

# Il Bisturi

Quindicinale di politica sanitaria n. 9

QUINDICINALE - ANNO XII  
6 ottobre 2008

Intervista esclusiva al ministro del Welfare

## Sacconi: verso un "universalismo selettivo"

"La manovra impostata con il decreto legge 112/2008 garantisce un cospicuo aumento delle risorse anche negli anni 2010 e 2011. Questo aumento è superiore all'incremento atteso, in questi stessi due anni, del Pil reale". Il ministro Sacconi non accetta le proteste delle Regioni e dell'opposizione, secondo cui nei prossimi anni il finanziamento del Ssn subirebbe un "manco incrementato" valutabile tra i 3 e i 7 miliardi di euro. Il disegno tracciato dal ministro, anticipato nel Libro Verde, è quello di una sanità che abbia "un rinnovato e più autorevole livello di responsabilità a livello di governo centrale con compiti di regia ed indirizzo", con un processo di razionalizzazione dei costi da definire nella Intesa Stato Regioni prevista per fine ottobre, attraverso una revisione del Lea, il ridisegno della rete ospedaliera e l'introduzione dei costi standard, chiave di volta per l'applicazione in concreto del federalismo fiscale.

E ancora, in questa intervista dedicata ai temi sanitari concessa in esclusiva ad HCom, una riflessione sulle nomine dei direttori generali, "le figura monocentrica si è rivelata positiva", il governo clinico, per il quale Sacconi pensa ad un "testo unico o forse a interventi più mirati e semplici", il maggiore spazio da assegnare a previdenza complementare e fondi integrativi.

Quest'anno corre il trentesimo anniversario di tre importanti leggi sanitarie che hanno cambiato il volto della sanità italiana. La legge 833 che

"Lo Stato deve intervenire con un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali e aiutare le persone a prendere atto dei limiti dell'intervento pubblico"



ha istituito il Ssn, la legge 180 che ha innovato l'assistenza psichiatrica e la legge 194 che ha reso legale l'aborto. Ministro Sacconi, qual è il suo bilancio e quali dinamiche evolutive prevede in merito?

Il nostro Servizio sanitario, istituito con la legge 833 del 1978, con le sue caratteristiche di universalità e solidarietà fondate sul dettato costituzionale, è un patrimonio importante anche se permangono divari inaccettabili tra nord e sud, a partire dall'assistenza ospedaliera che vede un nord con ospedali indubbiamente più efficienti e meglio organizzati rispetto alla stragrande maggioranza di quelli meridionali. Ma oggi questo sistema è chiamato ad affron-

tare nuove sfide, in un contesto profondamente mutato nel quale la sanità pubblica non solo deve poter assicurare le prestazioni legate al bisogno acuto ma deve intervenire sulle persone in tutto l'arco della vita, in un processo continuo. Per sostenere il sistema occorre sicuramente rafforzare l'autosufficienza della persona: questo significa farsi carico della salute dei cittadini sin dall'inizio, orientandoli, attraverso una adeguata informazione, ad adottare stili di vita corretti in modo da ridurre i fattori di rischio, e quindi l'incidenza delle malattie prevenibili.

Ritengo che la legge Basaglia, che tre anni orsono ha rappresentato un significativo intervento di politica medica, modificando l'approccio alle malattie psichiatriche e privilegiando l'assistenza di prossimità, possa ora necessitare di un'ulteriore implementazione dopo un'attenta analisi sia a livello nazionale che internazionale dell'efficacia delle strategie di tutela della salute mentale, di un confronto sulle problematiche e sulle prospettive nell'ambito della ricerca, anche in rapporto ai servizi disponibili sul territorio, nonché di un confronto sull'efficacia di questi servizi sia dal punto di vista dei pazienti che dei loro familiari.

Allo stesso modo, per quanto riguarda la legge 194, prima di ipotizzare modifiche credo sia doveroso adoperarsi per la sua compiuta attuazione. La nostra intenzione è quella di sollecitare anzitutto la piena applicazione, attraverso il rafforzamento degli stru-

segue in seconda pagina

segue dalla prima pagina



Maurizio Sacconi

menti di monitoraggio di cui disponiamo.

Con il Libro Verde sul welfare lei ha voluto aprire il dibattito sulle prospettive di

riforma del nostro sistema di sicurezza sociale. Per quanto riguarda la sanità ha tracciato un quadro preoccupante per il futuro se non interverranno riforme strutturali sul piano della governance ma anche dei finanziamenti, auspicando un maggiore ruolo del privato. Può approfondirci quest'ultimo aspetto?

Il Libro verde sul welfare non solo vuole aprire un dibattito sul nostro sistema di sicurezza sociale ma vuole anche mettere in luce le disfunzioni, gli sprechi e i costi dell'attuale modello italiano che, come sappiamo, è fortemente penalizzato dal peso eccessivo della spesa pensionistica.

