali livelli di investimento e prestazioni potevano riferirsi?

Da subito la Riforma sanitaria è stata fatta oggetto di proposte di riforma. Nei suoi venticinque anni di vita è stata più volte rimangiata per rispondere a due "accuse" principali: la gestione politica delle aziende sanitarie (le Usl) quale responsabile di deficit e sprechi; le prestazioni indiscriminate per qualità e quantità pagate a piè di lista.

Gli indirizzi per le riforme della Riforma riguardavano espressamente la gestione, più manageriale e meno politicizzata, e la programmazione delle prestazioni in modo che fossero "misurabili", appropriate e più uniformi possibile, per realizzare il principio di uguaglianza dei cittadini, a fronte di bisogni uguali. L'aziendalizzazione e l'introduzione dei Drg per definire i costi, nonché la scelta del direttore generale al posto dei colleghi "politici" quali erano i comitati di gestione delle Asl, sono stati elementi costitutivi della prima Riforma organica della 833, introdotta col decreto legislativo 502 del 1992. Se una prima correzione dal punto di vista gestionale sembra accettabile, in realtà il Dlgs 502 rappresentava una specie di "controriforma": con l'aziendalizzazione avanzavano molti elementi di privatizzazione del Servizio sanitario nazionale; la regionalizzazione veniva ridimensionata; il personale non vedeva sviluppo di carriera all'interno del Servizio pubblico nazionale. Con il Dlgs 517 del 1993 avveniva un nuovo riordino che salvava decisamente la Riforma sanitaria come organizzazione di protezione generalizzata della salute. Il Fondo sanitario nazionale veniva ripartito per quota capitaria; ogni Regione aveva la responsabilità di scegliere le priorità col proprio Psr; i Drg orientavano il pagamento delle degenze per acuzie, affidando alla programmazione regionale le scelte per le degenze di lunga cura (cronicità e riabilitazione) nonché per quelle collegate a ricerca e didattica. La spesa farmaceutica, sempre precedentemente difficile da controllare, veniva essa stessa pianificata con strumenti nuovi di autorizzazione e pagamento. La Cuf (Commissione unica del farmaco) sostituiva diversi organismi burocratizzati (comitato prezzi, commissione proutuario, commissione autorizzazione ecc.) e chiudeva un periodo drammatico di rapporto fra opinione

pubblica e amministrazione sanitaria statale (ruolo Sanità e farmacopoli).

L'autonomia completa, sostenuta dal federalismo fiscale, accentua ancor di più le difficoltà e le differenze fra Regione e Regione, che è come dire che ogni cittadino oggi è, ancor più di ieri, legato alla "fortuna" del suo territorio di residenza. Un dato certo e incontrovertibile è la scarsità di risorse finanziarie, limitate per definizione, mentre cresce la domanda. Sono noti i fattori che l'accrescono. E cioè: l'invecchiamento della popolazione; l'incremento della tecnologia e la maggior informazione e cultura dei cittadini.

Per il compleanno e perché siano ancora molti gli anni e i successi del Servizio sanitario nazionale a favore della popolazione, occorrono alcune riforme di mentalità. Innanzitutto è indispensabile un'alleanza tra tutti i protagonisti: cittadini, operatori, gestori, decisori politici. Le scelte in Sanità devono essere spiegate e gli utenti sono in grado di comprenderle. Le cure indispensabili, i farmaci salvavita, gli accertamenti diagnostici efficienti ed efficaci per una terapia legata all'evidenza dei risultati, nonché i ricoveri necessari devono essere accessibili a tutti e finanziati dal sistema contributivo. Ciascuno secondo la propria capacità di reddito. I meno abbienti e i poveri devono poter fruire della medesima qualità, e gratuitamente.

L'assicurazione obbligatoria (qualora fosse decisa) o i fondi mutualistici facoltativi sono gli strumenti che possono essere individuati come canali per la raccolta di nuova fluidità. I cittadini abbienti potranno avere deduzioni; i poveri saranno a carico dello Stato, che attiva un fondo ad hoc con prelievi percentuali dalla fiscalità regionale, coerenti con le deduzioni accreditate agli altri contribuenti.

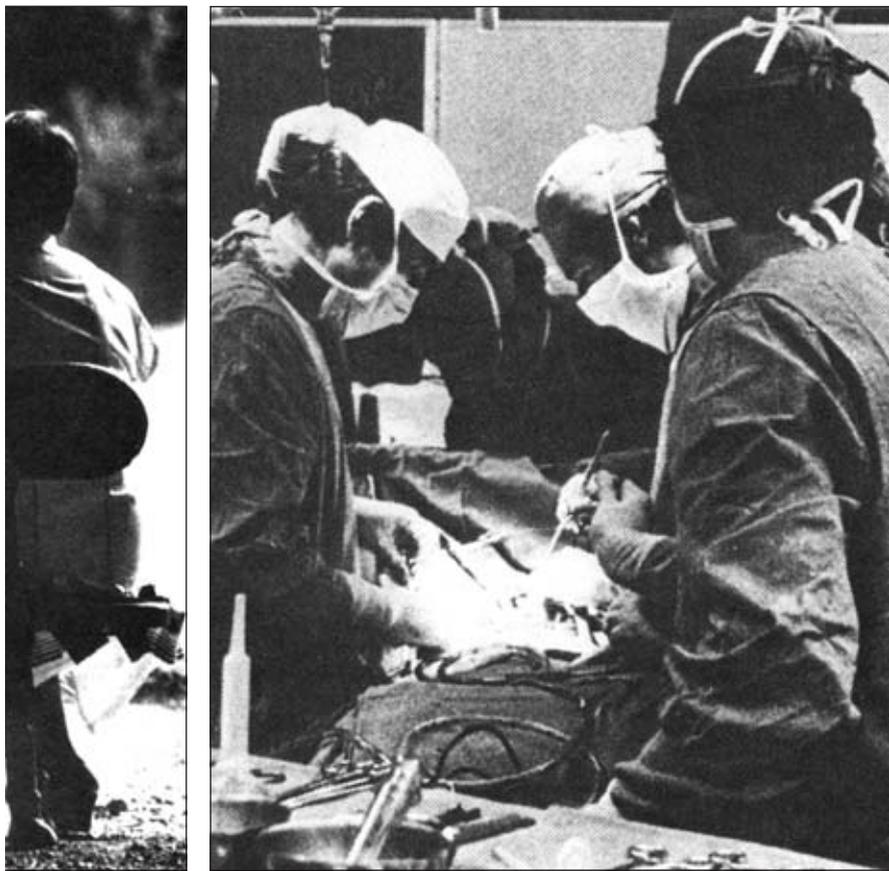
La salute non può che essere percepita come un "bene" primario per la vita delle comunità dal punto di vista culturale ed economico.

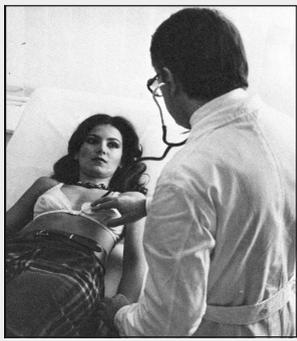
Il sistema sanitario è un crocevia di sviluppo economico e sociale; la spesa in Sanità corrisponde a un investimento certo in ricerca, tecnologia, formazione, miglioramento della qualità della vita e minori costi.

Nel frattempo con la legge Finanziaria 2004 si assiste a una manovra d'ispirazione neo-centralistica del ministero dell'Economia che interviene sui meccanismi del rapporto Stato-Regioni con norme contraddittorie e regressive nella realizzazione del federalismo sanitario sancito negli accordi e con le leggi. Viene creata l'Agenzia dei farmaci, sul cui funzionamento il ministero dell'Economia si riserva un ruolo impropriamente prevalente su quello tecnico del ministero della Salute e su quello delle Regioni, che pur hanno un'esclusiva autonomia e responsabilità nella Sanità.

Il progressivo disfacimento dell'assetto sanitario sancito con il decreto 229/1999 va avanti, dunque, sotto la spinta di una devolution sotto tutela e confusa e dell'occasionalità di misure adottate per fronteggiare la crescita della spesa.

