

Il ministro Balduzzi: «Accelerata con le Regioni entro fine anno» - Ecco gli effetti del decreto salva-Italia

Corsia veloce per il Patto salute

Subito nel mirino: revisione dei ticket, tagli e aggiunte ai Lea, beni e servizi sotto controllo

Ministero e Regioni puntano a un nuovo Patto per la Salute entro fine anno: le risorse sanitarie non sono state tagliate dalla manovra, ma ora serve una riorganizzazione che consenta di erogare solo i Lea appropriati, di utilizzare i ticket nel modo più equo e di gestire al meglio la partita dei beni e servizi per riuscire a tenere la spesa sotto controllo senza rinunciare al progresso tecnologico. Lo annuncia il ministro della Salute Renato Balduzzi che traccia le linee del suo programma, fissando le priorità.

A PAG. 2-4

Il ministro illustra programma e priorità: subito Patto e Lea, ticket, farmaci, beni e servizi

Il metodo del professor Balduzzi

«La buona spesa è già un taglio» - A medici e categorie: «Cooperiamo»



“ **Federalismo fiscale e costi standard non hanno bisogno di “tagliandi” ma non si può chiedere loro quello che non possono dare** ”

“ **Manutenzione dei Lea vuol dire eliminare i più costosi e obsoleti a favore di quelli emergenti ma non si può assegnare un Lea a ogni bisogno** ”

Come solo sa un costituzionalista, calibra e soppesa tutte le parole, quasi suggerisce virgole e pause, non esce un attimo dal seminato del suo pensiero. Il ragionamento sembra solo tra le righe, invece le parole impiegate e le virgole e le pause, ce lo fanno leggere a caratteri corpo 18. Non gli sfugge di sicuro la delicatezza del momento, la sfida che lo attende. Che ci attende. Ma da buon difensore del Ssn con la maiuscola - purché equo (a farcela) e solidale (a farcela) - guarda avanti con l'ottimismo di chi prima di tutto mette il lavoro come leva possibile per il miglioramento. Ma che sfida, professor Balduzzi. Nel suo ministero a tempo, dovrà traghettarci come assistiti e contribuenti, verso la salvezza delle cure pubbliche in tempi di casse vuote. E verso la salvezza di chi le cure pubbliche le presta. Nella sua suadente decisione, il professore ha un sorriso impenetrabile. Patto, Lea, ticket, medici, fe-

deralismo fiscale, gli sprechi che chiama solo (solo?) inapproprietezze, li sogna la notte. E tutti noi con lui. Ecco cosa ci ha detto il ministro **Renato Balduzzi** due giorni dopo il varo della manovra.

Ministro, il Governo ha evitato i tagli alla spesa sanitaria ma gli italiani dovranno pagare comunque oltre due miliardi in più di addizionali regionali Irpef proprio per la Sanità. Se non è zuppa, è pan bagnato...



Nella situazione economica attuale l'aumento delle imposte Irpef segue la logica della fiscalità generale: se la fiscalità è equa, anche un aumento dell'addizionale dello 0,33 risulta equo. Diverso sarebbe stato far concorrere direttamente gli ammalati, magari senza un quadro di omogeneità, di partecipazione e di equità della spesa.

La situazione dei conti pubblici è tale, insomma, che qualcuno doveva pagare.

Il ragionamento che ha guidato il Governo con questa manovra e che il presidente Monti ha espresso con grande chiarezza, è che nessuno può sentirsi escluso, ma che ciascuno deve poter concorrere in ragione della propria capacità contributiva. Ecco perché ad alcuni non è chiesto nulla, perché nulla si può chiedere a chi ha una capacità contributiva minima, e ad altri è chiesto molto di più.

Intanto con la manovra avete messo spalle al muro le Regioni sotto piano di rientro. Una penalizzazione a chi non fa niente per migliorarsi?

Attualmente le Regioni che fanno fatica a far quadrare i conti e ad assicurare un'assistenza di qualità, vedono, una volta entrate nei piani di rientro, accantonate quote di incentivo che sono loro riconosciute una volta che dimostrino che sono stati fatti passi avanti. Ma non c'è alcuna scadenza alla possibilità di avere accesso a queste quote premiali: per questo nel decreto si fissa un termine di cinque anni. Le Regioni hanno cinque anni per realizzare i miglioramenti capaci di far svincolare le quote premiali, non più un accesso infinito: passati i cinque anni, se non c'è un miglioramento i fondi vengono ripresi dalla collettività.

Insomma, chi non fa è perduto...

