

Politiche in materia di sanità

(Nota di Fabio GIGLIONI ad uso interno di Astrid)

1. Introduzione.

L'introduzione del sistema maggioritario nel nostro paese, e quindi l'alternanza di maggioranze governative di orientamento diverso, mostra con evidenza le ripercussioni che questo processo ha su una materia come la sanità in cui - più che in altre - passano effettivamente le differenze culturali e di interessi tra i diversi schieramenti politici. Da diversi anni è ormai molto frequente leggere e ascoltare la tesi secondo la quale le politiche promosse dalla sinistra e dalla destra si equivalgono molto nella sostanza, tanto che non sarebbe più facilmente distinguibile la cultura di riferimento che sottende alcune scelte strategiche dell'una e dell'altra; ebbene, anche ad ammettere che questa tesi sia veramente fondata, si può senz'altro dubitare che ciò sia confermato dalle scelte che in questi anni sono state operate dai governi di centrosinistra e da quello di centrodestra (ancora in opera) in materia di sanità. Infatti le riforme approvate sinora mostrano come radicalmente diverse siano, prima ancora che le singole soluzioni ai problemi affrontati, le priorità a cui si è dato spazio, manifestando in tal modo anche una certa distanza culturale tra i due diversi schieramenti.

2. Le priorità del centrosinistra.

Dopo l'importante riforma del 1992-'93 in materia sanitaria, la cui origine è da far risalire principalmente all'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria in aderenza con un contesto di contabilità nazionale che si stava manifestando drammaticamente instabile, il governo di centrosinistra ha operato una serie di scelte con le quali, da una parte, si è tentato di portare a compimento il processo di riforma che aveva affrontato solo parzialmente i problemi del settore sanitario e, dall'altra, ha cercato comunque di non recedere dalla scelta del 1978 di istituzione del servizio sanitario nazionale e, semmai, di rafforzarne il ruolo in un contesto molto diverso da quello di 25 anni fa. In questo modo ha avuto origine la riforma del 1999 che ha apportato notevoli modifiche ai decreti legislativi del 1992 e del 1993.

Volendo delineare schematicamente le direttrici di maggior rilievo degli interventi operati in materia sanitaria dai governi di centrosinistra, si potrebbero individuare tre filoni essenziali: quello del risanamento e della responsabilizzazione del *deficit* sanitario, quello del rafforzamento del servizio sanitario nazionale e, infine, quello dei nuovi equilibri istituzionali in un sistema tendenzialmente federato.

In relazione al problema del *deficit* sanitario il principale problema a cui si è tentato di dare una risposta non è stato tanto quello di ridurre la spesa che nel nostro paese è in linea con la media UE (all'incirca poco meno del 6% del pil), quanto quello di porre sotto maggiore controllo la spesa che si presenta fortemente decentrata e a responsabilità piena delle regioni. Ciò ha comportato gravi problemi soprattutto sotto il profilo della responsabilità del reperimento delle risorse, giacché nel precedente sistema istituzionale le regioni erano sostanzialmente sollevate dall'onere di ricavarle. Quindi, da un lato, si è assistito a interventi di stile tradizionale, soprattutto nella finanziaria 1997, con cui si è proceduto al ripianamento a piè di lista dei debiti pregressi accumulati dalle regioni e a varie misure di risparmio (come la razionalizzazione della rete territoriale ospedaliera), ma dall'altro si è proceduto ad avviare vari strumenti con i quali si è tentato di dotare le regioni di risorse proprie, dando loro maggiore responsabilità (in proposito si possono fare gli esempi dell'istituzione dell'IRAP in sostituzione dei contributi gravanti sui rapporti di lavoro, dell'inclusione della spesa sanitaria nella contabilità valida per il rispetto del patto di stabilità in-