A riguardo la realtà suggerirebbe di procedere di concerto con le Regioni e mantenendo la consultazione con le forze sociali. Il Governo dovrebbe contestualizzare la manovra con la più generale riforma degli attuali istituti del welfare, in vista di una riforma complessiva e organica di tutto il settore previdenziale, sanitario e lavoristico, come più volte richiesto da esponenti di partito, forze sociali e suggerito dal buon senso. □



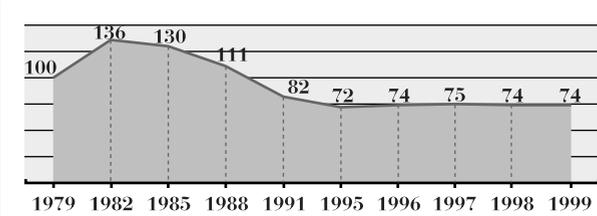


22 MAGGIO

È varata la legge n. 194 su: «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza», con la quale «lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio»

IVG DAL 1979 AL 1999

Numeri indice: base 1979 = 100



Fonte: elab. Sims su dati Istat e archivio «La Rivista Medica Italiana»

L'andamento delle Ivg dopo la legge subisce un'impennata: molti - secondo gli esperti - ne fanno un uso improprio, da "metodo anticoncezionale"



I MINISTRI DEL DOPO/GUZZANTI (1995-1996)

Il successo è la flessibilità

La sfida di oggi: adeguare il servizio pubblico alle esigenze epidemiologiche e territoriali

DI ELIO GUZZANTI

La legge 833 del 1978, istituita del Servizio sanitario nazionale (Ssn), ha costituito un punto di svolta decisivo per la politica sanitaria in Italia, superando l'assistenza erogata dalla mutualità in caso di malattia e affermando il principio della tutela della salute sancito dall'art. 32 della Costituzione. La mutualità, nel periodo storico nel quale è nata e si è sviluppata, ha avuto i suoi meriti, progressivamente ampliando le categorie di persone assistibili, compresi i pensionati e i loro familiari a partire dal 1953-55, ma anche aumentando la tipologia delle prestazioni e il periodo di tempo della loro fruibilità.

In questo percorso, però, la mutualità nei primi anni '60 si è trovata a incrociare la rapida crescita delle specialità mediche e chirurgiche e delle relative tecnologie, testimoniata dallo sviluppo dei centri di rianimazione, delle unità coronariche e della cardiocirurgia. Tutto ciò con importanti ripercussioni sulla struttura, le funzioni e i costi degli ospedali, un fenomeno che lo Stato ha affrontato con la riforma ospedaliera del 1968, che ha sostituito gli enti ospedalieri alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ha definito in termini precisi

l'organizzazione e il funzionamento della rete ospedaliera e lo stato giuridico del personale e ha affidato alla programmazione la guida di uno sviluppo del sistema, che si avvertiva come delicato, anche sul piano finanziario. La programmazione, però, non è stata attuata, l'autonomia ha spinto gli enti ospedalieri a rincorrere la classificazione più ambita, regionale, provinciale e zonale, al tempo stesso incrementando il numero dei posti letto, visto che le mutue pagavano gli ospedali con la retta giornaliera di degenza. Ed è stato così che i posti letto sono aumentati da 493.563 del 1964 a 583.346 del 1974. Di conseguenza, il 12 agosto 1974 il ministro della Sanità pro tempore doveva riferire alla Camera che tra il 1964 e il 1974 la spesa sostenuta dalle mutue era passata da 500 a 4.500 miliardi, con gli ospedali che ne assorbivano oltre il 52 per cento. Il 17 agosto 1974 veniva allora promulgata la legge n. 386, che nell'estinguere i debiti delle mutue verso gli ospedali dava avvio alla Riforma sanitaria, trasferendo alle Regioni l'assistenza ospedaliera, istituendo il Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera e abolendo per gli ospedali pubblici la retta giornaliera di degenza, che veniva sostituita da un bilancio annuale.

Ponti tra ospedale e medicina di base

Nel frattempo, in un mutato clima politico e sociale, si avvertiva sempre di più l'esigenza di affermare un concetto più ampio di tutela della salute non limitato agli aspetti fisici, ma esteso anche a quelli mentali e sociali. È così che nel 1975 vengono istituiti i consultori familiari, nel maggio 1978 si susseguono la legge 180, per la chiusura dei manicomi e la nuova disciplina dei trattamenti sanitari volontari e obbligatori, e la legge 194, per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza.

È al termine di questo stesso anno che viene istituito il Servizio sanitario nazionale, secondo principi e obiettivi di alto valore sociale e morale, e la cui traduzione nella pratica veniva affidata alle unità sanitarie locali (Usl), dalla indefinita natura giuridica anche se intesa come complesso dei presidi, uffici e servizi dei Comuni territorialmente competenti. Le Usl sono amministrate da un comitato di gestione che ne stabilisce gli indirizzi politici, mentre il collegio di direzione deve curarne l'organizzazione e il funzionamento.

Degli ospedali la legge 833 tratta solo all'articolo 17, dove in appena diciotto righe se ne traccia sommariamente la fisionomia di "stabilimenti" delle Usl.

Quanto è accaduto in seguito si può ricavare dalla relazione introduttiva al disegno di legge di modifiche all'ordinamento del Ssn, presentato alla Camera nel novembre 1987 dal ministro della Sanità pro tempore, Carlo Donat Cattin.

Si apprende così che «nei nove anni dopo l'approvazione della legge 1978 n. 833, si contano in più di un centinaio gli aggiustamenti e le correzioni prodotti con la normativa per superare difficoltà e imprevisti». Questo perché «un impianto razionalmente perfetto sul piano teorico che in modo illuministico si doveva calare sull'intero territorio nazionale» era nato da un dibattito che si incentrava «sui principi sommi», finendo così

«col trascurare gli aspetti organizzativi e tecnici connessi alla loro pratica e quindi graduale attuazione».

Fatta la diagnosi, la terapia prescritta dal disegno di legge, chiaramente orientata verso i nuovi concetti internazionali di "public management", si traduceva nel riconoscimento della personalità giuridica di diritto pubblico alle Usl, che diventavano aziende, nella netta separazione della responsabilità dell'amministrazione politica dalla gestione tecnica, nel riconoscimento come enti ospedalieri autonomi degli ospedali di maggiore rilievo e nella trasformazione del Fondo sanitario nazionale in fondo sanitario interregionale, così da responsabilizzare le Regioni.

Le circostanze politiche non hanno consentito che il disegno si tramutasse in legge, ma è dai suoi contenuti che sono scaturiti molti principi e criteri direttivi fissati per la Sanità dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421, di delega al Governo per la razionalizzazione della Sanità, del pubblico impiego, della previdenza e della finanza territoriale. Si trattava di affrontare decisamente i punti più delicati per la loro influenza sulla finanza pubblica, le cui condizioni di grave criticità erano state evidenziate lunedì 14 settembre 1992 con l'ufficializzazione della svalutazione della lira.

Da qui sono discesi i decreti legislativi sul riordino della Sanità, il 502 del 1992, il 517 del 1993 e il 229 del 1999, che pur nelle differenze dovute al clima politico e sociale dei singoli momenti della loro promulgazione, confermano tutti l'esigenza di adottare modelli organizzativi, funzionali e anche finanziari dotati della flessibilità e innovatività necessarie per tenere fede ai principi sui quali è fondato il Servizio sanitario nazionale.

Ci si trova di fronte, infatti, a un'epoca che da un lato vede crescere la domanda sanitaria dei cittadini sempre più esigenti e informati, ma in buona parte anche vulnerabili in ragione dell'età e/o della disabilità, e dall'altro lato le risorse a disposizione non sono in grado di soddisfare tutte le aspettative, anche perché la finanza pubblica corre lungo i binari tracciati dell'Unione europea.

Così, il vedere che il progresso delle scienze e delle tecnologie ha accresciuto la sopravvivenza di disabili sin dalla giovane età, impone di pensare alla loro qualità di vita nell'inserimento familiare, scolastico e lavorativo.

Anche l'incremento delle speranze di vita alla nascita tra il 1978 (per i maschi 69,7 anni, per le femmine 76,8) e il 2002 (per i maschi 75,9 e per le femmine 82,9), mentre fa pensare che le condizioni sociali ed economiche, ma anche l'assistenza sanitaria, hanno avuto un significato deter-

minante nel fare dell'Italia uno dei Paesi più longevi del mondo, induce anche ad accelerare il passo per dare corso a quei provvedimenti già previsti dalla 833, ma attuati poco e non in tutte le Regioni, come i distretti sanitari di base e l'assistenza domiciliare.

È urgente, infatti, che venga alla ribalta l'assistenza sanitaria territoriale, da integrare con quella sociale, per avvicinare ai cittadini i servizi, così da tutelarne in modo continuativo lo stato di salute, specie se si tratta di persone vulnerabili, per l'età o per disabilità, e in particolare in periodi critici, quali il pieno inverno e le torride estati.

Questo non vuol dire opporre l'assistenza territoriale a quella ospedaliera, bensì creare una realtà unica che agisca in modo complementare e coordinato. Chi scrive, attraverso l'attività di ricerca e quella normativa, ha potuto partecipare a quelle importanti iniziative che sono state la legge 135 del 1990 per la lotta contro l'Aids, e l'atto di intesa Stato-Regioni sul sistema di emergenza sanitaria dell'aprile 1990. Nel 1992, inoltre, si è potuto dare corso al ricovero ospedaliero in day hospital e, più recentemente, si è avviata formalmente anche la day surgery, ambedue modalità di ricovero che gettano un ponte tra l'ospedale e il territorio, proprio nella convinzione che ciascuno dei due mondi rappresenti la metà di una realtà unica che è posta a tutela della salute dei cittadini.

Tutti, però, devono abituarsi a lavorare in gruppo, favorendo la costituzione dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, per un confronto franco sulle attività svolte, i risultati ottenuti, gli errori commessi e i rimedi necessari, con la conseguente pratica della formazione continua nel proprio ambiente di lavoro, arricchita anche da altre e più formali occasioni formative e del sostegno delle nuove tecnologie.

