

Anno XIV numero 39 - 2015  
Trimestrale dell'Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

# monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

# 39

## **LA GOVERNANCE DELLA SANITÀ**

Un numero speciale dedicato al governo  
del sistema salute attraverso  
il racconto dei protagonisti

## **LO SCENARIO**

Beatrice Lorenzin nell'editoriale  
delinea il quadro della situazione  
odierna del Ssn

## **LE ESPERIENZE**

I contributi di Mariapia Garavaglia  
Rosy Bindi Umberto Veronesi  
Girolamo Sirchia Francesco Storace  
Livia Turco Ferruccio Fazio Renato Balduzzi



In copertina: particolare del bassorilievo situato all'ingresso della sede del Ministero della salute in Lungotevere Ripa, Roma

# SOMMARIO

## **3** EDITORIALE

di **Beatrice Lorenzin**

Il Ministro della salute fa il punto sugli obiettivi raggiunti per garantire la sostenibilità del Ssn e disegna la sanità che verrà

## **8** LA "RIFORMA DELLA RIFORMA"

di **Mariapia Garavaglia**

Il tema dell'aziendalizzazione e l'individuazione dei compiti e degli obiettivi di Agenas istituita durante il suo Dicastero

## **12** BUONA SANITÀ E LEGALITÀ PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Intervista a **Rosy Bindi**

La corruzione in sanità e l'iter della riforma, la 229/99, che si proponeva di rafforzare l'autonomia delle Regioni, in una visione unitaria di sistema, e di dare nuova centralità alla tutela della salute

## **16** UNA VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DEGLI ANNI DA MINISTRO DELLA SALUTE

di **Umberto Veronesi**

La prevenzione, da attuarsi attraverso l'educazione e la diagnosi precoce, focalizzando i punti cardine della sanità: l'equità e l'indipendenza del sistema dalla politica

## **20** IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE VA MIGLIORATO

di **Girolamo Sirchia**

Una riflessione sugli aspetti necessari per il cambiamento: gestione dei Lea e consolidamento della medicina territoriale

## **26** DALLA REGIONE AL MINISTERO: LE DUE FACCE DELLA SANITÀ

di **Francesco Storace**

Un anno speso per contenere le liste d'attesa, incrementare la ricerca, bloccare il prezzo dei farmaci e governare i timori per l'esplosione del fenomeno dell'influenza aviaria

## **32** PER UN "NEW DEAL" DELLA SALUTE: MORALITÀ ED EQUITÀ INNANZITUTTO

di **Livia Turco**

Le tappe per innovare il sistema sanitario e ricreare fiducia nei cittadini, attraverso una governance impostata sulla piena collaborazione tra tutti gli attori della sanità

## **38** LA GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO: UNA SFIDA INELUDIBILE

di **Ferruccio Fazio**

Una governance tesa a creare un sistema di valutazione nazionale, in grado di monitorare l'efficacia e l'efficienza delle strutture sanitarie e migliorare qualità e sicurezza delle prestazioni

## **44** SANITÀ E SVILUPPO DEL PAESE: UN BINOMIO INSCINDIBILE

Intervista a **Renato Balduzzi**

La necessità del cambiamento continuo del sistema, le tematiche contenute nel Decreto che porta il suo nome e l'analisi del ruolo delle Regioni nella sanità



**Elementi di analisi  
e osservazione  
del sistema salute**

Anno XIV Numero 39 • 2015

**Proprietario ed Editore**  
Agenas – Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari regionali

**Direttore editoriale**  
Francesco Bevere

**Direttore responsabile**  
Chiara Micali Baratelli

**Editing**  
Daniela Morigi

Via Piemonte, 60 – 00187 Roma  
tel. 06 55122 290 /294  
email [monitor@agenas.it](mailto:monitor@agenas.it)  
[www.agenas.it](http://www.agenas.it)

**Editing e grafica**  
Pierrestampa  
Viale di Villa Grazioli, 5  
00198 Roma

**Stampa**  
Cecom  
Bracigliano (Sa)

Registrazione  
presso il Tribunale di Roma  
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare  
nel mese di dicembre 2015



