

a cura di Lucia Conti

# Pdl e Pd due ricette per la sanità

■ Non è una risposta diretta al Libro Bianco di Sacconi. Ma certamente la presentazione a così breve distanza del documento del Welfare e di quello elaborato dal Partito Democratico ha reso inevitabile un confronto e anche un botta e risposta tra l'esponente di Governo e il segretario del Pd Dario Franceschini. Il segretario del Pd ha accusato il ministro del Welfare di voler privatizzare la sanità per crearne una per i ricchi e una per i poveri. Un doppio binario con disparità di accesso e di qualità. Il ministro del Welfare ha accusato Franceschini di voler difendere le Regioni che sperperano il denaro degli italiani

con gestioni della sanità inefficienti e di poca qualità. D'altra parte, pur concentrandosi su una propria visione della sanità anziché sulla critica al Governo, il documento del Pd esordisce prendendo di mira la politica di Berlusconi, che tenderebbe a trasformare "il diritto alla tutela da individuale/personale a categoriale, diverso cioè da cittadino a cittadino a seconda dell'attività svolta e del ruolo sociale". Il Libro Bianco di Sacconi, dal canto suo, parla di un welfare universalistico. Ma un "universalismo selettivo", che sappia "valorizzare pienamente la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore

pubblico di stabilire ordini di priorità, dosando le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari". E siccome la crescita dell'indice di vecchiaia comporta ovviamente più spese per cura e assistenza, secondo Sacconi bisognerà prevedere la nascita di un secondo pilastro assistenziale a "capitalizzazione reale". In sostanza una sanità a due gambe, in parte pubblica e in parte privata, favorendo il progressivo spostamento di quote di finanziamento dalla prima alla seconda. Ecco una sintesi dei due documenti.

IL LIBRO BIANCO DEL MINISTERO DEL WELFARE

## La vita buona nella società attiva

Presentato il 6 maggio dal ministro Sacconi, il Libro Bianco arriva a 10 mesi dal Libro Verde, con il quale Sacconi aveva lanciato un confronto pubblico sul futuro del Welfare

### Il Ssn cura, ma non è efficiente

Il sistema sanitario italiano è uno dei primi al mondo, ma non mancano situazioni di estrema inefficienza, dovute non alla mancanza di mezzi, bensì a un differente impiego delle risorse. Alcune Regioni, soprattutto al Sud, hanno mantenuto o addirittura implementato modelli organizzativi obsoleti per cui a elevati livelli di spesa corrisponde una bassa qualità dei servizi. Gli stessi Lea sono diventati talora l'alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché privi di efficaci meccanismi di controllo.

### La salute è un diritto, non un mercato dei desideri

Il Libro Bianco vuole riaffermare l'assoluta primarietà del diritto alla salute. Se tuttavia esso coincide ad esempio con il "diritto" al figlio sano o con il "diritto" a morire, o anche con la richiesta di conservare per sé le proprie cellule e tessuti, allora il principio secondo cui le risorse seguono la scelta del paziente seguirà inevitabilmente i criteri di un nuovo mercato dei desideri che si costruisce intorno al corpo umano. Se non è più possibile né utile di-

stribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica, è però necessario saper individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondervi, tenendo presente il bene comune. In questo contesto occorre introdurre un "universalismo selettivo" che valorizzi la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità tenendo presente il bene comune e dosare le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari.

### Il federalismo fiscale: dalla spesa per inefficienza a quella per efficienza

Il passaggio dal finanziamento dalla spesa storica (che finanzia i servizi e l'inefficienza) a quello del costo standard (che finanzia solo i servizi) permetterà, in un quadro che non pregiudicherà i livelli essenziali dei servizi, una razionalizzazione della spesa pubblica diretta a evitare che si confonda la solidarietà con la difesa di clientele, sprechi e rendite.

La spesa eccedente rispetto al livello efficiente dovrà rimanere a carico delle Regioni ed essere

coperta attraverso gli aumenti della pressione fiscale, lo spostamento di risorse all'interno del bilancio o la compartecipazione da parte dei fruitori.

I Lea devono trovare una dimensione oltre che qualitativa anche quantitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sulla evidenza, a processi di benchmarking almeno interregionali sui costi delle principali funzioni assistenziali.

Pubblico e privato debbono porsi in posizione sinergica rispetto ai bisogni di salute e pertanto adeguarsi alla programmazione sanitaria in termini di tipologia della offerta, modalità di erogazione e dei volumi di attività congrui ai bisogni.

### Le politiche integrate sulla vita

L'integrazione socio-sanitario-

assistenziale è il principio cardine per garantire il passaggio da un Welfare assistenziale a un Welfare delle responsabilità condivise.

