

Dlgs 502/1992: il cambio di rotta nel Ssn varato sulla spinta della congiuntura degli anni 90

# Se le crisi dettano le riforme

La ricetta di allora: livelli minimi di assistenza, Fondi integrativi e assicurazioni

DI FRANCESCO TARONI

**A**ll'inizio degli anni 90 nulla faceva presagire la ripresa dell'azione riformatrice dopo un decennio di stallo parlamentare alla vana ricerca di una maggioranza che permettesse di approvare in entrambe le camere le diverse versioni di "riforma della riforma" inutilmente proposte sia dai Governi "forti" a direzione socialista della metà degli anni 80 sia dai numerosi governi di breve durata che si erano succeduti alla fine del decennio. [...] Improvvisamente il quadro politico e istituzionale mutò radicalmente per effetto di quella che è stata definita «al contempo crisi di regime e crisi di modernizzazione» (McCarthy, 1996:187) accompagnata da una gravissima crisi valutaria, finanziaria ed economica. Lo stato di emergenza portò sorprendentemente la politica a decidere nuovamente "in grande", approvando in brevissimo tempo una serie di riforme su temi tecnicamente complessi e politicamente sensibili come Sanità, pensioni, pubblica amministrazione ed enti locali. Quella che è stata definita «l'unica vera stagione di cambiamenti dell'ultimo ventennio» (Ricolfi, 2008:12) fu realizzata da un debole Governo quadripartito presieduto da Giuliano Amato, costituito con grave difficoltà dopo le elezioni dell'aprile 1992, si reggeva sull'esile maggioranza di 15 seggi alla Camera e 5 al Senato e sarebbe stato progressivamente travolto, con il Parlamento, dallo scandalo di Mani pulite.

La finestra di opportunità per l'approvazione in tempi rapidissimi di riforme radicali che si inserivano in una manovra finanziaria condotta in due fasi che ammontava a ben 120mila miliardi di lire (pari all'8% del Pil) e si accompagnavano a un esteso programma di privatizzazioni (Barucci, 1995) può essere ricondotta a tre categorie di determinanti di natura istituzionale ed economico-finanziaria (per un'analisi dei diversi profili della crisi del 1992, cfr. fra i tanti Ginsborg, 1998: 471 e segg. e la classica analisi di McCarthy, 1996). L'elemento economico era costituito dal gravissimo shock provocato dalla peggior recessione del dopo-

guerra, con tassi di crescita del Pil inferiori all'1% (la metà della media degli altri Paesi europei), un tasso di disoccupazione dell'11% e un debito pubblico che toccava il 108% del Pil (Bull e Newell, 2005). Malgrado il costoso tentativo di difesa del cambio orchestrato dalla Banca d'Italia, l'attacco speculativo subito dalla lira durante l'estate ne aveva provocato la svalutazione del 30%, determinando la sua uscita dal Sistema monetario europeo. Sulla prima pagina de La Repubblica, il presidente del Consiglio, Giuliano Amato, qualificò la crisi dell'estate del 1992 come «la crisi più grave che ci sia stata dopo quella del 1946-'47, all'epoca di Corbino e di Einaudi, quando si discuteva se cambiare la moneta, l'inflazione era alle stelle, il paese distrutto. Ecco, dopo di allora, questo è il momento più grave che il Paese abbia vissuto».

[...] Il secondo elemento fu il risultato di una spregiudicata strategia del "vincolo esterno" perseguita dalla ristretta élite che aveva negoziato i criteri di accesso all'Unione monetaria Europea prevista per il 1997. Gli impegni assunti con l'adesione al Trattato vennero sfruttati per rendere inderogabile la politica del "risanamento" dei conti pubblici in modo che «gli innovatori potevano fare uso della Cee per persuadere la popolazione ad accettare in nome dell'Europa un'austerità che non avrebbero accettato in nome dell'Italia» (McCarthy, 1996:76). La strategia dei "due livelli rovesciati" in cui la politica estera veniva utilizzata per risolvere problemi di politica interna (Gourevitch, 1978) era stata esplicitamente enunciata da Guido Carli, ex governatore della Banca d'Italia, ministro del Tesoro e autorevole membro della delegazione italiana nelle trattative con la Ue: «La nostra azione propositiva al tavolo della conferenza intergovernativa per l'Unione europea ha rappresentato una via alternativa alla soluzione dei problemi che non riuscivamo ad affrontare per le vie ordinarie del governo e del Parlamento» (Carli, 1993:435). Grazie a questa strategia, il risanamento finanziario e la "modernizzazione" dell'ordinamento dello Stato e della pubblica amministrazione vennero presentati come prezzo da pagare per l'in-