Codice ISSN 2282-5975



*L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.*

*Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.*

*Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.*

**L'Agenzia oggi | Presidente** Giuseppe Zuccatelli

**Direttore generale** Francesco Bevere

**Consiglio di amministrazione** Alessandro Cosimi, Stefano De Lillo, Domenico Mantoan

**Collegio dei revisori dei conti** Francesco Ai (Presidente), Nicola Begini, Andrea Urbani

**Le attività dell'Agenzia |** Monitoraggio della spesa sanitaria e dei Lea

- Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento
- Innovazione, sperimentazione e sviluppo, Hta • Supporto alle Regioni in Piano di rientro e riqualificazione • Educazione continua in medicina

**[www.agenas.it](http://www.agenas.it)** | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di



*Beatrice Lorenzin*

Restituire agli occhi delle persone comuni il prestigio della scienza italiana, minato dal caso Stamina; garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale a fronte dell'invecchiamento della popolazione e la inevitabile diminuzione della spesa pubblica; combattere sprechi e corruzione; rilanciare la ricerca, il suo sviluppo, il comparto industriale legato al mondo della salute; garantire ai pazienti i nuovi farmaci salvavita; restituire merito al lavoro di medici, infermieri, tutto il personale della sanità. Questi gli obiettivi di Beatrice Lorenzin, Ministro della salute dal 2013

**C**on il caso Stamina ho dovuto fare i conti immediatamente, al mio ingresso al Ministero. Non è stato semplice dovere fare fronte all'ondata emotiva che ha accompagnato in Tv e nelle piazze italiane la più grande bufala degli ultimi anni, venduta come metodo salvavita e spacciata in Parlamento come diritto alla libertà di cura. Ho dovuto difendere in tutto l'Occidente la credibilità della nostra scienza, messa in crisi da ciò che scienza non era e, in Italia, combattere contro chi ha approfittato della fragilità di persone malate e delle loro famiglie con l'intenzione di mettere in

piedi un business da un miliardo di euro. Un lavoro lungo, faticoso, per tanti aspetti umani anche doloroso, ha infine portato tutto il Parlamento nella giusta direzione, i produttori del "non metodo" a processo, e la Corte Costituzionale ad affermare la supremazia della ricerca scientifica sulla stessa discrezionalità del Parlamento.

Nel 2015 il Sistema sanitario nazionale è stato finanziato con 111 miliardi, pari al 6,69% del Pil. Il nostro è tra i sistemi meno costosi di tutto l'Occidente e, secondo ogni classifica indipendente, rimane quello italiano un servizio tra i primi nel mondo per qualità.

“ Con il caso Stamina ho difeso  
la credibilità della nostra scienza,  
messa in crisi  
da ciò che scienza non era ”



In tempi di crisi economica era necessario riformare il sistema sanitario dalle sue fondamenta. Per questo l'impegno massimo è stato profuso portando all'approvazione del Patto per la salute, lo strumento condiviso con le Regioni per razionalizzare la spesa e iniziare un lavoro che dia uniformità alla qualità delle prestazioni offerte su tutto il territorio nazionale, innalzando il livello medio. Era necessario costruire un modello che consentisse alle nostre eccellenze di proseguire lungo un percorso di virtù, diventando modello per tutti. Spingere al miglioramento chi è rimasto indietro, attenuando le discrepanze presenti nel nostro Servizio sanitario denunciate anche dall'Ocse, che ha evidenziato le fortissime differenze regionali e infraregionali.

