SENATO DELLA REPUBBLICA

1

Parlam. vive
com. domora

ASSR

2

Cordiali saluti

Nicola Mancino

Presidente del Senato

ASSR

SENATO DELLA REPUBBLICA

Roma, 27 luglio 1999

A tutti i Senatori
CASELLA

Care Colleghi, Cari Colleghi,

di ritorno a Roma, come tutti abbiamo trovato nella casella una lettera di Mirko Tremaglia che ci esorta a votare a favore del disegno di legge di revisione costituzionale che, se approvato, istituirà una "circoscrizione" estero. Essa consentirà di votare a tutti i cittadini italiani nel mondo, gran parte dei quali divenuti tali in virtù di una legge che riconosce la cittadinanza a chiunque discenda da un nonno/a italiano, anche se ormai cittadino di un altro paese.

Abbiamo grande rispetto per la passione sincera che anima Mirko Tremaglia anche se, dopo attento esame del problema, siamo arrivati alla conclusione che debbano votare solo coloro che sono temporaneamente all'estero. Per questo abbiamo sottoscritto il disegno di legge di cui è prima firmataria Tana de Zulueta al Senato e Antonio Martino alla Camera dei Deputati.

Per questo riteniamo non sia giusto creare un gruppo di senatori e deputati (rispettivamente 8 e 16?) - aggiunti a quelli, numerosi esistenti - che rappresenterebbero un corpo di elettori di dimensioni non definite, in maggioranza non integrati nella vita nazionale, a cui non contribuirebbero pagando le tasse, ma che concorrerebbero a costituire governi e leggi che non sarebbero chiamati ad osservare.

Inoltre riteniamo che tale partecipazione alla nostra competizione elettorale di cittadini di altri paesi, sul territorio di altri paesi, determinerebbe nei rapporti con essi numerose e gravi tensioni. Provate ad immaginare quali sarebbero le nostre reazioni se una forte comunità di immigrati fosse impegnata in una campagna elettorale estranea sul nostro territorio?

Riteniamo, infine, che la grande maggioranza dei nostri emigrati non chiedano la partecipazione al voto ma accesso a lingua e cultura che alimentino le radici della loro identità italiana; senza ostacolare il processo di naturalizzazione in cui sono impegnati.

A questo fine vi invitiamo a non votare a favore di questo disegno di legge costituzionale che, in quanto tale, impegna la nostra responsabilità diretta di costituenti e che, meno che mai, può essere sottoposta a vincolo di mandato.

Vi salutiamo cordialmente,

Gian Giacomo Migone
Tana de Zulueta
Andrea Manzella
Maurizio Pieroni
Andrea Papini
Carlo Rognoni
Saverio Vertone
Lorenzo Forcieri
Ersilia Salvato
Luigi Marino

SANITÀ

4

DEMOCRATICI DI SINISTRA
AREA SANITÀ

Roma, 28 luglio 1999

Cara/o collega,

ti invio tre testi sulla riforma sanitaria che spero ti saranno utili.
Si tratta di un **commento politico** sui nodi fondamentali della riforma; di alcune **note** (un po' più specifiche); di una breve **sintesi**.
L'area sanità dei DS ha chiesto alle federazioni di promuovere una campagna di incontri e di discussioni in tutta Italia, a partire dalle feste dell'Unità. Sono già in calendario un centinaio di dibattiti ma ci sono città ed intere provincie dove ancora non si è fatto nulla.
Sperando di averti fornito un materiale utile ti chiedo, a nome del Dipartimento Sanità, di farti promotore a tua volta di nuove iniziative. Tutti sappiamo quale peso avrà la questione della sanità nelle prossime elezioni regionali.

Un cordiale saluto e un augurio di buone vacanze

Gloria Buffo

Via delle Botteghe Oscure, 4
00186 Roma
Telefono 06 / 6711551
Fax 06 / 6711446

ASSR

Commento sulla riforma sanitaria

Il 16 luglio 1999 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale con il n. 229 il decreto attuativo della legge 419/98 sul riordino del sistema sanitario. Si tratta di una tappa fondamentale del processo che sarà realmente compiuto con l'approvazione del decreto delegato sul federalismo fiscale, con la legge sugli istituti a carattere scientifico, con l'approvazione del testo unico delle leggi sanitarie del decreto legislativo sull'articolo 6 della legge 419/98 che riguarda i rapporti tra servizio sanitario nazionale e università.

All'atto della approvazione definitiva del decreto legislativo 229 si è scatenata una violenta campagna da parte della destra e in particolare di Forza Italia, forte anche delle iniziative che alcuni sindacati medici hanno preso durante l'ultima fase di confronto fra governo, regioni e sindacati sulla dirigenza sanitaria. Si tratta di una campagna in grande stile al cui centro sta l'affermazione che questa riforma non tutela i cittadini, è centralistica, statalista, addirittura sovietica, che toglie a cittadino ogni diritto di scelta e lo condanna a perigrinare per gli uffici delle Usl. Nella nostra iniziativa politica abbiamo la necessita di confutare queste che, più che argomentazioni politiche, sono insulti coi quali si tenta ancora una volta di evocare umori negativi, indistinti senza in realtà evidenziare nessun elemento reale di critica e soprattutto senza avanzare proposte alternative. Certo, se statalismo vuol dire prevedere un sistema universale, solidale, equo che garantisca la salute di tutti cittadini a prescindere dal censo, sicuramente questa è una riforma statalistica. In realtà con questa riforma si impone a tutti i soggetti erogatori pubblici, privati e non profit l'obbligo di rispettare le stesse regole, di rispondere ai medesimi requisiti di qualità e di concorrere al raggiungimento degli obiettivi della programmazione. Su questo contesto lo Stato, le Regioni non rappresentano solamente un pezzo del sistema che eroga prestazioni ma hanno una funzione più alta e decisiva: quello di stabilire obiettivi di salute, fissare regole e standard di qualità per garantire al cittadino che si rivolge alle strutture sanitarie di avere un trattamento che risponda ai requisiti di qualità e appropriatezza. Chi non vuole un sistema costruito in questo modo ritiene che la sanità sia un puro mercato, che la salute sia una merce e che l'unica regola per questo mercato sia quella della domanda e dell'offerta: altra concezione, che non prevede il diritto alla salute dei cittadini e che va ogni volta come tale presentata. Altro punto sul quale la destra sta cercando di costruire un'opinione diffusa è quello del centralismo. Sicuramente la legge nella sua prima stesura aveva in sé forti connotati centralistici che sono stati però limitati e ricondotti ad un impianto più equilibrato dall'intervento delle regioni e delle commissioni parlamentari. Oggi possiamo dire che questa legge introduce un nuovo equilibrio fra i diversi soggetti che concorrono a definire gli obiettivi e a realizzarli sul territorio, e pone la regione al centro di questo sistema come soggetto di programmazione e di indirizzo all'attività delle Aziende Usl. Le funzioni dello Stato sono ben definite, sono importanti e vanno mantenute: sono quelle di indicare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, di individuare e promuovere obiettivi di salute sul territorio nazionale e di far si che si realizzi un sistema equilibrato nel quale ogni cittadino

trovi soddisfazioni ai propri bisogni senza differenze dal punto di vista della qualità dei bisogni soddisfatti ma con tutte le differenze negli strumenti che le regioni possono utilizzare per raggiungere questi obiettivi.
Confutate queste due principali, e come abbiamo visto, discutibili argomentazioni del Polo, dobbiamo tornare a riflettere sull'elemento fondamentale: perché era necessario riformare nuovamente il sistema sanitario dopo la legge De Lorenzo? La risposta che dobbiamo dare la troviamo nelle scelte che abbiamo fatto nel passato, nella raccolta di un milione e duecento mila firme per i referendum abrogativi del decreto de Lorenzo, o sulla legge d'iniziativa popolare presentata dalla CGIL in parlamento: sono tutte iniziative politiche che abbiamo attivato per modificare una legge, la legge De Lorenzo,che, se conteneva elementi positivi che vengono ripresi e rafforzati dal decreto legislativo recentemente approvato, introduceva una serie di elementi distorsivi come la riduzione del ruolo della programmazione e una concezione della concorrenza e del mercato che rischiavano di disnaturare il sistema sanitario. Era necessario trovare delle soluzioni nuove per cinque grandi problemi, cinque grandi contraddizioni che non erano state sciolte dalle leggi precedenti e che influivano fortemente sul funzionamento del sistema sanitario.
La prima grande contraddizione, quella che vivono tutti i paesi avanzati, è la contraddizione fra le risorse a disposizione e i bisogni dei cittadini. Dal decreto legislativo 502 questa contraddizione non veniva risolta. Veniva detto che i livelli dell'assistenza erano definiti a seguito della individuazione delle risorse ma, mentre i livelli di assistenza rimanevano come elemento generale indefinito, si poteva verificare, anzi si è verificato la possibilità che a fronte di un diritto astratto inesigibile per gran parte dei cittadini, si sviluppasse un forte disavanzo del sistema sanitario che non riusciva a rispondere alle esigenze né ad individuare quali fossero le prestazioni da erogare. Paradossalmente l'aziendalizzazione del sistema sanitario ha amplificato questa difficoltà perché con le aziende è migliorata la capacita produttiva del sistema, sono aumentate le prestazioni sia nel pubblico che nel privato. In assenza di una seria programmazione la crescita della spesa in molte realtà è stata vertiginosa e non è stata quasi mai accompagnata da un aumento della capacità di rispondere ai bisogni reali dei cittadini.
Il decreto legislativo introduce un nuovo concetto, o meglio sviluppa, e amplifica il modello dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza collegando questa definizione all'identificazione delle prestazioni utili e appropriate che vanno erogate a tutti i cittadini e individuando parallelamente l'elenco delle prestazioni che non sono utili e appropriate e che il servizio sanitario non garantisce al cittadino in rapporto alla risorse a disposizione. Si costruisce così un nuovo patto tra stato e cittadino: al cittadino saranno erogate le prestazioni utili e appropriate previste dai livelli di assistenza e lo stato si impegna (questa è una grande novità) a definire contestualmente livelli di assistenza e risorse necessarie. E' del tutto evidente che questa nuova definizione del rapporto fra risorse e bisogni deve essere tradotta con puntualità nella realtà e che le prestazioni utili e appropriate devono essere realmente garantite. Se il cittadino ha bisogno di una prestazione sanitaria questa deve essere immancabilmente fornita dalla ASL che la può produrre direttamente, la può

aquistare dalle strutture accreditate, la può acquistare dalle strutture private ma comunque la deve erogare al cittadino secondo quello che linee guida e protocolli diagnostico terapeutici stabiliscono. Si scioglie quindi in maniera avanzata e moderna il problema se ad essere selezionate debbano essere prestazioni o cittadini. E' una risposta antitetica alla logica berlusconiana che prevede la selezione dei cittadini e quindi un sistema che garantisce la sanità solo ai poveri e in maniera dequalificata e che spinge tutti gli altri a rispondere individualmente, attraverso le assicurazioni private, ai propri bisogni. Il sistema che la riforma propone è universale, egualitario, solidaristico e però seleziona al suo interno, in un contesto in cui la domanda cresce in maniera esponenziale, fra prestazioni utili e appropriate e prestazioni inapropiate.