L'ospedale come luogo di risposta predominante ai bisogni di salute e assistenza, lascia spa-

**Occorre introdurre un universalismo selettivo che valorizzi la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità e dosare le risorse tenendo conto del bene comune**

zio a una filiera di servizi in ambito territoriale, in grado di rispondere con appropriatezza e puntualità alle richieste dell'utente, con un minore costo del sistema.

Lo sviluppo delle politiche di integrazione deve portare al superamento della distinzione tra pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi.

### L'inclusione di anziani e disabili nella società attiva

L'integrazione del reddito resta una necessità imprescindibile. La permanenza nel mercato del lavoro con l'utilizzo di adeguate flessibilità (contratti a tempo parziale, lavoro ripartito, buoni lavoro per prestazioni accessorie) rappresenta la strategia cen-



lità della finanza pubblica, un fondo per la non-autosufficienza va costruito mediante il combinarsi di risorse pubbliche e risorse private, la previsione di forme specifiche di assicurazioni private, nonché la valorizzazione dei patrimoni immobiliari pubblici e privati.

#### Una pluralità di fonti di finanziamento per la sostenibilità del sistema

All'incremento dei contribuenti e alla efficienza delle prestazioni si deve aggiungere la promozione di una pluralità di fonti e di modalità di finanziamento anche allo scopo di organizzare in termini più convenienti

la spesa sociale privata che comunque si induce dai limiti della offerta pubblica.

Un ruolo crescente spetta alla contrattazione collettiva, che già oggi ha avviato esperienze di gestione condivisa tra le parti di fondi dedicati alla previdenza complementare, alla sanità integrativa e alla protezione della non autosufficienza.

Occorre definire, accanto al finanziamento per "ripartizione", ambiti di finanziamento a "capitalizzazione reale" che, se opportunamente indirizzati, possono attivare investimenti che alimentano il processo di produzione e contribuiscono a ge-

nerare sviluppo. Pensioni e prestazioni sanitarie integrative sono i primi due capitoli del pilastro a capitalizzazione, che può realizzarsi anche attraverso i cittadini che, come singoli o in formazioni associate, vogliono partecipare alla definizione degli interventi e alla loro organizzazione funzionale.

Se per le persone il concorso obbligatorio alla ripartizione è assimilabile al prelievo fiscale, la contribuzione a piani di investimento privati rimane una scelta volontaria di risparmio.

#### Clinical governance, e-medicine, health

deve essere effettuato da un organismo regionale in maniera sistematica; la scelta deve essere motivata e rapportata agli obiettivi strategici aziendali e, in caso di bando, comparativa.

Per la selezione dei direttori di struttura complessa, le direzioni aziendali devono però indicare nel bando di selezione le caratteristiche richieste e gli obiettivi prioritari. La scelta deve comunque essere motivata mediante la comparazione tra tutti coloro che vengono ritenuti idonei dalla commissione prevista. Si esprime una forte contrarietà alla ipotesi di riproporre la presenza di un docente universitario in tale commissione.

Il numero dei componenti del Consiglio dei Sanitari va ridotto e va riequilibrata la componente delle altre professioni sanitarie e sociali in rapporto a quella medica. Deve essere definito l'obbligo di consultazione preventiva su una serie di atti e la convocazione almeno mensile. Deve essere inoltre previsto l'obbligo di discutere preventivamente gli argomenti relativi all'organizzazione sanitaria nel Collegio di Direzione, dove deve essere prevista anche una componente elettiva, eventualmente proveniente dal Consiglio dei Sanitari.

#### Gli operatori sanitari

Per i giovani medici si devono individuare percorsi di entrata più precoci, con responsabilità e progressione più coerenti con il sistema europeo.

Istituire quindi gli albi e gli ordini professionali non ancora istituiti, procedendo contestualmente alla riforma degli stessi albi ed ordini professionali. Quindi regolamentare i rapporti tra operatori appartenenti a diverse professioni sanitarie, anche attivando la dirigenza delle professioni sanitarie.

Nei Contratti collettivi nazionali le relazioni sindacali sono ben definite, ma a livello locale potrebbe essere di stimolo e condizionamento per le direzioni aziendali prevedere che nell'ambito delle periodiche valutazioni del direttore generale venga dato grande rilievo al rispetto delle corrette relazioni sindacali. Per i dipendenti della Sanità privata bisogna favorire la creazione di sistemi di selezione,

#### technology assessment, risk management

Il principio di competenza all'accesso e la valutazione periodica dei risultati e degli obiettivi devono diventare una costante per i direttori generali, per i direttori di unità operativa e di dipartimento nonché per gli incarichi dirigenziali.

Si dovranno potenziare gli investimenti di edilizia sanitaria e ospedaliera e delle relative tecnologie impiantistiche che hanno un ruolo insostituibile nel razionalizzare i processi di cura, comprimendone i costi fissi e la duplicazione dei servizi e dei presidi ospedalieri.

di sviluppo di carriera, di remunerazione contrattuale sempre più simili a quelli dei dipendenti delle strutture pubbliche.