gresso in Europa e furono perseguiti attraverso la strategia di "legarsi le mani" (Giavazzi e Pagano, 1988) con l'autoimposizione di vincoli presentati come esterni e al di fuori del controllo del governo italiano.

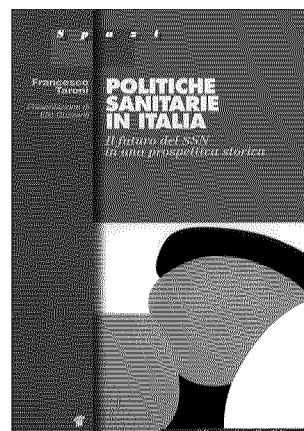
Il terzo fattore fu la crisi politica e istituzionale provocata dalle indagini giudiziarie che rivelarono estesi fenomeni di corruzione noti come Tangentopoli o Mani Pulite (Della Porta e Vannucci, 1999) che coinvolsero anche il Parlamento, dove il 32,5% dei parlamentari fu raggiunto da avvisi di garanzia (McCarthy, 1996:188) e lo stesso governo, che vide ben 7 ministri rassegnare le dimissioni perché inquisiti dalla magistratura (Ginsborg, 1998:515). Questo provocò anche seri problemi di funzionamento del Parlamento, spesso bloccato per mancanza di numero legale e la minaccia della Lega Nord di ritirare i propri eletti dai lavori della Camera. I fenomeni di corruzione interessarono anche i più alti livelli politici e amministrativi della Sanità, soprattutto nel settore farmaceutico, dove portarono all'arresto e alla successiva condanna del ministro della Sanità De Lorenzo e del direttore generale del settore farmaceutico del ministero, Duilio Poggiolini (McCarthy, 1996:86; per la cronaca dettagliata, cfr. Minerva, 2009: 293 e segg.).

La crisi istituzionale venne sfruttata dal Governo per approvare in tempi estremamente rapidi una serie di riforme radicali attraverso la strategia di far approvare al Parlamento una legge che delegava il Governo a emanare una serie di decreti legislativi di "riordino" della Sanità, delle pensioni, della pubblica amministrazione e della finanza locale. La strategia elaborata per l'approvazione della legge delega è stata vivacemente descritta dallo stesso presidente Amato: «Consapevole della crescente difficoltà di aggregare consenso collettivo attraverso il canale dei partiti e dello stesso Parlamento, mi avvalevo delle parti sociali (le organizzazioni rappresentative dell'industria, del commercio e dei lavoratori) come canali alternativi, che avevano, in quella fase, un più diretto contatto con l'opinione pubblica [...], presentavo il testo in Parlamento e ponevo su di esso il voto di fiducia, forte di quel consenso ottenuto al

di fuori del Parlamento» (Amato, 1994:366). La tattica di affidare al voto di fiducia del Parlamento l'approvazione di una delega al governo per l'elaborazione della riforma concentrava un forte potere sull'Esecutivo evitando il confronto parlamentare sia sulla legge delega che sul decreto delegato e sospendeva di fatto la normale funzione legislativa del Parlamento, che veniva limitata al solo parere, peraltro non vincolante, delle Commissioni parlamentari competenti sul decreto delegato (Fabbrini, 2000). Inoltre, la debolezza dei partiti tradizionali veniva compensata dal dialogo diretto fra il governo e le forze sociali che precorreva, in forme eccezionali, la strategia della concertazione che sarebbe stata istituzionalizzata con il governo Ciampi (Molina e Rhodes, 2007). La legge delega che prevedeva «la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di Sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale» fu licenziata dal Consiglio dei ministri nel giugno del 1992 e approvata dal Parlamento con voto di fiducia nell'ottobre dello stesso anno (Livo, 1994). La delega relativa al riordino della Sanità venne esercitata in appena due mesi e fu pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale con la data del 30 dicembre 1992 come Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria».

