

Intervista al ministro della Salute: mano ferma con chi produce deficit e nessun taglio ai posti letto, ma riconversioni per assicurare più servizi sul territorio

Il professor Fazio tra spesa e intramoenia liberal

**Funziona il "tandem" con l'Economia - I piani di rientro sono efficaci
Costi standard costruiti in base alle best practice**

Le azioni di sistema che servono a mettere in regola le Regioni in rosso hanno già funzionato venti, trenta e più anni fa con le Regioni che oggi sono virtuose

DI ROBERTO TURNO

Ministro Fazio o professor Fazio? «Professor Fazio». E la professione di medico le manca, professor Fazio? «C'è così tanto da fare... Dire che manca qualcosa è difficile... Però, un po' sì, è vero, mi manca».

Roma, Lungotevere Ripa, sede del rinato **ministero della Salute**. Il professor Fazio, ultimo dei tanti ministri medici che lo hanno preceduto, mi riceve nella stessa stanza che è stata, andando a ritroso negli ultimi 15 anni, di Livia Turco (non medico), Francesco Storace (non medico), Girolamo Sirchia (medico), Umberto Veronesi (medico), Rosy Bindi (non medico), Elio Guzzanti (medico). Stessa stanza, stessa scrivania. Sul suo tavolo in bella evidenza il nuovo piano oncologico e il bando per la ricerca sanitaria di cui va orgoglioso («due riforme di sistema»). Mi mostra subito una tabella fresca fresca che racconta come la crescita in termini assoluti della spesa sanitaria corrente sia passata dal +6,5% del 2005 al +2,8% del 2009. «Segno che i piani di rientro stanno funzionando», dice, senza mai nominare la Corte dei conti che in mate-

ria ha appena espresso seri dubbi. Una tabella che racconta anche altro: nel 2009 la spesa corrente, stando alle ultimissime stime, s'è attestata a 109,4 miliardi, contro un finanziamento di 104,468 miliardi. Come dire che i 5 miliardi se li pagano le regioni, tra piani di rientro e maggiori risorse locali per garantirsi più prestazioni. Già, nuovo ministro, stessa musica: ma i conti tornano?

Professor Fazio, lei ha tante sfide davanti e un lungo programma da attuare. La prima sfida è quella del federalismo fiscale con il Sud e le regioni sottoposte ai piani di rientro da portare a livelli il più vicino possibile a quelli del resto del Paese. Auguri. Ma come farcela?

Ha detto giusto: è una sfida. Ma solo chi è spaventato dalle sfide non le fa, anche se tutte le cose difficili si affrontano con un minimo di apprensione. Però si affrontano pensando di farcela.

Sembra ottimista.

Se è così, il motivo del mio ottimismo è dovuto al fatto che le azioni di sistema che sono necessarie per rendere virtuose le regioni che adesso non lo sono, sono state già fatte negli anni '60-'70-'80 nelle regioni che adesso sono virtuose. La riqualificazione dei piccoli ospedali, il passaggio da sistemi clientelari a un discorso viceversa di efficientismo, i controlli, sono tutte questioni che queste regioni hanno affrontato e risolto in quegli anni.

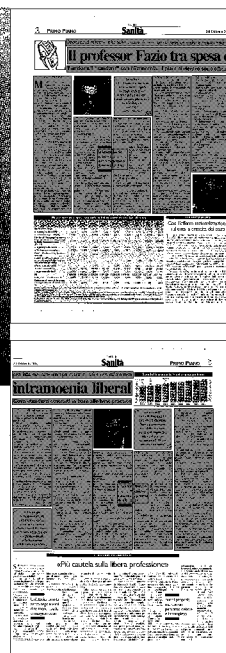
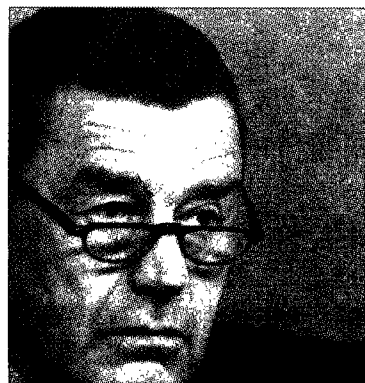
L'erba cattiva, però, non muore mai ed è difficile da estirpare...