terna, nonché della ben più radicale riforma del d.lgs. 56/2000, con cui si è stabilito che tutte le risorse da destinare al servizio sanitario siano di origine, direttamente o indirettamente, regionale). Questa evoluzione del sistema di finanziamento non è tuttavia ancora entrata pienamente in funzione e nel 2000 è parzialmente fallita la Conferenza Stato-Regioni che aveva come oggetto il ripianamento dei debiti delle regioni, soprattutto per la forte opposizione delle regioni guidate dal centrodestra che si sono opposte ai nuovi criteri di riparto delle responsabilità regionali. Nonostante ciò la spesa sanitaria è rimasta pressoché costante e allineata con la media UE, tanto che nella finanziaria 2001 il governo era giunto ad abolire i *ticket* per le prescrizioni mediche e aveva previsto l'abolizione dei *ticket* anche per le prestazioni diagnostiche e specialistiche per il 2002, che rappresentavano, soprattutto i primi, misure fortemente inique di compartecipazione al finanziamento del servizio sanitario.

Quanto al secondo filone è da rilevare che le riforme avviate dal centrosinistra hanno avuto come riferimento essenziale la centralità del servizio sanitario nazionale. Infatti, non solo si è scelto in modo chiaro di non prescindere da un sistema a responsabilità pubblica in alternativa a quello assicurativo, che pure era stato paventato con il tentativo fallito nel 2000 di ricorrere al referendum, ma sono stati approvati provvedimenti che lo hanno decisamente rafforzato. Rientrano in questa categoria di provvedimenti le norme con cui si è dato luogo al rapporto esclusivo dei medici con il servizio sanitario, attraverso il quale si è posto fine a un privilegio fortemente penalizzante per gli assistiti e allo stesso tempo si è tentato di rimotivare il personale del servizio pubblico, del cui felice esito si è avuta testimonianza recentemente con lo sciopero a cui hanno aderito moltissime sigle sindacali dei medici contro il tentativo della finanziaria 2003 di recedere dall'esclusività del rapporto di lavoro. Va inoltre rilevato che il d.lgs. 229/1999 ha ancorato chiaramente e decisamente il servizio sanitario alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza ponendo i due elementi in stretta correlazione, cosicché ora in tanto esiste il servizio sanitario in quanto devono essere soddisfatti i livelli essenziali, riconoscendo così al servizio sanitario un ruolo essenziale in garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie e dell'universalità del servizio. Questo ancoraggio rafforza ancora di più il ruolo del servizio sanitario nelle politiche sanitarie, soprattutto alla luce della successiva costituzionalizzazione dei livelli essenziali che si è avuta alla fine del 2001. Sempre in questa luce vanno valutate anche le disposizioni che hanno dato finalmente sviluppo all'istituto dell'accreditamento che, diversamente dalle convenzioni, ridisegna con maggiore chiarezza il rapporto tra operatori privati e servizio sanitario nazionale, consentendo, sia pure nel contesto di criteri di selezione più rigidi, lo sviluppo di un regime concorrenziale a responsabilità e a programmazione pubblica.

Infine, nel terzo filone, sono invece da ricomprendere le disposizioni del d.lgs. 112/1998, ma in via ancora più incisiva, il già citato d.lgs. 56/2000 e la riforma del titolo V della costituzione. L'assistenza sanitaria si è sempre caratterizzata come materia a forte autonomia regionale dal momento che era presente anche nel sostituito art. 117 cost., tuttavia durante i governi del centrosinistra questa tendenza è stata accentuata fino ad arrivare alla riforma costituzionale che conferisce alla legislazione concorrente dello stato e delle regioni la materia della tutela della salute, lasciando allo stato il solo compito di fissare i principi generali in materia. Ciò peraltro appare conforme col nuovo criterio di finanziamento previsto dal c.d. federalismo fiscale (coerente in linea di massima anche con il nuovo art. 119 cost.), con cui allo stato è attribuito in sostanza un mero ruolo di arbitro di perequazione delle risorse finanziarie, che appartengono invece in prima istanza alle regioni da cui esse hanno origine. Sempre in questa luce di sviluppo dell'autonomia organizzativa delle regioni, va visto anche l'allargamento della possibilità di diversi soggetti di istituire fondi integrativi per la prestazione di servizi aggiuntivi a quelli garantiti dal servizio sanitario, nonché la possibilità da parte delle regioni, sia pure previo accordo con lo stato, di dare corso a forme sperimentali di gestione con ricorso anche a società miste di capitale. Se ne ricava perciò un disegno istituzionale che è fondato su un'accentuata autonomia regionale sia in materia di disciplina che di gestione, cui fa da contrappeso un ruolo dello stato che è, in parte, di equilibrio e, in parte, di garanzia dei diritti riferiti ai livelli essenziali dell'intero territorio nazionale.