Siamo arrivati alla considerazione che la riforma del Titolo V è fallita nel suo complesso, un dato reso evidente dai commissariamenti in atto in metà delle Regioni. Un risultato negativo, questo, attribuibile alle inutili duplicazioni di competenze, degli asset nazionali e delle funzioni regionali, oltre a una evidente disomogeneità umana e amministrativa tra Regione e Regione. La definizione dell'assetto istituzionale è fondamentale per poi progettare e realizzare, in modo organico e coerente, ruoli, strutture e competenze professionali degli attori che tale assetto dovranno implementare. E così abbiamo cominciato realizzando una grande trasformazione interna al Ministero della salute, promuovendo la riforma degli enti nazionali vigilati: Aifa, Agenas, Iss. Compito essenziale del Ministero della salute e degli organismi centrali è costruire un sistema di regole che stimoli

il miglioramento continuo dei Ssr e riduca le inaccettabili differenze in termini di accesso e qualità dei servizi erogati. Il Ddl stabilità 2016 introduce alcune novità molto importanti che cercano di superare il meccanismo dei tagli lineari, dei tetti ai "fattori produttivi", e recupera la necessità che le organizzazioni sanitarie pubbliche vengano valutate non solo sui costi, ma sul valore del prodotto/servizio erogato (ricavi) rapportato alle risorse utilizzate (costi), nonché sulla qualità delle prestazioni. Era da anni che, a livello nazionale, non si parlava di ricavi delle Asp e della necessità di un ripensamento profondo dei processi clinici e organizzativi per migliorare il prodotto, ridurre gli sprechi, in una parola qualificare la spesa.

È solo l'inizio di un percorso, che sicuramente non sarà privo di ostacoli ma che si ritiene ineludibile, proprio a salvaguardia del Ssn e dei Ssr.

Ci siamo trovati nella condizione di dovere rilanciare sul grande fronte della prevenzione con un Piano nazionale dedicato, che affrontasse tutti i grandi temi legati alla tutela della salute del cittadino. Penso in particolare al nuovo Piano vaccini, alla promozione degli stili di vita, a partire dalla corretta alimentazione, che consideriamo la nostra prima medicina. Abbiamo fornito contributi diversi per favorire l'adesione ai programmi di screening e definito un Piano nazionale della cronicità prestando particolare attenzione alle demenze. Nell'ambito della salute della donna abbiamo realizzato un Piano nazionale della fertilità mentre è stato necessario rilanciare una forte campagna per la prevenzione dell'infezione da Hiv e Aids, che ancora colpisce molte persone, molti giovani.

Nel frattempo siamo riusciti ad aggiornare le tabelle dei Livelli essenziali di assistenza, bloccate da oltre un decennio, eliminando voci inutili e introducendo nuove patologie le cui cure saranno adesso a carico del Ssn. Siamo riusciti a farlo finalizzando un fondo pari a 800 milioni di euro l'anno della quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard. Non solo, per impedire che abbia a ripetersi un'altra parentesi ultradecennale, abbiamo introdotto con norma un meccanismo che assicuri il continuo e celere adeguamento delle prestazioni garantite dal Ssn ai mutevoli bisogni dei cittadini, all'evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche e allo sviluppo delle tecnologie, nel rispetto del principio di appropriatezza. Per eseguire le procedure di aggiornamento è stata istituita presso il Ministero della salute un'apposita Commissione, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn, composta dal Direttore generale della Programmazione sanitaria del Mi-

nistero e da 15 qualificati esperti, designati dal Ministro della salute, dall'Iss, da Agenas, da Aifa, dal Ministero dell'economia e delle finanze e dalla Conferenza Stato-Regioni. La Commissione potrà avvalersi di rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle Società scientifiche e delle Federazioni dei medici e di esperti competenti nelle materie trattate e ogni anno dovrà formulare una proposta di aggiornamento dei Lea.

Prestazioni sempre più efficaci, per tutti, vuol dire ricercare all'interno del sistema la maggiore appropriatezza, eliminando gli sprechi. Che ci sono. Quello dell'appropriatezza è un capitolo importantissimo, già previsto dall'art. 1 (comma 7) della 502/92, e che non può vedere fronti contrapposti tra il livello istituzionale e il mondo professionale. Va recuperata una piena alleanza nel perseguire con tenacia e intelligenza l'unica strada possibile per un'efficace razionalizzazione dei servizi. E dopo l'appropriatezza c'è da affrontare la sfida che porti al miglioramento dell'organizzazione.



