

CAMBIARE L'ITALIA, DIFENDERE IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

UN'AGENDA PER UN IMPEGNO COMUNE PER LA SANITA'

UN BENE COMUNE DA DIFENDERE E INNOVARE

Tutela della salute e Servizio sanitario nazionale: il nostro punto di partenza

Ogni ragionamento sul presente e sul futuro della garanzia del diritto alla salute nel nostro Paese ha la fortuna di poter muovere dalle parole che la Costituzione dedica a questo diritto. L'articolo 32, quando afferma che «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*», ci consegna, nella densità di significati di questa disposizione, una vera e propria bussola.

Ci dice anzitutto che a tutelare la salute deve essere la *Repubblica*, ovvero l'insieme dei pubblici poteri ai diversi livelli territoriali di governo (lo Stato, le Regioni, gli enti locali), ma anche l'insieme delle forme organizzate della cittadinanza e, quindi, gli attori sociali che, nell'ottica di una sussidiarietà intesa nel suo senso "orizzontale", si impegnano nel fornire servizi di pubblica utilità ai cittadini.

Ci dice anche che la tutela della salute è tanto un *diritto fondamentale* del singolo, che può e deve ricevere prestazioni adeguate perché la salute è il fondamento concreto per l'esercizio di ogni altro diritto, quanto un *interesse della collettività*, che si cura della salute delle persone in quanto *comunità solidale*.

Ci dice infine che i destinatari della tutela sono gli *individui*, ovvero tutti i singoli, la cui dignità umana, il cui essere persona, li pone tutti sullo stesso piano: una tutela della salute, quindi, che si fa strumento di eguaglianza sostanziale e giustizia sociale.

Questi principi sono stati attuati in senso pieno ed estesamente sviluppati con la creazione del Servizio sanitario nazionale (l. 833/1978), il quale ha negli anni elevato il livello di salute delle persone, le ha sottratte dalle difficoltà di accedere alle cure per mancanza di risorse economiche e ha caratterizzato in senso universalistico e solidale il nostro sistema di welfare.

Pur con le criticità che si radicano nella complessità del sistema, il **SSN** è un **bene comune della nazione**, che va compreso nella sua importanza per la vita quotidiana delle persone e va difeso per le conquiste di civiltà che ha consentito al Paese. Basta guardare che cosa succede in altri Paesi, anche molto evoluti, dove le cure sono costose e solo per pochi e la perdita del lavoro significa perdita di salute, per capire che cosa sarebbe la vita di ciascuno senza un sistema di questo tipo.

Come ogni bene comune, esso va però sottoposto a una costante "**manutenzione**", a un continuo aggiornamento: per difenderlo è necessario innovarlo.

Lo conferma la storia del Servizio: appena nato e già oggetto di proposte di cambiamento, trasformato negli anni per i suoi profili organizzativi – pensiamo alle riforme del 1992-1993, del 1999 e alla "manutenzione straordinaria" del 2012 operata dal governo Monti –, costantemente sotto l'attenzione della cronaca nelle varie parti del Paese. È questa storia a dimostrare che il **cambiamento** è fattore strutturale dei sistemi sanitari e che non deve spaventare; ma è questa stessa storia a dimostrare che tale cambiamento **non ha mai comportato l'abbandono dei principi e dei caratteri fondamentali** del SSN.

È questa, del resto, la direzione che il Presidente della Repubblica ci ha anche recentemente indicato, in occasione della relazione annuale sullo stato di salute del Paese, quando, riconoscendo nell'istituzione del SSN "*una scelta di civiltà*", ha affermato che esso richiede "*provvedimenti che siano davvero di innovazione e di razionalizzazione del sistema, senza nulla togliere alla sua logica ispiratrice*".

Quello che il governo Monti fatto:

- il decreto 158/2012 “Salute e sviluppo” (convertito in legge 189/2012), che ha introdotto importanti cambiamenti in sanità, aggiornando il Servizio sanitario nazionale e avvicinandolo ai nuovi bisogni di salute dei cittadini: riforma delle cure primarie, nuova intramoenia, trasparenza e merito nelle nomine di primari e direttori delle Asl, aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, lotta al fumo, contrasto alle dipendenze da alcol e gioco d’azzardo, tutela dei malati rari, farmaci e innovatività terapeutica, incentivi all’edilizia sanitaria;
- la grande operazione di revisione della spesa (la “spending review”, spendere meno per spendere meglio) che ha messo a punto gli strumenti per combattere sprechi e inefficienze soprattutto nel campo dell’acquisto di beni e servizi non sanitari, di dispositivi medici e farmaci.

Quello che dobbiamo fare:

- dare piena attuazione al decreto “Salute e sviluppo” e alla “spending review” con ulteriori strumenti legislativi e con politiche coerenti, per non vanificare il grande lavoro portato avanti dal governo Monti e per riaffermare un modello di sanità incentrato sulla persona nella sua dimensione individuale e sociale.

UNIVERSALE, INCLUSIVO, EQUO

Un modello di SSN per una protezione globale e appropriata

Il SSN, grazie a quella *logica ispiratrice*, è una componente essenziale e caratterizzante il nostro sistema di welfare.

È un modello **universalistico**, perché si rivolge alla totalità degli individui, ai quali presta i propri servizi sulla base di un solo titolo di accesso: l’essere persona. Per questa ragione, si presenta come un importante canale di **inclusione sociale** che ammette ai servizi chi ha un bisogno di salute, senza la soddisfazione del quale verrebbe meno la concreta possibilità di partecipare alla vita economica e sociale del Paese. In questo senso, il sistema sanitario è anche un potente strumento di **integrazione** tra cittadini e immigrati, tra “vecchi” e “nuovi” cittadini: in un momento il cui si discute della cittadinanza ai figli degli immigrati, il SSN è già testimonianza di un **Paese aperto e solidale**.

Tale effetto non sarebbe possibile se il SSN selezionasse i propri fruitori sulla base della ricchezza, della capacità economica a sopportare il costo di produzione dei servizi: ecco perché esso deve garantire **equità** nell’accesso alle prestazioni, tale per cui ciascuno deve poter beneficiarne senza che le proprie condizioni economiche si pongano d’ostacolo. Un’equità, che, per essere tale, deve però ispirarsi al principio di **eguaglianza sostanziale**, imponendo di chiedere a ciascuno quanto egli può dare per contribuire al mantenimento del sistema: è questa la logica che deve tornare ad ispirare la fiscalità generale (dalla quale il SSN trae la gran parte delle risorse) e che deve finalmente caratterizzare anche la compartecipazione dei singoli alle spese mediante il pagamento del ticket. Soltanto un contributo progressivo e rapportato alla capacità reddituale e patrimoniale di ciascuno può garantire che il sistema sia davvero equo e che dei suoi servizi ciascuno fruisca in modo responsabile.

Poiché la dignità della persona è messa a rischio a fronte di tutti gli eventi patologici, il sistema è orientato al c.d. principio di globalità, rispondendo tendenzialmente a tutti i bisogni di salute degli individui. Ma per rendere possibile la coesistenza tra questa tensione a una **protezione globale** e il principio di scarsità delle risorse, il sistema ha il dovere di fornire le prestazioni in condizioni di **appropriatezza**, ovvero quando sono necessarie e adeguate sulla base delle migliori conoscenze e tecniche della medicina (appropriatezza clinica) e quando rappresentano la soluzione che, a parità di risultato, garantiscono il miglior uso delle risorse strutturali e finanziarie (appropriatezza organizzativa).

Quello che il Governo Monti ha fatto:

- per la prima volta abbiamo condiviso con gli operatori sanitari e con i mezzi di informazione (e quindi con l'opinione pubblica) i risultati del Programma nazionale valutazione esiti. Il Programma, gestito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas) in collaborazione con il ministero della Salute, contiene la valutazione delle attività di assistenza di tutti le strutture sanitarie italiane, pubbliche e private accreditate. Si tratta di un database importante che permette di avere un'immagine reale della situazione complessiva dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale e consente una verifica puntuale dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, permettendo di intervenire tempestivamente per correggere squilibri e inefficienze e per promuovere le realtà virtuose. Per esempio, proprio attraverso i dati del Programma esiti, nel 2012, è stato possibile individuare in molte strutture l'eccesso di erogazione di parti cesarei: una "anomalia" che può mettere a rischio la salute delle mamme e dei nascituri e che pesa sulle casse dello Stato ben 80 milioni di euro;

- abbiamo promosso l'accordo Stato-Regioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera. L'accordo garantisce una maggiore uniformità dei percorsi di accesso all'assistenza sanitaria per la popolazione straniera in Italia, introduce l'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno e va nella direzione dell'accoglienza di chi arriva in Italia per cercare protezione da profugo o lavoro da immigrato e offrendo l'apporto di nuove risorse umane per lo sviluppo del Paese.

Quello che dobbiamo fare:

- rendere accessibili a tutti i cittadini i risultati del Programma nazionale valutazione esiti con la pubblicazione, su internet, di un Portale nazionale della sanità, attraverso il quale sarà possibile conoscere l'offerta di ogni struttura sanitaria italiana, i risultati delle prestazioni erogate, i tempi di attesa, i servizi accessori. Assicurando la massima trasparenza (e coinvolgendo nella messa a punto finale del Portale l'associazionismo civico) potremo innescare un processo di competizione virtuosa tra le strutture e permettere ai cittadini di poter valutare direttamente i processi di gestione dei servizi sanitari e quindi giudicare la correttezza delle scelte di impiego delle risorse pubbliche: un meccanismo di controllo democratico che favorirà la "buona politica".