Serve anche a incentivare le Regioni a fare meglio. Non solo, questa norma ha riflessi contabili perché impedisce di poter considerare questi crediti come poste attive di bilancio: lo saranno quando effettivamente la Regione dimostrerà di aver fatto passi avanti. È una norma che in qualche modo chiude il cerchio dei piani di rientro dicendo che lo Stato non toglie le risorse, ma che queste sono incentivanti nella misura in cui si sa che non si ha un incentivo sine die. Tutto questo consente a un governo regionale di immaginare un orizzonte temporale in cui fare le proprie scelte.

Non crede che, tanto più nelle condizioni economiche e finanziarie generali del Paese, sia urgente avviare una spending review a tutto campo e fare un'elencazione netta di dove incidere per avere buona spesa, buona qualità, buona efficienza e non sprechi?

La strada è già indicata dal precedente Patto per la salute integrato dalla manovra estiva. Sono quattro i settori dai quali dobbiamo reperire risorse: farmaci nel senso di ticket e farmaceutica territoriale, dispositivi medici e beni e servizi. Queste quattro aree sono quelle dove la spending review si può esercitare. E deve esserlo su ciò che è già

indicato dalle manovre. Ma ricordiamo che, ancora una volta, il comparto sanitario anticipa tutti gli altri. Perché non solamente è capace di conoscersi e calcolarsi grazie a strumenti di analisi molto più raffinati degli altri settori, ma sta cercando di conoscere anche gli esiti della propria attività - un lavoro che l'Agenas sta portando avanti da anni - e sta affrontando la partita degli acquisti che in presenza di una situazione di forte sviluppo tecnologico e di aumento della richiesta di servizi innovativi non tocca solo l'ordinario, ma anche lo straordinario. Solo che per fare questo occorre una mappatura, occorre andare a identificare prezzi medi di riferimento.

Pensa agli acquisti di beni e servizi?

Per i beni e servizi occorre fare quello che da molti anni si fa nella farmaceutica, anche se è molto più difficile perché le voci sono più articolate e lo spread è condizionato dall'organizzazione dei fattori della produzione. Non si può dire che se un dispositivo medico costa 10 in una Regione o in un ospedale e 20 in un'altra, bisogna arrivare a 10. Bisogna vedere "come" costa dieci, cioè quali sono i fattori di costo. Ci vuole un po' di tempo. Non le calende greche, solo un po' di tempo. Il tempo che ci è dato: abbiamo il 30 aprile come deadline e tutto questo noi lo vogliamo inserire nel nuovo Patto per la salute, mandando anche in parallelo il Piano sanitario nazionale 2012-2014, e quindi eventualmente ritoccandolo in funzione di quello che stiamo facendo.

Per cui spending review sì, ma...

Bisogna intendersi su che cosa vuol dire esattamente spending review. Per quanto ci riguarda vuol dire soprattutto fare arrivare bene alla fine la partita dei beni e servizi.

Serve una riflessione sul federalismo fiscale e sui costi standard? Le Regioni chiedono di fare un "tagliando" al federalismo fiscale.

Forse non c'è bisogno di nessun tagliando. Si tratta di non chiedere ai costi standard e al federalismo fiscale quello che non possono dare. Nel sistema italiano federalismo significa autonomia finanziaria delle Regioni e loro responsabilità. È una condizione importante per poter arrivare a tenere sotto controllo, a Roma e nelle periferie, la spesa e al tempo stesso la qualità dei servizi a cui quella spesa è correlata. Quindi nessun tagliando, ma la prosecuzione del processo avviato, inteso appunto secondo l'attuale sistema costituzionale.

Ma cosa è stato chiesto al federalismo e ai costi standard che non possono dare?

Quello di poter dire da un momento all'altro quale sia il valore ottimale di una prestazione di un bene e di un servizio. Invece quello che il meccanismo ideato aiuta a fare è una valutazione macro dei singoli sottosistemi, così che poi i decisori regionali, sulla base della loro responsabilità, possano fare le scelte più opportune. Che poi devono confrontare.

Quindi costi standard come benchmark e non come criterio di attribu-

zione delle risorse?

D'altra parte questo vuol dire la parola standard.

Nel suo vocabolario, invece, sembra non esistere la parola "sprechi".