Così operando, rafforzando istituzionalmente la politica degli accordi che è già in atto tra il ministero della Salute e le Regioni e le Province autonome, non c'è ragione di ritenere che il federalismo porti a 21 realtà sanitarie così diverse da segnare la fine del Ssn.

Le differenze già ci sono e ci saranno anche domani, nei diversi contesti socio-economici ma anche epidemiologici, e perché la realtà è fatta della coesistenza di Regioni che vanno da poche centinaia di migliaia a molti milioni di cittadini residenti.

Ma non sarà da questo che saranno minate le basi del Servizio sanitario nazionale, che con tutti i suoi limiti, anche finanziari, ha saputo finora tutelare al meglio la salute degli italiani e così farà in futuro, con l'appoggio di tutti gli uomini di buona volontà. □

Malgrado i limiti il sistema "tiene"

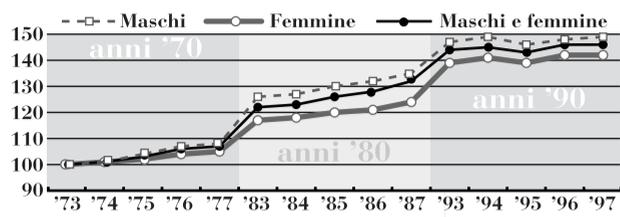


15 GIUGNO

Il presidente Giovanni Leone è costretto a dimettersi. La sua figura è al centro di insinuazioni su speculazioni finanziarie immobiliari e per fatti legati allo scandalo Lockheed. «In sei anni e mezzo avete avuto un uomo onesto!», afferma in Tv rivolto agli italiani. Poi si dimette

MORTI PER TUMORE DAL '73 al '97

Numeri indice: base 1973 = 100



Fonte: elab. Sims su dati Istat e archivio "La Rivista Medica Italiana"

Dal 1973 al 1997 la mortalità per tumori cresce del 50%. E a influire sul dato è anche la migliore rilevazione che la nuova organizzazione sanitaria ha permesso



25 GIUGNO

L'Argentina vince in casa i campionati del mondo di calcio battendo in finalissima l'Olanda per 3-1. L'Italia - che quattro anni dopo avrebbe vinto la sua terza coppa - si classificò al 4° posto perdendo 2-1 la finale col Brasile. La vittoria "in casa" tuttavia, fu giudicata come un'affermazione legata alla dittatura militare che aveva le redini del Paese

I MINISTRI DEL DOPO/BINDI (1996-2000)

Scelta di civiltà da difendere

DI ROSY BINDI

Servono risorse, programmazione, appropriatezza e trasparenza: è l'unica via per ridare slancio alla legge del '78

Il Servizio sanitario nazionale ha ancora un futuro? A venticinque anni dalla legge 833 questo interrogativo non è affatto retorico, ma appare imposto dalle difficoltà in cui versa la Sanità italiana e dal dibattito sullo Stato sociale che attraversa l'Europa.

La Riforma del 1978, frutto di una drammatica stagione della Repubblica attraversata dal bisogno di modernizzazione e dalla tragedia del terrorismo culminata con il sacrificio di Aldo Moro, ha cambiato in profondità il Paese. Non si tratta solo di registrare il balzo positivo nelle condizioni di salute della popolazione e il diffuso miglioramento della qualità di vita. In realtà, con la nascita del Servizio sanitario nazionale scatta qualcosa di più profondo, che investe la percezione stessa del concetto di salute e del diritto alla salute. In questi anni, gli italiani hanno imparato che la salute non è solo cura delle malattie ma benessere complessivo della persona, hanno imparato che per stare bene non bastano le medicine e gli ospedali ma servono anche la prevenzione, la riabilitazione, la sicurezza alimentare, un ambiente sano, acqua e aria pulite.

Il Servizio sanitario nazionale ha, infatti, rovesciato il paradigma dominante nei sistemi governati con le mutue e le casse malattia e ha collocato al centro della società e della politica il bisogno di salute. Grazie alla 833 gli italiani hanno capito e sperimentato che il diritto alla salute non era più un'opportunità legata al lavoro, alla capacità produttiva dei singoli, ma un diritto della persona e un bene della comunità. Un diritto riconosciuto a tutti, senza discriminazioni di reddito, status sociale e culturale, un diritto che oggi appartiene anche a chi, disperato e clandestino, arriva in Italia dal Sud del mondo. Si tratta di un principio di giustizia sociale che più di altri ha ridotto lo scarto tra Costituzione formale e Costituzione materiale, e ha permesso che i valori di uguaglianza, rispetto della dignità umana e solidarietà non fossero solo proclamati ma, seppure faticosamente, praticati. Da questo punto di vista, la 833 resta a oggi il terreno più avanzato e più esigente per l'insieme dei diritti di cittadinanza. Basterebbe riflettere sui vincoli alla maternità, riconosciuta come un diritto solo per le donne con un lavoro dipendente e

negata alle co.co.co., per capire che la Riforma del 1978 rappresenta un'indicazione forte e ancora feconda, la via maestra nella costruzione di uno Stato sociale che includa nuovi bisogni e garantisca pienamente i diritti fondamentali della persona.

Eppure, i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale - l'universalità di accesso ai servizi, la globalità delle prestazioni, l'equità nel finanziamento pubblico - sono oggi sotto attacco, messi in discussione da una maggioranza politica e da un Governo che tentano di stravolgere il sistema. Non è la prima volta che accade. Si potrebbe anzi dire che la timidezza e la scarsa convinzione con cui è stata attuata la 833 ne hanno in parte compromesso l'efficacia e reso dirompenti alcuni limiti oggettivi. E chi non aveva mai creduto fino in fondo nel nuovo sistema è intervenuto sulle difficoltà, finanziarie e organizzative, per cambiarne le finalità e gli obiettivi. Al punto di configurare una vera e propria controriforma con il Dlgs 502.

Il decreto legislativo 229, la cosiddetta Riforma, ricolloca il Servizio sanitario nazionale sui binari della 833 senza eludere i nodi ancora irrisolti e con l'ambizione di valorizzarne tutte le potenzialità. Ma anche la Riforma del 1999 è rimasta in mezzo a un guado e il sistema è stato bloccato prima ancora di aver completato il percorso che avrebbe ristabilito la coerenza tra i principi fondamentali della 833 e il modello organizzativo.

Per dare futuro al Servizio sanitario nazionale occorre allora ristabilire questa coerenza e uscire rapidamente da una situazione di stallo che penalizza in primo luogo i cittadini, sempre meno tutelati e sempre più insoddisfatti, ma anche i professionisti e gli operatori della Sanità, alle prese con il lento declino del sistema.

Il sistema ha bisogno di risorse adeguate per la gestione quotidiana, investimenti e ricerca, e invece il Governo lo ha messo a dieta stretta, riducendo il finanziamento pubblico e ritardando i trasferimenti. È in atto un vero e proprio strangolamento finanziario delle Regioni e dei Comuni, che di fatto punta a ridimensionare le responsabilità pubbliche nei confronti della salute e fare posto a un sistema di finanziamento privato, in gran parte affidato alle assicurazioni. Il sistema richiede programmazione, nazionale, regionale e locale, per una corretta determinazione dei bisogni di salute

e dei servizi ospedalieri e territoriali, ma il Governo, con l'alibi della devolution, lo abbandona a se stesso, a un "fai da te" che esaspera la conflittualità tra i territori e tra Governo e Regioni.

Il sistema funziona bene se valorizza e gratifica i medici e tutti gli operatori, se riconosce le responsabilità e l'autonomia dei tecnici, se investe nella formazione e nell'aggiornamento. Ma il Governo fa il contrario: moltiplica la precarietà e accentua l'estraneità dei professionisti al servizio pubblico. Il tentativo di abolire il principio dell'esclusività del rapporto di lavoro equivale alla rinuncia ad avere una dirigenza medica pienamente coinvolta negli obiettivi di efficacia al sistema.

Per far fronte all'aggressività del mercato della salute, alla pressione esercitata dal sistema delle imprese e della ricerca tecnologica e scientifica, il sistema ha bisogno di rigore nell'accertamento delle strutture e dei professionisti; ha bisogno di appropriatezza nella selezione delle terapie. Invece il Governo incoraggia il consumismo sanitario, la competizione senza regole che premia i privati e svende il patrimonio di eccellenza degli Irccs.

Infine, il sistema ha bisogno di trasparenza, credibilità e partecipazione. E invece il Governo mina la legalità e si torna a parlare con sempre maggiore frequenza di malasanità, di un intreccio inquietante tra affari, salute e politica. È necessario ripensare il rapporto tra politica, responsabilità manageriali e autonomia dei professionisti. La politica deve tornare in modo autorevole alla propria funzione di indirizzo e controllo. Una funzione alta, di garanzia, in cui le responsabilità dei direttori generali e l'autonomia delle scelte dei medici e degli operatori non sono condizionate dagli interessi di parte (politici, economici o accademici) ma sono messe al servizio degli obiettivi di salute.