Un grande problema che abbiamo vissuto in questi anni è lacontraddizione che si è sviluppata fra le esigenze di efficienza del sistema e la democrazia del sistema stesso. Con la legge De Lorenzo si è avviato il processo di aziendalizzazione delle Usl: quelle che erano strumento dei comuni sono diventate aziende regionali e si sono attrezzate, (o si dovevano attrezzare) come delle vere aziende per produrre le prestazioni sanitarie necessarie al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. In realtà non è stato così. Le aziende Usl hanno spesso assunto gli aspetti più deteriori dell'aziendalizzazione mantenendo i limiti della pubblica amministrazione. In fatti uno degli elementi fondamentali del sistema aziendale è la capacità di acquisizione di beni e servizi o la possibilità di utilizzare strumenti rapidi definendo obiettivi e verificandone il raggiungimento. In realtà, ancora oggi, per acquistare un'attrezzatura sanitaria le aziende sanitarie locali ricorrono a meccanismi tipici della pubblica amministrazione: le modalità di acquisizione e i tempi di pagamento sono tali per cui la stessa attrezzatura viene pagata il doppio che in una struttura privata. I vantaggi della aziendalizzazione da questo punto di vista non sono stati raggiunti, anzi, è rimasta o si è sviluppata una forma di neoburocrazia che sicuramente non andava incontro alle esigenze di un sistema rinnovato.

Contemporaneamente l'aspetto più deteriore dell'aziendalismo (una visione più da impresa che da azienda) ha portato i direttori generali e le strutture sanitarie e amministrative a ragionare soprattutto sul rapporto costi– benifici ovvero secondo una logica in cui prevale l'elemento di carattere finanziario ed economico mentre la produzione di prestazioni a maggiore rendimento economico diventava l'obiettivo fondamentale.

Con questo decreto si tenta, con successo di rompere, questi due aspetti contraddittori. Il primo quello è delle modalità di funzionamento dell'azienda: attraverso la costituzione dell'azienda con un atto di diritto privato interno, sulla base di linee guida della regione, si dà la possibilità di acquisire direttamente beni e servizi e quindi di operare sul mercato come una vera azienda privata. Sarà allora possibile attivare interventi sulle strutture in tempi più rapidi e la verifica dei direttori generali sul funzionamento delle aziende non sarà più come è stata in parte fino ad oggi, legata al raggiungimento degli obiettivi economici quanto alla verifica dello stato di salute della popolazione e degli obiettivi di salute. Questa modalità nuova di funzionamento dell'azienda-snellezza amministrativa e verifica dei risultati sugli

obiettivi di salute raggiunti nei confronti della popolazione e non sulla delibera di bilancio ripropone quindi in termini diversi il rapporto effcienza-democrazia.
E' in questo contesto che viene potenziato il ruolo dei comuni. I comuni che hanno avuto sin ora un peso inferiore a quello che spetterebbe a chi è a più diretto contatto con i cittadini, svolgeranno un ruolo più importante: parteciperanno ai momenti di programmazione e concorreranno alla verifica del controllo dei risultati. In questo contesto ai comuni è attribuita la possibilità di chiedere il cambiamento del direttore generale e di intervenire sul funzionamento dell'azienda: mai con funzione di gestione ma sempre con funzioni di indirizzo e di controllo. Se tutto ciò sarà applicato scomparirà la logica della difesa del singolo comune, della piccola struttura o del primario. I comuni concorreranno a sviluppare una politica di area individuando insieme alle regioni gli obiettivi da raggiungere e saranno un costante punto di riferimento dei cittadini per la verifica del risultato rispetto agli obiettivi proposti. Altro che statalismo, si tratta di nuovo rapporto corretto e più forte, fra programmazione regionale, comuni e aziende a beneficio della chiarezza rispetto alle iniziative e gli obiettivi da raggiungere. Terrà grande contraddizione del nostro sistema sanitario da sempre è la contraddizione tra l'ospedale e il territorio. La legge 502 e, prima, la legge 833 hanno previsto il distretto. In gran parte del nostro paese i distretti non si sono realizzati o hanno avuto come timbro distintivo quello del decentramento amministrativo e burocratico. Con il decreto 229 i distretti trovano una loro forte fisionomia: con l'individuazione dei responsabili di distretto; un diverso rapporto con i medici famiglia e l'attribuzione del budget; con il rapporto con i comuni e con un piano di attività distrettuale che viene approvato. In una parola si dà a questi livelli la conformazione, l'organizzazione, la capacità di produrre proposte e obiettivi di salute e quindi si definisce questo come uno dei livelli fondamentali del sistema sanitario insieme all'ospedale. E' sicuramente una scelta di grande rilievo: perché la possibilità di ridistribuire le risorse fra livello assistenziale ospedaliero e livello territoriale nasce dal fatto che il livello territoriale è compiutamente organizzato. Si pongono quindi con questo decreto le premesse per costruire la seconda gamba del sistema sanitario (l'attività territoriale e distrettuale) che è sempre stata la cenerentola del nostro sistema. Contemporaneamente si rafforza il tentativo di incentivare l'organizzazione dipartimentale dell'ospedale. Dipartimenti inter ed extra ospedalieri, dipartimenti che interloquiscono con distretti, dipartimenti che riorganizzazono la gestione dei posti letto in maniera razionale eliminando quel concetto di "proprietà" delle divisione, dei primari, dei posti letto che in qualche modo ha fermato la storia del nostro sistema sanitario.
A questi due aspetti che incidono sull'organizzazione interna delle aziende sanitarie e sull'equilibrio tra ospedale e territorio, va associata la parte che riguarda l'integrazione socio – sanitaria a partire dal superamento del famoso decreto Craxi. Dobbiamo dire che il settore che più è stato penalizzato dalla logica di impresa che ha dominato, in molte parti del paese, le nuove aziende sanitarie locali è stato proprio quello di confine fra sociale e sanitario o comunque quel settore che affrontava le patologie, dei soggetti deboli .Oggi, con questo decreto si pongono le premesse per il rilancio dell'integrazione: si definiranno attraverso un decreto dei ministri Bindi e

Turco le prestazioni sociali ad alta intensità sanitaria. Si riapre così una stagione che sembrava chiusa ormai da tempo in cui la parte più debole della società potrà ambire a trovare risposte adeguate ai propri bisogni.
Un altro aspetto di grande rilievo, forse il centro di questo decreto 229, è quello che risistema il rapporto pubblico–privato, o in termini più politici, la contraddizione tra programmazione e libera scelta dei cittadini. Questo è un punto molto delicato, perché su questo si incentrano le critiche dei nostri avversari e su questo è possibile, come già abbiamo visto, costruire una propaganda penetrante.
Rispetto al decreto De Lorenzo che in qualche modo metteva nell'angolo la programmazione e indicava nella concorrenza fra soggetti operatori l'elemento predominante del sistema, il decreto 229 propone una diversa concezione: quella di un sistema programmato nel quale regioni, governo nazionale, aziende definiscono quali sono le prestazioni necessarie ai fabbisogni di salute dei cittadini e i diversi soggetti pubblico, privato non profit concorrono al raggiungimento di questi obiettivi. La concorrenza, quindi, c'è ma non è sulla quantità delle prestazioni che vengono erogate o sulla capacità di incrementare le proprie risorse. Il decreto sposta l'oggetto della concorrenza: il terreno della competizione diventa quello della qualità delle prestazioni. Si introduce un nuovo concetto, quello dell'autorizzazione alla realizzazione: le regioni stabiliscono delle regole sia sui requisiti sia sulle localizzazioni per realizzare una nuova struttura sanitaria. Quindi le regioni autorizzeranno nuove strutture in funzione del fabbisogno di prestazioni. Queste strutture autorizzate saranno accreditate sulla base dei requisiti di qualità che si tratta di una forte innovazione- non sono solo come di tipo strutturale ma riguardano il risultato. Verranno cioè messe a disposizione del cittadino tutte quelle strutture che mostreranno anche e soprattutto la migliore performance dei risultati nel tempo. Questo perché qualità della risposta sanitaria non è solo legata a requisiti strutturali ma anche a modalità organizzative, qualità e aggiornamento dei operatori, introduzione di nuove metodiche e capacità di interventi più complessi. Quindi la scelta è quella di una competizione sulla qualità: pubblico, privato non profit dovranno rispondere a requisiti ben definiti. Questa è una grande sfida per il privato ma anche per il sistema pubblico: non sarà più accettabile e tollerabile che le strutture sanitarie pubbliche abbiano livelli strutturali e organizzativi scadenti e che siano protette solo per il fatto di essere strutture pubbliche. Naturalmente il pubblico ha la priorità: tutte le strutture pubbliche che possiedono requisiti idonei saranno accreditate e, per raggiungere gli obiettivi interni al fabbisogno, saranno accreditate le strutture non profit e le strutture private necessarie. Ma è anche evidente che se le strutture pubbliche non hanno requisiti di qualità non saranno accreditate. Noi dobbiamo avere la capacità di spiegare ai cittadini che, con questo contesto, la libera scelta è totalmente garantita. E' una libera scelta fra strutture pubbliche, private, non profit che rispondono ai requisiti di qualità definiti e che quindi garantiscono ai cittadini una assistenza idonea. Una libera scelta "totale" non esiste da nessuna parte: una libera scelta indiscriminata significerebbe offrire ai cittadini anche l'utilizzo dei strutture che non hanno i requisiti previsti dalla legge e non garantiscono la qualità delle prestazioni. Il nostro è un sistema misto, articolato in cui convivono pubblico,

privato e non profit; all'interno di regole precise c'è spazio per tutti i soggetti. Quindi non è assolutamente vero che sia negata la libera scelta del cittadino; anzi con questo sistema si garantisce la scelta fra soggetti che garantiscono una qualità definita, una qualità verificata.

L'ultimo punto, quello che ha suscitato grande fermento sulla stampa e sui mass media prima dell'approvazione, è la definizione del ruolo delle professioni mediche sanitarie. Qui bisogna fare un discorso molto chiaro perché sicuramente tensioni e malumori sono presenti nel mondo dei medici e degli operatori sanitari. Primo aspetto: il ruolo unico. Il ruolo unico che viene introdotto dal decreto 229 non è altro che la presa d'atto della nuova modalità introdotta dal 502. I primari, oggi definiti dirigenti delle strutture complesse, non sono nominati a vita ma sono legati alla funzione. Con l'introduzione del contratto a termine per i primari si era già definito di fatto il ruolo unico perché, se non aveva rinnovato il contratto da parte dell'azienda, il primario tornava ad essere un dirigente di primo livello. Oggi tutto questo viene definito in maniera più articolata e si introduce dal punto di vista ordinamentale quello che era già introdotto di fatto con la 502, ovvero un ruolo unico della dirigenza sanitaria (al pari di tutta la dirigenza della pubblica amministrazione). Il riconoscimento di diverse funzioni quindi di un diverso status è in rapporto alla responsabilità di strutture complesse. Naturalmente rimangono i primari del vecchio ordinamento che non vanno penalizzati in alcun modo e che rappresentano un'altra fase del sistema sanitario. Tutti andranno verificati, vecchi e nuovi primari, e anche gli operatori medici che non dirigono strutture complesse. Quella della verifica è una novità importante che ci allinea agli altri paesi europei, insieme alla scelta della formazione permanente. Si tratta di un fatto di grande rilievo che non è stata messo in luce con la necessaria forza: per la prima volta tutti i soggetti medici, operatori tecnici sanitari, infermieri delle strutture sia pubbliche che private sono tenuti a momenti di formazione permanente.