#### Le Facoltà di Medicina

La rete della formazione specialistica deve comprendere, come previsto dalle attuali norme quasi mai applicate, anche le strutture del Ssn accreditate a garantire il percorso formativo, d'intesa con le Università. La programmazione deve tener conto delle esigenze reali del Ssn per evitare che si perpetuino le attuali sperequazioni che comportano la carenza di alcuni specialisti. Per i docenti convenzionati con il Ssn deve esserci piena omogeneità di regole con gli specialisti ospedalieri per quel che riguarda le valutazioni professionali, l'accesso alla libera professione, le progressioni di carriera e l'età pensionabile. Istituire una specifica Facoltà delle scienze infermieristiche e delle altre professioni sanitarie.

#### Nuovi (e vecchi) bisogni

- Finanziare il Fondo per la non autosufficienza rivedendo anche l'indennità di accompagnamento, che nel nostro Paese è indifferenziata, al contrario di quanto accade in Francia e Germania.
- Recuperare l'impegno per la tutela delle disabilità.
- Riprendere l'iniziativa su Invalidità e semplificazione burocratica, prevedendo norme severe ma aperte ai cittadini, ai loro diritti e alle loro necessità.
- Ridefinire i Lea e definire i livelli essenziali di assistenza sociale, collocandoli con determinazione al di fuori della logica prestazionale e dentro l'approccio che garantisce la presa in carico integrata.
- Rilanciare la battaglia per la costruzione della dimensione territoriale della offerta di assistenza.
- Riprendere la battaglia su Terapia del dolore e cure palliative con la semplificazione del ricettario, del rispetto degli standard fissato dai Lea, del rafforzamento della rete degli hospice e dell'investimento in assistenza domiciliare, dello sviluppo della rete delle cure palliative. **Y**

trale per combattere il disagio sociale ed economico.

Si impone una programmazione chiara e uniforme, favorendo l'integrazione funzionale tra servizi a patologia limitrofa, miglioramenti organizzativi e percorsi differenziati per tipo di patologia e bisogno assistenziali. Considerate le limitate disponibi-

IL DOCUMENTO DELLA CONSULTA SALUTE DEL PARTITO DEMOCRATICO

## La sanità che vogliamo

Presentato il 13 maggio dal segretario Dario Franceschini ed elaborato dalla Consulta Salute del Pd per spiegare ai cittadini che il Ssn è una conquista che va migliorata, ma anzitutto difesa

#### Sostenibilità e modelli di finanziamento

Va confermata la scelta di garantire l'assistenza sanitaria mediante un Servizio sanitario nazionale finanziato con la fiscalità generale e operante attraverso una organizzazione aziendale. Lo sviluppo dei fondi integrativi va regolamentato tenendo conto che la loro funzione non è quella di migliorare la sostenibilità del sistema sanitario per la finanza pubblica, ma di migliorare l'accesso alle prestazioni "aggiuntive" richieste dai cittadini. E se la regolazione tra erogatori pubblici e privati non implica una produzione esclusivamente pubblica dei servizi, si deve però conservare il ruolo chiave pubblico di governo e di regolazione del sistema delle prestazioni, con l'instaurazione di una vera competizione nei risultati di efficacia ed efficienza tra erogatori, sia pubblici che privati.

#### Ssn e federalismo fiscale

Sviluppare un sistema di valuta-

zione comparativa delle performance delle Regioni e delle Aziende sanitarie e, su questa base, procedere alla definizione condivisa Stato-Regioni dei Lea e delle risorse necessarie in condizioni di efficienza. Va definita una programmazione pluriennale delle risorse per il Ssn, con meccanismi di erogazione dallo Stato alle Regioni che diano certezza di risorse e tempi rapidi. Il sistema di governance nei confronti delle Regioni con elevati disavanzi deve superare l'eccesso di intromissione ex ante del Tavolo di verifica centrale sulle delibere regionali, realizzando piuttosto un reale affiancamento da parte di una task-force centrale e il tutoraggio da parte delle altre Regioni.

#### Nomine, politica e governo clinico

Va potenziata la formazione per garantire solide basi formative ad una nuova classe di manager sanitari.

Si concorda sulla costituzione di

un albo nazionale dei direttori generali. La nomina deve però restare competenza del presidente della Regione. Il direttore generale dovrà essere obbligato ad acquisire preliminarmente il parere del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione sugli atti fondamentali di programmazione, organizzazione e valutazione qualitativa dei servizi. Per la nomina dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi, il controllo dei requisiti

**In questa fase di difficoltà economico-finanziarie e sociali la tutela delle esigenze fondamentali della persona devono essere incrementate e il sistema del Welfare sviluppato in quei campi in cui è inadeguato**