Celebrare i 25 anni del Servizio sanitario nazionale acquista significato e valore se insieme all'attualità e all'originalità di una grande Riforma la comunità nazionale si impegna a confermare la scelta di civiltà del 1978. Se insomma questo anniversario diventa anche l'occasione per un nuovo patto tra gli italiani, un patto che impegna tutti coloro che hanno a cuore la giustizia sociale e la promozione dei diritti di cittadinanza a rafforzare e difendere un pilastro portante della nostra democrazia. □



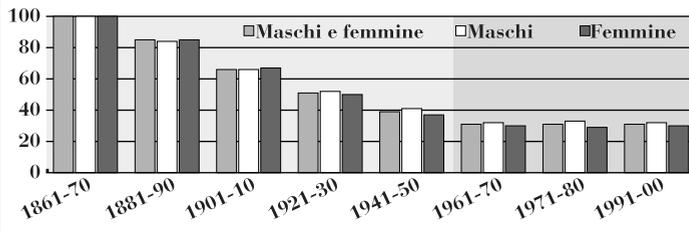
8 LUGLIO

Dopo sedici scrutini e dieci giorni di votazioni iniziate a Montecitorio il 29 giugno, è eletto presidente della Repubblica l'ottantaduenne Sandro Pertini. L'elezione avviene con i suffragi di tutti i gruppi parlamentari: 832 voti su 995 (l'83%), eccetto cioè quelli dei missini e dei demoproletari



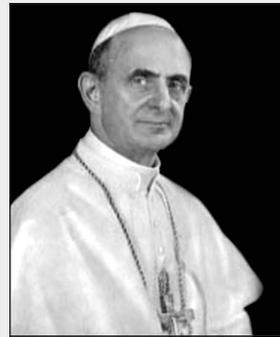
DECENNI DI MORTALITÀ GENERALE

Numeri indice: base 1861-1870 = 100



Fonte: elab. Sims su dati Istat e archivio "La Rivista Medica Italiana"

La mortalità tra il 1861 e il 2000 è passata da 31,46‰ abitanti a 9,72‰ abitanti con un calo per numeri indice di ben 69 punti. Negli anni dal 1960 al 2000 si è registrata una riduzione soprattutto tra i maschi



Ha garantito un servizio unico e accessibile a tutti ma ha fatto il suo tempo: adesso serve la libera scelta

DI CARLO BORSANI *

Compie 25 anni la legge 833, una legge che va al di là di un semplice disposto normativo: condivide che sia stata a suo tempo fortemente innovativa rispetto all'allora sistema sanitario.

Una legge però che la Regione Lombardia ha voluto meditare e ridiscutere in alcuni suoi aspetti e manchevolezze, dando vita a una Riforma sanitaria che potremmo definire in gran parte antitetica.

Sicuramente in quell'anno 1978 il superamento dei vari sistemi privati o mutualistici per dar vita a un unico servizio, unificato e teso a garantire uguale assistenza a tutti, fu molto importante e di grande importanza anche sociale.

Non sono convinto che poi il bilancio della realizzazione nel corso degli anni di quella scelta e di quella filosofia si sia rivelato del tutto positivo, ma questo anche a causa delle vicende che hanno attraversato l'Italia negli anni '80 e che hanno portato a una gestione fallimentare della cosa pubblica e delle finanze statali, compresa quindi la Sanità che ha pagato insieme a scandali una cattiva reputazione in gran parte amplificata da qualche vicenda di "malasanità" ma soprattutto da una certa mancanza di stimoli e ricerca di competitività.

Oggi vi sono certamente rispetto ad allora condizioni e situazioni molto diverse: l'esigenza di prestare molta attenzione ai bilanci, offrire qualità nell'assistenza e nel funzionamento del sistema, approfittare dell'autonomia concessa alle Regioni per meglio garantire le necessità del territorio e le specificità e competenze delle

strutture e delle esperienze. La Lombardia ha voluto coniugare il concetto di aziendalizzazione chiesto dal Dlgs 502/1992 a superamento della gestione affidata agli enti locali, con la massima garanzia del diritto di scelta del cittadino e il netto superamento tra aziende ospedaliere, preposte a cura, diagnosi e ricovero, e Asl, aziende sanitarie locali di dimensione provinciale con funzioni di natura territoriale e socio-assistenziale e di rapporto col cittadino per verificare e pianificare le necessità.

Quindi, è stata compiuta la parificazione tra strutture di cura e ambulatoriali che intendano con uguali diritti ma anche doveri rispondere ai medesimi requisiti di accreditamento, basati sulla qualità dell'assistenza, ponendo la Regione in un nuovo ruolo non più di gestore ma di programmatore, coordinatore e verificatore di un sistema che viene regolato dal paziente in base al recepimento da parte sua della qualità assistenziale, di funzionalità e di umanizzazione dell'accoglienza.

È certamente un sistema diverso dalla gestione esclusivamente pubblica con parziale integrazione di privati convenzionati, dalla gestione affidata a organismi a composizione partitica come organizzato nella 833.

Rispetto a quei concetti ispiratori si sta anche discutendo, e lo prevede il piano socio-sanitario regionale, sulla possibilità di garantire livelli differenziati, o meglio l'ampliamento dei livelli essenziali, con la compartecipazione dei cittadini e interventi integrativi da parte di più soggetti, onde garantire prestazioni non previste dai Lea e di cui vi siano richiesta ed efficacia terapeutica.

Sicuramente, da quel forse molto lontano 1978, sono stati approntati cambiamenti sostanziali, organizzativi, di filosofia e di riscontro nelle capacità del servizio sanitario; si devono avanzare profonde critiche all'applicazione di quella legge, ma le si devono comunque riconoscere profondi meriti per aver posto le basi nella situazione e nella società di allora a una Sanità uguale e accessibile a tutti e al suo impatto sociale. □

* Assessore alla Sanità della Regione Lombardia

È una «Costituzione» della Sanità: per questo va rivista man mano che i suoi limiti si palesano

DI FABIO GAVA *

Come tutte le grandi leggi di riforma, anche la 833 ha presentato luci, ombre, necessità di correzioni "in corsa". Ciò nonostante, ha il merito fondamentale di aver rappresentato una svolta epocale, introducendo per la prima volta nel nostro Paese il sistema sanitario pubblico universalistico, con il superamento del sistema delle mutue, che era arrivato alla corda, vuoi per le difficoltà economiche di alcune delle mutue maggiori rispetto ad altre, vuoi per il sistema parcellizzato in cui operavano e la differenza massa critica che potevano mettere in campo.

Il che faceva sì che l'assistenza sanitaria di tipo mutualistico fosse differenziata e non omogenea per i cittadini, a seconda delle caratteristiche della singola mutua e della sua solidità finanziaria. Potremmo dire, con un paragone magari un po' azzardato, ma per molti versi calzante, che la 833 è stata per la Sanità come una "costituzione", con una prima parte che fissa i principi, una sorta di carta dei diritti, e uno sviluppo temporale cui il legislatore ha messo più volte mano, di fronte ai limiti organizzativi, gestionali e istituzionali che via via si palesavano.

Cerco di spiegarmi con un breve excursus storico. Un primo limite, che ci siamo poi trascinati nel corso degli anni, fu il sottofinanziamento, perché la valutazione dell'effettiva costosità del sistema che si attivava non fu mai realistica, e il vero fabbisogno per far funzionare la macchina non è mai stato individuato. C'era poi, nella fase iniziale della 833, un problema di tipo politico: nell'organizzazione inizialmente delineata dalla Riforma, in realtà il potere fu riversato quasi interamente sugli enti locali che, in forma associata all'interno delle Ulss, praticamente gestivano la Sanità, con una funzione delle Regioni ancora debole dal punto di vista programmatico.

Il legislatore se ne accorse e, di fatto, il primo rafforzamento delle funzioni di programmazione delle Regioni risale alla legge 585/1985. L'eccessiva politicizzazione dell'impianto complessivo, senza una programmazione che ponesse dei limiti e dettasse dei criteri operativi, rivelò infine l'insostenibilità sul piano finanziario, portando a una serie di interventi "tamponi", come l'introduzione del ticket sulle prestazioni, riforme degli organi interni delle Ulss, la prima attribuzione di funzioni programmatiche alle Regioni con la 585.