Naturalmente un altro dei punti sul quale continuerà ad esserci molta discussione è il processo graduale verso il rapporto esclusivo e la libera professioneintramoenia. Su questi punti, forse il decreto ha necessità di una precisazione, di un aggiustamento perché in qualche modo non riesce a collegare in maniera convincente l'esigenza da parte del medico di optare entro certo periodo di tempo per la libera professione e l'obbligo per le aziende di garantire le modalità di esercizio della libera professione.

Ora, io credo che ci sia stato un atteggiamento un po' integralista nei confronti delle problematiche che molti medici hanno sollevato assimilando una grande quantità di operatori che svolge un' attività di libera professione del tutto compatibile con le attività di istituto e una piccola parte che fa della libera professione un'attività prevalente e dell'attività dell'istituto il supporto formale a questa attività.

Non si possono confondare due categorie di operatori così diverse. Non bisogna penalizzare il medico che svolge la libera professione con tempi e modalità del tutto compatibili a quella della sua attività istituzionale. Va data la possibilità di optare il rapporto esclusivo e quindi di optare per la libera professione intramoenia ma naturalmente non si può in nessun modo lasciare che a questa scelta non corrispondono iniziative adeguate da parte delle aziende sanitarie. Questo è uno dei

punti su cui rischiamo di pagare un forte prezzo politico, e che dobbiamo avere la capacità di riprendere, riaffrontare, gestire a livello delle regioni e delle aziende per non entrare in collisione con degli operatori che hanno interessi, obiettivi, punti di vista non dissimili da quelli da noi incoraggiati. Un ragionamento del tutto particolare va fatto per gli infermieri. La scelta di eliminare dal testo del DL la dirigenza infermisticha è una scelta che non abbiamo condiviso. Si può dire forse a ragione che questo aspetto non era presente nella legge delega; certamente questa eliminazione dal testo all'ultimo passaggio nel Consiglio di Ministri ha lasciato l'amaro in bocca a un mondo che giustamente aspetta da anni il riconoscimento delle proprie capacità professionali, delle proprie iniziative e del ruolo insostituibile che ha nel sistema sanitario .L'impegno dei DS deve essere quello di arrivare al più presto all'approvazione del disegno di legge che riguarda dirigenza infermistica e affrontando in maniera seria anche i problemi delle altre professioni sanitarie che hanno uguali esigenze ma naturalmente ruolo e peso diverso all'interno del Ssn.
I punti fondamentali del decreto legislativo erano questi: rimangono altri aspetti molto rilevanti che saranno sciolti successivamente come quello dell'università; aspetti che vanno approfonditi con iniziative specifiche, come la ricerca; problemi come quello delle sperimentazioni cliniche.
C'è poi il grande capitolo dei fondi integrativi; con questo decreto legislativo si apre un capitolo importante perché i fondi operano su prestazioni integrative e non sostitutive: quindi la partita della definizione delle prestazioni utili e appropriate nei livelli uniformi d'assistenza.
Per concludere, oggi abbiamo di fronte un percorso legislativo non concluso ma abbiamo la possibilità di iniziare da subito a cambiare utilizzando questa legge. L'attuazione è complessa perché prevede numerosi atti del governo, delle regioni e soprattutto molti atti che vedono l'attivazione della conferenza stato-regioni cioè l'organo che governa complessivamente le problematiche della sanità. La legge va attuata, va attuata subito perché la credibilità di tutta l'operazione sta nel fatto che si inneschi un percorso di cambiamento visibile da subito. Naturalmente gli effetti e i risultati di questo percorso si vedranno fra qualche anno; nel fra tempo non possiamo in nessun modo dare l'impressione che questa sia una legge inapplicabile o una legge che lascia le cose come stanno. Quindi l'impegno dei DS a livello nazionale, regionale e locale è di lavorare per tradurre in iniziativa concreta gli atti, le norme i regolamenti questa legge. Su questo si gioca la nostra credibilità.Una lunga campagna elettorale ci attende e non saranno certo le tematiche della legge di riordino a dominarla. Dobbiamo evitare di porci come quelli che dicono "finalmente si cambia" rinunciando ad evidenziare i risultati dell'azione di governo, dove abbiamo governato, o a criticare l'operato altrui dove siamo stati all'opposizione. Il processo di attuazione della legge è un processo complesso e lungo, la battaglia politica che si farà dall'autunno alla prossima primavera non può e non deve essere rivolta solo al futuro ma deve fare tesoro delle esperienze e delle iniziative che la sinistra ha preso in questi anni nel governo della sanità.

Commento sulla riforma sanitaria

Il 16 luglio 1999 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale con il n. 229 il decreto attuativo della legge 419/98 sul riordino del sistema sanitario. Si tratta di una tappa fondamentale del processo che sarà realmente compiuto con l'approvazione del decreto delegato sul federalismo fiscale, con la legge sugli istituti a carattere scientifico, con l'approvazione del testo unico delle leggi sanitarie del decreto legislativo sull'articolo 6 della legge 419/98 che riguarda i rapporti tra servizio sanitario nazionale e università.

All'atto della approvazione definitiva del decreto legislativo 229 si è scatenata una violenta campagna da parte della destra e in particolare di Forza Italia, forte anche delle iniziative che alcuni sindacati medici hanno preso durante l'ultima fase di confronto fra governo, regioni e sindacati sulla dirigenza sanitaria. Si tratta di una campagna in grande stile al cui centro sta l'affermazione che questa riforma non tutela i cittadini, è centralistica, statalista, addirittura sovietica, che toglie a cittadino ogni diritto di scelta e lo condanna a perigrinare per gli uffici delle Usl. Nella nostra iniziativa politica abbiamo la necessita di confutare queste che, più che argomentazioni politiche, sono insulti coi quali si tenta ancora una volta di evocare umori negativi, indistinti senza in realtà evidenziare nessun elemento reale di critica e soprattutto senza avanzare proposte alternative. Certo, se statalismo vuol dire prevedere un sistema universale, solidale, equo che garantisca la salute di tutti cittadini a prescindere dal censo, sicuramente questa è una riforma statalistica. In realtà con questa riforma si impone a tutti i soggetti erogatori pubblici, privati e non profit l'obbligo di rispettare le stesse regole, di rispondere ai medesimi requisiti di qualità e di concorrere al raggiungimento degli obiettivi della programmazione. Su questo contesto lo Stato, le Regioni non rappresentano solamente un pezzo del sistema che eroga prestazioni ma hanno una funzione più alta e decisiva: quello di stabilire obiettivi di salute, fissare regole e standard di qualità per garantire al cittadino che si rivolge alle strutture sanitarie di avere un trattamento che risponda ai requisiti di qualità e appropriatezza. Chi non vuole un sistema costruito in questo modo ritiene che la sanità sia un puro mercato, che la salute sia una merce e che l'unica regola per questo mercato sia quella della domanda e dell'offerta: altra concezione, che non prevede il diritto alla salute dei cittadini e che va ogni volta come tale presentata. Altro punto sul quale la destra sta cercando di costruire un'opinione diffusa è quello del centralismo. Sicuramente la legge nella sua prima stesura aveva in sé forti connotati centralistici che sono stati però limitati e ricondotti ad un impianto più equilibrato dall'intervento delle regioni e delle commissioni parlamentari. Oggi possiamo dire che questa legge introduce un nuovo equilibrio fra i diversi soggetti che concorrono a definire gli obiettivi e a realizzarli sul territorio, e pone la regione al centro di questo sistema come soggetto di programmazione e di indirizzo all'attività delle Aziende Usl. Le funzioni dello Stato sono ben definite, sono importanti e vanno mantenute: sono quelle di indicare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, di individuare e promuovere obiettivi di salute sul territorio nazionale e di far si che si realizzi un sistema equilibrato nel quale ogni cittadino

BREVE SINTESI SULLA RIFORMA SANITARIA

Fondi integrativi del San.

Arrivano fondi per integrare le prestazioni garantite dai livelli di assistenza del Ssn. Con i fondi integrativi sarà possibile rimborsare le spese sostenute per cure odontoiatriche, prestazioni termali e terapie non convenzionali, non coperte dal Ssn, i ticket di esami e visite specialistiche, le prestazioni in libera professione intramuraria, l'assistenza domiciliare e i ricoveri nelle Rsa. Le prestazioni dovranno essere erogate da strutture accreditate. I fondi integrativi sono autogestiti e possono essere istituiti da soggetti pubblici e privati (aziende, sindacati, Regioni ed enti locali).

Garanzia di qualità.

Debutta un nuovo modello di accreditamento delle strutture: il Servizio sanitario nazionale (Ssn) dà una sorta di attestato di qualità. Per garantire la qualità dei servizi il Ssn prevede regole uguali per tutti con cui le Regioni individuano i soggetti, pubblici, privati non profit e privati commerciali, su tutto il territorio nazionale.
Il vaglio delle strutture prevede tre passaggi: 1) le autorizzazioni a realizzare nuove strutture ad esercitare l'attività sanitaria; 2) l'accreditamento di tutte le strutture, pubbliche o private, e dei professionisti che rispondono a requisiti di qualità ulteriori, 3) gli accordi contrattuali che individua una sorta di "albo dei fornitori" del Ssn, con cui Regioni e Asl definiscono accordi contrattuali. Il nuovo meccanismo è garantito da una Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari.

Più voce ai cittadini.

Il gradimento dei cittadini sull'assistenza ricevuta, l'attuazione della Carta sanitaria, il coinvolgimento delle associazioni di utenti nella verifica del servizio saranno tutti requisiti per l'accreditamento delle strutture.

Strutture sanitarie più efficienti.

La riforma completa "l'aziendalizzazione" del Sistema sanitario. Le unità sanitarie locali sono costituite in aziende che hanno finalità pubbliche ma sono organizzate secondo criteri privatistici: flessibilità, autonomia imprenditoriale,

responsabilità diretta della dirigenza. Le prestazioni erogate dagli ospedali avranno una remunerazione a doppio binario: un finanziamento a prestazione (le tariffe per ciascun ricovero ospedaliero) e uno per funzione assistenziale (i costi predefiniti per programmi assistenziali, come prevenzione, malattie rare, emergenze, trapianti, integrazione tra assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera). Un doppio binario che, insieme ai controlli delle Regioni, dovrebbe, secondo il Governo, correggere e prevenire comportamenti scorretti.

Dirigenza medica.