**“ La lotta alla corruzione in sanità non deve ammettere timidezza e zone grigie. È la battaglia che vogliamo condurre ”**

**“ Prestazioni sempre più efficaci,  
per tutti, vuol dire ricercare  
nel sistema la maggiore  
appropriatezza,  
eliminando gli sprechi ”**

La lotta agli sprechi, e quella alla corruzione, presente in sanità come purtroppo negli altri settori della vita del Paese, non deve ammettere timidezza e zone grigie. È la battaglia che vogliamo condurre. Lo abbiamo fatto introducendo una svolta epocale nella nomina dei manager, che allontana gli appetiti della brutta politica e favorisce il merito e la qualità. Abbiamo istituito un Albo nazionale dei manager in sanità, al quale si accede per concorso. È da quella graduatoria che bisognerà attingere, chi procede alle nomine dovrà selezionare tra chi ha superato le prove di abilità e dovrà fissare gli obiettivi dei manager, chiamati a produrre buona sanità, che vuol dire offerta di servizi di qualità mantenendo i conti in regola. Chi sbaglia decade e rimane fuori dalla graduatoria. Per rafforzare questo principio abbiamo inserito nell'ultima legge di stabilità misure finalizzate al risanamento degli enti del Servizio sanitario nazionale che presentino una situazione di disequilibrio economico o un non adeguato livello di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza. In tali casi, è previsto l'obbligo, per l'ente interessato, di presentare alla Regione, e conseguentemente di attuare, un apposito piano di rientro aziendale, di durata non superiore al triennio. Si tratta di una logica diametralmente opposta a quella dei "tagli lineari", facendo leva su interventi mirati, in grado di raggiungere con interventi correttivi solo gli enti che presentino effettivamente inefficienze e cattive gestioni, e garantendo che i risparmi conseguentemente ottenuti restino nel settore della sanità, migliorando la qualità complessiva.



Percorriamo la strada della razionalizzazione della spesa, abbattendo i rischi di malaffare, con le Centrali uniche d'acquisto. Abbiamo stipulato con l'Anac e con Agenas un Piano nazionale anticorruzione, che spinga alle buone pratiche amministrative, che sia di impulso ai comportamenti corretti di gestione, anche in materia di lista d'attesa. Ma sarà con la digitalizzazione e la pubblicazione di tutti i dati che vinceremo la battaglia della trasparenza. Mettere in rete la sanità italiana, capace finalmente di parlare un unico linguaggio informatico, è il nostro prossimo obiettivo, oggi alla portata grazie alla positiva introduzione dell'anagrafe sanitaria e della ricetta elettronica. Sarà quello a riportare nel sistema tutte le risorse oggi sprecate tra le maglie dell'inefficienza e della corruzione. Con un mantra: reinvestire ogni centesimo risparmiato in sanità, per offrire contratti migliori agli operatori, nuova tecnologia, edilizia sanitaria, ricerca, cura del paziente.



“ L'aziendalizzazione deve essere  
intesa come una sintesi di domanda  
e offerta, mediata  
da una programmazione rigorosa ”

# LA “RIFORMA DELLA RIFORMA”

**Mariapia Garavaglia**, Ministro della sanità dal 1993 al 1994, pone l'accento sul tema dell'aziendalizzazione e sull'individuazione dei compiti e degli obiettivi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), istituita durante il suo Dicastero

Il Governo durò solo un anno, ma furono moltissimi i provvedimenti approvati in materia sanitaria, con l'intenzione di dare attuazione alla cosiddetta “riforma della riforma” scaturita dal decreto legislativo 502/1992. Agli inizi del governo Ciampi dovvemmo affrontare una forte opposizione delle Regioni a quel decreto, perché ritenuto troppo centralista (si noti che non era stato ancora modificato il Titolo V della Costituzione). Come Ministro pro tempore mi dedicai a rivedere quelle norme - con il decreto legislativo 517/1993 - dedicando particolare attenzione alle competenze che le Regioni rivendicavano, avendo interposto molti ricorsi alla Corte Costituzionale. Già allora era evidente il rischio che una regionalizzazione eccessiva del sistema sanitario avrebbe comportato una divaricazione nelle scelte organizzative delle diverse Regioni, creando condizioni di reale ingiustizia tra i cittadini. E altre critiche vennero a pioggia in seguito all'approvazione del D.lgs. 517/1993. La più comune riguardava la natura del Ssn: è un servizio, veniva sostenuto, e non una questione economica, non si può monetizzare la salute. Tuttavia, già allora ero convinta che fosse finita l'epoca in cui la sanità doveva garantire tutto a tutti. La vecchia riforma, quella del '78, non andava più

bene: era giunta l'epoca in cui la spesa sanitaria doveva stabilire delle priorità, fare scelte di politica sanitaria precise.

