

WELFARE, LE PRIORITÀ DEL NUOVO MINISTRO

Il programma di Sacconi: controllo rigoroso della spesa per attuare il federalismo

di Giovanni Ghislandi

«Controllo rigoroso della spesa sanitaria, soprattutto in vista del federalismo fiscale e necessità di superare la lacerazione tra nord e sud del Paese». Tutto ciò al fine di «garantire le buone pratiche e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ottimali, attraverso l'istituzione di una cabina nazionale di regia, in accordo con le Regioni».

È quanto ha dichiarato nelle scorse settimane il neo-ministro del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, nel corso di un'audizione presso la Commissione Sanità del Senato, durante la quale sono state presentate le linee programmatiche del ministero in materia sanitaria.

Secondo il ministro è necessaria una “robusta” cabina di regia Stato-Regioni «che si avvalga di strumenti ed esperti per il monitoraggio in tempo reale della qualità dei servizi e dell'analisi dei bisogni con riferimento ai livelli essenziali di assistenza, ma che si occupi anche di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria».

Per le Regioni che sono alle prese con i Piani di rientro dal deficit, Sacconi ha chiarito che le verifiche sono ancora in corso, ma è chiaro che la spesa sanitaria acquista una rilevanza sempre più particolare in vista del federalismo fiscale, a suo parere “ineludibile”.

Di seguito, alcuni approfondimenti del piano presentato dal ministro, che interessano più da vicino l'attività della Fondazione Don Gnocchi.

Il modello delle “opportunità”

Dobbiamo ripensare il nostro modello sociale; questo modello in tutta Europa, ove più ove meno, è stato concepito con caratteristiche risarcitorie, per cui l'intervento ha assunto caratteri assistenziali, potremmo dire anche paternalistici, ha riguardato il ciclo di vita, dalla culla alla tomba, quasi sempre configurando interventi segmentati sui singoli bisogni nel momento in cui questi si manifestavano. Penso che oggi sia proponibile un modello di tipo significativamente diverso: l'ipotesi è quella di un Welfare delle opportunità, un Welfare che interviene nel ciclo di vita operando a rafforzare l'autosufficienza della persona in modo da prevenire il formarsi del bisogno. Questo Welfare, quindi, si fonda sulla capacità di offrire continuamente opportunità a cui corrispondono, o devono corrispondere, responsabilità della persona destinataria.

È un Welfare che conserva un carattere universale, ma che ovviamente deve saper coniugare la caratteristica dell'universalità con quella della personalizzazione e anche della selezione dell'intervento, perché i bisogni non si presentano in modo uguale in tutte le persone. Il primo intervento possibile per realizzare un modello sociale sostenibile è allargare la base dei contribuenti».

La spesa sanitaria desta preoccupazione

«La spesa sanitaria - sono parole di Sacconi - desta preoccupazione non solo per il presente, ma soprattutto per il futuro: nel 2007 il deficit del Servizio Sanitario Nazionale ha toccato i 3,2 miliardi di euro, a fronte dei 102 miliardi di spesa. Tale spesa è influenzata da fattori negativi come lo squilibrio demografico, ma anche da fattori tendenzialmente più positivi, come l'innovazione prodotta dalla ricerca, anche se in questo caso si ripropone un profilo di appropriatezza che appare ancora largamente irrisolto.

C'è però un aspetto che desidero segnalare con forza nelle caratteristiche di questa spesa e soprattutto nel rapporto costi-benefici: la profonda lacerazione esistente fra Nord e Sud del Paese. In seno alle nostre pratiche troviamo il meglio e il peggio (tenendoci nell'ambito dei Paesi industrializzati). Vi è una profonda lacerazione, ma è interessante notare, a tale riguardo, che le tabelle che considerano la spesa articolata per Regioni, sotto diversi parametri, ci dicono che il problema non risiede in una carenza di mezzi; anzi, spesso a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti».

Governmento e Regioni per il federalismo fiscale

«In primo luogo, quindi, credo si ponga il problema di un rigoroso controllo della spesa, in funzione di obiettivi non solo quantitativi, ma anche qualitativi. Sotto questo profilo, il punto di partenza è rappresentato dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e, se vogliamo, dal connesso tema delle liste di attesa. Su queste basi, dovremo subito affrontare il tema di una più robusta cabina di pilotaggio, una “cabina di regia” che non può non essere nazionale e che non può non vedere la più stretta collaborazione tra il Governo e le Regioni. L'esperienza dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (ASSR), che è via via diventata strumento di autogoverno delle Regioni, non corrisponde in questo senso allo scopo, per come oggi è organizzata. Abbiamo bisogno, invece, di una cabina di regia il più possibile condivisa.