2. Le priorità del centrodestra.

Le scelte operate in meno di due anni dal governo di centrodestra palesano obiettivi molto diversi. Intanto, nonostante le dichiarazioni contrarie del ministro attuale, viene posta concretamente in dubbio la centralità del servizio sanitario nelle politiche della salute e si scorgono evidenti segnali che manifestano l'intenzione di introdurre strumenti che sono alternativi al servizio sanitario nazionale. Già nel Dpef 2002 si è paventata la possibilità di ricorrere a casse volontarie gestite autonomamente da soggetti privati e/o pubblici deputate al finanziamento di prestazioni sanitarie integrative a quelle del servizio sanitario, che tuttavia appaiono costruite in modo assai simile alle vecchie mutue che erano presenti prima del 1978, dal momento che non si fa cenno ad alcune garanzie previste dall'attuale art. 9 d.lgs. 502/1992 sui fondi integrativi. Tali intenzioni sembrano confermate anche dal tentativo, reiterato da ultimo anche nel corso dell'approvazione della finanziaria 2003, di recedere in materia di esclusività del rapporto di lavoro dei medici col servizio sanitario, consentendo così ai medici di poter svolgere contestualmente anche la libera attività professionale. Ma l'attacco più evidente alla centralità del servizio sanitario potrebbe venire dal nuovo progetto di riforma costituzionale del Titolo V, con l'attivazione della competenza legislativa esclusiva in capo alle regioni in materia di sanità. Di là dalla confusione che un tale testo di modifica potrà comportare in costanza di norme costituzionali che appaiono in contrasto con quello in approvazione, è evidente che l'esclusività della competenza legislativa potrebbe indurre le regioni a organizzare i servizi sanitari in modo del tutto libero con ricorso anche al sistema assicurativo, pur in costanza degli obblighi inerenti ai livelli essenziali.

Se dalle intenzioni si passa ai fatti e ai provvedimenti concreti risulta comunque chiara la diversa matrice culturale di alcuni provvedimenti assunti dall'attuale governo. Sul piano degli obiettivi di spesa sanitaria, il governo di centrodestra si è prefisso l'obiettivo di portare la spesa sanitaria al 5% del p.i.l., abbattendo così di un punto percentuale il livello di spesa pubblica. In sede di Conferenza Stato-regioni dell'8 agosto 2001 si è stabilito tuttavia che lo Stato dovesse provvedere a un forte esborso per il risanamento dei *deficit* sanitari regionali del 2001, ricorrendo nuovamente al sistema della copertura a pié di lista e rinviando di fatto così l'applicazione del meccanismo del federalismo fiscale descritto dal d.lgs. 56/2000. Almeno nelle intenzioni questo avrebbe dovuto costituire una sorta di anno zero dei debiti regionali pregressi, dopo di cui sarebbe entrata in vigore una maggiore responsabilizzazione delle regioni. Contestualmente, tuttavia, con la l.n. 405 del 2001, viene consentito alle regioni di agire attraverso diversi strumenti al fine di porre sotto controllo il *deficit* attribuito alla propria responsabilità, ripristinando i *ticket* sulle prescrizioni mediche e annullando (successivamente) la previsione dell'abolizione di quelli per la diagnostica e specialistica, nonché procedendo alle variazioni dell'aliquota addizionale IRPEF o, limitatamente al 2002, all'istituzione di specifici tributi regionali. Prevale così una risoluzione dei problemi che risponde più a una logica di contingenza che a una di sistema. Un altro strumento di cui sono dotate le regioni è quello della diversa classificazione dei farmaci con la possibilità di spostare i farmaci da una fascia all'altra del prontuario farmaceutico, ponendo a carico degli assistiti farmaci che, pur rientrando tra quelli essenziali, sono giudicati dal CUF sovrapponibili ad altri farmaci di maggiore efficacia terapeutica omogenea.