Le idee su cui si fondava la riforma sanitaria, ovvero il principio del finanziamento a base fiscale e la volontà politica di offrire un servizio universalistico e solidaristico si erano, infatti, infrante sul deficit del Fondo sanitario nazionale, che si registrò subito, fin dai primi anni di attuazione della legge 833. Poiché la domanda era - ed è - inarrestabile, sarebbe stata indispensabile una tempestiva azione di programmazione, ma il primo Piano sanitario nazionale arrivò, appunto, solo nel 1993, 15 anni dopo la riforma.

È comunque vero che la gestione politica della sanità rendeva impopolare ogni misura di razionalizzazione, ma è poi risultata impopolare anche la carenza di nuovi servizi e il mantenimento di strutture e attività antieconomiche. Vorrei porre l'accento soprattutto sulla questione dell'**aziendalizzazione** che, per me, doveva e deve essere intesa come una sintesi di domanda e offerta, mediata da una programmazione rigorosa, funzionale ai risultati di salute da raggiungere e non ai pareggi di bilancio. Ma l'aziendalizzazione, intesa come metodo, sarebbe comunque rimasta solo un'aspirazione, senza strumenti programmatori e di misurazione.

Da questo punto di vista il sistema dei Drg avrebbe dovuto assolvere a questa funzione poiché la sua applicazione spostava l'attenzione sul paziente come destinatario di tutte le procedure. Così l'abusata, e spesso trasgredita, affermazione "il malato al centro", diventava, in sintesi, "al paziente tutto quanto serve senza sprechi". Quindi, aziendalizzazione intesa come sintesi di domanda e offerta, mediata da una programmazione rigorosa. L'azienda deve saper coniugare investimenti, previsioni e risultati attesi: questo era l'obiettivo principale della "riforma della riforma".

I due Decreti legislativi in questione miravano a rendere compatibili l'offerta di prestazioni sanitarie con il finanziamento pubblico. Il 517/1993, in particolare, prendeva in considerazione la logica della "misurazione" dell'offerta, attraverso il Piano sanitario nazionale, l'applicazione dei Drg e il finanziamento delle Regioni per quota capitaria.

La salvaguardia del Servizio sanitario nazionale universalistico si esprimeva con la scelta dell'equità nell'accesso e con il risparmio della spesa, o, almeno, con la riduzione degli sprechi, intendendo con essi, ad esempio, la duplicazione delle prestazioni e la gratuità dei farmaci non essenziali. Inoltre, l'accreditamento avrebbe dovuto salvaguardare anche il diritto all'iniziativa privata di partecipare all'offerta di servizi, purché essi corrispondessero a criteri definiti e controllati dal pubblico.

