

## **FACCIA A FACCIA**

**Gino Tomasini**

### **La rivoluzione di Rosy**

(L'unica critica che sono disposta ad accettare è che questa riforma è di difficile lettura e non è di immediata comprensione).

Mette subito in chiaro le cose Rosy la "pasionaria". Cordiale, ironica, ma ferma nelle sue posizioni, il ministro della sanità non si sottrae al confronto sulla nuova legge di riforma del sistema sanitario. Anzi. E lo fa con vigore, pur dicendosi pronta a rivedere qualcosa (a patto che si dimostri l'utilità delle modifiche).

Nessuna fuga, dunque, dal confronto dialettico, ma sui principi alla base della nuova legge di riforma del sistema sanitario, che passerà alla storia con il suo nome, Rosy Bindi non indietreggia di un millimetro.

Soddisfatta signor ministro?

Devo dire con estrema semplicità che sono molto convinta del lavoro svolto. Un lavoro che, vorrei precisare, non è stato fatto dalla Bindi, ma dal Parlamento e dal Governo in dialogo con le Regioni, il Sistema delle Autonomie locali, l'Università, le parti sociali. Non è, insomma, un decreto che la Bindi si è scritta di nascosto. Questa riforma è in Parlamento dal settembre del 1997, annunciata e anticipata nella Finanziaria, dove per la prima volta veniva introdotta l'incompatibilità tra la libera professione extramoenia e la libera professione intramoenia. Che di fatto è stato il primo passaggio che poi ci ha portato all'esclusività di rapporto previsto dalla legge. Stiamo quindi parlando di un lungo percorso, un lungo dibattito. Su questo istituto in particolare il Parlamento ha votato 5 volte. Come si può vedere non si tratta di un blitz come qualcuno ha sostenuto.

Cosa risponde alle critiche piovute sul decreto?

Chiariamo subito: io non mi pongo in atteggiamento difensivo su questa riforma, per cercare di giustificare le scelte fatte. Capisco che alcune cose sono da spiegare, ma, ripeto, siamo convinti di aver fatto un buon lavoro. Ci siamo dati anche un paracadute: un testo unico, che non è una semplice redazione di norme, ma un'occasione di correttivo al fine di creare armonizzazione, organicità e sistematicità vera nel sistema. Noi diamo molta importanza all'applicazione della delega dell'articolo 6 sui rapporti tra Sistema Sanitario e Università. Non lo riteniamo un'appendice ma un pilastro della riforma. È previsto inoltre un collegamento con i decreti legislativi attuativi del federalismo fiscale, che sarà esso stesso un capitolo importante: tutto il sistema di finanziamento completerà definitivamente il processo di regionalizzazione.

La sua è stata una difesa appassionata della sanità pubblica!

Il ministro deve assumersi la responsabilità delle cose che fa piuttosto che esprimere opinioni al

riguardo. La prima scelta fatta è chiaramente politica. Sappiamo bene che il dibattito in Italia, e non solo in Italia, poteva portarci verso altre strade: potevamo privilegiare il sistema della competizione dei finanziatori, che è un modo per aprire la strada al sistema assicurativo. Abbiamo fatto una scelta differente: abbiamo ribadito la scelta della riforma del 1978, che è quella del Servizio sanitario nazionale; del finanziamento legato alla fiscalità generale, ritenendo che questo non solo assicura maggiore equità ma anche un più corretto ed efficiente utilizzo delle risorse. Nessun sistema al mondo costa poco come quello italiano ed ha l'onore di vedersi classificare al 4° posto per lo stato di salute della popolazione. Certamente non dipende soltanto dal Sistema Sanitario: dipende anche dal fatto che siamo un paese garantista anche, per esempio, per i prodotti transgenici; dipende dal fatto che il caso diossina in Italia non capita: se succede qualcosa siamo delle vittime, non degli attori. Da questo punto di vista non accettiamo contraddittorio di alcun genere: quando si usano definizioni improprie sulla sanità italiana pretendiamo altrettanta documentazione.