PUBBLICO E PRIVATO, ALLEATI PER I DIRITTI DEI CITTADINI

Il governo pubblico e il concorso del settore privato alla funzione di tutela della salute

La tutela della salute è una **funzione pubblica**. Questo il senso dell'imputazione alla Repubblica del dovere di garantirla nella sua duplice forma di diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Un sistema universalistico, globale ed equo richiede una presenza pubblica essenziale nel governo del sistema e importante della sua realizzazione concreta. Ma la natura pubblica della funzione non esclude l'intervento dei **privati**, il quale è stato e deve essere ancor più un fattore di dinamicità e miglioramento qualitativo del sistema.

La sanità non è un mercato. L'obiettivo di un'azienda sanitaria non è produrre quanto più possibile per ottenere un profitto, perché il rapporto tra salute dei cittadini e prestazioni di cura – diversamente è per quelle di prevenzione – è inversamente proporzionale: più salute c'è meno prestazioni ci vogliono. Il profitto del SSN è la salute della popolazione, risiede nella capacità di effettuare il minor numero di prestazioni: i cittadini sono in salute quando il "consumo sanitario" è contenuto.

Il contributo degli operatori privati deve condividere questa logica, nella consapevolezza che esistono privati *for profit* e privati *no profit*. Se per questi ultimi, la priorità non è il profitto ma la copertura dei costi, per i primi è legittimo l'obiettivo di remunerare l'investimento mediante un margine di profitto, il quale tuttavia non potrà avere conseguenze negative per la popolazione.

Ecco perché è necessario che il sistema pubblico detti **regole certe** e preveda **controlli adeguati** per l'esercizio di attività sanitaria diretta da parte degli operatori privati, il cui intervento deve essere coerente con la programmazione regionale ed integrarsi con l'offerta di prestazioni da parte del SSN.

Lo stesso ragionamento vale anche per le Casse di categoria della **sanità integrativa**, che costituiscono l'eredità delle nobili associazioni volontarie di mutuo aiuto fra i lavoratori che si sono sviluppate in Italia fin dall'Ottocento. Non c'è nessun motivo di pensarle in competizione con le imprese assicurative private lucrative, che appartengono ad un altro mondo. Le Casse offrono risposte reali a oltre tre milioni di italiani, e devono poter avere un futuro sussidiario rispetto al SSN, cioè un posto non solo nella storia, ma anche nella realtà quotidiana del nostro Paese, a integrazione e non in sostituzione del Servizio sanitario nazionale, come esempio di "vera" sussidiarietà orizzontale, secondo le linee concettuali della riforma del 1999, la quale ha bisogno di un aggiornamento, non certo di uno stravolgimento.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- con la proposta del nuovo regolamento per gli standard ospedalieri, prevista dal decreto sulla "spending review" e inviata alla Conferenza Stato-Regioni per la necessaria intesa, abbiamo fissato nuove regole per garantire livelli omogenei di assistenza ospedaliera in tutta Italia, sia in termini di adeguatezza delle strutture che in termini di risorse umane impiegate in rapporto ai pazienti assistiti e al livello di complessità della struttura. Per la prima volta vengono definiti i criteri per determinare il numero delle strutture complesse (cosiddetti primariati) e il rapporto tra personale "sanitario" e personale "amministrativo".

Quello che dobbiamo fare:

- continuare a stimolare in senso virtuoso il contributo dei privati in sanità, in un sistema di regole certe e controlli serrati, in modo che ci sia un arricchimento dell'offerta di servizi a vantaggio di tutti e non solo di pochi.

UN SISTEMA MULTILIVELLO E REGIONALIZZATO

Una differenziazione necessaria per ridurre le differenze e avvicinare i servizi ai cittadini

Il SSN è un sistema **multilivello**, perché organizzato e gestito ai diversi livelli della Repubblica. Questi livelli di governo e di autonomia (Stato, regioni, aziende sanitarie) sono necessari perché ciascuno, per i suoi mezzi e le sue specificità, può esercitare meglio degli altri determinate funzioni nell'ambito di un sistema molto complesso. Tuttavia l'articolazione del sistema non può significare confusione delle responsabilità o l'intralcio reciproco delle attività: in particolare, il livello regionale, che è quello ad avere i maggiori poteri, deve esercitare questi ultimi nella responsabile consapevolezza di avere in cura un **bene nazionale**. La differenziazione deve consentire di formulare le risposte più adeguate ai problemi che ritroviamo in forma diversa da territorio a territorio: deve **ridurre le differenze**, non sancirle o aggravarle.

L'azione di collaborazione tra livello centrale e livello regionale nel campo della tutela della salute e quindi dei servizi sanitari trova la sua fonte di ispirazione nelle proposte che, all'indomani della liberazione, il CLN del Veneto elaborò, preconizzando un'organizzazione a base regionale, con la creazione di un apposito Ministero della sanità "non pletorico e non accentratore", ma con funzioni "direttive e di propulsione".

La maggiore vicinanza del cittadino al livello regionale deve consentirgli di **controllare** – anzitutto con il voto democratico – l'operato di questo e la sua gestione della sanità.

Lo Stato può e deve, nello spirito della **leale collaborazione**, sostenere i sistemi regionali in difficoltà e, se del caso, guidare verso la ripresa quelli in grave affanno: lo strumento dei piani di riqualificazione e rientro è nato per questo.

Una regione in piano di rientro – nella versione più morbida dell'affiancamento e in quelle più pesanti del commissariamento – non sta perdendo la propria autonomia, ma sta vivendo un'occasione di **cambiamento**. Un'occasione che ha la responsabilità di non mancare, visti i maggiori aggravii di spesa nei confronti dei suoi cittadini, i quali d'altro canto ricevono servizi inadeguati alle proprie esigenze. **Migliorare la struttura della spesa** è possibile soltanto **ristrutturando i servizi**. E viceversa.

Proprio in considerazione della complessa articolazione territoriale del sistema, le funzioni di governo centrale devono essere garantite da **efficaci strumenti** di intervento nelle situazioni di emergenza, che possono concretizzarsi sia in casi di emergenza sanitaria in senso stretto – le vicende di Taranto e della “Terra dei fuochi” sono a tal proposito emblematiche – sia in casi di squilibri economico-finanziari e difficoltà organizzative tali da mettere a rischio la protezione della salute dei cittadini. In questi casi, è essenziale che lo Stato, e il **Ministero della Salute** in particolare, dispongano di margini di azione immediatamente praticabili ed efficaci nei confronti delle amministrazioni regionali e locali. Ma per evitare l'improvvisa esplosione dell'emergenza è altresì necessario un rafforzamento delle **funzioni di controllo** del Ministero, con un ulteriore sviluppo, nel segno della leale collaborazione con regioni e aziende sanitarie, dei sistemi di vigilanza sanitaria, da un lato, e di monitoraggio sui flussi di spesa e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dall'altro. Tale **rafforzamento** delle funzioni centrali di governo risponde, del resto, ad una più risoluta affermazione del ruolo dello Stato quale garante dei diritti costituzionali e dell'unità giuridica ed economica della Repubblica, secondo la proposta di modifica del Titolo V della Costituzione approvata dal Consiglio dei Ministri nello scorso autunno.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- abbiamo lavorato concretamente con le Regioni sottoposte a piano di rientro, aiutandole a ottenere risultati significativi e intervenendo direttamente nelle situazioni di maggiore gravità (ad esempio con la nomina di nuovi commissari ad acta nelle Regioni Molise e Lazio);
- abbiamo varato con puntualità il decreto che individua i criteri per determinare i costi standard sanitari utili ai fini del riparto del fondo sanitario a partire dal 2013. Il provvedimento definisce le modalità per individuare le tre Regioni maggiormente virtuose per definire costi e fabbisogni standard regionali nel settore sanitario che valgano per tutti. Attraverso questo meccanismo verranno incentivate e diffuse le buone pratiche delle Regioni che assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e contemporaneamente garantiscono l'equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale.

Quello che dobbiamo fare:

- creare finalmente le condizioni per il nuovo “Patto per la salute 2013-2015”, che permetta di trovare un'intesa tra Stato e Regioni sulla programmazione sanitaria dei prossimi anni, per migliorare la qualità dei servizi e promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, garantendo l'unitarietà del sistema sanitario.

TRASPARENZA E MERITO: LA SANITA' SI GESTISCE COSI'

Un modello organizzativo per una maggiore efficienza dei servizi e per l'allontanamento della cattiva politica dalla gestione della sanità

La salute è un bene essenziale per ciascuno di noi e per l'intera comunità: è naturale e doveroso che della sua tutela si interessi la politica. Ma l'esperienza della prima fase del SSN, quella in cui gli organi politici, e in particolare quelli comunali, avevano diretta competenza sulle scelte di gestione dei servizi sanitari, ha mostrato che un'eccessiva vicinanza tra rappresentanza politica e sanità non

produce maggior controllo democratico sui servizi e, per converso, agevola e alimenta indebite **ingerenze della cattiva politica**, a danno della sanità e dei cittadini.