[...] Gli obiettivi della riforma erano stati indicati nel discorso per la fiducia al Governo che includeva come ministro della Sanità De Lorenzo, l'elemento di continuità con le politiche degli anni 80, in quanto già sottosegretario alla Sanità e poi ministro nei precedenti Governi. Se riguardo a struttura e funzionamento del Ssn il riordino della Sanità raccoglieva i temi ricorrenti della aziendalizzazione delle Usl e di regionalizzazione del sistema presenti nei disegni di legge di "riforma della riforma" degli anni 80, le novità principali riguardavano la privatizzazione della gestione di strutture pubbliche e del finanziamento delle prestazioni. Le Regioni avrebbero potuto indirizzare parte del gettito contributivo destinato a finanziare il Ssn verso «intermediari in grado di trattare con gli erogatori dei servizi il collocamento delle risorse finanziarie, in funzione dei

servizi garantiti ai loro rappresentanti, naturalmente fatto salvo a carico dei trasferimenti del bilancio dello Stato l'apprestamento e l'erogazione dei servizi indivisibili e dei servizi alla persona aventi particolare importanza per la essenziale tutela della salute di tutti i cittadini, a prescindere da questa quota» (Amato, 1992). Il presidente Amato si era espresso ancora più esplicitamente in una intervista rilasciata nel 1992 a Eugenio Scalfari pubblicata in prima pagina su La Repubblica: «Non possiamo continuare con la pratica di voler dare tutto a tutti, che poi significa dare a tutti pessimi servizi [...]. Si assicuri per tutti una gamma di servizi uniformi. Dopo di che, a cominciare dalle fasce di redditi superiori, una parte della protezione sanitaria sia rimessa a quote di contributo lasciate nelle tasche dell'utente e affidate a casse integrative che negozino con l'erogatore pubblico o anche privato servizi più efficienti».



Oltre mezzo secolo di storia sanitaria del Paese. E che storia: quella dal secondo dopoguerra all'inizio del 2000, intessuta di progressi straordinari nella medicina, di crisi politiche, economiche e sociali e di riforme strutturali. Ad avventurarsi in questo viaggio poteva essere soltanto un profondissimo conoscitore della materia: **Francesco Taroni**, docente di Medicina sociale all'Università di Bologna con alle spalle una carriera nei gangli cruciali della Sanità nazionale ed emiliano-romagnola. Il suo libro «Politiche sanitarie in Italia - Il futuro del Ssn in una prospettiva storica» (Il **Pensiero Scientifico** editore, settembre 2011) è una miniera d'oro per chi cerca risposte non soltanto ai dubbi sul passato, ma soprattutto a quelli sul futuro. Perché spiega come siamo arrivati fin qui, e quale è da sempre la sfida del nostro Ssn, più che mai in tempi di crisi: coniugare sostenibilità ed equità.

Illustrando la riforma alla Commissione Bilancio del Senato il ministro De Lorenzo aveva spiegato che «l'idea di fondo è che a tutti venga garantito un trattamento di base e che il trasferimento al privato serva ad asciugare le funzioni svolte dal settore pubblico», precisando alla Camera dei Deputati che «le prestazioni sanitarie saranno effettuate in funzione delle risorse esistenti, su livelli minimi uguali per tutti. Le Regioni potranno tuttavia integrare tali livelli a carico dei loro bilanci. Viene inoltre riconosciuta più libertà di scelta agli assistiti che potranno rivolgersi anche alle assicurazioni private, la cui efficienza sarà giudicata dal mercato» (De Lorenzo, cit. in Bindi, 2005:21).