Nel 2002 si è potuto constatare come la quasi totalità delle regioni guidate dal centrodestra hanno ripristinato i *ticket* sulle prescrizioni mediche e hanno operato una forte redistribuzione dei farmaci tra le diverse fasce previste dal prontuario farmaceutico, colpendo in modo pressoché indiscriminato le persone che maggiormente consumano servizi sanitari e hanno redditi bassi e determinando anche forti diversità territoriali in relazione al servizio di distribuzione farmaceutica. Più correttamente inseriti in una logica federale di amministrazione della spesa rientrano la l.n. 112/2002 e la finanziaria 2003 con riguardo al monitoraggio della spesa corrente di aziende sanitarie e ospedaliere attraverso la verifica del sistema informativo, da cui si fanno derivare una serie di conseguenze in materia di riparto di risorse finanziarie, ma la cui previsione originaria è da ricon-

durre comunque alla l.n. 448 del 1998. Per il resto si deve registrare il ritardo con cui si è assicurato il riparto delle risorse del fondo sanitario e del fondo perequativo per l'anno 2002 e il valore incerto di misure di grande impatto ma di dubbia efficacia, come la previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Al governo di centrodestra si può riconoscere l'emanazione di alcuni provvedimenti fondamentali come il d.p.c.m. 29 novembre 2001, che ha definito i LEA, e il d.m. 12 dicembre 2001, con cui sono stati definiti per la prima volta degli indicatori di assistenza per il monitoraggio del rispetto della qualità delle prestazioni sanitarie. Tuttavia rispetto al primo decreto si deve registrare che il procedimento adottato ha estromesso completamente il parlamento nazionale, anche sotto forma di acquisizione di un parere sui livelli essenziali come invece era previsto nella procedura che rimetteva al PSN la definizione dei LEA e ciò sembrerebbe porsi in contrasto con i nuovi vincoli costituzionali e, in particolare, con l'art. 117 c. 2 lett. m) (così corte cost., sent. n. 88 del 2003). L'obiezione più forte è però un'altra. Intanto i livelli individuati non sono altro che un elenco di prestazioni e servizi che il servizio sanitario è chiamato a garantire, il che non li fa poi così tanto distinguere dalle indicazioni che erano già presenti nei precedenti PSN se non nelle diverse scelte concrete operate. In secondo luogo, la definizione dei LEA è da ricondurre all'esigenza di dare un quadro di certezza alle regioni circa le prestazioni da garantire, secondo l'accordo 8 agosto 2001, e non invece all'esigenza di dare effettiva attuazione al nuovo art. 117 c. 2 lett. m). In sostanza è piuttosto evidente che l'attuale governo non ha consapevolmente colto le potenzialità derivanti dall'introduzione in costituzione dei LEA, come strumento di attribuzione diretta di diritti esigibili dagli assistiti e dagli interessati alle prestazioni sanitarie. È conferma di questa impostazione la sperimentazione che sta per partire nella regione Lazio con la distribuzione gratuita delle protesi dentarie alla popolazione anziana, che ricalca uno schema in cui l'assistenza viene concepita come concessione discrezionale (in cui magari si palesa manifestamente il nome del *donatore*) piuttosto che effetto obbligato di un diritto della persona assistita che può autonomamente reclamare, come invece dovrebbe ormai dedursi dal nuovo contesto costituzionale. In questo senso anche il d.m. 12 dicembre 2001 non sembra avere avuto una reale attuazione fino a questo momento, ritardando la possibilità di riconoscere, come è possibile, non solo un diritto alle prestazioni incluse nei LEA da parte degli assistiti, ma finanche un diritto a una qualità *standard* delle prestazioni. Infine, con riferimento ai livelli essenziali per le prestazioni sociosanitarie, la finanziaria 2003 rimette al Fondo per le politiche sociali le risorse di finanziamento, comportando con ciò una notevole riduzione delle risorse per questo tipo di servizi (a cui, peraltro, il dpef 2002 faceva espresso riferimento quando ha previsto la possibilità del ricorso agli istituti di impronta mutualistica) vista la diversa entità dei due fondi e il diverso meccanismo di funzionamento.