I medici devono scegliere tra il rapporto di lavoro esclusivo nel pubblico e la libera professione privata fuori dalle strutture Ssn. E' una scelta individuale e non revocabile. Il rapporto di lavoro esclusivo con il Ssn sarà incentivato anche con gratifiche economiche e consente la libera professione intramuraria. L'esclusività del rapporto è un requisito essenziale per accedere alla direzione delle strutture.
Dal 1° gennaio 2000 solo i medici che lavorano in esclusiva per il Ssn potranno dirigere reparti, dipartimenti, unità operative. Il rapporto di lavoro esclusivo è obbligatorio per chi è stato assunto dal 31 dicembre '98. Viene introdotto il ruolo unico della dirigenza medica che si articola su di un solo livello, articolato secondo responsabilità professionali e di gestione.
La responsabilità dei primari viene rafforzata e scompare la possibilità di restare primario a vita. Per continuare a essere primari bisognerà superare, ogni 5 anni, una verifica da parte di un collegio di colleghi. La carriera sarà fondata su capacità, merito e responsabilità. Con il Collegio di direzione, i medici conteranno di più nel governo dell'azienda. L'eta pensionabile per tutti i medici, dipendenti e convenzionati, diventa di 65 anni, elevabile a 67.
Questo limite vale anche per gli universitari, limitatamente all'attività assistenziale ordinaria e alla direzione di strutture del Ssn.

Formazione continua e ospedali di insegnamento.

Per la prima volta è prevista la formazione continua: il Ssn svilupperà la formazione permanente e l'aggiornamento professionale. Il Ssn si doterà di un sistema di strutture per la formazione. Le Regioni, sulla base dei requisiti indicati dalla Commissione nazionale per la formazione continua, individueranno gli ospedali dedicati all'aggiornamento del personale sanitario. Negli ospedali di insegnamento, in collaborazione con l'Università, si potranno svolgere corsi di specializzazione e quelli per il rilascio dei diplomi.

Rilancio della ricerca.

Il Ssn rilancerà la ricerca sanitaria nei propri centri di eccellenza.

Regioni e autonomie locali.

Viene rafforzata l'autonomia regionale: le Regioni hanno la responsabilità primaria di gestire e organizzare l'offerta dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, concorrono alla definizione del Piano sanitario nazionale e alla determinazione del fabbisogno complessivo del Ssn. I Comuni hanno un ruolo più incisivo nella programmazione e valutazione dei servizi.

Il distretto.

Il ruolo del distretto è valorizzato. Nel distretto i servizi sono organizzati per essere alla portata di tutti i cittadini. Assicura l'assistenza primaria, coordina l'attività dei medici di base con la guardia medica, notturna e festiva, e dei servizi ambulatoriali e specialistici. E' rafforzata la rete dei servizi territoriali: i medici lavorano in équipe collegandosi all'ospedale. Nel distretto viene realizzata l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari. Non è più marginale l'assistenza ai più deboli – dai bambini agli anziani, dagli handicappati ai tossicodipendenti.
Viene fatta chiarezza sulle competenze e responsabilità finanziarie di Regioni, enti locali, ministeri della Sanità e della Solidarietà sociale.

Più prevenzione nel territorio.

Il dipartimento di prevenzione organizza le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica. Interviene sugli aspetti che incidono sulla tutela della salute, dalla sicurezza degli alimenti alla prevenzione dei rischi sul luogo di lavoro, coordina i controlli dei servizi veterinari.

NOTE RAGIONATE SULLA RIFORMA SANITARIA

La discussione (indispensabile) sulla legge di riforma del SSN recentemente approvata è (purtroppo) immediatamente degenerata in un conflitto (del tutto pretestuoso) di tutti contro tutti. Al di là di posizioni pregiudizialmente contrarie e precostituite, del tutto indifferenti ai dati di fatto, una parte significativa di questo conflitto sembra essere stato alimentato, fra l'altro, di una miscela di: misinterpretazioni delle procedure e degli obiettivi; scarsa conoscenza del contesto europeo ed internazionale; poca o nessuna attenzione al contenuto effettivo del testo del decreto legislativo e, contemporaneamente, della situazione attuale. Può quindi essere utile, prima di affrontare in dettaglio i punti più qualificanti della riforma, chiarire preliminarmente alcuni fatti, che dovrebbero essere ovvi, ma la cui mancata conoscenza ha impedito finora che si sviluppasse il dovuto confronto sul merito del provvedimento del Governo, nella chiarezza delle rispettive responsabilità.

1. Il Parlamento, con la legge 419, ha affidato al Governo la delega per la riforma dell'<u>organizzazione</u> (della produzione e della distribuzione) dell'assistenza sanitaria, non di una riforma delle sue modalità di <u>finanziamento</u>. La forma di finanziamento dell'assistenza sanitaria dovrà essere affrontato nell'ambito della riforma Visco per il cosiddetto Federalismo fiscale (L. 133/99), mentre il luogo naturale per la definizione del fabbisogno complessivo e la verifica della sua compatibilità con la finanza pubblica è il DPEF. Il decreto legislativo è quindi doverosamente muto su modalità ed ammontare del finanziamento del SSN, limitandosi tuttavia ad affermare l'importante

principio della contestualità fra identificazione dei LEA e determinazione del fabbisogno finanziario, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite, per l'intero sistema della finanza pubblica, dal DPEF. E' quindi semplicemente sbagliato rimproverare alla legge di Riforma di aver ignorato il problema dell'ammontare delle risorse finanziarie (Questo si che sarebbe stato fuori delega!)

2. La legge di riforma è stata accusata di esprimere una linea di tendenza antieuropea, che ci porterebbe fuori o addirittura contro l'Europa. Questa accusa è stata sostenuta (dalle persone più sofisticate) con un'abbondanza di citazioni tratte da studi dell'OCDE pubblicati nel 1992 e nel 1994, che si riferiscono alla situazione in atto nei primi anni '90, quando i Paesi europei erano governati da amministrazioni di destra, che proponevano progetti di riforma orientati a creare un sistema di mercato anche all'interno della sanità. Se considerata alla luce della situazione attuale, questa accusa è completamente infondata, in quanto non tiene conto del fatto che quei governi sono stati sconfitti (a seguito di elezioni spesso dominate dal tema dell'assistenza sanitaria) e le riforme da loro sostenute o non si sono realizzate affatto (come è accaduto ad esempio nell'Olanda tanto vagheggiata da Confindustria qualche anno fa) oppure sono state rovesciate da altre. Questo è quanto è accaduto in Inghilterra con la riforma Blair, che, come primo atto, ha abolito il mercato interno creato dalla Tatcher, sostituendo alla competizione fra le strutture la cooperazione e la integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, e fra servizi sociali e servizi sanitari. Le altre riforme attualmente in discussione in alcuni Paesi europei sono tutte orientate a invertire la evoluzione verso il mercato impressa ai sistemi sanitari dai governi conservatori fra la fine degli anni '80 ed i primi anni '90. Pertanto, la riforma approvata in Italia è

pienamente inserita nel contesto europeo, ed anzi, in qualche misura, precorre le discussioni in corso in numerosi altri Paesi europei.

3. Il decreto legislativo di riforma si muove nei limiti di criteri e principi direttivi definiti in modo molto puntuale dalla Legge delega approvata dal Parlamento (che enumerava ben 45 criteri e principi direttivi al Governo), e, a valle, dai pareri di numerose forze sociali ed organismi istituzionali puntualmente identificati dalla legge stessa. Il decreto legislativo non è quindi stato (né avrebbe potuto esserlo, per volontà esplicita del Parlamento) un atto autocratico, consumato nel buio di una stanza da un ridotto numero di eletti, ma l'esecuzione di un mandato puntuale (e puntiglioso) del Parlamento al Governo ed il prodotto di un'ampia consultazione condotta sulla base di pareri formulati in genere sotto forma di emendamenti al primo testo approvato dal Governo da parte di Regioni, Provincie e comuni; delle quattro Commissioni parlamentari interessate (di merito e del bilancio); delle Organizzazioni sindacali e della Autorità garante della concorrenza e del mercato (Antitrust). Questi soggetti hanno fornito ampi pareri, puntualmente formulati, che sono stati in larga parte accolti ed in ogni caso puntigliosamente riscontrati e motivati. La raccolta dei pareri, e la loro valutazione ha posto tuttavia seri problemi di armonizzazione, in quanto ciascuno dei soggetti interpellati ha ritenuto che il suo parere fosse risolutivo e "definitivo", anche quando questo si poneva in aperta opposizione a quello indipendentemente reso da altri soggetti. Alcuni esempi servono a chiarire entrambi questi delicati problemi di rapporti istituzionali.

A proposito di uno dei punti di maggiore polemica, relativi alla definizione dei criteri distintivi per l'individuazione delle Aziende Ospedaliere, le indicazioni al Governo espresse dal Parlamento attraverso la legge delega erano estremamente stringenti: modificare i

vaghi criteri definiti dal D.Lgs. 502/92, per la costituzione dei presidi in Aziende ospedaliere autonome, selezionando i soli presidi ospedalieri a valenza interregionale e nazionale. Un'indicazione così puntuale del Parlamento ha lasciato al legislatore delegato soltanto il compito di specificare gli indicatori che meglio rappresentano le caratteristiche più adeguate a realizzare quanto richiesto e prescritto dal legislatore delegante.

La restituzione dei criteri per la definizione delle Aziende ospedaliere non rappresenta quindi l'ennesimo atto di una guerra personale di un membro del Governo contro il Presidente di una regione, quanto piuttosto di una scelta esplicita e puntuale del Parlamento rispetto al modello di funzionamento del SSN.

I conflitti fra i pareri espressi dalle forze sociali e dai livelli istituzionali (Regioni e Commissioni Parlamentari) sono stati innumerevoli. Ad esempio: entrambe le Commissioni parlamentari di merito hanno espresso apprezzamento per il principio della contestualità fra la identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal SSN e la definizione del fabbisogno finanziario. Le Commissioni programmazione e bilancio della Camera e del Senato hanno invece subordinato il loro parere favorevole alla riforma ad un emendamento che avrebbe comportato la subordinazione della definizione dei livelli di assistenza alla quantità di risorse disponibili, ritornando – o addirittura peggiorando – l'attuale formulazione contenuta nel D.Lgs. 502/92. O ancora: la Conferenza unificata ha richiesto la soppressione della Commissione nazionale per l'accreditamento, di cui invece l'Autorità garante della concorrenza e del mercato nella sua segnalazione al Governo, pretende il rafforzamento, al fine di evidenziare la terzietà nella verifica del possesso dei requisiti ulteriori richiesti per essere accreditati.

In tutti questi innumerevoli casi (di cui è stato dato puntuale riscontro) il Governo ha dovuto valutare al meglio, assumendosi la responsabilità politica della scelta operata fra indirizzi e pareri totalmente contrastanti.

4. I costi della riforma. Numerosi commentatori hanno espresso opinioni sui costi aggiuntivi della riforma, che ammonterebbero ad alcune decine di migliaia di miliardi. Nessuna di queste opinioni è stata sostenuta da argomenti quantificati o quantificabili. La realtà dei fatti è che la legge delega votata dal Parlamento richiedeva una puntuale valutazione dell'impatto finanziario della riforma, attraverso la documentazione analitica dei risparmi e delle maggiori spese relativa a ciascun singolo articolo. La relazione tecnico-finanziaria preparata in collaborazione con il Ministero del Tesoro e integrata a seguito della relazione del Servizio Bilancio della Camera, ha evidenziato un costo complessivo di 487 miliardi, abbondantemente compensati dai risparmi previsti, puntualmente documentati.
5. Numerose critiche si sono appuntate nel numero "eccessivo" di provvedimenti normativi che nei prossimi mesi dovranno essere emanati a livello centrale e regionale, quantificati nell'ordine delle centinaia. Complessivamente la riforma prevede 26 "provvedimenti (decreti, atti di indirizzo e coordinamento o regolamenti) oltre la metà dei quali si riferiscono a tre aree:
   1) la nuova istituzione dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e la disciplina delle relative figure professionali;
   2) l'istituzione dei fondi integrativi del SSN, che richiede la definizione delle relative aree di applicazione e la disciplina delle modalità di istituzione e di funzionamento dei fondi;
   3) la definizione del processo di selezione dei soggetti erogatori di prestazioni per conto ed a carico del SSN, attraverso il meccanismo

delle autorizzazioni, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali con Regioni e USL, e la disciplina della loro remunerazione.