La "riforma della riforma" si proponeva di concorrere in modo strutturale al contenimento della spesa pubblica per l'assistenza sanitaria con tre provvedimenti fondamentali: rendere i livelli di assistenza una variabile dipendente dalle disponibilità economiche stabilite dalle leggi finanziarie; ridurre la copertura assistenziale a carico del Ssn attraverso la privatizzazione del finanziamento dell'assistenza sanitaria, a esclusione dei livelli "minimi" relativi al ricovero ospedaliero e ai farmaci cd. "salvavita"; trasferire alle Regioni la responsabilità di far fronte agli eventuali disavanzi della spesa sanitaria rispetto alla somma loro assegnata in sede di riparto del Fondo sanitario interregionale, come era stato ridenominato il Fondo nazionale.

(Tratto dal volume «Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica», Edizioni Il **Pensiero Scientifico**)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

LA LEGGE 833 DEL 1978

## «Il coraggio dell'equità, primo bene da salvare»

**I**l 23 dicembre si celebra il 25° anniversario del Ssn, una iniziativa coraggiosa in un anno terribile per la vita democratica del Paese, che ha contribuito a cambiare la vita materiale degli italiani e il loro modo di percepire e affrontare i rischi di malattia.

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

Nel corso degli anni, l'organizzazione del Ssn ha subito molti aggiustamenti e tre grandi riforme che non hanno però modificato i principi fondamentali tranne, in parte, la Riforma De Lorenzo, suscitando l'intervento correttivo della Riforma Garavaglia, mentre la Riforma Bindi li ha invece orgogliosamente riattualizzati.

Le indagini di opinione dimostrano che gli italiani condividono i principi fondamentali del Ssn, anche se sono solo in parte soddisfatti del suo funzionamento.

Non sono però mancate proposte di cambiamento come quella avanzata da Confindustria per un sistema di assicurazione sociale all'olandese o gli accenni del Governo in un recente documento di programmazione economica e finanziaria a un ritorno alle mutue. Su tutto, la prospettiva di un federalismo politico e fiscale che dovrebbe investire primariamente la Sanità.

Non si tratta quindi semplicemente di celebrare una data, ma di chiedersi se la fedeltà a questi principi sia una dimostrazione di conservatorismo politico e di inerzia burocratica, o se invece i principi fondamentali del Ssn possano ancora definirsi attuali, sia come valori morali sia come strumenti operativi per finanziare e organizzare un sistema sanitario.

L'esperienza diretta di questi anni e i confronti internazionali suggeriscono una risposta inequivocabilmente affermativa a entrambi i quesiti.

Gli argomenti che sostengono questa affermazione originano dal riconoscimento che lo scopo comune di tutti i sistemi sanitari è di combinare qualità, equità e costi, ovvero, più prosaicamente, di assicurare a coloro che ne hanno bisogno servizi sanitari di qualità accettabile senza sbancare le casse dello Stato. L'esperienza e i confronti internazionali dimostrano che se è relativamente facile realizzare una qualsiasi combinazione di due di questi elementi a danno del terzo, nessun sistema è in grado di combinarli tutti e tre contemporaneamente, ottenendo il massimo di ciascuno. Tuttavia sistemi sanitari universalistici, finanziati attraverso la tassazione generale e basati su principi solidaristici si avvicinano più di qualsiasi altro all'ottimo ideale, in quanto sono efficienti ed equi nella contribuzione, più efficaci nel controllo dei costi complessivi, più idonei a far fronte alla concentrazione di larga parte della spesa in una piccola frazione di assistiti, senza ricorrere a meccanismi di selezione.

