

BUONA SANITÀ E LEGALITÀ PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Rosy Bindi, Ministro della sanità dal 1996 al 2000, nell'intervista di Chiara Micali, interviene sul tema della corruzione in sanità e ripercorre l'iter della riforma, la 229/99, che si proponeva di rafforzare l'autonomia delle Regioni, in una visione unitaria di sistema, e dare nuova centralità alla tutela della salute

L'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha sottoscritto recentemente un Protocollo d'intesa con l'Anac per combattere la corruzione e gli sprechi in sanità. Obiettivo dell'intesa è quello di instaurare un processo virtuoso, di stabilire regole certe, nell'ambito degli acquisti, della rotazione degli incarichi e dei contratti con i privati. Nella sua posizione di Presidente della Commissione antimafia oggi e nella sua esperienza progressiva di Ministro della sanità, come vede il rapporto tra legalità e sanità?

Il Ssn italiano è uno dei più importanti settori della Pubblica Amministrazione e un forte centro di spesa pubblica e privata. È, quindi, tra i più esposti al rischio di attenzione e condizionamento delle organizzazioni criminali. Del resto, l'esperienza ci insegna che dove ci sono soldi e c'è un potere è molto probabile che prima o poi si facciano sentire anche gli appetiti illegali.

È una questione rilevante su cui però non c'è la necessaria consapevolezza; in gioco non c'è solo l'uso corretto delle risorse e l'efficienza del sistema, ma un diritto fondamentale come quello della salute che non può essere insidiato dalla fame di soldi che guida le nuove strategie imprenditoriali delle mafie.

Non si tratta di un fenomeno circoscritto alle regioni del Mezzogiorno, in cui le organizzazioni criminali affondano le loro radici storiche. Sappiamo bene quanto siano oramai diffuse e forti al Nord e, seppure con intensità e modalità diverse, agiscono anche nella sanità delle Regioni centro-settentrionali.

La nostra Commissione, insieme ad Agenas e al Coripe Piemonte, ha svolto un'analisi approfondita di alcune Asl commissariate per infiltrazione mafiosa, individuando i principali fattori di rischio e le aree più esposte ai condizionamenti. Questa ricerca sarà alla base di un'inchiesta a campione sulle Asl di tutta Italia i cui risultati confluiranno in una Relazione che contiamo di presentare al Parlamento.

I clan ottengono molti vantaggi nella sanità, sia pubblica che privata. Non si tratta solo dei guadagni economici assicurati dai contratti per beni e servizi o da appalti per lavori di ristrutturazione, manutenzione o costruzione. C'è anche un vantaggio per così dire *immateriale* ma non meno inquietante, che riguarda la rete di relazioni che le mafie stabiliscono all'interno del mondo sanitario, grazie a medici e funzionari collusi o compiacenti o agli amministratori e ai politici corrotti che assicurano favori di varia natura. Queste relazioni sono in-



“ Buona sanità e legalità non possono che essere strettamente connesse. Trasparenza e appropriatezza assicurano la qualità e l’equità del servizio sanitario pubblico ”

dispensabili a costruire il consenso sociale e rafforzare il potere con cui le cosche controllano il territorio. Buona sanità e legalità non possono che essere strettamente legate, proprio nell’interesse di quel diritto che si vuole tutelare. Trasparenza e appropriatezza sono requisiti essenziali per assicurare la qualità e l’equità del servizio sanitario

pubblico ed è urgente attivare nelle singole realtà sanitarie una reale vigilanza contro tutte le forme di opacità, illegalità, corruzione che rappresentano l’autostrada di ogni infiltrazione criminale. Per questo è necessario che la politica svolga il proprio ruolo, libera da ogni condizionamento e guidata solamente dall’obiettivo di tutelare la salute dei cittadini.

Nel periodo in cui lei ha retto il Dicastero della sanità, quali sono stati, a suo giudizio, i passi più significativi compiuti per quanto attiene alla governance di un sistema complesso quale è quello della sanità nazionale?