La scelta di girare pagina, tra il 1992 e il 1993, e adottare il modello aziendale risponde alla volontà di allontanare quella cattiva politica e di improntare l'organizzazione e la gestione dei servizi ai principi di efficacia ed efficienza, ponendo le basi per una (lenta, complessa e ancora in corso) costruzione dell'autonomia aziendale. Questa autonomia non reca con sé il distacco della sanità dalla politica, che se è **buona politica** ha il **dovere** ineludibile **di occuparsi di tutela della salute**, bensì un riequilibrio dei pesi, con lo spostamento al livello regionale delle responsabilità politiche. Secondo questa logica, è la regione a dover scegliere i direttori generali ed è la regione a rispondere politicamente ai cittadini e ai territori di tali scelte e delle altre relative alla programmazione e al governo del Sistema sanitario regionale. Non sarebbe pensabile che la regione non possa selezionare e nominare con sufficiente libertà coloro che amministrano una quota variabile tra il 60% e l'80% del bilancio regionale. Tuttavia, i direttori generali devono essere individuati tra soggetti che, accanto alle caratteristiche personali sulle quali si fonda il loro rapporto fiduciario con la giunta regionale, presentino anche requisiti di **preparazione ed esperienza** tecnico-professionale di elevato profilo, a garanzia della loro **adeguatezza** a svolgere un ruolo di grande **responsabilità**. E tale responsabilità va anche protetta garantendo una certa autonomia di scelta dei direttori generali: motivo per cui la loro revoca deve fondarsi su ragioni oggettive legate al loro operato e non sulla mera discrezionalità della giunta regionale.

L'aziendalizzazione, quindi, deve essere uno strumento della meritocrazia, la quale deve improntare altresì la scelta degli altri soggetti che hanno ruoli di prima responsabilità presso le strutture sanitarie, come i primari (ufficialmente chiamati direttori di struttura complessa). Le **nomine** di questi ultimi devono essere **chiare e trasparenti**: se il sistema non si tutela dall'invasione della cattiva politica e la fa penetrare fino alla scelta dei singoli, l'aziendalizzazione diviene una mera maschera per riproporre malcostumi del passato. Dirigenti delle Asl e dei reparti devono far funzionare il sistema sanitario a tutela della salute dei cittadini, non costituire vergognosi strumenti di costruzione clientelare del consenso politico.

L'aziendalizzazione, infine, non deve essere intesa come importazione meccanica e non mediata di logiche di mercato in sanità: essa si porta dietro un linguaggio (spesso anglofono) di grande fascino, insieme ai moduli organizzativi e ai condizionamenti propri delle aziende private. Essa è nata e si è sviluppata negli anni di una crisi strutturale della finanza pubblica ed è stata investita del compito di contenimento dei costi. L'attenzione alla spesa è fondamentale, perché dove la spesa è mal distribuita, i servizi sono inadeguati; tuttavia, il **primo obiettivo** delle aziende sanitarie è quello di fornire **prestazioni appropriate** ed è l'appropriatezza a dover dettare la linea tra spesa utile e inutile, servizi adeguati e servizi inadeguati. L'autonomia delle aziende deve servire a poter effettuare con la necessaria speditezza ed efficacia le scelte di gestione che adattano la struttura e il livello dei servizi ai bisogni di salute dei cittadini.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- con l'introduzione del decreto "Salute e sviluppo", le nomine dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale sono sottoposte a una nuova disciplina che privilegia il merito e la trasparenza e tende a riequilibrare il rapporto tra indirizzo politico e gestione delle aziende sanitarie. Le Regioni, infatti, dovranno attingere obbligatoriamente da un elenco regionale degli idonei, i quali dovranno possedere una laurea magistrale e un'esperienza dirigenziale di almeno cinque anni all'interno di strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;

- sempre nel decreto "Salute e sviluppo" sono state fissate nuove regole per l'assegnazione degli incarichi di primario: saranno assegnati dal direttore generale della Asl scegliendo fra una terna di candidati selezionati da una commissione formata da tre primari nella stessa specialità a bando, estratti a sorte e provenienti da una Regione diversa da quella in cui si attribuisce l'incarico.

Quello che dobbiamo fare:

- creare un osservatorio indipendente della performance delle aziende, attraverso la costituzione di un'apposita sezione, dotata di autonomia, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), chiamata a produrre con periodicità costante un rapporto sulle aziende sanitarie e ospedaliere, da integrare nel menzionato Portale nazionale della sanità;
- incentivare, con il supporto tecnico dell'Agenas e delle agenzie regionali, lo sviluppo di competenze manageriali in sanità, attraverso un modello di formazione continua che tenga insieme metodologie e contenuti a livello nazionale e le esigenze peculiari di ciascun Servizio sanitario regionale, e che diventi occasione di miglioramento della qualità complessiva dei processi di gestione della sanità e di diffusione delle buone pratiche già presenti in molte realtà regionali.

PER UNA SANITA' PARTECIPATA

Il rapporto con i comuni e le comunità locali, per rispondere ai bisogni delle persone

Le **autonomie locali**, e in particolare i comuni, anche dopo l'aziendalizzazione, **non devono essere escluse** dalla politica sanitaria del Paese. I sindaci devono concorrere al governo del sistema facendosi primi controllori dell'adeguatezza dei servizi e portavoce dei bisogni di salute delle proprie comunità. In questo senso, i poteri di cui essi dispongono relativamente al concorso alla programmazione regionale e locale e, per altro verso, alla valutazione dell'operato dei direttori generali devono essere supportati e valorizzati. E perché ciò accada senza che questi poteri tornino a essere strumenti della cattiva politica, regioni e aziende sanitarie devono **prendere sul serio** il contributo dei comuni, sviluppando un **dialogo** e un confronto maggiore di quanto accada nella realtà. Un dialogo che deve avere un interlocutore importante e diretto anche nelle comunità locali e nelle forme associative che di queste sono espressione, soprattutto nel terzo settore. Se lo sforzo delle regioni e delle aziende va in questa direzione, anche i cittadini potranno meglio esercitare il proprio **controllo democratico** tanto nei confronti dei comuni quanto nei confronti della regione. Le scelte difficili si prendono insieme e l'organizzazione dei servizi sui territori implica spesso decisioni complesse: distinguere e far valere le rispettive responsabilità – perché se ciò non accade vi è solo confusione – non vuol dire chiudersi nel silenzio, nella sordità o nella protesta. È fondamentalmente questa la **partecipazione** che occorre alla sanità: confrontarsi sulla direzione lungo cui camminare insieme, non contrattare nomine o reparti.

Quello che il governo Monti ha fatto e quello che dobbiamo fare:

- Le scelte sul Portale nazionale della sanità e sugli standard ospedalieri sono le premesse per una partecipazione reale e non formale dei cittadini alla costruzione e alla valutazione della migliore organizzazione sanitaria. Esse vanno completate attraverso la sperimentazione di adeguati momenti di democrazia deliberativa, cioè di un coinvolgimento serio e organizzato dei cittadini al fine di fornire ai decisori pubblici la voce della base, non gridata e qualunque, ma informata ed esigente.

SPENDERE MENO? NO, SPENDERE MEGLIO

Selettività, trasparenza e controllo come condizione di sostenibilità del sistema e di miglioramento dei servizi

Il nostro sistema sanitario ha un **costo**, in rapporto al PIL, **inferiore** alla media dei Paesi OEDC comparabili al nostro. Se rapportiamo questo dato alle classifiche internazionali sulla performance dei diversi sistemi sanitari, all'interno delle quali il SSN italiano occupa sempre posizioni di testa, possiamo trarne che a quella spessa comparativamente più bassa corrisponde un livello di protezione della salute complessivamente **elevato**.

Confrontando le diverse situazioni regionali, può inoltre facilmente dedursi un'altra costante del rapporto tra spesa e qualità delle prestazioni: i sistemi regionali con **maggiori disequilibri** sono

quelli che offrono **peggiori servizi** ovvero, senza banalizzare un concetto tutt'altro che banale, **chi spende di più e non ha i conti a posto fa peggio**. Questo perché è una scorretta organizzazione dei fattori e delle risorse che compongono i servizi a determinare contestualmente un'offerta qualitativamente insoddisfacente e una spesa strutturalmente sovrabbondante.

L'esperienza dei piani di riqualificazione e rientro, insieme al lavoro compiuto negli anni dall'Agenas che rispetto ai piani fornisce supervisione e supporto tecnico, testimonia altresì che soltanto mediante una ristrutturazione dei servizi commisurata ai problemi peculiari dei diversi sistemi regionali è possibile **ridurre i disequilibri finanziari, migliorando i servizi**.

Se tutte queste acquisizioni sono vere, allora dobbiamo anche convenire su di un fatto ineludibile per la politica sanitaria di questo Paese: **i tagli lineari non producono alcun risultato apprezzabile** nel tempo rispetto al riequilibrio dei conti e finiscono per aggravare le situazioni di carenza qualitativa dei servizi.

Per questo, se il contesto economico-finanziario generale richiede un contributo anche del settore sanitario alla salute dei conti pubblici – come è accaduto nei mesi del governo Monti –, allora ogni operazione di contenimento dei costi deve selezionare all'interno del sistema le aree che presentano maggiori inefficienze e non rispondono agli indicatori di appropriatezza.

Per poterlo fare occorre potenziare gli strumenti che ci consentono (già oggi con un buon grado di penetrazione) di poter “guardare dentro” ai sistemi regionali e alle aziende sanitarie: in una parola di poter **incrementare la trasparenza** del sistema. Il circolo è virtuoso, perché una maggior trasparenza favorisce controlli più efficaci e sfavorisce il mantenimento di prassi scorrette.

Ripartire la spesa – un'esigenza differenziata da regione a regione – a livelli sostenibili e corrispondenti a servizi ben organizzati e di qualità elevata non significa risparmiare e basta, ma significa **liberare risorse** per le aree di attività sotto-finanziate, le quali spesso riguardano bisogni di salute prodotti da condizioni di **fragilità sociale** che non consentono alle persone interessate neppure il ricorso ad un'offerta alternativa a quella del SSN.