Forse perché è un'attenzione che c'è in tutto quello che si fa. Tutto il sistema è governato dalla parola appropriatezza, che non ho inventato io ma che è il cardine ormai da almeno un quindicennio dell'approccio italiano al servizio sanitario. L'appropriatezza riguarda l'approccio clinico: dare la prestazione sanitaria adeguata alle giuste condizioni. Ha un aspetto organizzativo: come una prestazione sanitaria deve essere data. E ha un aspetto di controllo di ciò che costa la prestazione. In questo senso, tutto ciò che non è essenziale è spreco. E se non è essenziale al bisogno si deve eliminare: non c'è una lotta agli sprechi che non sia così.

Tradotto: eliminare tutto ciò che non è essenziale e utile nei processi di gestione e di cura.

È questa la lotta agli sprechi.

Dovrà vedersela prestissimo col riparto dei fondi 2012. Il Sud reclama nuovi criteri. Bisognerà cambiare qualcosa?

Siamo all'antivigilia di un nuovo meccanismo che andrà a regime nel 2013. Forse l'approccio più saggio potrebbe essere quello di completare questo ciclo sulla base di prassi consolidate nei rapporti tra le Regioni, aiutate da un ruolo di impulso del ministero, piuttosto che immaginare per l'ultimo anno del ciclo, dunque per il 2012, uno stravolgimento significativo delle regole di base. Questo anno che abbiamo davanti potrebbe essere usato proprio per fare qualche approfondimento sui criteri della pesatura per il 2013.

Il suo è un ministero "a tempo", ma in questo tempo ci sono cose da gestire molto forti e pressanti: il Patto e i Lea prima di tutto. Che tempi prevede per il Patto e cosa ha in mente per i Lea?

Per il Patto la scadenza che ci è assegnata è il 30 aprile, ma noi vorremmo fare prima, molto prima, almeno relativamente a quelle decisioni che non richiedono gli approfondimenti di cui parlavamo. Se possibile, vorremmo avere già per fine anno un quadro generale del Patto e degli impegni precisi che prende il Governo e di quelli che prendono le Regioni. Stiamo concertando di accelerare i tempi per quelle parti che è possibile accelerare.

A quali partite si riferisce?

Anzitutto il disegno complessivo. Per quanto riguarda il sistema della compartecipazione sarebbe intendimento del Governo proporre una rimodulazione sulla base di tre criteri di equità, trasparenza e omogeneità: capacità di reddito, numerosità delle famiglie, appropriatezza delle cure. Per quanto riguarda il tema della lotta agli sprechi, visto nel senso della battaglia per l'appropriatezza, c'è bisogno ancora di qualche approfondimento su ciò che consente la decisione e la messa a regime degli strumenti per arrivare a tenere sotto con-

trollo in modo serio gli acquisti di beni e servizi, però è importante definire il percorso con cui arrivarci. Tutto questo si fa in un quadro di sviluppo del Ssn, non di contenimento dello stesso. Il Ssn deve portare avanti la sua scommessa di fondo di riuscire ad assicurare i bisogni sanitari in un regime di equilibrio finanziario.

I Lea sono dunque lo snodo decisivo.

I nuovi Lea in questo senso sono evidentemente sul tavolo. È una delle priorità: sono ciò che ci consente di mettere insieme il tutto.

Ma subito quando?

In un sistema come il nostro - un sistema sanitario nazionale che è il complesso dei servizi sanitari regionali - non c'è il "centro" che possa dire che una cosa si fa entro un certo tempo. Il "centro" può dire che è una priorità. Perché è una priorità? Non solo perché sono tre anni e mezzo che i Lea galleggiano, ma perché la manutenzione dei Lea è interna al sistema, significa aver sempre presenti i bisogni sanitari e le risorse.

Ha già parlato in altre occasione di "manutenzione dei Lea": cosa significa?

Manutenzione dei Lea vuol dire che alcuni livelli diventati costosi e obsoleti si perdono e ne se ne acquistano di nuovi. Quello che non si può fare è a ogni nuovo bisogno si assegni un Lea. Tutto va fatto all'interno di un ragionamento complessivo che alla fine faccia tornare i conti. Quindi malattie rare, disabilità, le emergenze di questi anni: queste debbono entrare nei nuovi Lea. Ma è inevitabile che qualcosa debba essere tolto, cercando di farlo con ciò che non riduce le garanzie e salvaguardando l'appropriatezza.

Poi ci sono i ticket, altra partita scottante. Quando deciderete cosa fare?

Aprile è il termine ultimo. E l'intendimento - condiviso dalle Regioni - è anche in questo caso di fare prima.

I ticket sui ricoveri sono un tabù?