Riteniamo che le risorse del Sistema sanitario nazionale vadano negoziate là dove il paese negozia il "sistema paese": nel documento di programmazione economico finanziaria. È lì che si decide quanto l'Italia destina alla salute: non è nella nostra capacità personale, familiare, di categoria o territoriale di contrarre premi assicurativi. Alcuni diritti la Costituzione li chiama per nome e li definisce fondamentali, tra questi il diritto alla salute. È compito della Repubblica garantire la tutela del diritto alla salute. Sappiamo che ci sono idee politiche diverse su questo, ma noi abbiamo deciso così: ci giudicheranno i cittadini nel momento in cui potranno e dovranno farlo.

Come cambia la filosofia per quanto riguarda il reperimento delle risorse?

L'Italia esce da una fase nella quale il diritto alla salute era di fatto condizionato finanziariamente, perché le riforme del 502 stabiliscono un'unica variabile indipendente che è quella delle risorse a disposizione. Come dire: questo è il fondo sanitario, bisogna adeguare la tutela della salute alla disponibilità finanziaria. Con questa legge, quantomeno, si stabilisce la contestualità tra le risorse da assegnare e l'individuazione dei livelli essenziali di prestazioni sanitarie da garantire per tutelare la salute in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Non può lo stesso Governo varare un Piano sanitario nazionale e con il documento di programmazione economico-finanziaria non assegnare le risorse necessarie per garantire gli obiettivi di salute contenuti nel Psn. Come non può individuare compatibilità economico finanziarie e poi prevedere livelli essenziali di assistenza che non è in grado di garantire. In altre parole: si supera quell'unica variabile indipendente e al tempo stesso non si consente di fare su questo diritto così importante della propaganda impropria. Di questa scelta noi ci assumiamo tutte le responsabilità. Da questo punto di vista non è una riforma statalista. Non lo è per almeno due motivi. Primo perché introduce strumenti privatistici che non ha nessun altro settore pubblico in questo Paese: i direttori generali con questa riforma diventano degli imprenditori, sono affrancati dal procedimento amministrativo, organizzano la loro azienda seguendo le direttive della Regione ma con un atto di diritto privato. Il completamento del processo di aziendalizzazione era del resto uno dei motivi principali per i quali dovevamo metter mano alla riforma sanitaria. Secondo, perché finalmente abbiamo un modello di accreditamento delle strutture, pubbliche e private, dei professionisti, degli erogatori dei servizi. Un modello di accreditamento, non burocrazia; regole, non mortificazione del mercato e del privato; regole come ci sono in tutti i paesi civili.

Introdurre e spiegare nuove regole non è mai facile. Purtroppo scontiamo l'ignoranza molto diffusa su

questa materia. Mediamente la cultura del Paese è molto più alta in altri settori. In Italia non c'è conoscenza vera dei problemi della sanità e i mezzi di comunicazione, che pure sono buoni, non ci aiutano. Il modello di accreditamento che c'è nella riforma è stato però promosso a larghi voti dall'autorità dell'Antitrust. Certo, sono regole: chi si aspettava le "praterie" non le ha avute. Ma riteniamo che questo non sia un settore da prateria. In primo luogo perché tutela un diritto troppo importante. Secondo perché si spende denaro pubblico. Sono convinta che un imprenditore serio si senta tutelato da questo modello. E non si dicano stupidaggini: gli accreditatori sono le Regioni, chi fa i contratti e acquista prestazioni sono i direttori generali, non c'entra niente il ministero. Unica cosa, abbiamo previsto una commissione di garanzia nazionale, una sorta di Authority, perché il peccato originale ce l'hanno anche le Regioni e i direttori generali. Penso però che un assessore regionale sia contento di avere una garanzia nazionale. Una garanzia che non solo non gli consente di fare stupidaggini ma che lo tutela da pressioni improprie. Pressioni che esistono in questo settore, dove il rapporto tra domanda e offerta è squilibrato. E non lo dice il ministro Bindi, ma i più avvertiti economisti liberisti del mondo. Chi fa le regole queste cose le deve tenere presenti. Non si può al tempo stesso gridare all'abusivismo delle professioni e poi non gradire un sistema che dà regole per autorizzare e per accreditare professionisti e strutture sanitarie.