Un altro settore che necessita di una più equa e razionale organizzazione è quello della spesa farmaceutica. Le regole sulla remunerazione della filiera distributiva del farmaco devono cambiare e il percorso verso un rinnovamento del sistema è stato avviato. Si tratta di trovare un punto di equilibrio tra le esigenze del SSN e le esigenze degli operatori della filiera; un punto di equilibrio che va misurato sulla capacità delle nuove regole di consentire un equo accesso al farmaco da parte dei pazienti e del sistema sanitario e al contempo la soddisfazione di legittime istanze di profitto da parte di grossisti e farmacisti, ovvero di un settore centrale per la politica sanitaria e per la politica economica del Paese. Soltanto un accordo condiviso può garantire la solidità e l'effettività delle nuove regole e perciò è dovere di chi ha e si candida ad avere responsabilità di governo perseguire con convinzione tale accordo.

È questo attento governo delle risorse che pone le condizioni per un futuro maggiore investimento in sanità. Non solo perché il risparmio deve essere drenato su alcune priorità e non consumato “a pioggia”. Ma anche per i principi che sovrintendono i rapporti tra le risorse e i livelli di assistenza. Se è vero che le regole del sistema impongono che né le risorse né i livelli siano in grado di prevalere assolutamente le une sugli altri e viceversa e che entrambe le variabili siano determinate contestualmente, è altresì vero che tale determinazione deve in ogni caso essere compatibile con la situazione macro-economica del Paese. Se questa situazione va verso la contrazione delle risorse anche la sanità deve fare la sua parte – e l'ha fatta. Ma quando la situazione migliora, è vero il contrario: una congiuntura economica più favorevole deve mettere a disposizione della sanità **maggiori risorse** da investire su priorità già identificate. Tra queste priorità emergono i settori dell'**edilizia sanitaria** e dell'**innovazione tecnologica**, dove l'investimento produce un duplice effetto positivo: impatta positivamente sul ciclo produttivo, attivando processi industriali e generando occupazione, e consente nel medio termine un uso più efficiente delle risorse strutturali e strumentali che è in grado a sua volta di generare risparmi e liberare risorse.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- oltre alle norme sulla razionalizzazione della spesa, sui costi standard e al lavoro del Programma nazionale di valutazione degli esiti, il governo Monti ha introdotto, con il decreto “Salute e sviluppo”, importanti innovazioni nel campo della cosiddetta “sanità elettronica”: la digitalizzazione delle procedure di acquisto di beni e servizi, la prescrizione medica digitale, la tracciabilità delle confezioni di farmaci a carico del Ssn, la cartella clinica digitale e soprattutto il fascicolo sanitario elettronico, che raccoglierà l’intera storia sanitaria di ciascun cittadino e costituirà uno strumento decisivo per la salute personale (in termini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), per la salute collettiva (sul versante della ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico) e per la programmazione sanitaria (grazie alla verifica delle qualità delle cure e dell’assistenza sanitaria, completamente tracciabile).

Quello che dobbiamo fare:

- dare piena attuazione al piano per la sanità elettronica;
- proseguire il lavoro di efficientamento dell’acquisto di beni e servizi, avvalendosi degli strumenti di verifica e controllo garantiti dalle centrali di acquisto e diffondendo le buone prassi regionali.
- indirizzare le risorse liberate dalla razionalizzazione della spesa a progetti prioritari di riammodernamento edilizio e tecnologico delle strutture ospedaliere

UN FINANZIAMENTO PIÙ EQUO

La riforma dei ticket per contenere la spesa delle famiglie e favorire un accesso più responsabile ai servizi

Il SSN trae gran parte delle proprie risorse dalla fiscalità generale, il cui peso su famiglie e imprese è tale da rendere **urgente** un mercato **riequilibrio**, che comporti sia una riduzione della pressione complessiva, che realisticamente sarà graduale e selettivo, sia una redistribuzione più equa dei carichi, mediante una conformazione più progressiva delle imposte. Tale progressività, per cui il contributo di ciascuno aumenta con l’aumentare della propria ricchezza, è l’unica via per garantire un fisco più equo, oltre che il principio che saldamente dovrebbe ancorare il sistema tributario alla legalità costituzionale (art. 53 Cost.). E tale progressività deve guidare anche la riforma dei cosiddetti **ticket sanitari**.

Nel corso degli anni, i ticket, ovvero la quota di compartecipazione del singolo alla spesa generata dalle prestazioni sanitarie delle quali egli fruisce direttamente, hanno subito un generale aumento, conseguito sia all’incremento del loro valore unitario sia all’estensione delle aree di prestazione ad essi assoggettate. Alla compartecipazione va riconosciuta una **doppia finalità**: il **contributo** finanziario che il singolo dà per la produzione della prestazione; la **deterrenza** rispetto ad un ricorso eccessivo a prestazioni sanitarie da parte del singolo, che fruendone a titolo totalmente gratuito potrebbe essere indotto ad un consumo improprio.

La prima finalità è quella che col tempo è prevalsa, conducendo il sistema a considerare i ticket sanitari come una fonte di prelievo e finanziamento. Tuttavia, il ticket si presenta come una tariffa fissa abbinata a ciascuna prestazione, tale per cui la sua applicazione colpisce indistintamente i singoli a prescindere dal loro reddito e dalla loro capacità contributiva generale. Anche per questa ragione, negli anni è stato creato un sistema di **esenzioni** che si è indirizzato verso la tutela di tre categorie di soggetti: i cittadini senza fonte di reddito o con redditi minimi; i cittadini affetti da patologie croniche ovvero “consumatori abituali” di determinate prestazioni; i cittadini con più di sessantacinque anni, per i quale quel “consumo abituale” è stato in qualche modo presunto e per i quali il limite di reddito è molto più elevato rispetto alla soglia posta per gli under 65.

L’incremento marcato delle tariffe degli ultimi anni ha fatto sì che i ticket iniziassero a pesare significativamente anche sulle **fasce reddituali medie** non comprese nell’area delle esenzioni, arrivando nell’estate del 2011 ad un incremento secco di ciascuna tariffa, tale per cui si è prodotta la

paradossale conseguenza che alcune prestazioni risultino meno costose presso le strutture private rispetto a quelle pubbliche.

Inoltre, il sistema di esenzioni per i pazienti affetti da malattie croniche e per quelli ultrasessantacinquenni ha dato adito ad alcune iniquità laddove ha beneficiato soggetti che per la propria situazione reddituale avrebbero potuto permettersi il pagamento del ticket, deprimendo al contempo la funzione di deterrenza verso consumi sanitari eccessivi.

Tutto questo rende **urgente** e **doverosa** una **riforma dei ticket** che abbia come obiettivo la **riduzione delle iniquità** generate dall'attuale sistema di compartecipazione e di esenzione da questa.

In una parola, anche i ticket devono essere resi **più progressivi** e questo può essere fatto mediante un sistema misto "**franchigia-ticket**" tale per cui tutti i pazienti che debbano accedere ad un certo numero di prestazioni sono obbligati a pagare, nel corso di un anno, fino ad una certa soglia tariffaria, la quale muta a seconda delle condizioni economiche, reddituali e patrimoniali, di ciascuno. Un sistema che, oltre che modulato sulla capacità economica di ciascuno e perciò finalizzato a ridurre le diseguaglianze, è idoneo a **tutelare** anche i pazienti affetti da malattie croniche, i quali restano protetti dal loro consumo elevato (ma necessario) di prestazioni grazie al sistema delle franchigie.

Com'è stato di recente autorevolmente affermato, il sistema sanitario deve chiedere «anche in ragione della loro capacità effettiva di reddito, della loro effettiva capacità economica, ai cittadini che sono in condizioni di dare maggiori contributi di darli». Nel farlo dovrà porsi un'attenzione essenziale a introdurre criteri di effettiva misurazione della capacità contributiva dei singoli, anche mediante la considerazione della loro appartenenza a un **nucleo familiare**: le politiche per la famiglia passano anche da qui, e la rinnovata Isee (indicatore di situazione economica equivalente) trova qui uno dei suoi perni.

L'urgenza di questo intervento dipende anche da una questione particolare: i provvedimenti elaborati dal ministro Tremonti e varati dal governo Berlusconi nell'estate del 2011 non solo hanno provocato l'aumento secco dei ticket, ma hanno congegnato un meccanismo di "tagli lineari differiti" al 2014 per circa due miliardi di euro, tale per cui se non si troveranno le risorse per compensare questi tagli, vi sarà un aumento generalizzato e automatico delle tariffe. Questa situazione rischia di essere insostenibile per i cittadini e la ristrutturazione del sistema ha come obiettivo anche il contrasto a questo nuovo colpo che è stato anzitempo assestato alla tenuta sociale del Paese.

Quello che dobbiamo fare:

- approvare una riforma dei ticket che riporti la compartecipazione alla spesa sanitaria a una maggiore giustizia contributiva e rafforzi l'effetto di dissuasione verso consumi sanitari eccessivi da parte di chi non ne ha bisogno: la riforma è la via necessaria per bloccare gli insostenibili aumenti programmati per il 2014 dal governo Berlusconi-Tremonti e arrivare finalmente a un sistema di finanziamento più equo e più responsabile, che troverà nella rinnovata ed equilibrata Isee uno strumento indispensabile. Uno strumento che contribuirà a ridare centralità alla famiglia nel nostro sistema di *welfare*.