Una volta che sul tavolo c'è il tema della rimodulazione della compartecipazione sulla base di tre principi di base che ho detto - capacità di reddito, numerosità della famiglia, appropriatezza delle prestazioni - in linea di principio nulla è escluso. Ma ciò che guida la manovra è realizzare un sistema che sia

sempre più coeso e ragionevole al proprio interno. Quindi è chiaro che l'approdo finale di questa manovra dovrà essere un rafforzamento del principio del Ssn universalistico equo e globale e non una sua riduzione. Nulla è escluso a priori, ma neanche nulla è incluso a priori.

Le farmacie sono sul piede di guerra contro le nuove liberalizzazioni della classe C.

Il mondo delle farmacie è un partner importante del servizio sanitario pubblico e credo che il testo finale, ben diverso da quello circolato inizialmente, meriti giudizi più meditati. Incontrerò i farmacisti. Col decreto abbiamo cercato di stare dentro i principi del Ssn e di prestare attenzione a tutti i legittimi interessi in gioco. Posto che la linea del Governo era di riprendere una proposta già inizialmente diventata norma di liberalizzazione, la preoccupazione è stata di incanalare l'indicazione politica nel quadro delle garanzie di salute che il ministero deve assicurare.

Ed è così nel testo finale?

La norma prevede la possibilità di vendere i farmaci C anche nelle parafarmacie nei Comuni sopra 15mila abitanti con determinate garanzie e precise regole di farmacovigilanza. Quindi c'è un farmacista e una distinzione netta tra le merci che vengono vendute, con regole che saranno oggetto di un ulteriore decreto della Salute che fisserà i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Senza lasciare sottintesa l'esigenza di assicurare requisiti di vigilanza farmaceutica uguali dappertutto. Non è solo un segnale di liberalizzazione, ma un segnale che aiuterà anche i cittadini ad avere vantaggi dalla liberalizzazione. Vantaggi diretti, non solo indiretti.

C'è un invitato di pietra nella Sanità: il personale. I medici in particolare. Demotivati, sono sempre meno, lavorano con difficoltà, sotto stress da rischio clinico. È una categoria decisiva per il sistema sanitario.

Fin da subito ho detto al Senato che tra le mie priorità c'è tutta la partita del rischio clinico per ridurre alcuni comportamenti di medicina difensiva sia attiva che passiva. La medicina difensiva - prescrivere trattamenti con farmaci magari non utili o appropriati per coprirsi le spalle o non prescrivere alcuni

esami e trattamenti perché considerati a rischio - ha un impatto economico e molto pesante sulla salute. In più, le preoccupazioni che girano intorno alla medicina difensiva danno vita a un inquinamento della programmazione anche delle specialità mediche. Sappiamo benissimo che alcune specialità mediche sono oggi carenti di aspiranti candidati per le preoccupazioni professionali che generano nei medici. E questa situazione non può essere.

I medici hanno un lungo elenco di rivendicazioni, non semplicemente di "bottega" o di portafoglio.

Non ho ancora potuto ricevere le rappresentanze delle categorie professionali, né dei medici né di altri operatori e professionisti. Io credo fortemente che il problema della motivazione e della partecipazione degli operatori alla manutenzione del Ssn è decisiva. Altrimenti non si va da nessuna parte. Quindi non solo da parte mia assicuro ascolto. Ci sarà sempre confronto perché si possa arrivare a superare il paradosso che il nostro Ssn è il comparto della Pa che presenta elementi di innovazione riconosciuti anche all'estero tra i più importanti, mentre i suoi protagonisti fanno fatica ad avvertire questo come un vanto e un orgoglio e si sentono invece schiacciati, molte volte anche a ragione, dal sistema stesso.

Toccherà la libera professione?

È stata stralciata dalla discussione parlamentare alla Camera e se non sarà proposta come priorità in quella sede, io non la riprenderò.

Altrimenti?

Vedremo.

C'è ancora troppa ingerenza dei partiti e della politica nella gestione della Sanità?

C'è ancora poca trasparenza. Certe nomine non possono che essere politiche. I direttori generali, che a seconda delle Regioni amministrano dai due terzi ai tre quarti dell'intero bilancio regionale, è evidente che non possono non essere di nomina "fiduciaria", che vuole dire politica. Ma politica non vuol dire poca trasparenza o assenza di requisiti. Appoggerò la discussione parlamentare avviata alla Camera sul governo clinico perché arrivi a una conclusione rapida sulla base dei principi di trasparenza e di requisiti verificabili dei direttori generali. (R.Tu.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