Quanto costerà questa riforma?

Questa riforma ci consentirà di utilizzare meglio le risorse di cui disponiamo. Che non ci bastano, è vero: gli assessori sanno però di avere al loro fianco il ministro della sanità, il quale negozia, sia in consiglio dei ministri, sia, soprattutto, con il ministro del tesoro. Certo, non c'è pace sotto gli ulivi, mai. Però anche in questo sono mossa da un'impostazione politica precisa: credo che in Italia si debba abbassare la pressione fiscale ma non diminuire la spesa sociale. Non spende troppo l'Italia per tutelare i diritti fondamentali delle persone. Forse c'è qualche voce sopra la media europea, ma sicuramente non per la sanità, non per la scuola, non per le politiche sociali. Chi vuole abbassare la spesa sociale in Italia vuole in realtà cambiare i modelli: lasciare cioè alle disponibilità dei singoli, delle categorie e dei territori la tutela di alcuni diritti.

A chi definisce questa riforma centralista cosa risponde?

Che questa non è una riforma centralista, tanto è vero che a Roma non rimane alcuna funzione di amministrazione attiva nel Servizio sanitario nazionale. Il ministero della sanità farà soltanto i piani e il monitoraggio della loro attuazione per tutelare il diritto alla salute in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Poi mantiene alcune funzioni di sanità pubblica: sono state del resto proprio le Regioni a voler assegnare a livello centrale alcune competenze, tipo le ispezioni nei laboratori farmaceutici.

Sono convinta che alla fine un accordo lo troveremo, anche sulla libera professione e sull'età pensionabile: quello sul quale vorrei che davvero trovassimo un punto d'incontro, è sull'appropriatezza e la qualità della prestazione sanitaria. Questa riforma va avanti se facciamo la selezione non dei pazienti ma delle prestazioni e se puntiamo all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Se non servono più i letti per acuti, bisogna prenderne atto; se l'Italia ha bisogno dell'integrazione socio-sanitaria della prevenzione, bisogna avere il coraggio di fare questa scelta. Parte da qui l'appropriatezza. Quando le più sofisticate tecniche chirurgiche anziché diminuire le giornate di degenza diventano un modo acrobatico per registrare i drg più remunerativi, sono fuori

dall'appropriatezza. Non perché i drg sono micidiali, ma perché evidentemente c'è qualche cosa che non funziona. Allora, visto che nella stessa barca ci siamo proprio tutti, il vero patto del futuro è nel sistema di remunerazione previsto dalla riforma. Dove non c'è più il sistema a drg secco, ma è fortemente temperato dal finanziamento per funzioni: una struttura costa perché ha una funzione anche se non fa prestazioni; un centro trapianti costa anche se non fa i trapianti, come un ospedale di zona costa se deve farsi carico di un lungodegente perché non ha una struttura adatta. Non ci sarà più bisogno di ricorrere alle dichiarazioni improprie, alle registrazioni improprie dei drg per finanziarsi: è giusto che queste funzioni vengano finanziate autonomamente, secondo un tariffario. Chiaramente non a piè di lista.

La riforma prevede un rapporto più stretto anche con l'Università.

Noi vogliamo che le Università italiane siano luogo di eccellenza, di alta specializzazione e che siano in rete con tutti gli altri servizi sanitari. La nostra intenzione è di restituire l'Università alle sue funzioni. La forza di un professore universitario è la ricerca e la capacità formativa, non sono i suoi posti letto e neanche la moltiplicazione che in base ai posti letto può fare dei suoi associati e dei suoi ricercatori. Non ha fatto bene a nessuno il percorso di questi anni, né all'Università né alla sanità italiana: oggi abbiamo la possibilità di cambiare rotta. Sono anche soddisfatta per aver trovato una mediazione su un punto che ritengo molto importante: quello del governo clinico delle aziende sanitarie, dove i medici sono coinvolti nelle strategie aziendali.

L'esclusività di rapporto, il ruolo unico e l'età pensionabile sono altri tre nodi spinosi della riforma. Come li spiega?