La consapevolezza di questi argomenti, non disgiunta da una certa dose di opportunismo politico, ha portato a fantasticare sulla possibilità di sviluppare un sistema assicurativo da affiancare al Ssn, per attrarre, si dice, risorse private. Il modello è semplice: tutti dovrebbero avere una qualche copertura, ma parte dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere qualificata come un extra e limitata dal prezzo. Un'idea così semplice da essere stata adottata da venti anni dalle pensioni dell'Adriatico a conduzione familiare: vitto e alloggio sono a forfait; se vuoi il vino, lo paghi a parte, altrimenti soddisfi la sete bevendo acqua.

Ma i sistemi sanitari sono più complessi di una vacanza al mare. L'assistenza sanitaria non può essere divisa in modo netto in un nucleo di servizi essenziali per soddisfare le esigenze elementari e una parte periferica di varie ed eventuali, da lasciare alle preferenze e al portafoglio di ciascuno.

Il punto è, ovviamente, quali servizi possano essere ragionevolmente messi fra gli extra e se sia possibile pensare che un imprenditore assenna-

to possa impegnarsi in un simile mercato, senza contare, a priori, su robusti sussidi statali.

Nessun Paese è stato finora in grado di risolvere questa equazione, malgrado siano state spese somme esorbitanti di denaro pubblico per incentivare (cioè cofinanziare) la spesa privata per soddisfare le preferenze delle classi più abbienti. Soprattutto: è accettabile a esempio che si usino risorse pubbliche per finanziare la spesa privata di coloro che, desiderando ridurre i propri tempi di attesa, ricorrono a un intervento a pagamento? Idealmente, tutti preferiamo pensare che i tempi di attesa per un intervento chirurgico siano dettati dalle condizioni cliniche oggettive di ciascuno.

In pratica, il sistema che ci viene proposto prevede che i tempi di attesa siano determinati dalle preferenze personali e dalla capacità di pagare.

Un sistema simile è in patente contraddizione con i principi fondamentali del Ssn, con la logica dell'economia e con il buon senso comune.

Il risultato sarebbe che quanto più denaro uno possiede, tanto più elevata è la sua probabilità di ricevere una diagnosi e un trattamento tempestivi; un marketing aggressivo indirizzato a segmenti specifici di mercato, che riprodurrebbe, moltiplicandola, l'iniqua e inefficiente frammentazione del sistema operata dagli enti mutualistici, che il Ssn ha permesso di superare. Soprattutto, metterebbe il cartellino del prezzo su ciascuna prestazione, introducendo in modo brutalmente esplicito un razionamento dell'accesso ai servizi sanitari sulla base del prezzo.

L'istituzione del Ssn è stata una scelta coraggiosa operata in circostanze eccezionali da persone capaci di vedere lontano.

Il passo successivo, venticinque anni dopo, appare non meno coraggioso e impegnativo. Innanzitutto, dovremmo smettere di escogitare strumenti per trasferire spesa dalla componente pubblica a quella privata o viceversa, per preoccuparci di più della spesa totale e del suo valore. In primo luogo, perché tutta la spesa sanitaria è sempre pagata dagli stessi cittadini, e in secondo luogo perché questa è la quantità che interessa effettivamente l'economia del Paese. Il vero problema è se sia più efficiente e

più equo finanziare i sistemi sanitari con risorse pubbliche o private.

Non c'è alcuna evidenza che ridurre la spesa pubblica o ridurre i servizi per aumentare la spesa privata produca un'assistenza migliore o meno costosa, mentre è acquisito che la componente privata della spesa cresce più rapidamente di quella pubblica.

Sarebbe quindi utile, per la sostenibilità economica e sociale del Ssn, abbandonare la caccia alle chimere e cominciare ad affrontare i problemi concreti, anche in previsione del federalismo politico e fiscale, che probabilmente aggraverà e certamente renderà più manifesti i gravi problemi in

cui il Ssn versa in numerose Regioni italiane.

**F.T.**

*(Intervento di Francesco Taroni tratto da: «833 nozze d'argento», speciale sui 25 anni della riforma sanitaria allegato al n. 48/2003 de Il Sole-24 Ore Sanità)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I principi del Ssn sono ancora attuali sia come valori sia come strumenti

La soluzione non è trasferire spesa dal pubblico al privato