La numerosità dei provvedimenti indotti dalla legge di riforma dovrebbe quindi essere valutata relativamente al grado di innovatività dei temi affrontati (come nel caso della nuova area dell'integrazione socio-sanitaria e, in qualche misura, dei fondi integrativi del SSN) da un lato ed allo stato della normativa preesistente, come nel caso dell'accreditamento e degli accordi contrattuali, disciplinato attualmente da una serie disorganica, incoerente e spesso contraddittoria di indicazioni normative inserite in ciascuna delle leggi finanziarie emanate dal 1993 ad oggi.

La Regionalizzazione del SSN: relazioni fra Regioni e Governo

Contrariamente all'accusa di centralismo antiregionalista, i principi e le relazioni fra i livelli istituzionali definiti all'articolo 1 della legge di riforma portano a pieno compimento il processo di regionalizzazione della assistenza sanitaria.

In armonia con l'evoluzione federalista dello Stato, il SSN è definito come il sistema delle funzioni e dei servizi propri dei Servizi sanitari regionali. L'elemento unificante di coesione ("nazionale") del Servizio sanitario, è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza, che costituiscono il sistema delle garanzie a disposizione di tutti i cittadini, in quanto devono essere garantiti dalle Regioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, attraverso risorse pubbliche, e quindi gratuitamente.

In questo contesto, il PSN rappresenta il principale strumento di armonizzazione e di raccordo delle politiche regionali per la salute e l'assistenza sanitaria. La "circolarità" nel processo di programmazione

sanitaria introdotta dalla riforma prevede, da un lato, che il PSN sia elaborato con il concorso delle Regioni e, dall'altro, che i PSR siano sottoposti a verifica dal Ministro della sanità rispetto alla loro congruità con gli indirizzi nazionali. Nel nuovo modello di armonizzazione fra programmazione nazionale e programmazione regionale, quindi, le Regioni non solo si esprimono dopo la predisposizione del PSN, attraverso l'intesa della Conferenza Stato-Regioni, come accade attualmente, ma formulano anche proposte per la sua elaborazione. Si realizza in questo modo la piena "circolarità" della programmazione sanitaria, in quanto le Regioni elaborano proposte per la predisposizione del PSN ed esprimono la loro intesa, mentre il Ministero della sanità esprime parere sulla coerenza dei PSR elaborati dalle singole regioni rispetto agli indirizzi del PSN.

Il principio della regionalizzazione realizzato dalla legge di riforma si esprime anche attraverso il ruolo preminente della Regione nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari, sia nei confronti degli Enti locali, sia nei confronti delle Aziende Sanitarie. Questo ruolo è riconfermato e meglio specificato negli articoli 2 e, rispettivamente, 3 della legge di riforma.

Relazioni Regione-Enti locali: il ruolo dei Comuni

La legge di riforma prevede la partecipazione degli Enti locali a tutti i livelli della programmazione (inclusa la valutazione), sia regionale sia, e soprattutto, locale (Azienda e distretto).

Tale partecipazione deve comunque essere garantita (e questo rappresenta la maggiore differenza rispetto alla situazione attuale, in cui poche regioni hanno autonomamente previsto forme di collaborazione con gli enti locali), seppure secondo forme e modalità disciplinate dalla Regione stessa. Questa

soluzione soddisfa quindi contemporaneamente l'autonomia regionale; il suo ruolo centrale nella programmazione sanitaria (che sarà ancora più rilevante con l'attuazione del federalismo fiscale) così come l'opportunità ed il diritto dei Comuni a concorrere alla programmazione delle attività ed alla valutazione dei risultati delle aziende sanitarie. Investiti di queste responsabilità, è quindi del tutto naturale che gli Enti locali esprimano un parere sulla valutazione dei Direttori Generali, fermo restando che il potere e la relativa responsabilità di nomina e di revoca resta alle Regioni.

Regionalizzazione ed Aziendalizzazione: autonomia e responsabilità aziendale e le relazioni fra Regioni ed Aziende sanitarie

La responsabilità delle Regioni nel garantire i livelli di assistenza è inequivocabilmente affermata dall'art. 3, che di fatto configura le USL come enti strumentali delle Regioni. Le USL a loro volta, per garantire l'efficienza della loro operatività, si costituiscono in Aziende, con personalità giuridica di diritto pubblico, propria autonomia imprenditoriale e soggette, per gli aspetti organizzativi, ad una disciplina di diritto privato. In questo modo:

a. Si rafforza il carattere pubblico dei fini delle Aziende sanitarie, garantiti dalla Regione (che ne assumerà anche la piena responsabilità finanziaria con il federalismo fiscale).
b. Si stabilisce inequivocabilmente la subordinazione delle aziende sanitarie alla Regione.
c. Si permette alle aziende sanitarie di adottare regole privatistiche e quindi più rapide e flessibili, per le forniture di beni e servizi (che permetterà, ad esempio, di stipulare contratti senza bisogno di gare ad evidenza pubblica per importi fino a 400 milioni, come prevede la

normativa dell'Unione Europea) nonché per la definizione dell'organizzazione interna e per la attribuzione delle relative responsabilità, aumentando quindi l'autonomia aziendale nell'individuazione dei mezzi più adeguati per perseguire i fini definiti dalla programmazione regionale.

Rispetto alla situazione attuale, questa scelta ha quindi l'effetto di porre fine alla contrapposizione fra responsabilità regionale e autonomia aziendale, chiarendo i reciproci ruoli e spinge fino al massimo possibile il processo di "privatizzazione" delle condizioni operative delle Aziende. Il controllo regionale su questa "privatizzazione" dei modi di produzione delle USL è garantito dal fatto che la Regione (cui spetta comunque la responsabilità ultima di risultati economici e di salute delle sue Aziende) detta le norme entro le quali il Direttore Generale assume l'atto di diritto privato che regola la vita e l'organizzazione dell'Azienda USL.

Unitamente alla flessibilità conferita all'utilizzazione del personale dall'istituzione del livello unico della dirigenza sanitaria, queste norme permettono quindi il massimo di discrezionalità e di responsabilità nella conduzione delle Aziende. Oltre questo punto, resta soltanto la privatizzazione della proprietà dei beni del SSN, attraverso ad es. la costituzione di Società per azioni, che comporterebbe ovviamente l'alienazione del patrimonio destinato ai fini istituzionali (ad es. le strutture ospedaliere). Il Governo non ha inteso fare questa scelta, che è stata esplicitamente esclusa dalla legge di riforma, ma che rappresenta l'obiettivo (non dichiarato) di molti dei suoi oppositori.

Il modello di funzionamento del SSN: il problema delle Aziende Ospedaliere

La scelta della Legge di riforma, evidente sin dalla legge delega approvata dal parlamento, è stata di non affidarsi a meccanismi di mercato né per il finanziamento, né per la produzione dei servizi sanitari. Questa scelta può essere giustificata sia in termini politici che tecnici, con argomenti relativi sia all'equità sia all'efficienza complessiva del sistema, per non parlare della incontrovertibile spinta all'aumento della spesa determinata dai mercati sanitari. La legge di riforma ha invece scelto di creare le condizioni strutturali ed organizzative che favorissero la cooperazione sia entro il SSN sia fra questo ed i servizi sociali (e quindi, gli enti locali). Questa scelta è esattamente la stessa compiuta dalla riforma inglese che, con lo slogan "conservare quello che ha funzionato; eliminare quello che non ha funzionato", ha drasticamente ridotto la separazione fra pagatori (le USL nel nostro caso) e produttori (le Aziende ospedaliere), introdotta dalla riforma Tatcher per creare la base strutturale per permettere lo sviluppo di forze di mercato all'interno del sistema sanitario.

Vale la pena di diffondersi più a lungo su questa scelta, con osservazioni di merito e di forma. E' assolutamente ovvio che per garantire i livelli essenziali di assistenza adeguati (in quanto efficaci ed appropriati) alle necessità assistenziali della popolazione il SSN deve svolgere sia la funzione di programmazione dell'assistenza (cioè la definizione dei bisogni e la identificazione dei servizi necessari per soddisfarli) dove domina il principio di equità, sia la funzione di produzione dei servizi, dove domina il principio di efficienza. E' tanto ovvia la distinzione fra queste due funzioni da essere stata chiaramente esplicitata nel PSN 1998-2000. Quello che è contestabile è che la combinazione ottimale di equità e di efficienza (l'obiettivo di qualsiasi servizio pubblico), sia meglio raggiungibile attribuendo queste funzioni a due soggetti diversi e sviluppando la competizione dei produttori fra di loro e con i loro "pagatori".

Qualora si fosse scelto di sviluppare la competizione, allora sarebbe stato necessario scorporare dalla USL tutte le funzioni assistenziali specialistiche, ambulatoriali ed ospedaliere, collocandole in strutture autonome, in competizione fra di loro e con i loro "pagatori" (la USL), lasciando alla USL soltanto le funzioni di prevenzione e di sanità pubblica.
Il Parlamento (prima che il Governo) ha sciolto questo nodo politico nel momento in cui ha dato mandato al Governo di individuare i criteri distintivi dei presidi da costituire in Aziende ospedaliere limitandole alle sole caratteristiche organizzative e di attività che li qualificano come presidi a valenza interregionale e nazionale. Questa indicazione (vincolante per il legislatore delegato) è in direzione opposta a quella di definire criteri che permettessero di scorporare il più possibile, la selezione che sarebbe stata necessaria per realizzare le condizioni strutturali per lo sviluppo di un mercato interno al SSN. Fatta questa scelta, al legislatore delegato è rimasto solo il compito di definire gli indicatori adeguati per esprimere queste caratteristiche.
Il rifiuto di un modello del mercato e della competizione non ha tuttavia impedito alla legge di riforma di individuare forme di responsabilizzazione delle strutture e dei professionisti né di introdurre nel sistema nuovi incentivi alla efficienza.

Il modello di funzionamento del "nuovo" SSN: le quattro A

La distinzione fra le due funzioni di programmazione/committenza e di produzione è risolta nel decreto attraverso il processo di selezione degli erogatori che possono agire per conto e a carico del SSN.
Questa selezione prevede quattro tappe: autorizzazione alla realizzazione ed autorizzazione al funzionamento; accreditamento; accordi contrattuali.

Referente finale esecutivo di questo processo è la Regione, in quanto responsabile del suo finanziamento, nell'ambito dei criteri generali definiti a livello nazionale, al fine di garantire la necessaria base uniforme al modello di funzionamento del sistema ed ai livelli qualitativi delle sue strutture operative.