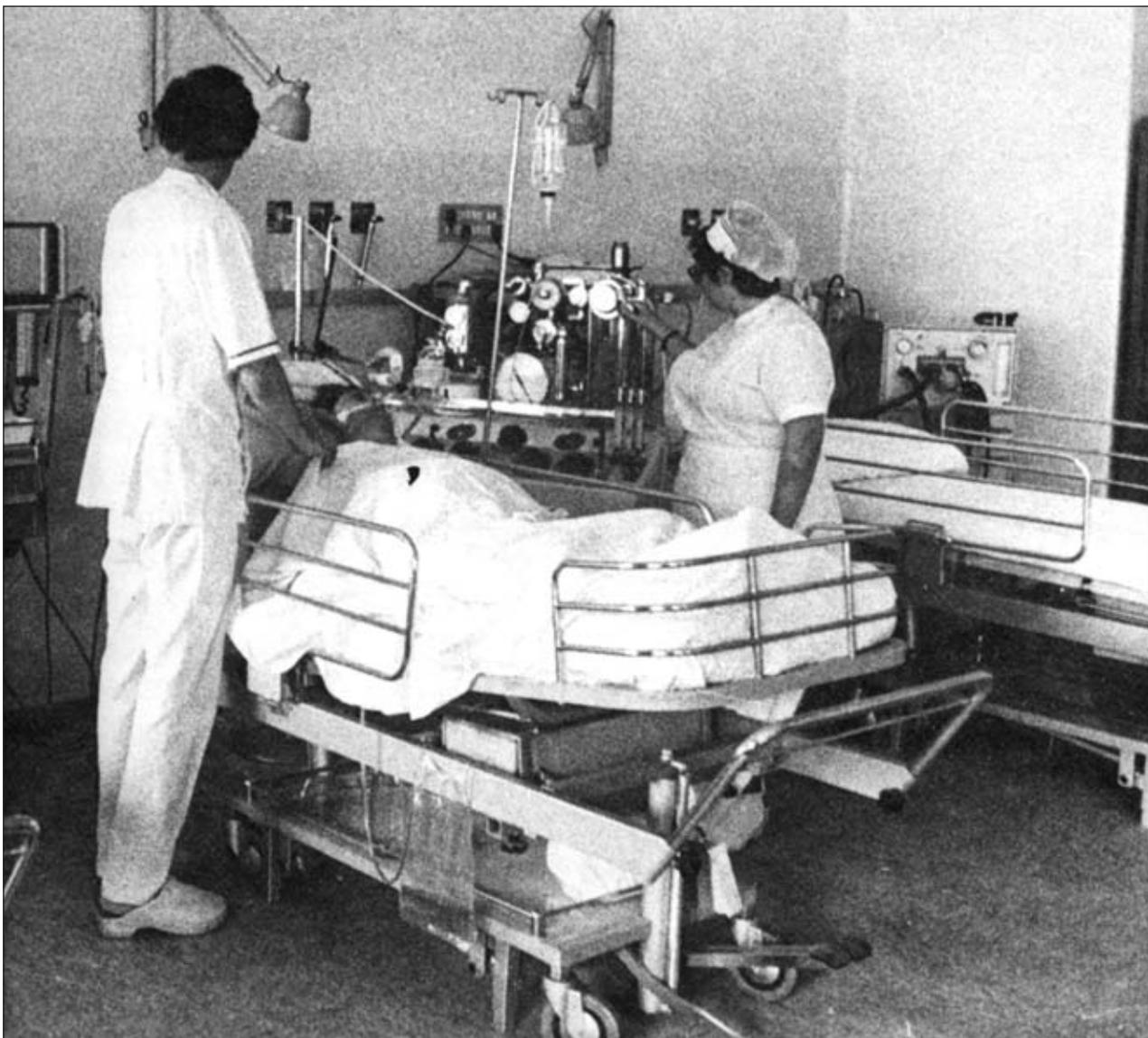
Non si arrivò però a toccare gli standard che determinavano la spesa più significativa (quella ospedaliera), che in realtà sono stati modificati solo molti, troppi anni dopo, con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001! La prima modifica fondamentale della 833 arriva a mio avviso nei primi anni '90, con la legge 502, che introduce l'aziendalizzazione con una serie di elementi la cui rilevanza non sfugge a nessuno (poi ripresi anche nel 229 del ministro Bindi) e con il reingresso dei Comuni nel sistema attraverso la conferenza dei sindaci delle Ulss.

Siamo anche di fronte alla definitiva regionalizzazione del sistema che, in prospettiva e alla luce della riforma del titolo V della Costituzione e della devoluzione, si appresta a diventare completa e totale.

Gli elementi maggiori di discussione in prospettiva futura a me sembrano due: la crescita del "peso politico" della classe medica all'interno delle aziende, e di quello dei Comuni, anche sul piano decisionale. Per quanto riguarda la prima, è stato e sarà un salto di qualità notevole quello di confrontarsi con le istanze che vengono dalla classe medica e dal personale sanitario nel suo complesso.

Più delicata è la questione del peso politico dei Comuni, perché intimamente legata al problema delle risorse. A prescindere dalla necessità di averne di più, è evidente che occorre superare la contraddizione che c'era nella 833: enti gestori che non avevano alcuna responsabilità sul piano finanziario. Il vero "buco" della 833 sta proprio nel fatto che non c'era alcun limite finanziario, perché chi aveva la responsabilità di decidere delle attività e della gestione non ne aveva poi la responsabilità economica, innescando quello che definirei "il periodo del piè di lista".

L'elemento della responsabilizzazione economica dei Comuni può essere a mio avviso opportunamente affrontato nel dibattito futuro, avendo l'accortezza di evitare il rischio che



6 AGOSTO

Papa Paolo VI muore a un mese dal suo 81° compleanno. Fu sempre considerato un Papa amletico e dubbioso, ma fu proprio Paolo VI a inaugurare l'usanza dei viaggi anche all'estero, in ogni angolo del mondo. È il Papa che ha gestito i momenti più difficili e delicati del dissenso cattolico, dal divorzio all'aborto

26 AGOSTO

Albino Luciani è il nuovo Papa. Eletto alla quarta votazione, prende il nome di Giovanni Paolo I, Papa Luciani, 66 anni, era patriarca di Venezia

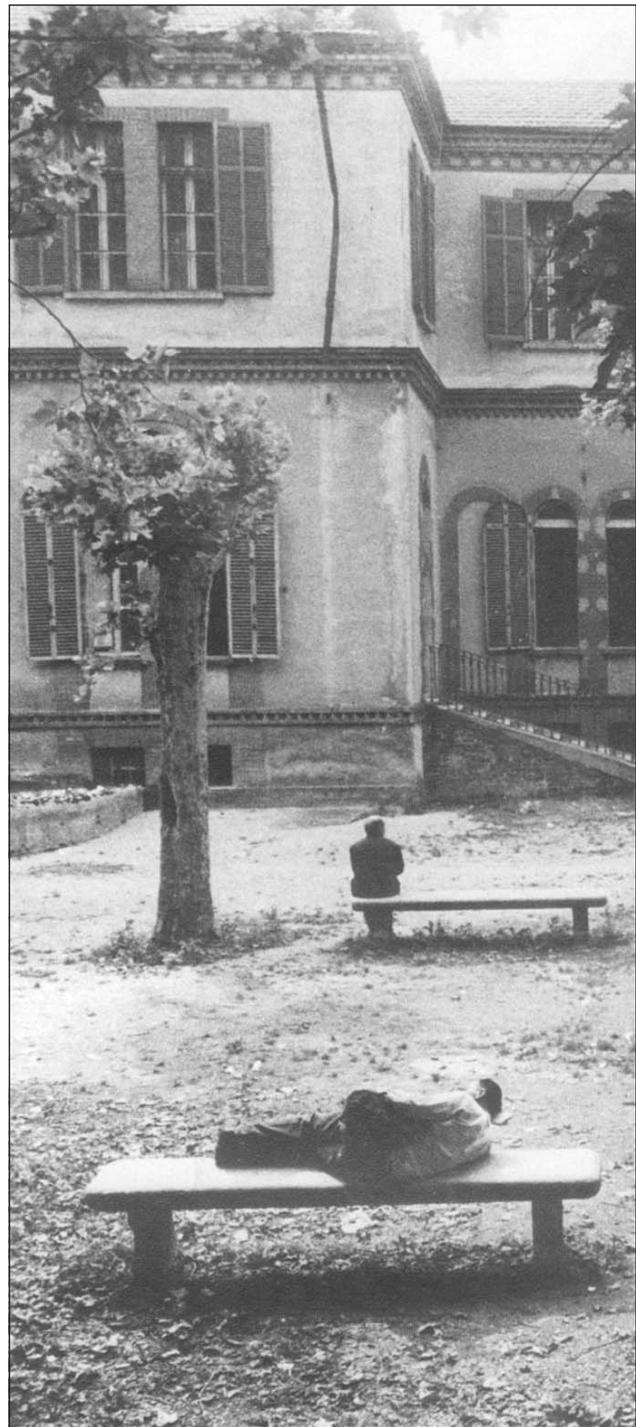
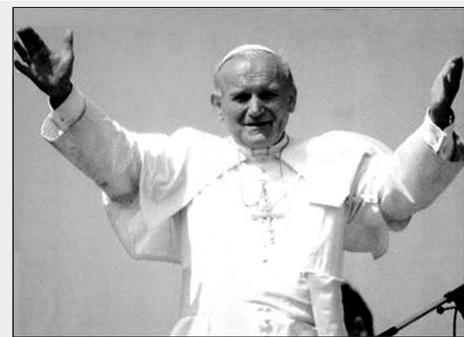
28 SETTEMBRE

Dopo soli 33 giorni di pontificato Papa Luciani muore per infarto miocardico acuto



16 OTTOBRE

Il cardinale polacco Karol Wojtyła, arcivescovo di Cracovia, è eletto Papa con il nome di Giovanni Paolo II: si tratta del primo pontefice non italiano da 455 anni e del primo polacco in assoluto. Un Papa colto, anticonformista, che non gradendo il protocollo, desta subito l'affetto dei fedeli e del mondo laico



Disegnato in un'altra stagione resta valido nel suo spirito: non disperdiamo un patrimonio di civiltà

DI GIOVANNI BISSONI *

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale nell'ormai lontano 23 dicembre 1978 rappresenta una delle più grandi e significative realizzazioni del sistema italiano di sicurezza sociale, avvenuta al termine di una lunga fase di profonda trasformazione delle istituzioni della Repubblica (il trasferimento di poteri effettivi alle Regioni era avvenuto solo un paio d'anni prima, malgrado esse fossero previste dalla Costituzione del 1948 e fossero state formalmente costituite nel 1971) e in conclusione di un anno terribile (il 1978 è anche l'anno dell'assassinio del presidente Moro).