Sotto altra prospettiva si possono riscontrare scelte molto contraddittorie di questo governo in materia di organizzazione sanitaria e in relazione al rapporto tra stato e regioni. Infatti, se da una parte, sono stati emanati provvedimenti con i quali si è conferito alle regioni una forte autonomia nel reperimento delle risorse finanziarie e nella gestione dei servizi sanitari (in questo senso importanti modifiche sono state fatte all'art. 9-bis del d.lgs. 502/1992 in materia di sperimentazioni gestionali), dall'altra, la finanziaria da ultimo approvata ha disposto il divieto per le regioni di agire sul lato dell'addizionale IRPEF, disponendo un limite su una delle leve finanziarie dove più evidentemente le regioni possono reperire autonomamente le proprie risorse, in evidente disarmonia con il d.lgs. 56/2000 e, probabilmente, in contrasto anche con l'art. 119 cost.; in questo quadro disarmonico rientra pure il blocco della spesa disposto dal decreto di fine anno che ha colpito le asl. Oltretutto in questo quadro fortemente incoerente con un assetto federale delle responsabilità gestionali e finanziarie rientra anche la misura con la quale nella finanziaria 2003 sono poste a carico dello stato ulteriori risorse finanziarie a compensazione delle minori entrate proprie delle regioni. Tale contraddizione risulta evidente anche in relazione alle misure con cui si dispone la riduzione delle liste di attesa, stabilendo che le regioni debbano provvedere autonomamente orientandosi per l'apertura di sette giorni su sette degli ambulatori e delle strutture specialistiche, senza che ciò però

comporti alcun onere per lo stato, che tuttavia è il soggetto che negozia gli accordi contrattuali del personale sanitario medico e non. Di fatto non è difficile immaginare come questa misura sia praticamente inefficace e comunque lesiva dell'autonomia delle regioni.

Un'importante inversione di tendenza si ricava anche dai provvedimenti presi dall'attuale governo in relazione al servizio di distribuzione dei farmaci, dal momento che proprio recentemente è stato redatto il nuovo prontuario farmaceutico, composto di sole due fasce e conforme al criterio costo-efficacia dei medicinali, tornando a prevalere un ordine di valutazione meramente economico invece che rispondente all'efficacia terapeutica. Peraltro la l. n. 178 del 2002 ha disposto che l'elenco dei farmaci interamente rimborsabili dal servizio sanitario sia da rinnovare ogni anno, rimettendo implicitamente a questa leva parte delle politiche di risparmio dei costi del servizio sanitario.

Destano preoccupazione, in conclusione, anche alcune valutazioni espresse dal ministro Sirchia in un recente articolo scritto per il *Sole24ore*, nel quale egli esprime la necessità di rivedere l'organizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, cominciando dal nome, superando l'attuale assetto monocratico dei vertici aziendali e ripristinando i vecchi consigli di gestione con la partecipazione degli enti locali negli organi di gestione sul modello delle fondazioni. Non sfugge che un tale percorso significherebbe riproporre un assetto organizzativo di oltre dieci anni fa e una totale politicizzazione delle strutture sanitarie di cui non si sente davvero il bisogno, ammesso poi che nell'attuale contesto costituzionale lo stato possa legittimamente giungere a un tale livello di definizione organizzativa.