Per questo auspico la nascita di un modello di governance che garantisca la sostenibilità finanziaria attraverso un rinnovato e più autorevole livello di responsabilità a livello di governo centrale con compiti di regia ed indirizzo, affidando, invece, alle istituzioni locali l'erogazione di servizi in base a criteri di sussidiarietà e differenziazione. Risulta altresì chiara la tendenza attuale secondo la quale la spesa privata rimane una componente essenziale delle spese socio-sanitarie della famiglia italiana.

In questo quadro occorre dare, dunque, maggiore impulso allo sviluppo della previdenza complementare nonché ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti che sia in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico ed integrarlo.

A mio avviso siamo ad un punto tale per cui lo Stato deve intervenire con un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, ma soprattutto aiutare le persone a prendere atto dei limiti dell'intervento pubblico.

Qual è, sulla scorta della manovra del luglio scorso, il suo orientamento sulla sostenibilità finanziaria del Ssn?

La manovra impostata con il decreto legge 112/2008 garantisce un cospicuo aumento delle risorse anche negli anni 2010 e 2011. Questo aumento è superiore all'incremento atteso, in questi stessi due anni, del Pil reale. Il che significa che, in una situazione di generalizzata difficoltà a garantire incrementi della complessiva spesa primaria corrente, al settore sanitario è stato comunque assicurato uno spazio di crescita ulteriore. Certo tutto questo richiederà comunque di accelerare i processi di razionalizzazione degli attuali costi, ma è proprio ciò che ci proponiamo di conseguire con la nuova Intesa Stato Re-

Le nuove sfide del sistema sanitario secondo il ministro Maurizio Sacconi

# “Per sostenere il sistema, occorre rafforzare l’autosufficienza della persona”

gioni che dovremo stipulare entro il 31 ottobre prossimo, sui grandi temi del disegno delle reti ospedaliere, dell'incremento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, di una maggiore capacità dei sistemi regionali e aziendali di gestire le politiche del personale e dell'acquisizione dei beni e dei servizi.

**Come risponde alle preoccupazioni sulla revisione dei Livelli essenziali di assistenza?**

Siamo convinti che il margine di economia che si potrà conseguire con i processi di efficientamento della spesa sanitaria, cui prima facevo riferimento, sono tali da assicurare la possibilità di mantenere integro l'attuale profilo complessivo dei livelli essenziali di assistenza quale storicamente si è consolidato nel nostro Paese. Il problema è semmai un altro: fino ad oggi si è privilegiato un approccio genericamente espansivo del Lea, nel senso che, a fronte delle registrazioni di nuove prestazioni da considerare essenziali, non si è operata quella periodica revisione critica delle prestazioni o delle loro modalità erogative, già acquisite al sistema, ma non più prioritarie, che lo stesso decreto legislativo 502/92 prefigurava. La direzione deve essere quella di un universalismo selettivo, capace di intercettare le reali priorità assistenziali sulla base di una rigorosa verifica dell'efficacia delle varie linee prestazionali.

**Il federalismo fiscale crea tante aspettative quanti timori. Soprattutto per la sanità e per la garanzia del mantenimento di livelli di assistenza sanitaria omogenei in tutto il Paese, indipendentemente dalla ricchezza delle singole realtà locali. Come conciliare autonomia e tutele nazionali in questo campo?**

La bozza di disegno di legge del Governo, licenziata in prima lettura, parla chiaro. I meccanismi del federalismo fiscale saranno comunque tali da assicurare a tutte le realtà regionali il fabbisogno finanziario in grado di supportare il mantenimento dei LEA. Ovviamente il fabbisogno finanziario assicurato sarà quello derivato da una equa ripartizione dei costi standard. Le Regioni che staranno dentro i costi standard non avranno problemi, quelle che fanno o faranno registrare costi superiori dovranno accelerare i processi di razionalizzazione. Ma è una esperienza che in parte già stiamo facendo ad esempio con le Regioni impegnate nel Piano di rientro. Con il federalismo fiscale questo impianto diventerà più sistemico, con un più esplicito avvicinamento tra la dimensione dell'autonomia decisionale e quella della conseguente responsabilizzazione finanziaria, che potrà meglio essere giudicata dal cittadino elettore e fruitore dei servizi essenziali compresi quelli sanitari.

**Parliamo di farmacie e assistenza farmaceutica. Con un federalismo**

sempre più marcato, se la sentirebbe di garantire che la farmacia manterrà il suo ruolo di presidio sanitario, multifunzionale e integrato nell'assistenza sanitaria di base, con modalità di erogazione dei farmaci uguali in tutta Italia?

Il ruolo della farmacia quale presidio sanitario nel territorio non è in discussione; anzi, nell'ambito del Tavolo farmaceutico è allo studio un suo possibile ampliamento, mediante un maggior coinvolgimento delle farmacie nei Centri Unici di Pregestazione, nell'assistenza domiciliare e nei programmi di prevenzione.