Secondo noi l'esclusività di rapporto non è una mortificazione dell'autonomia professionale del medico; la riteniamo una dichiarazione da parte del sistema sanitario di assoluta indispensabilità. Non crediamo, infatti, che un sistema come il nostro possa andare avanti se non può contare sulla totale dedizione delle capacità professionali al suo interno. Crediamo anche che sia una forma di rispetto della dignità del professionista, che deve avere la forza di ottenere dentro il servizio sanitario nazionale la soddisfazione professionale ed economica. Io so che non ci sono ovunque le condizioni per poterlo fare: la legge compie da questo punto di vista molti atti di umiltà e di riconoscimento della realtà inadeguata, perché prevede una valutazione concorde sulla idoneità delle strutture, e, attraverso la libera professione di azienda, prevede l'utilizzazione dei professionisti con un sistema di convenzionamento tra l'azienda ed eventuali strutture private. Noi non vogliamo impedire ai nostri clinici di andare a operare altrove: ci vadano, ma per conto dell'azienda. È il direttore generale che mette a disposizione i propri professionisti con le loro équipe e credo che questo sia un elemento di sicurezza per i pazienti e per gli stessi medici. La legge permette inoltre, in via transitoria, la possibilità di reperire strutture e persino di continuare ad utilizzare le proprie, sempre in nome e per conto dell'attività libero professionale di azienda. L'obiezione che si muove è che, tutto sommato, si legittima una sorta di doppio binario interno: è vero, ma rispetto al nulla di prima perlomeno ora è regolato. Almeno si conosceranno le ore che il medico dedica all'attività libero-professionale, si conosceranno le sue liste d'attesa in attività istituzionale e in attività libero-professionale, si verificheranno le tariffe. La legge impone un maggiore impegno istituzionale, in modo che il libero professionista non venga scelto semplicemente perché c'è una lunga lista d'attesa in ospedale. Credo che nessuno sia contento di essere gradito perché la struttura pubblica non funziona, ma scelto per le proprie capacità. Se poi uno ritiene

che tutto questo non risponda ai suoi interessi è libero di continuare a svolgere l'attività libero professionale per conto proprio con altri privati: non può però pretendere di dirigere le strutture del sistema sanitario. L'amministratore delegato di una qualsiasi azienda non condivide le sue strategie con i dirigenti che la sera vanno a lavorare per la concorrenza, in un'azienda nazionale o multinazionale.

In questo modo non c'è il rischio di perdere le professionalità migliori?

No, perché i migliori lo sono diventati all'interno di una struttura pubblica e sono ritenuti i migliori perché sono a capo di una grande struttura pubblica che certifica, attraverso la responsabilità che gli affida, la loro capacità professionale. Che diventa in qualche modo un bollino di qualità per il quale il paziente sceglie un determinato clinico anche in libera professione. Sono convinta che alla fine non perderemo nessuno. Ma poi non è una perdita: è solo un modo differente di rapportarsi.

Parliamo del ruolo unico. In un'altra epoca non l'avrei mai accettato perché sarebbe stato vissuto come un livellamento. E di fatto lo sarebbe stato. Perché mi sono convinta? Oggi, con il sistema aziendale, il ruolo unico diventa una flessibilità e un'opportunità di introdurre finalmente sistemi premianti e valutativi dentro il servizio pubblico. Noi non abbiamo abolito la funzione primariale: abbiamo abolito l'acquisizione della funzione primariale una volta per sempre nella vita. Uno viene investito di funzioni dirigenziali superiori e poi, di tanto in tanto, si verifica se ha mantenuto quelle capacità, si è aggiornato, è gradito dai pazienti, sa collaborare con i suoi colleghi, è funzionale agli obiettivi istituzionali dell'azienda, non entra in conflitto di interessi con le sue funzioni.

Terzo aspetto, quello forse più ostico, è l'età pensionabile.

Diciamo innanzitutto che a 65 non va in pensione nessuno. In caso si va a 67. I medici di famiglia avranno una gradazione dovuta ai problemi previdenziali. I professori universitari che hanno 65 anni arriveranno fino a 70, quelli che ne hanno 60 fino a 68.