CON L'EUROPA, PIU' SALUTE PER TUTTI

Insieme all'UE protagonisti nelle grandi strategie di protezione e promozione della salute

Come si vedrà oltre, l'approccio dei sistemi sanitari ai bisogni di salute si è negli ultimi decenni gradualmente orientato a strategie differenti da quelle tradizionali di risposta alla malattia, convergendo verso azioni di prevenzione e promozione della salute. Questo cambiamento culturale, che ha ancora molta strada da percorrere per poter esplicitare tutti i propri effetti positivi, è frutto di un'evoluzione della scienza medica e delle politiche di sanità pubblica che ha visto nell'**Unione**

europa un luogo sempre più fecondo per il confronto delle esperienze nazionali, lo scambio e la diffusione di buone pratiche, l'elaborazione di grandi strategie da realizzare nei singoli contesti nazionali.

L'approccio "HiAP" (*Health in All Policies*; **Salute in tutte le politiche**), il programma *Gaining Health* (**Guadagnare salute**), il consolidamento dell'*Evidence Based Medicine* (la medicina basata sulle **evidenze scientifiche**) sono alcuni esempi noti di questo processo di europeizzazione della cultura e della politica sanitaria.

Accanto a quest'azione di convergenza verso strategie comuni, la **partecipazione attiva** dell'Italia all'Unione europea ha altresì rafforzato il sistema di vigilanza sanitaria, intervenendo da un lato sui controlli dei farmaci e dei presidi sanitari e dall'altro sui controlli dei prodotti di consumo e degli alimenti in particolare.

La salute è divenuta con l'integrazione comunitaria e, marcatamente, con l'evoluzione e l'assorbimento delle comunità europee nell'Unione, un bene oggetto di **protezione** nell'ambito delle politiche non sanitarie (commercio internazionale, produzione industriale, tutela ambientale, ecc.). I Paesi membri hanno adottato **standard comuni** e sistemi di sorveglianza raccordati tra loro e con le agenzie europee. Le politiche di sanità pubblica hanno trovato, nella diversità delle scelte istituzionali e organizzative interne a ciascun ordinamento nazionale, obiettivi e percorsi condivisi.

Il **rafforzamento** della **cooperazione europea** è una via maestra per l'innovazione sostanziale del SSN e delle sue azioni di protezione, prevenzione e promozione della salute.

Quello che il governo Monti ha fatto e quello che dobbiamo fare:

- proseguire e aumentare l'impegno dell'Italia come protagonista delle strategie europee di tutela e promozione della salute, anche in vista del 2014, quando, da luglio a dicembre, il nostro Paese ricoprirà la Presidenza di turno del Consiglio dell'Unione europea.

PER UNA NUOVA CULTURA DELLA SALUTE

Riorientare la sanità alla prevenzione e alla promozione della salute: nuove tecnologie, qualità ambientale e stili di vita, azione pubblica e comportamenti individuali

La medicina clinica ha subito negli ultimi decenni un'**evoluzione tecnologica** sconosciuta al passato. La scienza medica, le tecnologie sanitarie e la farmacologia hanno elaborato procedure, strumenti e farmaci in grado di rispondere con sempre maggiore precisione ed efficacia alle malattie e d'altro canto – è essenziale ricordarlo – il SSN ha messo i prodotti di questa rivoluzione tecnica e scientifica a disposizione di tutti, a costi sociali spesso nulli per i singoli e complessivamente contenuti per la collettività. Tale evoluzione si è spinta fino ad un dato parimenti importante: il margine di miglioramento di salute legato all'introduzione di nuove tecnologie è andato gradualmente riducendosi. In altri termini, grazie ai passi avanti del recente passato, oggi a fronte dell'introduzione di nuove tecnologie, che recano con sé un costo molto elevato, il vantaggio in termini di salute è relativamente contenuto: spendere molto in nuove tecnologie aumenta di poco il "guadagno di salute".

Questa acquisizione non deve far pensare che l'investimento in tecnologie sia da diminuire o marginalizzare, perché si tratterebbe di una visione miope e contraria alle dinamiche dell'evoluzione scientifica e tecnica. Si tratta di razionalizzare e rendere **più efficace** la politica degli **acquisti di tecnologie** sanitarie (specie strumentali) e di **investire di più** nella **ricerca** biomedica e biotecnologica, così da concentrare in questa fase l'impiego delle risorse ed arrivare alla fase della diffusione nelle pratiche e della disseminazione sui territori avendo un bagaglio di conoscenze che eviti la duplicazione dei costi e la dispersione di risorse.

Per altro verso, esistono bisogni di salute che rimangono spesso inevasi e margini di miglioramento della salute largamente non sfruttati e che i sistemi sanitari hanno il dovere di praticare e la

possibilità di farlo a costi generalmente contenuti. Sono quei bisogni di salute spesso non manifesti, ma che riservano in sé un elevato potenziale di morbilità se trascurati e la via per soddisfarli è quella della prevenzione e della promozione della salute.

Sotto il profilo della sostenibilità economica del sistema, è stato dimostrato che, atteso l'aumento dell'aspettativa di vita, l'investimento in prevenzione è in grado di spostare in avanti il periodo d'insorgenza delle malattie, garantendo al contempo una migliore qualità della vita delle persone e una riduzione dei costi del sistema sanitario.

In Italia l'intervento in **prevenzione**, nonostante i grandi passi avanti degli ultimi anni – anche grazie ai programmi europei – è tuttavia ancora **insufficiente**, sia rispetto agli obiettivi nazionali sia rispetto alla media dei Paesi OECD comparabili al nostro.

Prevenzione e promozione della salute agiscono su due grandi aree di determinanti della salute: i determinanti ambientali e i determinanti comportamentali.

Rafforzare e rinnovare le **politiche ambientali** è condizione essenziale per guadagnare salute. Si tratta di un passaggio fondamentale non solo per il rapporto coesistente tra ambiente e salute, ma anche per il sistema Paese. La rinnovata attenzione per un nemico silenzioso e letale come l'**amianto**, con il caso emblematico di Casale Monferrato, la ricerca di una soluzione per la dolorosa **emergenza ambientale** ed industriale dell'**Ilva** di Taranto, l'allarme lanciato e per troppo tempo sottovalutato dalla “**terra dei fuochi**” campana sono tasselli di un mosaico complesso, che deve essere ricomposto trovando punti di **equilibrio tra qualità ambientale e salute delle persone**, esigenze della produzione industriale e del lavoro, riconquista di interi territori alla legalità e alle rispettive comunità locali.

La via tracciata in concreto dal governo Monti, per i profili sanitari, si è anzitutto caratterizzata per la volontà di decidere sulla base di una conoscenza ampia e scientificamente fondata dei problemi. In questo senso, il rafforzamento della rete epidemiologica è essenziale per consentire un monitoraggio costante e continuativo, che sia in grado anche di intervenire con un elevato grado di dettaglio nei contesti ove le situazioni di rischio ambientale sono più preoccupanti. In una parola: **conoscere per decidere**. A questo fine, oltre alle competenze tecniche e le capacità organizzative di realizzare i programmi di monitoraggio e di studio, serve la volontà politica di non ignorare le evidenze acquisite decidendo in senso divergente da queste o non decidendo affatto, come purtroppo è spesso accaduto nel passato.

L'attenzione del sistema sanitario deve crescere anche sul versante dei determinanti comportamentali.

L'**educazione sanitaria**, la promozione di stili di vita salubri, il contrasto ai principali fattori di rischio (sedentarietà, abuso di alcolici, fumo, cibi o bevande ipercaloriche, iponutritive, iperprocessate, ad alto contenuto di sale o di zuccheri, ecc.) non rappresentano politiche pubbliche di uno Stato etico. Quando i costituenti incaricarono la Repubblica di tutelare la salute nella sua doppia dimensione di diritto individuale e di interesse della collettività, nel quadro di una solidarietà tra consociati che si comprende appieno avendo riguardo alla dimensione relazionale della persona, fecero questa scelta anche sulla base di una considerazione di profondo buon senso: un Paese in salute è un Paese che cresce e si sviluppa sia economicamente sia culturalmente, che sa creare un benessere diffuso.

La Repubblica ha il dovere di **segnalare** ai cittadini dove risiedono i fattori di rischio, spesso nascosti dalle abitudini o da un'informazione pubblicitaria non sempre corretta, rendendo più consapevole e meno facile l'accesso ai beni o alle attività ove si concentrano tali fattori. Così come ha il dovere di **promuovere comportamenti salutari**, senza alcuna limitazione della libertà di autodeterminazione, ma anzi consentendo un'autodeterminazione più informata, agevolando la realizzazione di tali comportamenti e rimuovendo gli ostacoli che nei contesti di vita e lavoro si frappongono tra la volontà di adottare stili corretti e la concreta possibilità di farlo.

In quest'ottica, le politiche di prevenzione e promozione della salute devono trovare una combinazione virtuosa tra regole e atteggiamenti culturali, tale per cui le prime favoriscano i secondi e questi divengano la miglior garanzia del rispetto delle prime.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- con il decreto "Salute e sviluppo" sono stati fatti passi in avanti significativi per la promozione di stili di vita salutari: è stato introdotto il divieto di vendita di tutti i prodotti del tabacco e di bevande alcoliche ai minori di 18 anni e sono previste sanzioni più pesanti agli esercenti trasgressori; è stato innalzato dal 12 al 20% il limite minimo di contenuto di succo naturale nelle bevande analcoliche a base di agrumi;
- grande impegno è stato profuso nelle campagne di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari, in particolare verso i più piccoli;
- la questione amianto, dal problema delle bonifiche a quello della cura e della ricerca nel campo delle malattie asbesto-correlate, è stata finalmente riconosciuta come una vera e propria emergenza nazionale. Sono state individuate risorse concrete, avviate strategie internazionali di ricerca e cura che vedono l'Italia capofila e si è tenuta dopo tredici anni la Conferenza nazionale sull'amianto, che ha visto la partecipazione delle istituzioni nazionali e locali, del mondo scientifico, delle realtà sindacali e delle associazioni delle vittime, e che ha gettato le basi per la realizzazione del Piano nazionale sull'amianto;
- sono stati pubblicati gli aggiornamenti dei dati di ricerca epidemiologica sull'area circostante all'Ilva di Taranto: l'impegno del Ministero della Salute per un "Piano Salute per Taranto" ha portato al recepimento, nella nuova Autorizzazione integrata ambientale concessa all'azienda siderurgica, di vincoli più stringenti non soltanto sul versante ambientale ma anche sanitario;
- è stata raccolta la denuncia dei cittadini dell'area campana tristemente conosciuta come "Terra dei fuochi", colpita dal fenomeno criminale dei roghi illegali di rifiuti, ed è stato avviato un nuovo percorso comune per approfondire le indagini epidemiologiche e per fornire risposte sanitarie più appropriate alle esigenze del territorio.