La buona Sanità costa meno di

quella non buona e di fatto non è solo un problema di soldi, come spesso si pensa, e neanche solo un problema di migliorare i conti. Gli sprechi derivano da un lato dalla cattiva gestione dei conti e quindi dei centri di spesa e da un loro non controllo, ma anche dall'inefficienza della struttura sanitaria. Quindi due sono le cose che dobbiamo affrontare nei piani di rientro: istituire centri di spesa controllati, verificati e certificati, e avviare una riqualificazione della rete ospedaliera territoriale. E questo va fatto con il concerto tra Salute ed Economia...

...A proposito di Economia non le pesa la tutela di Tremonti sul suo ministero?

Non c'è alcuna tutela. È stato realizzato un assetto giusto ed equilibrato, un proficuo concerto preventivo a cui sono stato da subito favorevole perché sostituisce alla diffi-



denza e a un discorso di vaglio successivo. Se poi considera che l'80% dei bilanci regionali è fatto di spesa sanitaria, non può essere che così.

La Corte dei conti ha espresso dubbi sugli effetti dei piani di rientro...

Non ho letto la relazione della Corte dei conti. In ogni caso, i piani di rientro non sono falliti, ma, anzi, hanno già ottenuto un risultato importante da un punto di vista economico-finanziario. Guardi l'andamento della spesa corrente: da una crescita del 6,5% nel 2005 siamo arrivati nel 2009 a un aumento del 2,8%. È merito dell'azione di questi anni anche con i piani di rientro.

Parlavamo della riqualificazione della spesa e dei servizi nel Sud e nelle regioni in extradeficit. Da dove cominciare?

Occorre mettere mano alla riqualificazione della rete territoriale ospedaliera e operare una ristrutturazione. Da un lato le regioni devono farlo come proposta nei piani di rientro, noi abbiamo voluto che l'Agenas le aiutasse. Si parte dall'analisi della domanda in funzione dell'offerta e si va sempre più a fondo, Asl per Asl, fino a qualificare tutte le funzioni operative.

E le regioni con i conti che non tornano mai e il sistema che fa acqua da tutte le parti, ce la possono fare davvero?

Sì. Naturalmente molto dipende dal tessuto politico della regione. Ci sono alcune regioni, o perché più piccole o perché più sane, che hanno più probabilità di farcela.

Vede, la difficoltà sta nella volontà di riconversione, nella mentalità del cambiamento.

E non sarebbe poco. Poi serve la voglia di tagliare i posti letto e gli ospedali...

È sbagliato parlare di tagli di strutture e di posti letto, bisogna parlare di riconversioni. I piccoli ospedali diventano Rsa, hospice, centri di riabilitazione, ambulatori. I posti letto, come gli ospedali piccoli, non necessariamente vengono chiusi, vengono riconvertiti. I posti letto potrebbero essere anche di più, se vuole, ma non di ricovero. E certamente saranno più utili e meno costosi.

E per le regioni che non rispettano i patti, c'è il rischio di un

maxi aumento delle addizionali Irpef e Irap, magari di altri ticket...

Certo, perché gli impegni vanno rispettati: prima l'aumento delle tasse, poi il commissariamento e poi, dice il federalismo, il fallimento politico della regione.

Lei condivide tutto?

Absolutamente sì. Le tasse sono propedeutiche al fallimento politico, evidentemente.

Però sarebbe una doppia beffa per imprese e cittadini.

Il cittadino deve sapere che se paga tasse in più è colpa dei suoi governanti. Ed è colpa loro anche se i cittadini emigrano al Sud in cerca di cure, un fenomeno, quello della mobilità sanitaria, che vogliamo sconfiggere.

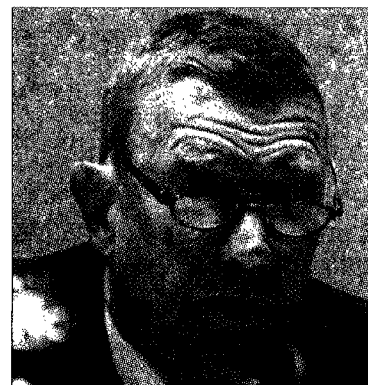
Trova che nominare commissari ad acta i presidenti di regione sia la scelta giusta? La Corte dei conti la contesta.