Tale regia dovrebbe avvalersi di un benchmark rappresentato, da un lato, dai LEA e dal loro continuo aggiornamento in tutti i loro contenuti; dall'altro, da due elementi (qualitativo e quantitativo) attinenti al monitoraggio. Sul piano qualitativo, infatti, il controllo deve essere continuo, professionale, esperto e deve consentirci, in un tempo il più possibile reale, di verificare lo scostamento, rispetto ai LEA, dell'effettiva condizione dei servizi sociali e sanitari nelle diverse aziende.

Sul piano quantitativo, il riferimento è ad un controllo il più possibile reale sulle dinamiche della spesa. Tutto questo può consentire un pilotaggio molto più stretto e condiviso, tale da non viziare il nostro assetto istituzionale e assolutamente importante se si vuole rendere le Regioni capaci di attuare quel federalismo fiscale che interessa largamente la spesa sanitaria».

Due priorità: prevenzione e ricerca

«Segnalo due grandi priorità nella riqualificazione della spesa: la prevenzione e la ricerca. Sul primo punto, voglio ricollegarmi all'attività del ministro Sirchia che aveva dato molto rilievo alla politica della prevenzione. Credo sia stata sacrosanta la politica contro il fumo e la regolazione che ne è derivata e che sia stato meraviglioso il grado di assorbimento da parte della nostra società.

Segnalo i cinque obiettivi principali: prevenzione delle malattie croniche; prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, di vita e di cura; prevenzione del disturbo mentale; prevenzione del rischio infettivo; salute orale. Credo che queste possano essere considerate le linee guida di un nuovo piano per la prevenzione».

Rivisitare il rapporto tra pubblico e privato

«Credo poi che sia doverosa una rivisitazione del rapporto fra pubblico e privato, sia dal lato dell'offerta sia da quello della domanda. Per quanto riguarda l'offerta, dovremo cercare di individuare, sempre d'intesa con le Regioni, criteri di tariffazione che sappiano premiare il più possibile la qualità negli stessi erogatori privati ed evitare che i meccanismi adottati determinino, anche nel caso dell'erogatore privato, il protrarsi di condizioni di inefficienza: l'erogatore privato dovrebbe, per definizione, più flessibilmente e rapidamente adattarsi ai criteri di efficienza richiesti dalla dorsale pubblica, ma si ha la percezione che in alcuni casi questo non accada. Si tratta quindi di un problema reale, e lo strumento della tariffazione appare quello più idoneo per premiare l'efficienza, per disincentivare l'inefficienza e per orientare verso caratteristiche dimensionali e qualitative utili a fare di tali erogatori quel complemento della essenziale funzione pubblica che devono essere.

Dal punto di vista della domanda, credo che dovremmo guardare con attenzione alla crescita quotidiana di forme di autorganizzazione della domanda che concorrono anche a stimolare un “mercato” competitivo dal lato dell'offerta».

Irrobustire il territorio: medicina generale e farmacie

«Sulla medicina generale, credo che se vogliamo ridurre la pressione sulla ospedalità occorra realizzare servizi più compiuti; ad esempio, ritengo vi siano tutte le condizioni oggi per pensare ad un'anamnesi gestita attraverso un agevole supporto informatico che accompagni la persona dal

momento del ricovero a quello del follow up, con la garanzia per il paziente di essere seguito dallo stesso medico nelle fasi successive al ricovero.

Le stesse considerazioni valgono per le farmacie. Personalmente, non credo nella deregolazione delle modalità di distribuzione: probabilmente tali modalità debbono essere in alcuni casi semplificate e rese più efficienti, ma il concetto di appropriatezza implica l'esigenza di una distribuzione professionale. Ritengo che la rete delle farmacie possa e debba diventare ancor più una rete di presidi di carattere sociosanitario sul territorio».

SPESA E DISAVANZI (miliardi di euro)

	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Spesa nazionale	97.16	99.65	102.52
Disavanzo nazionale	5.96	4.52	3.17

DISAVANZI REGIONI CON PIANI DI RIENTRO (miliardi di euro)

<i>Regioni</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
LAZIO	1.94	1.97	1.41
CAMPANIA	1.79	0.75	0.71
ABRUZZO	0.22	0.14	0.12
MOLISE	0.15	0.06	0.06
SICILIA	0.70	0.98	0.52

Una spesa in costante crescita, ma un disavanzo complessivo in frenata a partire dal 2005, anno in cui scattano i monitoraggi legati ai Piani di rientro. Sono cinque le regioni caratterizzate da un forte deficit: nel 2007 il disavanzo complessivo del Servizio Sanitario Nazionale pesa per l'89% proprio su Lazio (45%), Campania, Abruzzo, Molise e Sicilia. La Fondazione Don Gnocchi è presente nel Lazio, con i due Centri ("S. Maria della Pace" e "S. Maria della Provvidenza") operativi a Roma e in Campania, con le due strutture di Salerno (Centro "S. Maria al Mare") e Sant'Angelo dei Lombardi (Polo specialistico riabilitativo all'interno dell'ospedale "Criscuoli").