Quello che dobbiamo fare:

- creare una funzione specifica a livello centrale di monitoraggio e coordinamento delle situazioni nazionali più critiche, onde elaborare modelli omogenei di intervento sui territori;
- proseguire senza esitazioni il lavoro di promozione di una rinnovata cultura della sanità, incentrata sulla prevenzione primaria e sulla strategia della "salute in tutte le politiche";
- continuare a lavorare per conciliare tutela della salute, difesa dell'ambiente e lavoro e sviluppo, ponendosi in ascolto dei problemi dei cittadini e fornendo risposte precise in termini ai bisogni sanitari specifici dei territori che vivono situazioni di emergenza;

PER UNA SANITA' ARTICOLATA E DIFFUSA

Una relazione più equilibrata ed efficace tra le reti ospedaliere e le reti territoriali

L'ospedale rappresenta il luogo simbolo della sanità. Ha costituito, storicamente, il luogo ove si sono sviluppate le prime forme organizzate di cura, il punto di riferimento per la soddisfazione dei bisogni di salute, il centro di imputazione e combinazione delle risorse umane e strumentali necessarie a supportare il complessificarsi delle attività sanitarie.

Tuttavia, questa centralità "naturale" dell'**ospedale**, la cui presenza quale **presidio** sanitario continua ad essere nella percezione comune il segno principale o esclusivo dell'esistenza di servizi sanitari sul territorio, non risponde più ad una visione matura, sostenibile e sicura della sanità.

I sistemi sanitari devono offrire servizi appropriati ai diversi bisogni di salute e soltanto alcuni di questi sono adeguatamente soddisfatti mediante l'accesso alle cure ospedaliere. Gli ospedali devono concentrarsi sulla **fase acuta** delle malattie, laddove la vasta area della prevenzione e delle cure primarie, nonché quella della lungodegenza e dell'assistenza alla cronicità devono fare riferimento

ad una **rete di servizi territoriali** da potenziare e raffinare. Le prestazioni extraospedaliere, infatti, si mostrano più appropriate nei due sensi del concetto: sono più efficaci nella risposta al bisogno di salute e consumano meno risorse umane, strumentali e finanziarie. La ristrutturazione dei percorsi terapeutici verso la deospedalizzazione e la territorializzazione produce più salute razionalizzando l'uso delle risorse. Tuttavia, essa costituisce un'operazione impegnativa e complicata, ragione per cui, nonostante lo ripeta da anni, la transizione è ancora in corso e richiederà tempo ed energie per essere compiuta.

Non si tratta di tagliare le prestazioni ospedaliere perché costano di più di quelle territoriali. Ogni operazione unidirezionale, una volta esaurito l'effetto – pur innegabile – di costringere alla compressione degli sprechi e delle inapproprietezze, rischia di riproporre il problema sotto altra forma. La rimodulazione e il dimagrimento della rete ospedaliera non funziona se ad essi non corrispondono il **ripensamento** e il **rafforzamento dei servizi territoriali**. Se non si crea una risposta alternativa all'ospedale, la domanda di salute finirà sempre per rivolgersi a questo e se questo non vi è più rimarrà semplicemente inevasa.

In quest'ottica, il cambiamento deve riguardare contestualmente la rete ospedaliera e quella territoriale. Senza trascurare quella dell'emergenza.

Gli ospedali devono porsi in *rete* nel senso che, all'interno di ambiti territoriali più o meno vasti, i presidi devono distinguersi per complessità delle cure erogate ed essere posti in collegamento tra loro in modo che sia la rete nel suo complesso a fornire tutte le prestazioni necessarie a garantire i livelli di assistenza relativi all'acuzie. Il cittadino deve sapere che entro un certo ambito territoriale potrà fruire di servizi ospedalieri adeguati alla sua domanda di cure e non che in ciascun ospedale egli si recherà potrà trovare tutto ciò gli serve. La salute dei cittadini è tutelata ad un maggior livello di sicurezza quanto più le strutture sanno specializzarsi nei diversi settori delle cure e ciò avviene soltanto se le prestazioni a più elevata complessità si concentrano in strutture dotate della risorse professionali e materiali idonee.

I servizi territoriali devono essere **ricostruiti** – o, in certi contesti regionali, costruiti *ex novo* – per fornire una risposta alla fase pre-acuta delle malattie (assistenza primaria) e a quella post-acuta (riabilitazione, lungodegenza per i malati cronici). Tuttavia anche la medicina territoriale ha bisogno di forme organizzative intorno alle quali costruire la rete e vanno in questo senso le iniziative nazionali e regionali indirizzate all'espansione della **medicina di gruppo**, all'**assistenza domiciliare multiprofessionale**, alla **diagnostica diffusa**. Una rete che deve avere nel distretto il centro di imputazione di tali servizi e deve interfacciarsi con quella ospedaliera e dell'emergenza, oltre che con l'area dell'**integrazione socio-sanitaria** rivolta, in special modo alle non autosufficienze.

Questo cambiamento non può funzionare se non trova la comprensione e la collaborazione dei professionisti e dei cittadini. Gli operatori devono essere consapevoli che la ristrutturazione dei servizi, che con sé reca anche la revisione dei modelli di organizzazione del lavoro, è orientata ad una risposta più efficace ai bisogni di salute ed ha l'effetto di valorizzare le professionalità specifiche. Le comunità e i singoli cittadini devono comprendere che la riconversione delle piccole strutture ospedaliere non impoverisce i servizi ma corrisponde ad una loro trasformazione, verso maggiore appropriatezza e sicurezza delle cure. Le regioni e le aziende sanitarie non possono gestire questa transizione se non in modo equilibrato e bidirezionale, secondo un rapporto di necessaria compensazione e interazione tra ospedale e territorio.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- nel decreto "Salute e sviluppo" è contenuta la riforma delle cure primarie: nasceranno le "Aggregazioni funzionali territoriali" (AFT), forme organizzative monoprofessionali, e le "Unità complesse di cure primarie" (UCCP), aggregazioni multiprofessionali. Saranno le Regioni a organizzarle, con l'obiettivo di erogare le prestazioni assistenziali coordinando i medici, gli infermieri e tutte le altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Le UCCP si costituiranno in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al

pubblico 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, compresi i giorni prefestivi e festivi, e saranno in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. I medici dovranno aderire obbligatoriamente alle nuove forme organizzative e anche al Sistema informativo sanitario nazionale, in modo tale da integrarsi con i sistemi, in implementazione, della tessera sanitaria e della ricetta elettronica, Inoltre è stato istituito il ruolo unico per i medici di medicina generale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali;

- con il decreto sulla “spending review” è stato fissato un indice di 3,7 posti letto ogni mille abitanti, di cui lo 0,7 per mille necessariamente vincolato a servizi di post-acuzie. Con la proposta di riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera ci sarà una riduzione complessiva dei posti letto, operata attraverso l’accorpamento dei reparti-doppione e la riconversione delle strutture, ma ci saranno oltre settemila posti letto per riabilitazione e lungodegenza in più, per rispondere in maniera più appropriata ai bisogni di salute dei pazienti e delle famiglie che li hanno in carico.

Quello che dobbiamo fare:

- attuare, insieme alle Regioni, la riforma delle cure primarie, per arrivare a una sua applicazione corretta e concreta sul territorio, senza ripensamenti. In questo senso sarà inoltre necessario incidere sui percorsi formativi, in modo da dare più attenzione alla medicina e all’infermieristica territoriale, e favorire percorsi di maggiore integrazione socio-sanitaria a sostegno delle famiglie.

MAI PIU’ SOLI

L’attenzione alle fragilità: in difesa dei più deboli, contro ogni diseguaglianza

Il godimento di livelli di protezione della salute differenziati è tra le **disparità** più **dolorose**, tra le diseguaglianze più odiose della società. Si tratta di un concetto risuonato più volte in Assemblea costituente nei giorni della scrittura dell’articolo 32 della Costituzione. Quando tali disparità non dipendono tanto dalla cattiva organizzazione dei servizi, ma dall’oggettiva maggior debolezza del titolare del bisogno di salute, allora gli sforzi per ridurre queste disparità devono essere incrementati.

Esistono situazioni di **fragilità** legate a condizioni oggettive di salute, di vita, di socialità: la disabilità fisica e psichica, la minore età, la vecchiaia, l’isolamento sociale e familiare, le malattie rare, le dipendenze. In questi casi, i bisogni sanitari e sociali si intrecciano, gli uni determinano gli altri, le risposte sono interdipendenti. Sono queste sovrapposizioni e interconnessioni a fondare l’esistenza della cosiddetta **integrazione socio-sanitaria**.