Probabilmente la Corte dei conti l'ha contestata per motivi non tecnico-politici, immagino. Si possono avere tante soluzioni. Se si considera che è il presidente di regione a rischiare il fallimento politico, io credo che logica vorrebbe che alla fine proprio il presidente-governatore sia l'unico che in fondo possa volersi impegnare per un piano di rientro efficace. Ma...

Ma?

A me francamente piacciono più i commissari ad acta che i sub commissari, perché l'idea del commissario ad acta è molto precisa. In Abruzzo abbiamo fatto due commissari ad acta "di fatto" perché, è una nostra innovazione, abbiamo distinto la contabilità dalla programmazione.

La buona Sanità costa meno: i conti vanno migliorati e gli sprechi tagliati



ne. Ecco, questo è un aspetto che mi piacerebbe ripetere in altre situazioni, se ce ne saranno, sia chiaro.

Quale messa a sistema serve per il Ssn?

Serve una generalizzazione della messa a sistema. Il Ssn è già stato messo a sistema, con modelli diversi. La messa a sistema può avvenire con modelli diversi. Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana sono quattro modelli diversi. Ogni regione deve scegliere il suo. È chiaro che se una regione sceglie un modello prevalentemente privato guarderà di più al modello-Lombardia di competizione e di accoppiamento tra erogatori e fornitori di servizi, mentre una regione che ha poca Sanità privata si orienterà su un modello tipo quello della Toscana.

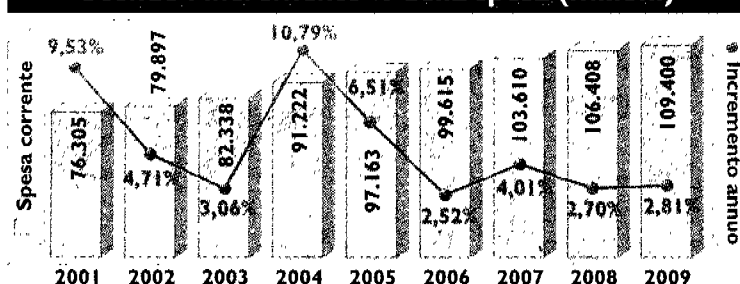
Ma la continuità, il filo rosso che deve tenere questi modelli insieme quale deve essere?

Il filo rosso è anzitutto il fatto che emerga una buona Sanità, anche valutata da indicatori obiettivi di audit civico e di customer satisfaction. Dunque: una buona Sanità valutata. L'altro filo rosso è che occorre un coordinamento, quello che viene esercitato dal Governo.

Poi ci vuole però la garanzia dell'unitarietà delle prestazioni, fatto che adesso è un'utopia.

Non lo è da un punto di vista fondamentalmente qualitativo. Lo è da un punto di vista teorico perché vengono grosso modo erogate uguali prestazioni ovunque. Le risorse sono diverse e soprattutto ci sono aspetti che non sono dei Lea sull'organizzazione delle cure che hanno una grande variabilità. Per questo

Scende l'incremento % della spesa (milioni)



dobbiamo introdurre indicatori non soltanto oggettivi come sull'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia, ma anche indicatori soggettivi come può essere la customer satisfaction. È estremamente importante sapere come la Sanità viene erogata anche dal punto di vista dell'utente.

Torniamo al rovello del federalismo fiscale. Come saranno i famosi - però ignoti e anche per questo più temuti - costi standard? S'è parlato tanto di modello Lombardia-Veneto-Emilia-Toscana, sono state fatte una quantità di simulazioni, risparmi di qua, risparmi di là. Ma che si farà poi davvero?

Ci si sta lavorando a un tavolo al ministero dell'Economia. Noi abbiamo un'ipotesi: costruire i costi standard in base alle best practice. Si tratta di prendere una serie di indicatori e di modularli. Non dobbiamo prendere brutalmente due o quattro regioni e calarle dall'alto, ma considerare le best practice, con un discorso molto più modulato e strutturato, con un metodo più sofisticato. Naturalmente poi dobbiamo dividerli con le regioni.

Nel nuovo sistema si dovrà dare più spazio al ruolo del privato accreditato?

Ci sono tre modi di fare privato in un sistema universalistico a governance pubblica come quello italiano. Un modo sono le sperimentazioni pubblico-privato, a esempio con una fondazione mista tra regione ed ente privato a maggioranza pubblica, che hanno avuto buoni risultati. Altro discorso è il project financing con interessantissime soluzioni che credo abbia un futuro soprattutto negli investimenti in alta

tecnologia e in investimenti che altrimenti non potrebbero essere fatti. Infine c'è l'accreditamento.