Per quanto riguarda la unitarietà dei servizi si ricorda che i Livelli essenziali di assistenza, e tra questi vi è la dispensazione dei medicinali, sono stabiliti a livello nazionale e che, pertanto, a tutti i cittadini sono garantite le medesime prestazioni. Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, peraltro, le Regioni godono di un notevole livello di autonomia. Credo che il contemporaneo dell'esigenza di rispettare le autonomie regionali e l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale possa essere favorito dall'attribuzione - alla quale si sta lavorando - del compito di trattare il rinnovo della convenzione farmaceutica nazionale, che regola i rapporti tra le farmacie e il Servizio sanitario nazionale, alla Stato (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionali), costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

**La sanità territoriale si è sviluppata in modo assai variegato in questi anni nelle diverse Regioni, ma nel Libro Verde si indica la necessità di potenziare questi servizi su tutto il territorio nazionale. Come?**

Noi vogliamo concentrare in pochi complessi ospedalieri l'impiego delle tecnologie e delle funzioni di eccellenza, cioè tutto quel che serve per i malati acuti. Ed è per questo che bisogna eliminare tanti ospedali marginali per sostituirli con la classica medicina del territorio rivalutando la figura del medico di famiglia, vero grande pilastro del nostro sistema perché rappresenta la reale possibilità di un migliore utilizzo delle ri-

sorse, sia nell'erogazione delle prestazioni che nel controllo delle stesse. Auspicio che la medicina generale sappia sempre più rinnovarsi, riappropriandosi del suo ruolo strategico di assistenza di primo livello che giustifica la sua presenza e così capillare sul territorio.

**Quale ruolo immagina per la figura professionale infermieristica, alla luce del rinnovato profilo professionale ed anche in relazione a quanto avviene in altri Paesi europei dove gli infermieri hanno un ruolo certamente più incisivo nell'ambito dei diversi servizi sanitari, con funzioni dirigenziali ben strutturate?**

Prima di rispondere alla domanda, ritengo opportuno precisare che il parallelismo fra professioni analoghe ma operanti in Paesi diversi non è sempre calzante, in quanto i contesti operativi e no. nativi di riferimento non hanno caratteristiche omogenee. L'infermiere italiano non ha un ruolo di minor prestigio di quello dei suoi colleghi dell'UE, e dell'importanza della sua funzione: nell'ambito del sistema salute italiano è ben conscio il legislatore. Basti pensare agli importanti interventi normativi che, nel corso degli anni, hanno riguardato la professione, con l'obiettivo di migliorare gli standard formativi e di assegnare a questa figura compiti operativi di responsabilità. Per quanto riguarda nello specifico le funzioni dirigenziali, ritengo che l'Accordo Stato-Regioni del novembre 2007 sulla dirigenza delle professioni sanitarie, reso esecutivo nel gennaio 2008, superi una fase transitoria durata troppo a lungo, e sia un punto fermo di grandissima rilevanza proprio nell'ottica di consentire agli infermieri l'accesso ad una dirigenza di ruolo e non più connotata dalla temporaneità dell'incarico. Ovviamente si tratta di una tappa, un passaggio importante che va visto non già come un traguardo bensì come uno strumento per la crescita professionale, e che comunque dimostra come l'intento sia quello di assegnare all'infermiere un ruolo qualificato, che potrà esprimersi nelle nuove forme di organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali. Penso, ad esempio, agli ospedali per intensità di cura e alle proposte in campo per la riforma dell'assistenza primaria.

**Nel Libro Verde si accenna alla necessità di garantire che il merito o la competenza siano gli unici criteri per la scelta di manager e dirigenti sanitari. Prevede un provvedimento ad hoc per cambiare le attuali regole di nomina?**

Credo senz'altro che, insieme alle Regioni, i criteri di designazione dei direttori generali e dei dirigenti sanitari delle aziende vadano ripensati. Il problema non è chi li nomina ma l'introduzione di criteri e requisiti rigorosi per evitare discrezionalità eccessive. E, comunque, ritengo che la figura monocratica dei direttori generali si sia rivelata in sé positiva.

**Una delle riforme rimaste al palo in tutti questi anni è quella del governo clinico per garantire maggiore potere decisionale agli operatori sanitari nell'ambito delle aziende sanitarie, limitando in qualche modo l'attuale monocrasia dei direttori generali. Condividi questo obiettivo e pensa di portarlo avanti in questa legislatura?**

Ritengo che il governo clinico sia una modalità di gestione e di miglioramento della qualità e della efficienza della attività sanitaria cui tutti, operatori e medici, debbono concorrere. Esso rappresenta, infatti, una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi. Più in generale, credo che oggi ci siano le condizioni anche per un intervento normativo a consolidamento della professione medica. Penso che temi come l'accesso, la formazione specialistica, la formazione iniziale e quella continua, la definizione del rischio professionale, la stessa organizzazione ordinistica, i confini tra la professione medica e le altre professioni che chiamiamo paramediche, rappresentino materia che possa condurre a un testo unico, o forse a interventi più mirati e semplici. Non amo il ricorso troppo facile allo strumento legislativo, ma in questo ambito non ne escludo l'utilità.