Attraverso i suoi principi fondamentali di universalità di accesso, globalità di copertura e finanziamento pubblico attraverso la tassazione generale, l'istituzione del Ssn ha uniformato i diritti sociali di tutti i cittadini italiani, che durante il periodo mutualistico erano stati condizionati dalla loro occupazione; ha posto fine al dedalo di competenze creato da decine di enti, mutualistici e non, che si occupavano di Sanità, con effetti devastanti sulla qualità dell'assistenza, sulla funzionalità del sistema e sui conti pubblici; ha attribuito un ruolo centrale alle comunità locali nelle scelte sull'organizzazione dei servizi. Alcuni di questi principi si sono realizzati solo successivamente (a esempio, è stato necessario attendere i primi anni '90 per l'eliminazione dei contributi sanitari), altri sono tutt'ora incompleti: a esempio, resta certamente molto da fare per realizzare l'uniformità delle condizioni di assistenza nelle diverse parti del Paese, un obiettivo opportunamente riproposto con la definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Tutte le indagini di opinione confermano tuttavia che i principi fondamentali del Ssn sono largamente condivisi dalla popolazione, anche se soltanto una parte si dichiara soddisfatta dei suoi servizi. Il principale problema del Ssn non è nei suoi principi fondamentali, che l'esperienza e i confronti internazionali hanno piuttosto contribuito a rafforzare, quanto nel fatto che la sua organizzazione è disegnata per le necessità proprie di un diverso momento storico e di un altro quadro epidemiologico.

Due punti sono di particolare rilievo. Quando il Ssn fu istituito, la maggior parte dei problemi di salute era rappresentata da malattie acute e il luogo quasi esclusivo per la loro cura era l'ospedale. Oggi, il quadro epidemiologico è dominato da condizioni croniche che affliggono una popolazione che invecchia, e il principale luogo di assistenza è la casa del paziente. Lo sviluppo scientifico e tecnologico è proceduto con velocità crescente, ampliando le opportunità terapeutiche e modificando le forme di assistenza. L'organizzazione e il funzionamento del Ssn si sono adattati a questi cambiamenti, ma non abbastanza e non in ugual misura in tutte le Regioni. Questo ha approfondito le differenze nell'offerta dei servizi fra le diverse aree del Paese e ha contribuito a creare una crisi finanziaria di diversi sistemi regionali.

Il secondo punto è che l'aumento dei costi dell'assistenza

sanitaria ha accentuato la concentrazione di gran parte della spesa sanitaria su una piccola frazione della popolazione. In Emilia Romagna, nel 2002, l'1% della popolazione (appena 50mila persone) "consuma" il 32% della spesa sanitaria pubblica ospedaliera e farmaceutica (oltre 2 miliardi di euro); il 5% della popolazione quasi il 70% della spesa. Per assicurare le risorse necessarie per garantire l'assistenza a quella piccola parte della popolazione che ne ha bisogno è necessario contare su una base molto ampia di contribuenti. Gli sviluppi della medicina hanno, quindi, reso ancora più importante il principio del finanziamento pubblico del sistema attraverso la fiscalità generale: la solidarietà è un valore morale, ma anche una necessità economica per qualsiasi sistema sanitario.

Il Ssn versa, oggi, in una crisi finanziaria senza precedenti: sottofinanziamento e mancati trasferimenti hanno fatto lievitare i crediti che le Regioni vantano nei confronti del Governo centrale a 18 miliardi di euro; le situazioni peggiori si concentrano in Regioni che presentano la minor capacità fiscale.

Il federalismo politico e fiscale dovrà necessariamente considerare con grande attenzione entrambe queste condizioni, che mettono a rischio il futuro del Ssn.

I cittadini, però, non sono interessati alle diatribe sulle competenze dei diversi livelli dello Stato. A essi interessa poter contare su un sistema sanitario che sappia intervenire prontamente in caso di bisogno attraverso servizi di buona qualità e sono consapevoli che la loro voce ha tanto maggiore probabilità di essere ascoltata quanto più vicino a loro le scelte che li riguardano vengono effettuate.

La sostenibilità del Ssn richiede che esso possa evolvere e crescere secondo le necessità proprie di un sistema moderno, al passo con l'evoluzione della scienza e della tecnologia.

La ricerca di "soluzioni" che vogliono affidare la garanzia dei Lea a secondi o terzi "pilastri" che dovrebbero affiancare il pilastro pubblico nella vana speranza di attrarre capitale privato, introducono inevitabilmente comportamenti che, partendo dalla crisi finanziaria e facendo leva sulla tradizionale inerzia della burocrazia, pongono a carico di quei pazienti che se lo possono permettere le innovazioni terapeutiche. È il caso, a esempio, degli stent medicati per la stenosi coronarica e delle lenti flessibili negli interventi di cataratta.

Entrambe queste "soluzioni" producono il medesimo risultato: ridurre l'offerta pubblica a un livello minimo, inducendo l'uscita dal sistema delle persone che ne hanno la possibilità economica, alla ricerca di sicurezza personale, indebolendo universalità ed equità del sistema.

Poiché nessuno propone di ridurre la spesa sanitaria complessiva del Paese, la quantità di spesa pubblica che s'intende destinare all'assistenza sanitaria è una scelta politica prima che il risultato di valutazioni economiche.

Spetta agli italiani decidere come vogliono utilizzare il "prodotto comune" del loro lavoro, e se vogliono mantenere un sistema sanitario di cui mostrano di continuare a condividere i principi.

La quantità di risorse pubbliche attualmente dedicate alla Sanità colloca l'Italia nello spettro più basso dei Paesi dell'Unione europea e dei Paesi Ocse. Né deve ingannare l'apparente crescita del rapporto spesa sanitaria pubblica-Pil: il rallentamento (per usare un eufemismo) della crescita del Pil osservato negli ultimi anni, se continua, è destinato a proiettarci in breve tempo ben oltre il fatidico 6 per cento.

Ma questo non è un buon motivo né per creare artatamente né per assistere passivamente alla progressiva dissipazione di una delle principali istituzioni della Repubblica italiana. □

* Assessore alla Sanità della Regione Emilia Romagna

l'inevitabile diversità dei Comuni italiani possa tradursi in una disuguaglianza di prestazioni, a seconda del territorio in cui il cittadino risiede.

Il punto di riferimento potrebbero essere i livelli essenziali di assistenza: garantiti questi in maniera uguale su tutto il territorio, la compartecipazione dei Comuni all'aspetto finanziario potrebbe scattare per tutto quanto sta sopra i Lea.

Concludo fornendo in questa sede, che mi pare appropriata, uno spunto al dibattito sulla costosità del sistema e sul contenimento della spesa. Pur non disconoscendo l'importante ruolo avuto dall'aziendalizzazione su questo fronte, occorre valutare un passaggio ulteriore legato alla fiscalità. Oggi le aziende sanitarie seguono la disciplina del codice civile, alla stessa stregua di un'azienda che produce, e vende, automobili o tritacarne.

C'è da chiedersi se non sia arrivato il momento di pensare a un regime fiscale speciale per queste aziende, in quanto produttrici di servizi sanitari, e non di beni. Intendo dire che, a esempio, le aziende sanitarie pagano l'Iva sugli acquisti che fanno, ma non possono applicarla (e ci mancherebbe altro!) sul "prodotto" che "vendono". Una situazione che è fortemente penalizzante per l'intero settore della produzione di servizi sanitari e che ha un peso finanziario credo non lontano dall'ammontare del deficit della Sanità nazionale. Mi pare insomma arrivato il momento di ragionare anche su una defiscalizzazione dell'Iva sugli acquisti delle aziende sanitarie. □

* Assessore alla Sanità della Regione Veneto
Coordinatore assessori regionali



19 NOVEMBRE

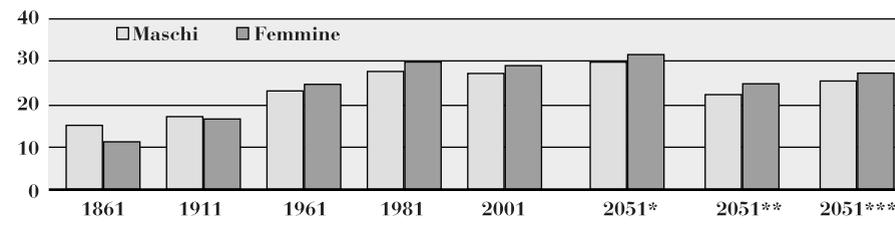
Dalla mezzanotte, secondo l'accordo di Osimo, la parte orientale dell'Istria e la Dalmazia passano dall'Italia alla Jugoslavia