Se il sistema sanitario vuole porsi al servizio della **dignità della persona** umana e della **giustizia sociale**, esso deve apprestare risposte speciali per queste situazioni, anche mediante maggiori **risorse** dedicate.

Lo sforzo fatto per il ripristino dei **fondi per le non autosufficienze** (che erano stati completamente azzerati dal governo Berlusconi) deve essere sostenuto e proseguito verso il consolidamento e l’espansione delle risorse destinate ai **servizi socio-sanitari e sociali**, i quali devono poter contare su provviste non occasionali o volatili, com’è spesso accaduto nel recente passato. È questa una priorità sulla quale far confluire le risorse risparmiate grazie alla revisione della spesa.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- il governo Monti ha ripristinato il fondo per le non autosufficienze, destinandovi con la legge di stabilità 2013 la somma di 315 milioni di euro; nel riparto del Fondo sanitario nazionale sono stati reperiti altri 240 milioni, di cui 20 per i malati di Sla e 20 per l’assistenza ai pazienti affetti da demenza;

- sul fronte per la lotta alle dipendenze, con il decreto “Salute e sviluppo” è stato raggiunto un obiettivo storico: per la prima volta è stata messa a punto un’azione di contrasto alle ludopatie. Il gioco d’azzardo patologico è stato inserito nei Livelli essenziali di assistenza. Sono state varate

nuove norme per disciplinare la pubblicità dei giochi, specialmente a difesa dei minori, è per controllare il gioco online;

- sempre attraverso l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, sono state introdotte nei Lea, a invarianza di spesa complessiva, 110 malattie rare: un segnale concreto di attenzione e tutela dei bisogni di pazienti troppo spesso trascurati dalle istituzioni e dalla ricerca.

Quello che dobbiamo fare:

- potenziare l'assistenza alle persone non autosufficienti, destinando loro nuove risorse stabili e individuando nuovi modelli a sostegno delle famiglie;

- giungere finalmente a una riforma dell'assistenza psichiatrica, attesa oramai da troppi anni, e adesso più che mai necessaria, anche in forza della legge che ha permesso finalmente di avviare a conclusione la vergognosa esistenza degli ospedali psichiatrici giudiziari.

“PRODURRE” SALUTE

Professioni e formazione. Innovazione, ricerca e tecnologie. Due dimensioni da far incontrare.

Le **persone** e le loro **competenze** sono il primo e più importante **fattore produttivo** per una organizzazione che voglia “produrre salute”. Il complemento indispensabile alla competenza professionale è la **tecnologia**, frutto dell'**innovazione**. Competenze professionali e tecnologia generano valore, se combinate attraverso **modelli organizzativi appropriati** e possono realmente rappresentare un volano per la crescita e lo **sviluppo del sistema salute** e di tutto il Paese.

Per questo il tema della **formazione** e della sua migliore modalità di gestione deve rimanere, a pieno titolo, ai primi posti nell'agenda del dibattito istituzionale, accademico e politico.

In sanità questo risulta ancora più vero ed urgente poiché il mondo della salute, per definizione, è un sistema complesso dove il rapido perfezionarsi e migliorarsi della conoscenza, il veloce ricambio tecnologico, la multi-professionalità e l'ultra-specializzazione pongono continuamente richieste ed esigenze nuove.

Il SSN svolge, oltre e insieme alle sue funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, anche quelle di **didattica** e di **ricerca**, per le quali interagisce con il sistema universitario. Anche questa dimensione deve essere interessata da quel costante processo di trasformazione e aggiornamento richiesto da sistemi complessi come quello sanitario. I percorsi di formazione devono rispondere ai fabbisogni manifestati dell'evolversi dei profili professionali, senza trascurare l'impatto sulla funzione di assistenza. La sanità universitaria, cui il sistema affida il fondamentale compito di formare in aula e sul campo le professionalità essenziali per l'azione di tutela della salute, può contribuire al cambiamento orientando i propri contenuti formativi e i propri modelli organizzativi agli indirizzi di politica sanitaria generale, ponendosi anzi come avanguardia d'eccellenza nel sistema.

Il sistema dell'educazione continua in medicina, dal canto suo, deve elevare la propria reattività rispetto ai fabbisogni formativi delle professioni sanitarie, interagendo con tutti i soggetti che a vario titolo generano le innovazioni cui il personale va costantemente aggiornato.

I percorsi formativi relativi alle diverse professioni devono rispondere all'esigenza di trasformazione ed evoluzione dei profili professionali medesimi e in questo senso le recenti intese siglate in Conferenza Stato-regioni su infermieri, tecnici di radiologia e fisioterapisti rappresentano l'inizio di un percorso su cui procedere convintamente.

La **ricerca sanitaria** rappresenta uno strumento indispensabile e formidabile per ottimizzare gli investimenti non solo in termini di salute, ma anche di sostenibilità economica: coniuga, cioè, lo sviluppo e la crescita culturale e sociale. La ricerca è fondamentale perché permette contemporaneamente alle persone di vivere meglio e ai sistemi sanitari di risparmiare risorse e migliorare nel contempo l'assistenza ospedaliera e territoriale. Un governo che ignora questo

principio è un governo miope, incapace di progetti di lungo respiro per un futuro che cammina sulle gambe delle scelte del presente.

Le **parole-chiave** intorno alle quali costruire una rinnovata stagione di protagonismo della ricerca sanitaria nelle politiche del nostro Paese sono due: **trasparenza** e **rete**.

La trasparenza è l'unica via d'uscita dalle logiche del clan, delle baronie, del "ti mando io". In concreto, significa valutare i ricercatori e i progetti sul merito, senza condizionamenti esterni, significa anche risparmio e buone pratiche, significa far uscire anche dalla ricerca la cattiva politica. E infine trasparenza significa prevedere procedure meno frammentate, meno inadeguate, confrontabili tra loro.

Ma non basta. Occorre fare rete, più e meglio di quanto già non avvenga. Un esempio virtuoso è la rete dei nostri Irccs, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dove si sviluppa la ricerca collegata al Servizio sanitario nazionale, secondo il principio che si fa una migliore assistenza là dove il ricercatore affianca il medico, anzi quando il medico si fa lui stesso ricercatore. Alla rete della ricerca il governo Monti ha dedicato un **piano triennale** di grande respiro, con un finanziamento di oltre 300 milioni e importanti innovazioni in favore dei giovani ricercatori sotto i 40 anni impegnati nella ricerca finalizzata. Denaro pubblico non speso, ma investito, e investito bene. Dobbiamo continuare su questa strada.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- abbiamo messo a disposizione della ricerca sanitaria oltre 300 milioni di euro, di cui 177 per la ricerca corrente. Per la ricerca finalizzata è stato emesso un bando per 136 milioni, di cui 56 per ricercatori con meno di 40 anni. E' stata prevista anche una quota per il salario dei giovani ricercatori per i tre anni di durata della ricerca. Sono stati stanziati 10 milioni per i progetti di ricercatori italiani all'estero, 5 per progetti che coinvolgono l'industria che dovrà finanziare per il 50% progetti che potrebbero avere sviluppo produttivo. Infine sono stati previsti 22 milioni di euro per programmi di rete, dalla ricerca pre-clinica agli studi di sostenibilità economica, per dare risposte concreta a molte patologie che hanno un rilevante impatti sui cittadini e sul Servizio sanitario nazionale, come ad esempio l'Alzheimer.

Quello che dobbiamo fare:

- definire standard ospedalieri uguali per tutti è stato molto importante, nei prossimi mesi occorre ancora di più fare propria e attuare la nozione cardine di integrazione: tra sanità universitaria e sanità ospedaliera, tra le professioni sanitarie (mediche e non mediche), tenendo insieme il rispetto delle specificità di ciascuna con quello della pari dignità e importanza rispetto al funzionamento dell'insieme.

SANITA' E SVILUPPO CAMMINANO INSIEME

Ridefinire i rapporti tra interessi economici e politica sanitaria: favorire una corretta cooperazione tra pubblico e privato, stimolare la concorrenza, neutralizzare le rendite di posizione, contrastare i conflitti d'interesse

Considerando il numero di persone che, direttamente o indirettamente, lavorano nel settore e ricordando che in ogni Regione i servizi erogati a tutela della salute rappresentano oltre il 70% del bilancio annuale, si può affermare convintamente che la **sanità** rappresenta un **asset strategico** del nostro Paese. Il sistema sanità è un importante **datore di lavoro** e un grande proprietario di **infrastrutture**, nel contempo costruttore e consumatore. È anche uno dei principali **propulsori** della **ricerca** e dell'**innovazione**, e un fattore di **competizione internazionale** per le persone, le idee e i prodotti.

La sanità non deve essere percepita come una voce di costo. Essa offre molteplici occasioni per gli operatori economici di alcuni settori chiave per lo sviluppo dell'**occupazione** e della **ricchezza**, come l'edilizia, l'industria biomedicale e farmaceutica o l'industria dei servizi alle aziende sanitarie e alle persone, comprendendo altresì i servizi alla persona resi dal settore no profit e la cooperazione sociale.

Per alcuni di questi è auspicabile anche un rafforzamento della collaborazione tra pubblico e privato: è il caso in particolare dell'**edilizia sanitaria**, dove i modelli e le tecniche del **project financing** e del **partenariato pubblico-privato** (PPP) devono trovare uno sviluppo più convinto e convincente, secondo un rapporto di reciproche aperture, con obiettivi comuni e meccanismi di garanzia e controllo che soddisfino entrambe le parti.