Con l'autorizzazione al funzionamento le strutture possono svolgere attività sanitarie; con l'accreditamento, le strutture e i professionisti possono svolgere attività per conto del SSN; con gli accordi contrattuali stabiliti da Regione e USL da un lato e le strutture ed i professionisti accreditati, questi ultimi possono svolgere attività a carico del SSN. Il decreto chiarisce in modo definitivo che l'accreditamento rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente, per entrare a far parte degli erogatori effettivi di prestazioni finanziate dal SSN. Tutti i soggetti accreditati dalla Regione, in quanto in possesso dei requisiti di qualità e funzionali agli obiettivi della sua programmazione, entrano a far parte dell'elenco dei potenziali fornitori di prestazioni per conto del SSN. Entro questa lista, le Regioni e le USL, attraverso gli accordi contrattuali, scelgono gli erogatori effettivi delle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza, attraverso valutazioni comparative dei costi e della qualità dell'assistenza offerta da ciascuno di essi.

Questo processo è puntualmente definito nei suoi principi e nei criteri generali di attuazione, e nell'individuazione delle responsabilità regionali, anche per risolvere i mille equivoci ingenerati dalla genericità delle formulazioni presenti nel D.Lgs. 502/92 che, attraverso la vaga evocazione di "appositi rapporti" da definirsi fra Aziende USL e tutti i soggetti erogatori, aveva permesso il fiorire delle soluzioni più diversificate ed avventurose. La relativa numerosità di provvedimenti attuativi, a livello nazionale e regionale, collegati a questa parte della riforma è quindi la diretta conseguenza del vuoto normativo attualmente esistente, riempito

solo dalle incoerenti e spesso contrastanti disposizioni che sono state annualmente inserite nelle leggi finanziarie che si sono succedute a partire dal 1993.

Autorizzazioni, accreditamento ed accordi contrattuali

L'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture è un provvedimento di nuova istituzione (previsto dalla legge di delega approvata dal Parlamento), che estende anche alle strutture provate le valutazioni di necessità rispetto al fabbisogno e, soprattutto, di localizzazione ottimale al fine di favorire l'accessibilità ai servizi fino ad oggi richieste soltanto per le nuove strutture pubbliche. Al fine della massima semplificazione delle procedure, e nel rispetto delle competenze comunali, il decreto inserisce la verifica regionale rispetto a fabbisogno e localizzazione nell'ambito delle procedure di concessione edilizia.

Nulla è innovato rispetto all'autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, ad eccezione dell'estensione di questo istituto agli studi dentistici ed a quelli medici, che svolgono attività che comportano rischi per il paziente. Lo sviluppo tecnologico permette oggi di svolgere in ambulatorio attività complesse, come interventi chirurgici di cataratta, ernia, ecc., che richiedono l'adeguamento dei locali, delle dotazione strumentali e dell'organizzazione a precisi standard di sicurezza, a garanzia del paziente.

Il decreto, mentre riconferma integralmente i requisiti minimi previsti dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento del 17 gennaio 1997 (salvaguardando quindi i provvedimenti già adottati dalle Regioni), prevede quindi la loro integrazione con la definizione dei criteri relativi agli studi medici e dentistici.

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione a tutte le strutture autorizzate che ne facciano richiesta, previa verifica del possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione e della funzionalità della struttura rispetto alla programmazione regionale.

I requisiti che le strutture pubbliche e private devono possedere sono definiti da ciascuna regione, nell'ambito dei criteri generali uniformi stabiliti da un atto di indirizzo e coordinamento del Ministro della sanità, di cui il decreto legislativo detta i principi ed i criteri direttivi. Le aree principali riguardano in particolare:

- personale, organizzazione e dotazione tecnologica, con l'obiettivo di realizzare un'effettiva eguaglianza fra le strutture pubbliche e private, e di garantire l'equità delle tariffe;
- presenza di programmi di verifica e revisione sistematica e continuativa della qualità dell'assistenza che garantiscano la partecipazione di tutto il personale;
- forme organizzate di partecipazione degli utilizzatori della struttura alla valutazione della funzionalità dei servizi e alla loro accessibilità. A questo scopo, la Carta dei Servizi (che rappresenta un elemento necessario per l'accreditabilità della struttura) dovrà comunicare non solo gli obiettivi aziendali come accade attualmente, ma anche i risultati raggiunti ed il gradimento espresso dai suoi utilizzatori,
- valutazione dei volumi di attività svolti da ciascuna struttura e dei risultati finali raggiunti in termini clinici (ad esempio, mortalità, infezioni ospedaliere, ricoveri ripetuti, ecc.) e di gradimento degli utilizzatori.

I requisiti previsti per l'accreditamento sono quindi non solo ulteriori ma anche diversi rispetto ai requisiti minimi di sicurezza necessari per l'autorizzazione al funzionamento.

Il principio generale dei criteri relativi a personale ed organizzazione garantiscono una effettiva parità fra strutture pubbliche e private.

Queste caratteristiche definiscono tuttavia soltanto le condizioni potenziali per garantire un'assistenza di buona qualità. Per favorire la realizzazione di queste potenzialità, i criteri generali prevedono che possano essere accreditate solo le strutture, che hanno avviato di programmi di miglioramento continuo dalla qualità dell'assistenza, che coinvolgono sia il personale di assistenza sia gli assistiti e che hanno effettivamente raggiunto risultati adeguati in termini di volumi di attività, di gradimento dei pazienti e di indicatori clinici. Questa disposizione (in linea con i più recenti orientamenti di tutti i Paesi, inclusi gli Stati Uniti) rappresenta una profonda innovazione rispetto al ruolo dei programmi di miglioramento della qualità nel SSN. Il decreto legislativo 502/92 faceva obbligo alle Aziende sanitarie ed alle Regioni di valutare i livelli di qualità clinica dell'assistenza (art. 10) ed imponeva l'istituzione di forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica della loro funzionalità (art. 14). Questi obblighi erano tuttavia privi di conseguenze per le strutture inadempienti ed apparivano in qualche modo "sovraimposti" al loro funzionamento ordinario. Il loro inserimento fra le condizioni per l'accreditamento, ed il raccordo previsto con la Carta dei servizi come strumento di comunicazione con gli utilizzatori e con i cittadini, rende queste attività una parte essenziale delle modalità operative delle strutture che agiscono per conto del SSN, togliendole definitivamente dall'ambito del volontarismo e della occasionalità.

Un'altra grande innovazione del decreto riguarda l'accreditamento dei professionisti, già previsto dal decreto legislativo 502/92, ma senza alcun seguito.

La riforma lega l'accreditamento di tutti i professionisti che hanno un rapporto diretto con il SSN(ad es., attraverso le convenzioni per la

medicina generale o per la specialistica) o indiretto, in quanto attivi persso strutture accreditate, con i crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione permanente e di aggiornamento professionale istituito dalla stessa Legge di riforma.

Quattro principi generali guidano questa innovazione:

1. Il processo di formazione permanente è in parte autogestito dal singolo professionista ed in parte orientato dagli obiettivi definiti dalle priorità della programmazione nazionale e regionale.
2. La formazione permanente può essere svolta da strutture pubbliche e provate purché accreditate dalla Commissione nazionale per la Formazione e l'accreditamento.
3. Nella definizione degli obiettivi formativi, nell'accreditamento delle strutture formative così come nell'accreditamento dei singoli professionisti, la Federazione Nazionale dell'Ordine dei medici, chirurghi e degli odontoiatri, svolge un ruolo fondamentale.
4. Al fine di garantire le opportunità di formazione permanente e, soprattutto, di acquisizione delle competenze operative necessarie da parte dei professionisti, il SSN dovrà individuare, fra le proprie strutture ospedaliere e territoriali, una rete di sedi idonee a favorire la formazione e l'aggiornamento professionale dei suoi operatori.

La commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità, costituita presso l'ASSR, ha due funzioni:

- definire i requisiti generali che le Regioni utilizzano per individuare le organizzazioni cui affidano il compito di effettuare le verifiche necessarie per l'accreditamento delle strutture che agiscono per conto del SSN;
- verificare l'attuazione del modello di accreditamento nelle diverse regioni italiane, in base alle relazioni da queste predisposte.

I compiti della Commissione nazionale sono quindi essenzialmente di supporto all'attività delle regioni, e non interferiscono con le loro specifiche competenze, limitandosi a realizzare le condizioni per garantire l'uniformità dell'applicazione del modello nazionale di accreditamento in tutto il territorio nazionale. Tale omogeneità è ovviamente essenziale per assicurare l'effettiva uniformità delle garanzie offerte dal SSN ai cittadini; per tutelare le regioni rispetto alla qualità dei servizi che i propri residenti possono utilizzare in regioni diverse dalla propria; per garantire eguali condizioni di mercato ai soggetti privati che operano in regioni diverse.
Lungi dal rappresentare un attentato al futuro sistema federale, la Commissione Nazionale per l'accreditamento rappresenta pertanto, per compiti e funzioni, la prima fra le numerose strutture che si renderanno necessarie per sostenere la piena attuazione del federalismo sanitario.

Accordi contrattuali e remunerazione degli ospedali

Il processo di selezione degli erogatori di assistenza si conclude con la definizione di accordi contrattuali di Regioni e USL con gli erogatori pubblici e privati. Lo strumento per questa ulteriore selezione è rappresentato dalla valutazione comparativa della qualità e dei costi delle prestazioni offerte da ciascuna struttura, privata (no-profit o privata lucrativa) o pubblica (Aziende ospedaliere o strutture a gestione diretta).
Sulla base di questa la valutazione comparativa, la Regione e le USL definiscono con i soggetti erogatori accordi poliennali che specificano:

- gli obiettivi di salute ed i programmi di integrazione fra i servizi di tutte le strutture interessate;
- il volume massimo di prestazioni, per tipologia e modalità di assistenza che le strutture interessate sono chiamate ad erogare per soddisfare le

necessità assistenziali della popolazione di riferimento identificati dalla regione e dalle USL;

- i requisiti del servizio reso, in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi d'attesa, continuità assistenziale;
- il corrispettivo preventivato e concordato per remunerare l'attività svolta da ciascuna struttura.

Il nuovo sistema di remunerazione degli erogatori

La riforma prevede che la remunerazione degli ospedali sia determinata in base ad un ammontare globale predefinito, nell'ambito degli accordi contrattuali, calcolato a partire dal volume di attività concordato e determinato, oltreché dalle tariffe per DRG, dalla remunerazione a costi standard dell'assistenza prestata nell'ambito di specifiche "funzioni assistenziali". Queste funzioni (che dovranno essere definite dalle singole regioni nell'ambito di criteri generali definiti a livello nazionale) comprendono sia attività caratterizzate da un'alta componente tecnologica e da elevati "costi di attesa" (emergenza, trapianti, ecc.) sia attività a forte integrazione ospedale-territorio e con rilevanti componenti sociali (ad es., assistenza psichiatrica). Questa innovazione intende risolvere i due principali inconvenienti presentati dall'attuale sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, determinato semplicisticamente (quando applicato) dal prodotto fra il numero dei ricoveri effettuati e la relativa tariffa DRG:

a. Il sistema attualmente in uso ha di fatto introdotto una nuova forma di remunerazione a piè di lista, seppure basata non sui costi effettivamente sostenuti, bensì sul numero dei ricoveri effettuati al di fuori di qualsiasi valutazione della loro appropriatezza e necessità clinica.