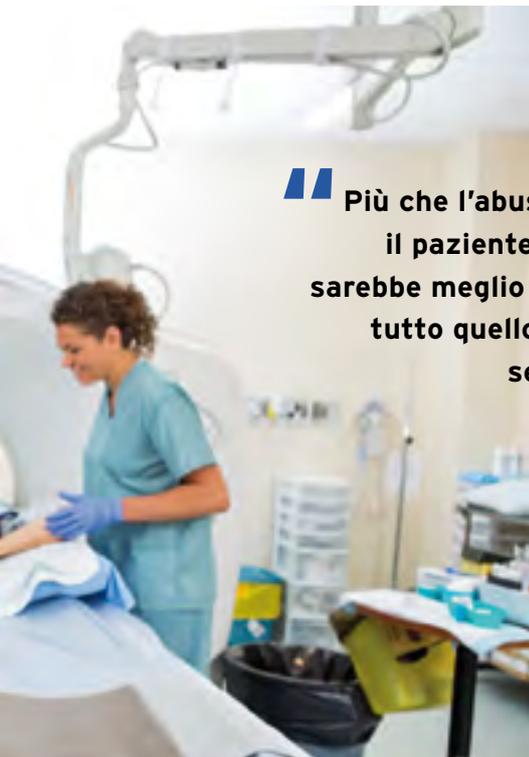


#### **AGENAS: UNA SCOMMESSA REALIZZATA?**

In questa prospettiva politico-culturale si ritenne opportuna l'istituzione di un'agenzia nazionale che potesse fungere da collegamento e supporto tra il livello centrale e quello regionale. L'occasione era offerta dall'esigenza di riorganizzare il Ministero della sanità, secondo il decreto 266 del 30 giugno 1993, che all'art. 5 prevedeva l'istituzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. In linea con quanto indicato nel 517/1993, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali avrebbe dovuto monitorare le attività delle Regioni per costruire una banca dati permanente sulla qualità delle prestazioni e i relativi costi.

Il decreto istitutivo dell'Agenzia (233 del 22 febbraio 1994) indicava l'esigenza di effettuare rilevazioni, studi e controlli sull'acquisizione di beni e servizi di largo consumo (farmaci, presidi di uso ospedaliero, apparecchiature e strumenti di alta tecnologia).

Ovviamente, quest'attività avrebbe dovuto portare l'Agenzia ad essere lo stru-



**“ Più che l’abusata affermazione  
il paziente al centro,  
sarebbe meglio dire al paziente  
tutto quello che serve,  
senza sprechi ”**

mento principale per il governo della qualità dei servizi e dei loro costi sull’intero territorio nazionale (già allora un auspicio non facile da realizzare!). Possiamo affermare che in questi 20 anni di vita l’Agenas ha compiuto un percorso in linea con le motivazioni iniziali e con la volontà politica espressa dal Governo Ciampi?

Non ritengo opportuno dare un giudizio storico sugli eventi; mi permetto solo di osservare che la mancata applicazione delle linee istitutive dell’Agenzia ha sottratto al Servizio sanitario nazionale uno strumento operativo di grande utilità concreta. Ancora oggi stiamo discutendo di appropriatezza, di disparità qualitativa e quantitativa dei servizi nelle singole Regioni, di costi non omogenei e non controllati. Inoltre, all’Agenzia sarebbe spettato il compito di promuovere innovazioni organizzativo-gestionali e di controllarne i risultati, in modo da mettere a disposizione delle diverse realtà regionali risposte coerenti coi bisogni di salute dei cittadini nei diversi ambiti.

In conclusione, vorrei permettermi di suggerire che il Governo e il Ministero della salute utilizzino al meglio le potenzialità dell’Agenas, espresse peraltro da competenze di alto livello. Ciò permetterebbe anche alla Conferenza Stato-Regioni di disporre di uno strumento operativo efficace ed efficiente, in modo da poter decidere sulle tematiche più importanti e delicate fondandosi su dati e analisi certi. In questo modo di fatto si creerebbe una tendenza all’armonizzazione dei servizi e della loro qualità, all’allineamento dei costi di produzione, senza interferire con l’autonomia regionale.

L’Agenas deve rappresentare un punto di riferimento tecnico di alta qualità, indiscutibile nelle sue competenze, premessa indispensabile per scelte politiche responsabili. Si è in attesa di una riforma dell’Agenas. Sarebbe imperdonabile, nelle more, e in futuro, non utilizzare l’Agenzia nella sua funzione propria. Si è giunti dopo anni ai costi standard e pensare che dal 1994 era attivo un istituto in grado di suggerire scelte conformi a una attenta spesa sanitaria, tesa non a diminuire i servizi, ma semmai a indurre innovazione e flessibilità organizzativa!

Nel frattempo, fra tagli lineari e spending review, è stato alto il costo delle sperequazioni regionali a carico del cittadino, oltre che della finanza pubblica.