Il sistema sanitario ha poi il dovere di stimolare la **concorrenza** nei settori ai quali si rivolge per l'acquisizione di beni e servizi, elevando il grado di **trasparenza** delle procedure e neutralizzando le rendite di posizione. Queste ultime hanno l'effetto di conservare costi alti per il sistema e la collettività senza che essi corrispondano all'effettivo beneficio acquisito, oltre che a frenare la ricerca e l'innovazione dei processi e dei prodotti. La politica adottata a favore della diffusione del farmaco generico procede in questa limpida direzione di produzione di benefici per la collettività e promozione di un rinnovamento delle strategie dell'**industria farmaceutica**.

Proprio in questo comparto, così come nella biotecnologia applicata e nello sviluppo dei *medical devices*, l'Italia vanta realtà ed esperienze di **assoluta eccellenza**. L'azione di governo dovrà continuare a garantire la sostenibilità del settore, spingendo sull'innovazione e sulla ricerca, che possono rappresentare l'avvio di un circolo virtuoso che vede la brevettazione di nuovi prodotti, lo svolgimento della ricerca di base e la traslazione di questa nella ricerca clinica. Le norme contenute nel decreto "Salute e sviluppo" in materia di farmaci e **innovatività terapeutica** possono essere il punto di partenza di questo percorso. Occorre arrivare a un'alleanza capace di **bilanciare** il legittimo intento dell'industria farmaceutica di valorizzare gli investimenti in ricerca con la responsabilità della sostenibilità del sistema sanitario e la tutela dei cittadini-consumatori.

Naturalmente, innovazione e sviluppo non possono prescindere da una lotta serrata ai **conflitti d'interesse**, che devono essere individuati, contrastati e governati. Nel caso della libera professione medica, trasparenza, informazione, regolazione e controllo devono rappresentare la garanzia di un rapporto onesto tra il SSN e gli ottimi professionisti che in esso operano, servendolo con le proprie competenze e traendone occasioni di crescita professionale.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- nel decreto "Salute e sviluppo" sono state individuate misure per attrarre capitali privati nei lavori di ristrutturazione e di adeguamento o di realizzazione di strutture ospedaliere, attraverso il ricorso ai contratti di partenariato pubblico-privato e alla finanza di progetto. Si potrà prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambio di destinazione d'uso;
- è stato deciso l'aggiornamento della normativa antincendio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche, valida anche per le private. I lavori di ristrutturazione o di costruzione di strutture ospedaliere dovranno prevedere anche interventi di risparmio energetico o l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, nonché interventi di ecosostenibilità, come quelli mirati al risparmio dell'acqua;
- sono state varate numerose norme di semplificazione in materia di produzione, autorizzazione, e distribuzione dei medicinali ad innovatività terapeutica, ed è stato dato il via libera alle sperimentazioni, nelle Regioni, dei sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri;

- è stato introdotto l'obbligo, per il medico che cura un paziente per la prima volta in caso di patologia cronica o per un nuovo episodio di patologia non cronica, di indicare nella ricetta il principio attivo del medicinale, in modo da incentivare la cultura del farmaco equivalente.

Quello che dobbiamo fare:

- completare il programma di riqualificazione strutturale della sanità avviato con la legge Donat-Cattin n. 67 del 1988 (il celebre art. 20), svincolando le risorse già programmate e consentendo alle regioni di completare i relativi programmi, attentamente monitorati per evitare sprechi e duplicazioni;
- aumentare i controlli per il contrasto ai conflitti d'interesse, continuando a introdurre meccanismi di trasparenza che rendano sempre più difficile approfittare della sanità, bene comune, per i propri vantaggi personali.

UN NUOVO PATTO TRA MEDICO E PAZIENTE

Fiducia e informazione, salute e sicurezza: contro la medicina difensiva, per il governo del rischio

Il rapporto medico-paziente rappresenta il nucleo duro del rapporto tra il SSN e il cittadino. Esso va rafforzato nelle sue componenti di **trasparenza** e **affidamento**. Il consenso informato deve costituire un fondamento reale per un affidamento consapevole del paziente verso il medico e la struttura sanitaria, non uno strumento progettato per mettere al sicuro da timori e diffidenze reciproche.

La professione medica e le altre professioni sanitarie devono svolgersi nel clima di maggior serenità possibile. Le regole introdotte nell'autunno scorso relativamente alla **responsabilità professionale** e al suo necessario rapporto con standard conoscibili e valutabili (le **linee guida** accreditate) vanno nella direzione di rendere contestualmente più serena e monitorabile l'attività sanitaria, contribuendo a disinnescare le cause principali della **medicina difensiva**. La sicurezza dei pazienti è direttamente proporzionale alla protezione degli operatori dai rischi dell'errore, che va organizzata sia mediante un ricorso più razionale e raffinato allo **strumento assicurativo** – risponde a questa esigenza il nuovo fondo assicurativo previsto dalla recente normativa e che deve trovare rapida attuazione – sia mediante lo sviluppo di un sistema e di tecniche di **gestione del rischio** (*risk management*) più efficaci, anche grazie ad un loro maggior peso specifico nelle scelte di organizzazione e gestione dei servizi.

Anche la **comunicazione** deve essere corretta: bisogna essere consapevoli che il tasso reale di errori sanitari è complessivamente basso e che esistono numerose procedure di controllo degli atti sanitari.

Quello che il governo Monti ha fatto:

- con l'approvazione del decreto "Salute e sviluppo" il professionista sanitario che si attiene a linee guida e a buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale risponde dei danni solo in caso di dolo o colpa grave;
- per alcune categorie a rischio professionale è stato fissato l'obbligo di copertura assicurativa con un fondo ad hoc finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici;

Quello che dobbiamo fare:

- rendere obbligatoria e assicurare l'istituzione effettiva delle unità di risk management, degli osservatori regionali dei contenziosi in stretto rapporto con l'osservatorio nazionale per il monitoraggio del rischio clinico;
- implementare il percorso di revisione delle regole di responsabilità professionale ricercando le soluzioni tecniche che, senza sottrarre strumenti di tutela ai cittadini vittime di errori sanitari,

riconoscano la peculiare funzione sociale della professione medica e delle altre professioni sanitarie; quando tali professioni siano esercitate secondo buone pratiche riconosciute dalla comunità scientifica, la responsabilità deve essere attentamente valutata e filtrata anche tramite organismi di conciliazione, e deve avere oneri sostenibili per i professionisti. L'onere della prova, relativamente alla colpa, al nesso di causalità e al danno effettivamente sofferto, in tali casi potrebbe essere a carico del querelante. La collettività deve comprendere che l'atto medico ha una intrinseca finalità benefica nei confronti del paziente e che alcuni atti in particolare presentano un coefficiente di rischio molto alto. Rispetto a questi ultimi, è una necessità del sistema avere professionisti disposti ad affrontare tale rischio e nei loro confronti un rafforzamento delle garanzie è doveroso. Ma proprio per la funzione sociale dell'attività sanitaria, tutti gli interventi di riforma devono trovare la comprensione e l'accordo non soltanto dei professionisti interessati, ma anche dei cittadini destinatari ultimi di quelle garanzie.

IL SERVIZIO SANITARIO E' OGGI SOSTENIBILE: SOSTENIAMOLO INSIEME

Fiducia e impegno: la miglior cura per la salute del Paese

Se il SSN è un bene comune ed una conquista di civiltà esso merita un ritorno della fiducia nella sua sostenibilità per il futuro. Non si tratta di affidarsi a sogni o speranze, bensì a dati oggettivi.

La **sostenibilità** del sistema non è una parola magica da usare quando fa comodo. I sistemi sanitari non crollano, in ultima analisi, per problemi economici, ma sostanzialmente per mancanza di fiducia. Se si continua a ragionare in modo improprio e generico sulla sostenibilità del SSN si rischia di minare la fiducia complessiva dell'opinione pubblica sull'idea stessa di un sistema sanitario nazionale, così come è stato concepito dai costituenti e dal legislatore.

I problemi relativi alla sostenibilità sono assai difficili da valutare e quindi occorre cautela per non fare di cose complesse questioni semplici che si possono risolvere con ricette facili.

La cautela va utilizzata sia guardando al passato sia osservando il presente del SSN. Negli ultimi dieci anni la spesa sanitaria complessiva è aumentata anno su anno dell'1%. E se fino al 2005 le regioni producevano disavanzi da quell'anno i disavanzi si sono ridotti in maniera assai consistente e oggi ammontano in totale a circa a 1,8 miliardi di euro, cioè a poco più dell'1 per cento della spesa sanitaria complessiva. Questo è l'indicatore più formidabile per comprendere la carenza di base reale delle denunce di crisi imminente di sostenibilità del SSN, confortando anzi sulla capacità di controllo del sistema nel suo complesso. Può stupire, ma è la realtà.

L'**allarme** circa un presunto imminente crollo del SSN è dunque **ingiustificato** proprio alla luce dei dati economici e opportunamente il presidente Monti, qualche mese fa, ha sollevato senza toni allarmistici il problema della sua sostenibilità non per l'oggi o per l'immediato domani, ma per gli anni futuri (secondo una linea di attenzione che accomuna i principali Paesi sviluppati e le loro istituzioni di ricerca), invitando a valorizzare il cambiamento organizzativo e a migliorare il sistema di finanziamento.

L'impegno deve essere allora quello ad un **aggiornamento** e ad una **manutenzione costante**, ad un'**innovazione** continua, ad una **razionalizzazione** e messa a fattor comune delle risorse. Il cambiamento deve riguardare tanto le tecniche e i processi di lavoro, tanto i modelli e i sistemi organizzativi, quanto la cultura sanitaria collettiva e la rappresentazione diffusa del SSN.

In poche parole: guardare la realtà e scegliere di avere fiducia nel futuro di un bene comune.