4. Individuazione di alcuni nodi problematici.

Ruolo del parlamento. Il nuovo art. 117 c. 2 lett. m) cost. attribuisce allo stato la definizione dei livelli essenziali. Ciò non deve significare che l'individuazione dei livelli essenziali sia da definire esclusivamente per legge, dato anche il carattere tecnico di questa competenza; semmai si può stabilire che la legge definisca le linee generali, i bisogni prioritari cui dare soddisfazione e l'ambito di operatività dei livelli essenziali, la cui specifica determinazione può aversi con un d.p.c.m successivo. È importante anche che la definizione dei livelli essenziali sia rinnovata periodicamente, sia pure limitatamente all'emanazione della fonte secondaria (non avrebbe senso invece attribuire alla legge validità temporanea). Alla medesima fonte secondaria (in questo caso potrebbe essere più opportuno il ricorso al decreto ministeriale) potrebbe essere rimessa la definizione dei livelli essenziali con riferimento anche alla qualità delle prestazioni, stabilendo direttamente parametri e *standard* definiti la cui inapplicazione consente ai cittadini di ottenere indennizzi automatici o prestazioni aggiuntive da parte del soggetto inadempiente, conferendo così il contenuto di un vero e proprio diritto alla prestazione. Occorrerebbe invece impedire l'operatività dell'art. 117 c. 6, sostenendo, come è possibile, che la determinazione dei livelli essenziali è una competenza relativa a una funzione ma non propriamente una materia.

Ruolo delle regioni nella determinazione dei livelli essenziali. Pur essendo la materia dei livelli essenziali di esclusiva competenza statale, non può essere trascurato il rilievo che l'assistenza sanitaria sia di competenza regionale concorrente: questo comporta che non appare del tutto infondato prevedere nella procedura di definizione dei livelli essenziali un coinvolgimento delle regioni attraverso lo strumento della Conferenza Stato-regioni, come è stato stabilito dalla l. n. 405 del 2001. Si dovrebbe così passare a un sistema in cui la legge statale, definiti i lineamenti dei livelli essenziali, rimette poi a un d.p.c.m. o a un d.m. l'individuazione di essi adeguando il relativo contenuto agli accordi stipulati con le regioni ai sensi del d.lgs. 281/1997.

Finanziamento. Il finanziamento del sistema sanitario è un punto essenziale per l'assicurazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e, in questo senso, non si può oramai prescindere dal nuovo art. 119 cost. Alcuni elementi del sistema disegnato dalle nuove responsabi-

lità fiscali trovano la loro coerente espressione già nel d.lgs. 56/2000: a) è senz'altro così per la previsione di importanti risorse di finanziamento a imputazione direttamente regionale (addizionale IRPEF, IRAP, compartecipazione alle accise sulla benzina, la compartecipazione all'IVA); b) così è pure coerente la previsione del fondo perequativo senza vincoli di destinazione tendente a riequilibrare sul territorio nazionale le risorse delle diverse regioni; c) infine, sebbene non se ne faccia espressione nell'art. 119 cost., risulta coerente con quell'impianto anche le procedure di monitoraggio delle spese regionali al fine di consentire il controllo complessivo del livello di spesa pubblica e il rispetto dei livelli essenziali. È necessario procedere invece verso una maggiore dettagliata specificazione della destinazione delle risorse provenienti dal fondo perequativo e dal fondo sanitario. In particolare, nel rispetto dell'art. 119 c. 3 cost., la redistribuzione del fondo perequativo dovrebbe avere come riferimento il solo parametro delle diverse capacità fiscali registratesi su ciascuna regione, mentre il FSN dovrebbe essere utilizzato ai fini indicati dall'art. 119 c. 5 con lo scopo di contribuire alla copertura dei fabbisogni sanitari delle regioni aventi insufficiente capacità fiscale. In questo utilizzo più mirato del FSN avrebbe senso ripristinare il vincolo di destinazione e attribuire alla fiscalità generale il costo del suo finanziamento. Oltre il FSN, che sarebbe opportuno conservare, è possibile ipotizzare la costituzione di fondi *ad hoc* per il perseguimento di obiettivi specifici a sostegno delle regioni.

Poteri di sostituzione. Su questo ci si rimette alle valutazioni di Alessandro Natalini.