

LA RIFORMA BINDI

Il D.L. 229/99, altrimenti noto come riforma "Bindi", è comprensibilmente oggetto di attenzione e di molte critiche. Alcune di queste provengono da chi auspica una impostazione radicalmente diversa, sostanzialmente di tipo privatistico, al sistema sanitario. È questo un punto di vista ormai sostenuto da pochi, anche tra i liberisti più agguerriti come i conservatori inglesi e la Banca Mondiale, convertitisi al sistema pubblico alla luce dei dati di fatto: costa di meno, produce di più, è meno iniquo. In ogni caso non è il punto di vista di *Medico e Bambino*, che propone alcune brevi riflessioni sul decreto inteso come un tentativo di rendere più efficace il sistema sanitario pubblico. Veniamo dunque ai punti principali del decreto.

Sussidiarietà. Il decreto stabilisce, ad esempio, che quando una Regione non produce nei tempi stabiliti il piano sanitario regionale, lo Stato intervenga. Le Regioni hanno accusato il decreto di centralismo, ma lo scempio da mancata programmazione che si può vedere in alcune Regioni ci fa dire che questo principio di sussidiarietà è sacrosanto. Il federalismo, o come si dice oggi la "devolution", non deve danneggiare il cittadino utente.

Ripolitizzazione del SSN. I manager sono stati messi nuovamente, in parte, sotto il controllo dei politici, sia a livello regionale sia aziendale. I manager sono comprensibilmente preoccupati: i politici, infatti, a partire dai sindaci, dovrebbero esprimere gli interessi della popolazione ma, in molti casi, non dispongono delle informazioni e della cultura necessari per farsene adeguati interpreti.

Distretti. Si sottolinea il ruolo del distretto sanitario come pilastro del SSN. L'esperienza reale dei distretti non è buona, in generale. I medici di famiglia, inclusi i pediatri, ne sono ancora sostanzialmente esclusi. Le culture (del medico di famiglia e del responsabile di distretto) e i punti di vista sono diversi, e la ragione non sta da una parte sola. Qualche medico di famiglia dovrebbe essere messo in grado di dirigere il distretto, o comunque di avere maggior voce in capitolo.

Medici di famiglia. Si stabilisce che una quota del compenso venga attribuita in base al raggiungimento di specifici obiettivi. I medici temono una ulteriore burocratizzazione: i due colleghi pediatri che in questo numero riferiscono della loro esperienza hanno quantificato nel 30% l'impegno burocratico. I medici di medicina generale lamentano una quota ancora superiore. La medicina di famiglia va sburocratizzata, e ciò dovrebbe essere possibile anche grazie all'informatica. Ma incentivare il raggiungimento degli obiettivi è giusto. La convenzione è fatta con un SSN che si propone, appunto, il raggiungimento di obiettivi.

Integrazione socio-sanitaria. Viene definito un nuovo ambito, nuovi profili professionali e dirigenziali. Potrebbe essere la quadratura del cerchio di un aspetto irrisolto e di importanza crescente, purché non si prevarichi né l'una né l'altra componente. È, ancora, un problema di cultura e di formazione.

Dipartimento di prevenzione. Finora ha prevalentemente fatto controlli e verifiche in base alle normative esistenti. Poca prevenzione, quasi niente promozione di salute. Dovrà invece diventare un motore per interventi concertati con attori extrasanitari (i comuni, le scuole, i media ecc.). C'è una cultura da costruire.

Remunerazione. Si delimita il ruolo del pagamento a tariffa, di cui già su queste pagine sono stati messi in luce gli aspetti controproducenti. Si introduce il concetto di pagamento di "funzioni assistenziali" specifiche (ad esempio l'assistenza a un particola-

re gruppo di pazienti), a prescindere dal prodotto quantificato. Si tratta di una innovazione importante, che dovrebbe consentire di trovare risorse per interventi "orfani" di DRG, ma non facile da articolare e gestire.

Ricerca. Si conferma la filosofia di indicare gli indirizzi generali per la ricerca biomedica e sanitaria in rapporto agli obiettivi del SSN. I ricercatori puri temono una sorta di Ministero della Cultura Popolare (o, in una differente prospettiva storica, lo "sdanovismo"), ovvero la politica che definisce gli obiettivi della scienza. Probabilmente è giusto stabilire che una quota dei fondi pubblici disponibili per la ricerca debba essere impegnata nella ricerca orientata al miglioramento della qualità del servizio. Meglio sarebbe definire quale deve essere questa quota.

Accreditamento. Finalmente! Principio sacrosanto che dovrebbe mettere ordine nel caos, in particolare nel settore della formazione. Si teme anche qui, comprensibilmente, un eccesso di burocrazia e soluzioni all'italiana che non riescano ad essere realmente discriminanti. Urge reperire dei saggi senza conflitti di interesse (vedi le commissioni nazionali e regionali previste dal decreto) per sovrintendere a questa materia.

Livelli essenziali di cure. Si tratta dell'innovazione culturalmente più rilevante. In sostanza si stabilisce che il SSN fornisca quelle cure e quegli interventi preventivi e riabilitativi riconosciuti efficaci in base alla medicina dell'evidenza. Il principio è ormai universalmente accettato e potrebbe essere l'uovo di Colombo per risolvere il problema delle risorse limitate: se si fa solo ciò che è dimostratamente efficace, le attuali risorse del sistema pubblico, cioè una quota di poco superiore al 5% della ricchezza nazionale, può in effetti essere sufficiente a fornire a tutti l'essenziale, e anche qualcosa di più. Il problema è che non sempre ciò che è dimostratamente efficace è applicabile a tutti, e che esiste ancora una vasta zona grigia in cui le evidenze di efficacia ci sono, ma sono parziali. Per definire quali siano i livelli essenziali occorre nuovamente un'autorità nazionale con ramificazioni regionali (vedi l'*Institute of Clinical Excellence* appena istituito dagli inglesi) che va ancora costruita: potrebbe forse essere costituita dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, più l'Istituto Superiore di Sanità, più una serie di entità scientificamente valide ma con forti rapporti con la pratica dei servizi. Questo per le linee generali. Tradurre tutto questo a livello del singolo paziente, lungi dall'essere un fatto meccanico-burocratico, come i medici temono, richiederà una forte capacità critica per applicazione dell'evidenza al singolo paziente, considerando anche il punto di vista e i valori di quest'ultimo. Non pare che la professione debba sentirsi sminuita, anzi, occorrerà un livello di professionalità più alto e probabilmente un aumento della capacità di confrontarsi in gruppo, dentro gli ospedali e ancor più nella medicina generale.

Bilancio generale: il decreto propone molti validi principi che porrebbero il nostro SSN all'avanguardia. Mancano però, al centro e forse ancor più in periferia, gli strumenti e la cultura per applicarli. In effetti non si è ancora applicata del tutto nemmeno la 502. Ciò che serve, ora, è quindi di avere davanti almeno cinque anni, per non dire dieci, per costruire gli strumenti e diffondere la cultura per realizzare questa riforma. Confidiamo nella possibilità che questo tempo ci sia concesso. Senza ulteriori aggiustamenti in corsa.

M&B