30 NOVEMBRE

Dopo 193 anni chiude, con il 60.473° numero, il "Times", il più illustre quotidiano inglese e mondiale, soffocato da deficit di bilancio e vertenze sindacali

IPOTESI IN CAMPO SULLA DE-CRESCITA DELLA POPOLAZIONE

Valori assoluti in milioni (* Ipotesi alta - ** Ipotesi centrale - *** Ipotesi bassa)



Fonte: elab. Sims su dati Istat e archivio "La Rivista Medica Italiana"

Secondo le tre ipotesi di natalità - "alta", "bassa" e "centrale" - la popolazione italiana è destinata nel 2051 a ridursi. Lo scenario più verosimile indica un calo di ca. 5,6 mln di abitanti rispetto al 2001

Una conquista storica e irrinunciabile da tutelare alla luce del nuovo Titolo V

di ENRICO ROSSI *

Voglio avviare questa mia riflessione sui 25 anni della Riforma del Sistema sanitario nazionale partendo da un ricordo privato. Mio padre era un artigiano, mia madre lavorava in uno stabilimento che fabbricava cartone, la mia nonna era una coltivatrice diretta. Ognuno di loro aveva una mutua diversa. E mi ricordo di aver sentito più volte dire in casa: «Bisogna mettere i soldi da parte, perché non si sa mai... può sempre capitare una malattia...». Si pensava alla malattia come a un problema anche di ordine economico. Ora non più. E questo grazie alla Riforma 833 del 1978, basata sul principio fondamentale che la Sanità si paga in rapporto alla fiscalità generale e se ne usufruisce secondo il bisogno regolato da un sistema di diritti: le prestazioni sono garantite a tutti, indipendentemente dal reddito. I principi di equità di accesso, libertà di scelta terapeutica, solidarietà e universalità rispecchiano la civiltà di un popolo: e sono appunto quelli che contraddistinguono il Servizio sanitario nazionale a partire dalla Riforma del 1978.

Qualcuno sostiene che questo sistema costa troppo, come fece il ministro Girolamo Sirchia poco dopo la sua elezione, quando affermò: «Il Sistema sanitario pubblico è bello, ma non tiene finanziariamente». Ricordiamoci che uno dei motivi per cui il Paese ha un forte deficit è che all'epoca lo Stato si accollò tutti i deficit delle diverse mutue. E ricordiamo anche che la percentuale della nostra spesa sanitaria pubblica rispetto

al Pil è tra le più basse d'Europa.

Noi italiani, che siamo sempre pronti a martoriarci, abbiamo questa incontenibile tendenza a sottovaltarci, dobbiamo riconoscere che la 833 del 1978 è stata una delle riforme migliori e più lungimiranti. Allo stato attuale, ogni cittadino ha diritto alle cure e il Sistema sanitario italiano è uno dei migliori, in Europa e nel mondo. Stiamo assistendo a una pericolosa, crescente subordinazione a modelli di stampo americano. Sappiamo tutti che la Sanità americana non è efficiente: è ipertecnologica, iperspecialistica, di tipo individualistico, non basata sulla prevenzione, sulla salute per tutti. Tanto che negli Stati Uniti, il Paese più ricco del mondo, c'è una speranza di vita inferiore a quella di tutti i Paesi europei. Questo modello esercita purtroppo fascino e pressione anche sull'Europa e sull'Italia: i cui cittadini hanno avuto invece una medicina sostenibile, equa, economicamente compatibile, soddisfacente, apprezzata. Ora, anche l'Europa si sta avviando sullo stesso cammino degli Stati Uniti.

Per noi, il modello di "salute per tutti" è una conquista avvenuta, irrinunciabile. E se è lo Stato che deve garantire i diritti di tutti, la riforma del titolo V della Costituzione affida la gestione della Sanità alle Regioni, mentre al Governo spetta invece dettare linee e indirizzi generali. La riforma del titolo V è legata all'idea che, una volta raggiunto un certo livello di assistenza sanitaria, lo si può mantenere grazie al ruolo dei sistemi regionali. Tutto questo viene però messo in pericolo dal soffocamento finanziario che sta attuando il ministro dell'Economia Giulio Tremonti, e dalla falsa devolution voluta dalla destra, che mette in discussione il principio di uguaglianza dei cittadini nei confronti dell'assistenza sanitaria.

Coerentemente con i dettati del titolo V della Costituzione, ritengo che si dovrebbe individuare una legge di principi, da scrivere insieme, Regioni e Parlamento. Lascerei la parte più organizzativa alle Regioni, e manterrei un sistema di finanziamento che preveda un riequilibrio tra Regioni ricche e

povere. Ancora, manterrei i contratti nazionali, e i Lea, i livelli essenziali di assistenza.

In Toscana abbiamo cercato coerentemente di realizzare lo spirito della Riforma, per certi aspetti anche precorrendo i tempi. Possiamo affermare senza presunzione che il nostro piano sanitario regionale è un'evoluzione dei principi enunciati dalla 833.

Abbiamo introdotto e stiamo sperimentando importanti innovazioni, come i consorzi di Area vasta e le Società della salute. L'Area vasta (la Toscana è divisa in tre grandi aree: Firenze e Toscana centrale, zona costiera, zona di Siena-Arezzo), per organizzare a questo livello i servizi sanitari più appropriati, evitando carenze ma anche duplicazioni. Le Società della salute per la gestione della parte extra-ospedaliera a livello locale: una modalità organizzativa territoriale nuova e originale, che ha l'obiettivo della massima qualità, appropriatezza, economicità. Nelle Società della salute - società senza scopo di lucro con l'obbligo di reinvestire i risparmi in servizi migliori o in un maggior numero di prestazioni - sono presenti le Asl, i Comuni, le parti sociali (cittadini, associazioni, sindacati, privato e privato sociale), i medici di famiglia. L'idea è quella che la gestione dell'assistenza e dei servizi sanitari a livello locale possa essere organizzata al meglio se a farlo sono coloro che in quella realtà operano tutti i giorni e ne conoscono a fondo caratteristiche ed esigenze. Abbiamo scelto di diventare il luogo di rilancio di questa cultura: la comunità locale che diviene la protagonista della tutela della salute e del benessere della collettività. Con la capacità di tenuta che abbiamo dimostrato, sia sul versante finanziario - con il bilancio in pareggio - che su quello dell'organizzazione dei servizi, la Toscana è l'unica Regione che ha proposto un'innovazione nella continuità. Un situazione di equilibrio e di garanzia per i cittadini e gli operatori che rischia fortemente di saltare per la clamorosa sottostima del Fondo sanitario nazionale. □

* Assessore per il Diritto alla salute Regione Toscana



Sembra invecchiare, ma resta lo strumento più adatto per traghettarci verso un federalismo solidale

di ROSALBA TUFANO *

Il quarto di secolo trascorso da quando la legge 833 del 1978 sancì la nascita del Servizio sanitario nazionale ci fa apparire quella data e la situazione antecedente a essa come assai remota, tant'è che mai come oggi sembra che la svolta epocale imposta da quella legge sia messa in discussione. Parole come "universalità", "globalità", "equità" e "gratuità", non sono semplicemente parole, concetti astratti: esse sono azioni concrete, il lucido ridisegno di un fronte fondamentale come quello della tutela della salute dei cittadini.

Un'azione perpetrata giorno per giorno per venticinque anni - certo con ineguali successi sul nostro articolato territorio nazionale - che ha portato il nostro Servizio sanitario a essere considerato tra i più funzionali.

Alcune amnesie o nostalgie del passato - con la più volte sbandierata intenzione di coinvolgere il mondo della previdenza privata nella tutela della salute o la nascita delle fondazioni - hanno il sapore di stantio e ricordano il tempo delle "mutue", una stagione che abbiamo superato imboccando la strada della modernità.

Certo, quella legge non era la panacea per i malanni della Sanità italiana e sono state necessarie due riforme per attraversare questo quarto di secolo. Del resto, l'evoluzione sociale, economica e istituzionale del nostro Paese, ma non solo, degli ultimi venticinque anni, non potevano non implicare profondi interventi sull'ossatura stessa del nostro Servizio sanitario nazionale.

Oggi, lo scenario è estremamente complesso. Le dinamiche demografiche, le nuove scoperte in campo biomedico e tecnologico, l'utilizzo di nuovi strumenti e di protocolli che fino a qualche anno fa sarebbero sembrati fantascienza o alchimie economico-gestionali, impongono più di una rifles-



12 DICEMBRE

Andreotti comunica alla Camera la volontà dell'Italia di entrare nel sistema monetario europeo dal 1° gennaio. Le monete coinvolte erano: marco, franco francese, fiorino olandese, peseta, franco belga, scellino austriaco, scudo portoghese, sterlina irlandese, franco lussemburghese, corona danese, marco finlandese e lira italiana. Che abbandonò lo Sme nel '92 per rientrarvi nel '96



23 DICEMBRE

Un'ora dopo la mezzanotte un Dc-9 in volo da Roma a Palermo sta per atterrare all'aeroporto di Punta Raisi, ma i piloti sbagliano i calcoli e l'aereo finisce in mare. Nell'impatto morirono 108 persone. Si salvarono solo 21 passeggeri anche se in realtà quelli che sopravvissero allo schianto erano oltre il doppio. I soccorsi però tardarono ad arrivare e il disastro ebbe il suo epilogo

Un cammino ventennale verso il decentramento seguendo il denominatore dell'equità di accesso

DI ROCCO PALESE *

Aventicinque anni dalla sua istituzione, sul Servizio sanitario nazionale non si può che esprimere un giudizio positivo, confermato tra l'altro, dall'Organizzazione mondiale della Sanità, che ha classificato il nostro Paese al secondo posto, dopo la Francia, per qualità e fruibilità delle prestazioni sanitarie.