Infatti, in assenza di una valutazione preventiva e condivisa del volume di attività necessario per soddisfare le necessità assistenziali della popolazione di riferimento, le Regioni e le USL non potevano che prendere atto, alla fine dell'anno, dell'attività svolta da ciascuna struttura e trasferire alle strutture erogatrici le relative quantità finanziarie. Le riduzioni tariffarie adottate da molte regioni come soluzione di emergenza a una situazione in cui i finanziatori sono in completa balia degli erogatori (quando sono riusciti a superare il giudizio di legittimità della magistratura amministrativa) non hanno potuto far altro che intervenire sulle conseguenze finanziarie di questo stato di fatto, con il rischio di creare a loro volta incentivi alla riduzione della qualità delle prestazioni offerte e di non discriminare fra gli elevati volumi di attività svolti da strutture capaci di un forte richiamo nei confronti dei pazienti e quelli svolte da strutture che hanno opportunisticamente moltiplicato i loro ricoveri.

b. La difficoltà tecnica di definire tariffe eque per remunerare i costi di attività caratterizzate da alti costi di attesa da una forte integrazione sociale e territoriale ha aperto la strada a processi di selezione di quali ricoveri che presentavano tariffe poco remunerative rispetto ai costi effettivamente sostenuti dalla struttura. Questa pratica (poco diffusa, ma ben documentata in alcuni casi) è decisamente contrastata dal decreto, in quanto gravata da problemi di equità generale del sistema e di accessibilità ai servizi, sia prevedendo specifici controlli a posteriori, sia ricercando una remunerazione equa per le attività complesse, ad alto contenuto tecnologico e per quelle a forte integrazione socio-sanitaria.

Il distretto

La legge 502/92 citava il distretto in un'unica occasione, senza dare alcuna indicazione operativa alle Regioni né rispetto alle sue funzioni né relativamente al ruolo che gli doveva essere attribuito nell'ambito della organizzazione aziendale. La legge di riforma colma questa lacuna, operando una scelta netta ed esplicita a favore di un SSN centrato e, in qualche misura, "governato" da un robusto e qualificato sistema di assistenza primaria.

La riforma affida alle regioni la disciplina delle attività distrettuali, in attuazione di alcuni principi essenziali relativi a:

- dimensione adeguata a svolgere effettive funzioni di governo della assistenza e a sviluppare efficaci forme di collaborazione con gli enti locali interessati, particolarmente nel settore della promozione della salute e della integrazione sociosanitaria;
- funzione di gestione dei servizi di assistenza primaria, organizzati in forma dipartimentale, sviluppando le adeguate forme di integrazione con le articolazioni operative a livello distrettuale dei dipartimenti di prevenzione e di salute mentale;
- integrazione negli obiettivi e nel programma del distretto della attività del personale convenzionato col SSN, con particolare riguardo a medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali.

La valorizzazione delle risorse umane del SSN

La legge di riforma opera il più radicale cambiamento nei rapporti fra la Pubblica amministrazione ed il suo personale degli ultimi 20 anni, intervenendo su:

a. qualificazione professionale, in quanto introduce un sistema di formazione permanente sulla base di criteri oggettivamente verificabili relativi alle conoscenze e alle competenze professionali, (la maturazione di "crediti" formativi), obbligatorio per tutti gli operatori sanitari, dipendenti del SSN, a rapporto convenzionale o impegnati in strutture accreditate;
b. rafforzamento della autonomia, contemporaneamente, e della responsabilità professionale attraverso la istituzione del livello unico della dirigenza sanitaria, che prevede la verifica periodica dei risultati raggiunti come condizione per la conferma di responsabilità dirigenziali ai diversi livelli;
c. partecipazione al governo della Azienda sanitaria, sia attraverso la condivisione di responsabilità gestionali a livello del dipartimento, (che, in base al decreto, rappresenta l'unità funzionale elementare della Azienda) sia attraverso l'assunzione collettiva di responsabilità per il "governo clinico" della Azienda con la partecipazione dei dirigenti al Collegio di direzione aziendale, in staff alla Direzione generale.
d. Definizione del rapporto esclusivo con il SSN, per tutti i medici che svolgono funzioni dirigenziali.

37

DEMOCRATICI DI SINISTRA
Segreteria del Segretario Politico

Roma, 29 luglio 1999

Sen. Francesco De Martino

Caro De Martino,

il 10 settembre 1999, nell'ambito della Festa Nazionale de L'Unità a Modena, svolgeremo un seminario sul tema "Ricostruzione e stabilità nei Balcani, la strategia dell' Italia".

Il seminario si svolgerà in tre sessioni: la prima (9,00 - 12,30) sul tema "Sicurezza e stabilizzazione dei Balcani, le scelte dell'Europa ed il ruolo dell'Italia"; la seconda sul tema: "Democrazia, società civile e sviluppo locale"; la terza sul tema: "Ricostruzione ed integrazione dei Balcani: gli obbiettivi dell'Italia".

Hanno finora confermato la loro partecipazione: on. Piero Fassino; On. Enrico Letta; Marco Minniti; On. Umberto Ranieri; Sen. Rino Serri; Walter Vitali; Luigi Colajanni; Nicola Zingaretti; Josè Luis Rhisausi; Marta Dassù. Siamo in attesa della conferma della partecipazione del Dott. Franco Bernabè, responsabile della Task Force per il Kosovo e di altre autorevoli personalità.

Siamo lieti, quindi di invitarti a questa iniziativa. Prima della fine del mese ti invieremo il programma dettagliato e definitivo.

Per qualsiasi evenienza puoi contattare il nostro ufficio di Roma, oppure la segreteria della Festa Nazionale de L'Unità, a Modena, fax 059/367405, tel. 059/582843/76.

In attesa di incontrarci a Modena ti invio i miei più cordiali saluti.

Roberto Cuillo

Via delle Botteghe Oscure, 4
00186 Roma
Telefono 06 / 67111
Fax 06 / 6711294

SENATO DELLA REPUBBLICA

Gruppo
Democratici di Sinistra-L'Ulivo
Ufficio Stampa

Roma 29 luglio 1999

- Ai senatori del gruppo DS

Credendo di farvi cosa gradita, vi inviamo la traccia dell'intervento introduttivo del sen. Gavino Angius all'assemblea dei senatori della Maggioranza con il Presidente del Consiglio, che si è tenuta martedì 27 luglio 1999.

Cogliamo l'occasione per porgervi i migliori auguri di buone vacanze

L'Ufficio Stampa del Gruppo

ASSR

SENATO DELLA REPUBBLICA

Gruppo
Democratici di Sinistra-L'Ulivo
Ufficio Stampa

Introduzione all'assemblea dei senatori
della maggioranza del senatore Gavino Angius
27 luglio 1999
Bozza non corretta

Questa riunione è stata decisa da capigruppo di maggioranza in Senato con un invito rivolto al Presidente del Consiglio.

Voglio rivolgere un ringraziamento al Presidente del Consiglio per aver accolto l'invito in modo sollecito ed un ringraziamento al Ministro per i Rapporti con il Parlamento
Questo incontro è nato da una lettera di 40 senatori al Presidente del Consiglio che prevedeva la richiesta di incontro per discutere la situazione politico-parlamentare. A questa lettera è giunta sollecitamente una risposta positiva di D'Alema
Successivamente molti colleghi hanno chiesto di allargare la platea di questo incontro.
Dopo un incontro dei capigruppo della maggioranza, abbiamo scritto tutti insieme una nuova lettera con l'esigenza di discutere. Ora siamo qui.

Nei giorni che hanno preceduto questo appuntamento ho notato che si è dato carattere di straordinarietà a questa riunione. Credo, invece, che dovrebbe essere metodo normale di lavoro
A settembre – infatti - è previsto un nuovo incontro con il Presidente del Consiglio sulle riforme

Per la giornata di domani è programmata la riunione congiunta dei Direttivi dei Gruppi di Camera e Senato con presidenti di Commissione della maggioranza per rilanciare l'azione di governo e qualificare l'impegno della maggioranza

Voglio svolgere due considerazioni sul metodo.
La prima : il Governo e la maggioranza parlamentare devono lavorare in modo diverso. Sono necessari più supporto, più scambio, più relazione, più ascolto, non solo con il Presidente del Consiglio o con il Ministro per i Rapporti con il Parlamento, ma anche con i singoli ministri.

I Parlamentari sono il punto di raccordo con il paese – credo – e sarebbe sbagliato sottovalutare questo dato.
Il problema che abbiamo di fronte, non solo è quello delle reciproche autonomie da rivendicare, ma dei rapporti da intensificare. Dobbiamo avere la capacità di guardare agli interessi generali del paese.
A volte nel Governo e nella maggioranza prevalgono punti di vista particolari, valutazioni specifiche e settoriali, siano esse politiche o programmatiche. Questo è sbagliato.
Nessuna coalizione, nessun Governo reggono con questa prassi di lavoro.
Dobbiamo pensare insieme ed agire insieme.

Questa riunione (e quella di domani) hanno un obiettivo, indicato dai capigruppo cioè quello di rafforzare l'azione di Governo, consolidare l'impegno della maggioranza, dare più coesione all'azione del centro sinistra, per realizzare il programma che ci siamo dati.

Personalmente ho fiducia che raggiungeremo questo obiettivo.

Ci sono state in queste settimane troppe polemiche, anche nella maggioranza, talvolta incomprensibili. Polemiche che hanno offerto il destro ad una campagna politica di notevole portata contro il Governo e il centro- sinistra.

Penso ci sia stata una legittima preoccupazione anche per il dato elettorale, ma ad essa si risponde con un rilancio dell'azione della maggioranza.

Dobbiamo lavorare per la stabilità.

Il paese non ha più nostalgie per l'instabilità permanente - ricordo della Prima Repubblica – dei vari governi esposti alle capricciose bizze di questa o quella componente.

In questi giorni sui giornali si sono rincorsi annunci di crisi: penso non ci sarà nessuna crisi e dunque non ci saranno governi di larga intesa né governi tecnici (non si capisce chi dovrebbe sostenerli!).

Voglio dirlo con chiarezza: Governo, maggioranza, (e legislatura) hanno destini comuni.

Dobbiamo avere più fiducia in noi stessi, in ciò che abbiamo fatto e realizzato.
Qui in Senato abbiamo svolto un buon lavoro. I rapporti nei gruppi della maggioranza sono eccellenti
Credo sia possibile dare vita ad un coordinamento permanente fra i gruppi di maggioranza, affidando questa responsabilità ai capigruppo.

Credo che dobbiamo ricominciare a parlare delle cose vere che interessano il paese, non di date di vertici o di riunioni.

Non vogliamo galleggiare: questo Governo non è nato per galleggiare, è nato per fare le riforme possibili in una situazione politico- parlamentare diversa da quella della primavera del 1996.
Dobbiamo smetterla con l'autoflagellazione: torniamo in sintonia con il paese, con ciò che il paese chiede, con ciò a cui il paese aspira, muovendoci su due assi fondamentali:
Stabilità/Efficienza/Sicurezza
Riforme/ Crescita/ Occupazione

La sfida è con il Polo ed ha come posta in gioco il governo del paese:
è sulle politiche economiche e sociali
è sulle riforme: Noi le vogliamo, loro no.
Il Polo punta a logoraci, a dividerci, a batterci.
Le nostre discussioni dovrebbero partire da qui: da questo elementare ed autentico dato politico.
Molto, moltissimo se non tutto dipende da noi. Spero che terremo conto di ciò.