Io credo che dobbiamo arrivare a una nuova forma di accreditamento, che in qualche modo valga sia per il privato che per il pubblico non solo dal punto di vista strutturale, ma anche pensando a una definizione dinamica che indichi come la struttura si comporta anche in termini di appropriatezza anno per anno. Penso a un accreditamento dinamico che non sarebbe male anche per le strutture pubbliche e che riconosca il loro livello di eccellenza. In un mondo ideale, se mi passa il termine, non sarebbe male. Credo che con la Sanità elettronica ci si possa arrivare.

Cosa ne pensa degli "ospedali Spa"?

Non sono nella mia agenda.

C'è un tema che spesso torna ed è attualissimo: fuori i partiti e

la politica dalla Sanità.

Io dico solo una cosa: la Sanità è l'80% del budget di una regione, la Sanità sono i cittadini, la Sanità è come viene giudicata una regione. E allora, come fa a stare fuori la politica dalla Sanità? Va benissimo affer-

marlo, ma non è realistico pensare a una cosa di questo genere. Alla fine il buon governo paga. Se la lobby porta spese, se porta cattiva Sanità e clientelismo e non dà buona Sanità, come avviene in alcune regioni del Mezzogiorno, il governante fatalmente perderà la regione. Fallimento politico, appunto. Sempre lì torniamo. Ma sia chiaro: nessuna lottizzazione o spartizione di poltrone. Per questo con il Ddl sulla governance all'esame della Camera introdurremo criteri di trasparenza e di controllo e verifica nelle nomine di direttori generali e di primari. È assolutamente necessario e inevi-

tabile e io sostengo in pieno questa scelta.

I medici suoi colleghi, intanto, sono sul piede di guerra...

Sul contratto mi risulta che a questo punto esiste solo un problema economico, neanche molto grave. Mi auguro comunque che si risolva prima possibile. L'Aran sta facendo una trattativa in avanzato stato di soluzione, mi auguro, anche se non è di mia stretta competenza. Certo, non mancano problemi da risolvere, come la nuova disciplina delle sanzioni.

Gli altri due problemi sono, la legge sul governo clinico e quella sul rischio clinico. Sono aspetti molto importanti che mi sono impegnato ad affrontare nell'incontro che ho avuto con i sindacati. Il rischio clinico è una legge che sta avanzando, con l'assicurazione in capo all'azienda, la risoluzione extragiudiziale entro 90 giorni delle vertenze, l'albo degli esperti per la risoluzione delle vertenze e le unità di rischio clinico. Queste sono le quattro gambe da costruire, le sostengo in pieno.

E nel Ddl sul governo clinico c'è anche una proposta molto "liberal" per la libera professione prossima ventura dei medici pubblici.

L'intramoenia ha manifestato sicuramente delle criticità: in alcune regioni si è arrivati a una soluzione soddisfacente, in altre o non è decollata o è decollata male. A mio avviso tutta l'attuale normativa con i medici ospedalieri risente di un difetto principale. E cioè del fatto che tende ad andare a dire ai medici non già cosa devono fare, perché questo è sacrosanto, ma cosa non devono

fare. Non credo che si debba andare a dire, al di là di quello che non è concesso per legge, cosa non si deve fare.

Il legislatore deve garantire che il dipendente ospedaliero faccia un certo tipo di prestazioni all'interno dell'ospedale. Nessuno può essere contrario all'ipotesi che se nell'orario di lavoro viene garantito un certo numero di prestazioni codificate, sia per il singolo sia per l'équipe, se poi il medico vuole lavorare al di fuori o in intramoenia o nello studio privato, lo possa fare. Fermo restando che venga attentamente monitorata cosa fa fuori dal Ssn.

Quindi, il medico sceglierebbe cosa e come fare fuori dal Ssn, salvando l'indennità di esclusiva anche in extramoenia?

Esattamente.

Medici tutti in esclusiva con la relativa indennità, libera professione possibile ovunque purché si rispettino compiti e orari istituzionali. Ma ci saranno controlli

Gli impegni vanno rispettati: per chi è in deficit ci saranno prima l'aumento delle tasse, poi il commissariamento e, infine, secondo il federalismo, il fallimento politico

Governo clinico e rischi professionali sono tra le priorità da affrontare