Nella seconda metà degli anni '90 la sanità pubblica ha affrontato una complessa transizione verso un modello caratterizzato da una forte autonomia regionale e la trasformazione delle Usl in Asl, in un contesto di finanza pubblica molto critico. Una fase delicata, in cui era evidente il rischio di compromettere i principi di universalità ed equità e la stessa sostenibilità finanziaria del sistema pubblico. Per i governi dell'Ulivo, in cui ho avuto la responsabilità di Ministro della sanità, l'obiettivo era quello di correggere le contraddizioni dei decreti legislativi 502/517 del '92, che, vincolando i livelli di assistenza alle disponibilità economiche, di fatto subordinavano la tutela della salute alle risorse finanziarie. Con la riforma del '99 abbiamo ricondotto il processo di aziendalizzazione e le nuove responsabilità regionali sui binari della 833, restituendo nuova centralità alla tutela della salute. Con la legge 229/1999 (Riforma Bindi, ndr) il Piano sanitario nazionale, con i Lea, diventa strumento di programmazione funzionale ai reali bisogni di salute, si rilancia la continuità assistenziale tra territorio e ospedale e l'integrazione socio-sanitaria, si riscrivono regole più chiare e stringenti tra pubblico e privato con un nuovo modello di accreditamento, si introduce l'esclusività regolando la libera professione. La riforma ha rafforzato l'autonomia delle Regioni, ma in una visione unitaria del sistema e senza ce-

dere a tentazioni secessioniste, tant'è che il Ssn diventa il complesso delle funzioni e delle attività dei Servizi sanitari regionali che concorrono alla definizione del Psn e alla determinazione del fabbisogno complessivo. Al tempo stesso abbiamo riconosciuto un ruolo anche ai Comuni, sia nella programmazione che nella valutazione dei servizi e dell'operato dei direttori generali. Un modello di governance ispirato al riconoscimento delle reciproche responsabilità: la politica, il management e le tante professionalità che operano nel sistema hanno funzioni distinte e autonome ma non possono essere tra loro scollegate, né una può sostituirsi all'altra.





In ultimo, le chiedo un bilancio retrospettivo: successi conseguiti e criticità incontrate. In altre parole, cosa sarebbe pronta a fare nuovamente e quali azioni, forse, ripeterebbe con modalità diverse?

Quando si fa una riforma ma poi non si può seguirne l'attuazione, il bilancio è necessariamente parziale. Non sono stata rinnovata nell'incarico di Governo, dopo che era stato siglato il nuovo contratto della dirigenza medica con le risorse necessarie per avviare l'intramoenia, non ho quindi potuto realizzare né monitorare i passaggi di attuazione del D.lgs. 229. La precisazione è doverosa, so benissimo quali sono le scelte che andrebbero aggiornate, ma rifarei tutto, compresa la gestione del caso Di Bella. Mi sono assunta le mie responsabilità, cercando sempre la condivisione dei diversi attori del sistema e con l'obiettivo esclusivo di rafforzare la sanità pubblica e promuovere il diritto alla salute per tutti. Seguendo il filo conduttore legalità/sanità è quanto mai attuale il tema della trasparenza amministrativa, principale

“ Credo in un modello di governance ispirato al riconoscimento delle reciproche responsabilità: la politica, il management e le tante professionalità che operano nel sistema hanno funzioni autonome, ma non possono essere tra loro scollegate ”

indice di buona gestione, su cui la riforma del '99 era intervenuta e altrettanto vale per il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture. Il rapporto pubblico privato è un versante delicato, in cui si possono aprire falle nelle quali intervengono interessi opachi o illegali, soprattutto in una fase di scarsità di risorse pubbliche. L'apertura al mercato con il *project financing* e l'esternalizzazione di servizi e prestazioni, presentata sempre più di frequente come la soluzione ottimale per risparmiare risorse, spesso non assicura questo obiettivo e può invece rivelarsi non solo un ottimo affare per i privati ma anche un varco alla corruzione e alle mafie. E ancora, il personale e i professionisti della sanità sono il fronte più importante a garanzia dell'efficienza e appropriatezza del sistema. Per questo la mia riforma aveva introdotto l'esclusività di rapporto, gettato le basi di una collaborazione più virtuosa con l'università e previsto la formazione continua. Ma in realtà queste tre innovazioni hanno avuto un'attuazione che ha tradito le attese e mancato gli obiettivi. Infine, un'ultima considerazione. I modelli organizzativi in sanità non sono mai neutri. L'autonomia che hanno avuto le Regioni ha obiettivamente prodotto una grande varietà normativa, peraltro in continuo cambiamento, che ha di fatto partorito 21 sistemi diversi tra loro, non sempre coerenti con i principi del Ssn. Se vogliamo salvaguardare l'uniformità, l'equità e l'unitarietà del sistema è necessario rilanciare e recuperare il ruolo di orientamento dello Stato che non può rinunciare a dettare le regole generali. Ed è da qui che, forse, bisognerebbe ripartire.