Attenzione però: raggiunta quell'età dismettono l'attività assistenziale ordinaria, ma è prevista l'utilizzazione per l'attività assistenziale strettamente connessa alle funzioni didattiche e di ricerca attraverso diverse forme contrattuali. Non intendiamo liquidare le esperienze, le capacità professionali di chi ha qualche anno in più: tutt'altro. Vogliamo solo metterle a disposizione di un sistema che però ha anche la possibilità di innescare meccanismi di entrata delle nuove generazioni. Senza nessun intervento, per i prossimi 20 anni non ci sarebbe ricambio generazionale nella professione medica di questo paese. In nessun paese al mondo a 72 anni si entra in sala operatoria e si ha la responsabilità di un dipartimento di chirurgia. Mi hanno accusato di voler fare a meno della Levi Montalcini. No, solo che penso che la Levi Montalcini non mi possa dirigere una struttura complessa dove magari ha anche a che fare con i sindacati. Perché devo buttare via il talento della Levi Montalcini: le faccio fare un'altra cosa e a una persona che ha 40/50 anni, è in età matura, è capace e brava, le dico di mettersi a dirigere oltre che a fare atti clinici. Tutto qui. Non credo che questo sia una mancanza di riconoscimento dell'esperienza, che vorremmo fosse utilizzata diversamente. Così come non penso che un medico di famiglia a 72 anni possa tenere 1.500 iscritti e vada a visitarli a casa quando c'è un'epidemia influenzale. Potrebbe invece mettere la sua esperienza a disposizione di un gruppo di giovani medici, di un'associazione di medici di famiglia per aiutarli, farli crescere, far capire loro come rapportarsi al sistema.

Si è anche detto che questa sarebbe una riforma che introduce una sorta di sanità a doppia velocità: è

vero l'opposto. Così come la funzione dei fondi integrativi definita dalla legge è assolutamente integrativa e non sostitutiva. Anche il doppio regime fiscale verso il quale in molti si sono scagliati è la dimostrazione di questo: nei fondi sostitutivi ci sarà un trattamento fiscale differente perché se vanno a sostituire prestazioni già finanziate non è giusto che il sistema paghi due volte.

Diverso è l'integrativo. Se un paziente vuole scegliere un chirurgo in libera professione per un intervento non di urgenza, ma elettivo e programmabile in una determinata settimana dell'anno, in un determinato luogo e in un determinato comfort alberghiero lo può fare con un fondo integrativo. Non è sanità a doppia velocità questa, anzi è un modo intelligente di prendere le risorse a chi ne ha qualcuna in più per oleare meglio un sistema che è per tutti.

Noi crediamo che non vi sia alternativa oggi all'unica strada che ci pare percorribile. Quella di crescere professionalmente, promuovendo la qualità, la conoscenza del sistema e delle sue regole, aumentando le capacità professionali, competendo con l'ospedale e anche all'interno delle cure primarie. Noi andiamo contro la congiuntura della rassegnazione. Stimoliamo la crescita perché solo chi è consapevole e colto si sa difendere. Speriamo nei contratti e nelle convenzioni, ma sappiamo tutti che alla prova dei fatti oggi la partita si gioca giorno per giorno sulla qualità e sulla capacità di proporre alternative professionali, non sindacali, che il sistema ottusamente non vede e non sa proporre. In questo sta il concetto di tutela, che è integrativo della difesa economica e sindacale e ne rappresenta l'evoluzione moderna e il superamento. Distretto per distretto, ASL per ASL, Amministratore per Amministratore, la Medicina Generale deve aprire un confronto di cose e problemi concreti sui quali si ricostruisce concretamente la professione.

Chiamiamo la professione ad uno sforzo in fondo al quale si possa diventare per davvero interlocutori delle decisioni e non delle chiacchiere. Chi non intende impegnarsi in questo progetto sia consapevole delle conseguenze. La tutela della professione non si delega a terzi. Chi non si coinvolge corre il rischio di staccarsi dal gruppo di testa. Per lui c'è il rischio concreto di doversi ritirare prima ancora di perdere la corsa.