Quali sono le principali prerogative del nostro Sistema sanitario?

Sotto il profilo politico e sociale l'aspetto più importante ha riguardato l'equità dell'accesso, con l'erogazione a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro posizione sociale, di tutte le prestazioni sanitarie. Il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale ha comportato un primo importante passo verso la realizzazione di quella esigenza di modernizzazione che vedrà, successivamente, nel federalismo l'istanza al centro del dibattito politico nel nostro Paese.

Dal punto di vista tecnico-organizzativo le innovazioni non sono state meno incisive e qualificanti: con l'istituzione del distretto sanitario di base si punta alla realizzazione di una rete territoriale di servizi grazie alla quale spostare il baricentro del sistema verso l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali; si afferma come prioritario l'obiettivo di prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

Nei primi 14 anni di attuazione della Riforma, fermi i principi ispiratori e le finalità da perseguire, sono emerse una serie di criticità, soprattutto di ordine organizzativo ed economico, che hanno portato alla seconda Riforma con il Dlgs 502/1992.

Le gravi difficoltà economiche derivanti dalla gestione spesso consociativa dei comitati di gestione, la frammentazione delle Usl che di fatto impediva l'attivazione dei distretti, il prevalente assorbimento delle risorse da parte dell'ospedale in quanto realtà del sistema meglio organizzata e quindi con maggiore capacità di spesa, hanno reso necessario l'intervento del legislatore che con la legge 421/1992 delegava al Governo a provvedere «a una ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Ssn, al perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino, all'equità distributiva e al contenimento della spesa sanitaria, assicurando a tutti i cittadini il libero accesso alle cure e la gratuità del servizio nei limiti e secondo i criteri previsti dalla normativa vigente in materia».

Le principali novità del Dlgs 502/1992 e successive modificazioni hanno riguardato l'istituzione delle aziende sanitarie (azienda Usl e azienda ospedaliera dotate di autonomia organizzativa, patrimoniale e gestionale), il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predefinite, la creazione della dirigenza del ruolo sanitario con la nomina quinquennale del responsabile di unità operativa (ex primario) da parte del direttore generale dell'azienda, l'introduzione del sistema dell'accreditamento con l'apertura del mercato sanitario alla libera concorrenza tra pubblico e privato.

L'attuazione della Riforma, negli anni successivi, ha risentito di una serie di provvedimenti inseriti nelle varie leggi Finanziarie che hanno condizionato la realizzazione di una piena gestione aziendalistica delle strutture pubbliche, dell'accreditamento e della libera concorrenza tra pubblico e privato. Anche la diffusione della cultura manageriale all'interno della classe medica e tra gli stessi quadri amministrativi delle Usl ha trovato non poche difficoltà.

In questo contesto si è sviluppato un vivace dibattito politico che ha portato con la legge 419/1999 a fissare i principi generali della nuova Riforma prevedendo una specifica delega al Governo che, con l'emanazione del Dlgs 229/1999, ha provveduto alla modifica e integrazione dei decreti di riordino degli anni 1992-93 sulla base di principi e criteri direttivi indicati dalla legge delega.

I principi generali della Riforma ter, come specificato nella relazione illustrativa, «sono da rinvenirsi anzitutto nella conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale come strumento attraverso cui l'ordinamento svolge il compito costituzionale di tutela della salute».

sione accurata su cosa debba essere il Ssn italiano del terzo millennio. A cominciare dalla domanda più scottante: c'è ancora necessità di un Servizio sanitario nazionale nell'Italia delle Regioni? La risposta non può che essere affermativa, ma va argomentata: è necessario un percorso comune da parte delle Regioni, al fine di garantire a tutti i cittadini del Paese, indipendentemente dal luogo di nascita o di residenza, uguali prospettive di vita, uguali opportunità di cura.

Le grandi dinamiche della salute oramai passano sopra le teste dei Governi nazionali attestandosi, come è giusto che sia, su scala continentale o mondiale. E questo è un lato della questione. D'altro canto, la maturazione, l'alfabetizzazione e la maggiore consapevolezza dei cittadini hanno reso opportuno un avvicinamento tra chi è portatore di legittime istanze e chi deve istituzionalmente fornire delle risposte concrete. Di qui, il ruolo essenziale e insostituibile delle Regioni nel governare i processi di sviluppo e di garanzia di applicazione di principi ispiratori del nostro Ssn - che sono la felice interpretazione della Carta costituzionale - nei singoli contesti locali.

È innegabile, infatti, che le particolari esigenze di assistenza sanitaria variano da Regione a Regione, da Provincia a Provincia, ma è pur vero che nessun particolarismo può offrire il fianco a una strumentalizzazione devoluzionistica.

Il lavoro che viene condotto in seno alla conferenza delle Regioni è teso proprio a questo. Ogni rappresentante di un Governo locale porta le proprie esperienze, i propri contributi, le proprie modalità di intervento per risolvere le singole questioni, senza tuttavia mai tralasciare quello che per il "modello Campania" di Sanità è un imperativo categorico: la difesa del diritto alla salute del cittadino.

Ci si interroga sempre più spesso sull'attualità del ruolo del ministero della Salute. Probabilmente, un coerente percorso verso un federalismo solidale compiuto in un'ottica europea potrà renderne i compiti e le attribuzioni anacronistici. Certamente, la traiettoria imboccata da alcune Regioni - e la Campania è tra queste - è quella di occuparsi sempre più di salute oltre che di Sanità. L'organizzazione e la programmazione sanitaria hanno, infatti, un senso solo nel solco di una coerente analisi di scenario della domanda di salute dei cittadini.

Il salto di qualità per i prossimi anni non può che essere questo. Tutto il resto sono dissertazioni astratte, o peggio, interessate. □

* Assessore alla Sanità della Regione Campania

Gli aspetti più importanti e innovativi del Dlgs 229/1999 hanno riguardato il completamento del processo di regionalizzazione del sistema, l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie e il potenziamento del ruolo delle comunità locali nella programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Dopo il ciclo di riforme degli ultimi dieci anni dobbiamo registrare due profonde e sostanziali modifiche del Sistema sanitario pubblico:

a) il carattere universalistico dell'assistenza sanitaria è riferibile al principio di uniformità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale per le sole prestazioni ritenute essenziali;

b) viene sancita la completa responsabilità delle Regioni nella gestione finanziaria del Servizio sanitario.

In concreto, le Regioni devono provvedere al finanziamento del Servizio sanitario tramite risorse proprie, con il sostegno fino al 2013 di un fondo di solidarietà perequativa finanziato dalle stesse Regioni in base alla loro capacità impositiva. Con questo meccanismo si conta di neutralizzare i differenziali economici tra le Regioni e riequilibrare progressivamente gli svantaggi riconducibili alla diversa strutturazione, e conseguente capacità di offerta, tra i diversi sistemi sanitari regionali.

Resta il fatto che l'entrata in vigore del federalismo impone alle Regioni la piena responsabilità nella gestione dei servizi, in modo da recuperare efficienza nella spesa. Allo Stato centrale rimane il compito di promuovere politiche di sviluppo economico il più possibile territorialmente uniformi, poiché da queste dipenderanno l'equità e l'universalismo del Sistema sanitario nazionale.

Il modello universalistico proposto dalla legge 833/1978 affrontava il principio del diritto alla salute di tutti i cittadini senza condizionamenti di carattere finanziario. Il progresso scientifico e tecnologico ha comportato un notevole aumento dell'offerta di prestazioni sanitarie che, unitamente ad altri fattori quali a esempio l'aumento della vita media, hanno reso relativamente sempre più limitate le risorse disponibili. Ciò ha comportato nel corso di questi venticinque anni un cambiamento nell'approccio ai problemi di economia sanitaria che nel nostro Paese, comunque, ha consentito di mantenere buono il servizio nonostante un più basso finanziamento rispetto al Pil, se paragonato a quello di altri Stati occidentali.

Il futuro imporrà scelte coraggiose per la tenuta del sistema e per garantire i reali bisogni di salute dei cittadini. Affinché tali scelte, tuttavia, non siano vissute solo come tagli indiscriminati e impopolari, bisogna garantire che il filtro attraverso cui esse devono essere determinate sia quello dell'appropriatezza a tutti i livelli del sistema. Dal livello della programmazione a quello dell'allocazione delle risorse, sino a quello del governo clinico: solo così una politica di qualità potrà sposarsi con il rigore economico. □

* Assessore al Bilancio della Regione Puglia