Dobbiamo quindi ripartire dalle cose, come ad esempio il DPEF- Legge finanziaria, le politiche economiche e di bilancio.
Voglio sottolineare che la maggioranza condivide sostanzialmente le proposte del Governo.
Stiamo aprendo – finalmente – una fase nuova, siamo ad un passaggio importantissimo e decisivo.
Dai sacrifici alla crescita
Dalle dure politiche restrittive alle politiche di espansione e sviluppo
Non avremo tutto e subito
Ma con decisione e con gradualità ci incamminiamo per questa strada

Arrivano i primi risultati parziali, limitati, ma ci sono
E' il segno che siamo sulla strada giusta
Dobbiamo rivendicare con orgoglio di avere portato l'Italia nell'Euro, di avere offerto all'Europa ed al mondo l'immagine di un paese serio, credibile, autorevole.

Prodi non sarebbe stato nominato Presidente della Commissione europea se non ci fosse questo quadro.

I RISULTATI

E' possibile prevedere il pareggio di bilancio a legislazione vigente nel 2003.
Non si userà più la leva fiscale e si non istituiranno nuovi tributi, ma si agirà solo sulla spesa corrente ed attorno alla riduzione della spesa per il servizio al debito.
Si stabilizza la nostra economia (macro) su:
bassi tassi di interesse
bassa inflazione
avanzo di parte corrente
avanzo primario attorno al 5%
volume globale del debito in rapida diminuzione

Voglio sottolineare che lo sforzo e quello di restituire al sistema economico ed alla società italiana la prospettiva delle sviluppo e della nuova occupazione. In questo senso dobbiamo prevedere un livello mediamente doppio di quello sopportato dai maggiori paesi della UE.

Voglio sottolineare che la accresciuta credibilità internazionale del nostro paese, conquistata in questi anni e rafforzata negli ultimi mesi, consente una iniziativa più autorevole e forte verso la UE, anche difendendo, pur nel rispetto delle compatibilità, le peculiari esigenze del nostro paese.

Altro importante passaggio, in questi mesi, è stato il Patto di Natale.
Dei 239 adempimenti previsti, 105 sono stati attuati nei soli primi 6 mesi.
Dei 77 adempimenti in scadenza il 31 luglio, ne sono stati attuati 59.
Sono stati definiti in questi mesi: sostegno alle famiglie con incentivi fiscali per affitti; è stato esteso ad imprese turistiche accesso alla 488, alla superDit; è stata costituita la società Sviluppo Italia con approvazione intese istituzionali con Lombardia, Toscana, Umbria, Sardegna, Marche e entro luglio Sicilia; è stato attivato lo sportello unico per le imprese.

Il Governo – in queste settimane - ha impostato tre documenti di programmazione molto importanti.
Essi sono: il Piano nazionale d'azione per l'occupazione, il Programma sviluppo per il mezzogiorno, il Piano pluriennale del sistema di istruzione (masterplan).

Sono da annoverare altri risultati.
La spesa in conto capitale è di 26.800 mld - +29% rispetto al 1998 - grazie ad una maggiore capacità smaltimento residui.
Nelle aree depresse sono stati erogati fra gennaio 1998 e giugno 1999 5000mld a trimestre, per complessivi 29.000 mld.
Tra novembre 1998 e giugno 1999 sono stati aperti cantieri che prevedono investimenti per 9200 mld complessivi.

Voglio ricordare anche alcuni numeri:

Tasso d'inflazione

1996 4,5 1999 1,7

Tassi d'interesse a lungo termine

1996 10,35 1999 4,85

Occupazione (nuova serie Istat in migliaia di unità)

1996 20.125 1999 20.650

Indebitamento netto della PA (% del Pil)

1996 6,7 1999 2,4

Debito delle PA (% del Pil) 1996 124,6 1999 115,7

Pressione fiscale 1997 44,7 1999 42,6

Sulla base della revisione operata dall'Istat sulle serie storiche delle forze lavoro, l'occupazione complessiva è aumentata nel secondo trimestre del 1999 di 261 mila unità (+ 1,2%)rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il numero degli occupati dall'aprile 1996 all'aprile 1999 è aumentato di 523.000 unità.

Nei primi sei mesi dell'anno, il fabbisogno di cassa del settore statale è diminuito di 7-8000 miliardi (sulla base di dichiarazioni rese pubbliche da alti esponenti del Tesoro) rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso.

Le vendite del commercio fisso al dettaglio si sono accresciute lo scorso maggio del solo 1,2% su base tendenziale. I dati confermano la strutturalità dell'accentuata dinamica della grande distribuzione (+2,6%) rispetto a quella, assai moderata, delle imprese operanti su piccole superfici (+1%).

La fiducia dei consumatori ha registrato in giugno il secondo consecutivo progresso, sebbene moderato. Sono migliorate, in particolare, le attese sui prossimi dodici mesi relative al quadro economico generale. Tuttavia, sul piano più concreto delle intenzioni di spesa per beni durevoli, le famiglie seguitano a mostrare estrema cautela.

In questi mesi di buoni risultati, si sono però anche riscontrate alcune difficoltà.

Il ritmo di crescita è stato un po' al di sotto di quello previsto (a causa della crisi asiatica, russa, sudamericana) ma anche a causa delle barriere dello sviluppo fiscali, amministrative, finanziarie, normative ma si sono anche riscontrate una debole domanda interna, una caduta di capacità competitiva in settori ad alte tecnologie.
Ma il problema principale resta l'occupazione, soprattutto nel mezzogiorno.
Dobbiamo affinare e precisare alcuni obiettivi individuati nel DPEF

Nei confronti della UE, abbiamo sottolineato la necessità di accelerare il processo di unità politica, di avere un maggiore coordinamento fra le politiche dell'occupazione, di favorire l'armonizzazione fiscale, di sollecitare investimenti europei per la ricerca e l'innovazione tecnologica.
Abbiamo inoltre proposto alla UE una interpretazione evolutiva del patto di stabilità al fine di favorire politiche espansive.

Esistono però anche delle priorità per la politica interna, che posso riassumere in alcuni obiettivi: Crescita e nuovo lavoro, elevare la competitività del sistema paese, sviluppare la coesione sociale, dare attuazione al Patto sociale di Natale.

In particolare, sulle politiche fiscali e tributarie, dobbiamo: verificare, consolidare e semplificare l'attuazione dell'IRAP; cercare di rendere possibile la diminuzione dell'IVA per la manutenzione degli immobili; operare per riduzione dell'IRPEF per famiglie con reddito fino a 60 milioni.

A proposito della manovra di finanza pubblica, dobbiamo adoperarci per ridurre la velocità della crescita della spesa corrente; per programmare meglio le assunzioni statali e razionalizzare l'utilizzazione del personale pubblico, per aprire un tavolo di concertazione fra Governo, Regioni e Autonomie Locali per consolidare il patto di stabilità interno.

Inoltre la maggioranza ritiene impo tante riaprire il confronto con le parti sociali per scrivere un nuovo capitolo del Patto di Natale, non rinunciare ad una riforma dello stato sociale, guidare la flessibilità, per dare lavoro, garanzia di diritti per tutti i cittadini del nostro paese, dunque anche per coloro che ne sono esclusi. Esiste l'esigenza di razionalizzare e qualificare la spesa sociale, includendo interventi a sostegno dei redditi delle fasce più basse.

Inoltre si ritiene importante: guidare il processo di liberalizzazione e privatizzazione, tenendo conto degli indirizzi parlamentari espressi , per rendere competitivo il nostro paese, realizzare la riforma delle professioni e degli ordini professionali, aprendo un tavolo di confronto per favorire l'accesso al lavoro delle giovani generazioni.

Infine proponiamo un impegno davvero straordinario per il Sud.

In autunno si riaprirà il confronto di merito sul Welfare.
Non entro nel merito. Ciò che mi sento di dire è che noi consideriamo centrale ed irrinunciabile il metodo della concertazione.
Noi difendiamo le prerogative del Parlamento, magari messe in discussione da qualche dirigente sindacale. Tuttavia pensiamo che le grandi scelte politiche, economiche e di bilancio vadano fatte insieme alle grandi forze sociali, e dunque insieme al sindacato, ed alle rappresentanze del mondo del lavoro.

Per il centro-sinistra la sfida decisiva con il centro-destra è sulle riforme.
In questi mesi abbiamo varato importanti riforme, come quella della scuola, della giustizia, della Pubblica Amministrazione, del lavoro, delle Politiche Industriali, delle Politiche Sociali e del Fisco.
Abbiamo avviato grandi riforme per modernizzare il paese. Credo però che dobbiamo dare di più il senso del cammino che vogliamo percorrere.
Il cammino è quello di un'Italia più forte, un'Italia più giusta.

Ci sono valori, scelte di fondo, metodo che ci uniscono e che ci distinguono nettamente se non addirittura ci separano dal Polo: essi sono il solidarismo, la coesione sociale, la giustizia sociale e i valori di democrazia e di libertà.

Voglio dire anche qualche parola sui referendum radicali e della lista Bonino.

Credo che essi rappresentano il più grave attacco al Parlamento: perchè solo 20 referendum e non 30 o 40? Cosa ci sta a fare un parlamento se si legifera così (dovremo reagire, subito, uniti, con determinazione). Il tentativo è di dividerci attraverso i distinguo fra questo e quel quesito referendario. Dobbiamo respingere questo attacco.
Essi rappresentano anche il più grave attacco alle libertà ed ai diritti dei lavoratori e delle lavoratrici in questi 50 anni. I referendum rappresentano una campagna politica della destra contro il Governo, contro il centro-sinistra per preparare il terreno, per creare un clima nel paese, con un obiettivo preciso.
Essi sono anche contro le imprese, che non possono gioire nel tentativo di distruggere il sindacato.

Il Polo in questa sua campagna sta usando dei messaggi che dipingono la realtà secondo questo schema:
Noi consociativi, loro innovatori
Noi garantiamo chi è garantito, loro garantiscono chi garantito non è
Noi con i vecchi, loro con i giovani
Noi burocrati anacronistici, loro efficienti e moderni

Anche questa sarà una dura battaglia politica.
Noi dobbiamo non sprecare il patrimonio di idee, di progetti, di persone (ma anche di serietà, di fiducia) che abbiamo accumulato.

Allora io mi chiedo: dobbiamo buttare all'aria tutto questo? Dobbiamo fermarci e regalare ad altri i risultati del nostro lavoro? Dobbiamo rinunciare a batterci per proseguire in questo impegno, in questa lotta?
Questa è la questione vera che ci sta di fronte

C'è qualcosa di più importante (per noi o per i nostri partiti) dell'impegno per far crescere il nostro paese, per fare le riforme possibili e necessarie che servono al paese, ai cittadini, a chi soffre di più e che più ha bisogno?

Se non c'è niente di più importante, dobbiamo compiere ogni sforzo, per andare avanti con più lena, con più tensione ideale, con più rigore, con più coraggio.
E soprattutto con fiducia in noi stessi .