# BUONA SANITÀ E LEGALITÀ PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Rosy Bindi, Ministro della sanità dal 1996 al 2000, nell'intervista di Chiara Micali, interviene sul tema della corruzione in sanità e ripercorre l'iter della riforma, la 229/99, che si proponeva di rafforzare l'autonomia delle Regioni, in una visione unitaria di sistema, e dare nuova centralità alla tutela della salute

**L'**Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha sottoscritto recentemente un Protocollo d'intesa con l'Anac per combattere la corruzione e gli sprechi in sanità. Obiettivo dell'intesa è quello di instaurare un processo virtuoso, di stabilire regole certe, nell'ambito degli acquisti, della rotazione degli incarichi e dei contratti con i privati. Nella sua posizione di Presidente della Commissione antimafia oggi e nella sua esperienza progressiva di Ministro della sanità, come vede il rapporto tra legalità e sanità?

Il Ssn italiano è uno dei più importanti settori della Pubblica Amministrazione e un forte centro di spesa pubblica e privata. È, quindi, tra i più esposti al rischio di attenzione e condizionamento delle organizzazioni criminali. Del resto, l'esperienza ci insegna che dove ci sono soldi e c'è un potere è molto probabile che prima o poi si facciano sentire anche gli appetiti illegali.

È una questione rilevante su cui però non c'è la necessaria consapevolezza; in gioco non c'è solo l'uso corretto delle risorse e l'efficienza del sistema, ma un diritto fondamentale come quello della salute che non può essere insidiato dalla fame di soldi che guida le nuove strategie imprenditoriali delle mafie.

Non si tratta di un fenomeno circoscritto alle regioni del Mezzogiorno, in cui le organizzazioni criminali affondano le loro radici storiche. Sappiamo bene quanto siano oramai diffuse e forti al Nord e, seppure con intensità e modalità diverse, agiscono anche nella sanità delle Regioni centro-settentrionali.

La nostra Commissione, insieme ad Agenas e al Coripe Piemonte, ha svolto un'analisi approfondita di alcune Asl commissariate per infiltrazione mafiosa, individuando i principali fattori di rischio e le aree più esposte ai condizionamenti. Questa ricerca sarà alla base di un'inchiesta a campione sulle Asl di tutta Italia i cui risultati confluiranno in una Relazione che contiamo di presentare al Parlamento.

I clan ottengono molti vantaggi nella sanità, sia pubblica che privata. Non si tratta solo dei guadagni economici assicurati dai contratti per beni e servizi o da appalti per lavori di ristrutturazione, manutenzione o costruzione. C'è anche un vantaggio per così dire *immateriale* ma non meno inquietante, che riguarda la rete di relazioni che le mafie stabiliscono all'interno del mondo sanitario, grazie a medici e funzionari collusi o compiacenti o agli amministratori e ai politici corrotti che assicurano favori di varia natura. Queste relazioni sono in-



**“ Buona sanità e legalità non possono che essere strettamente connesse. Trasparenza e appropriatezza assicurano la qualità e l’equità del servizio sanitario pubblico ”**

dispensabili a costruire il consenso sociale e rafforzare il potere con cui le cosche controllano il territorio. Buona sanità e legalità non possono che essere strettamente legate, proprio nell’interesse di quel diritto che si vuole tutelare. Trasparenza e appropriatezza sono requisiti essenziali per assicurare la qualità e l’equità del servizio sanitario

pubblico ed è urgente attivare nelle singole realtà sanitarie una reale vigilanza contro tutte le forme di opacità, illegalità, corruzione che rappresentano l’autostrada di ogni infiltrazione criminale. Per questo è necessario che la politica svolga il proprio ruolo, libera da ogni condizionamento e guidata solamente dall’obiettivo di tutelare la salute dei cittadini.

**Nel periodo in cui lei ha retto il Dicastero della sanità, quali sono stati, a suo giudizio, i passi più significativi compiuti per quanto attiene alla governance di un sistema complesso quale è quello della sanità nazionale?**

Nella seconda metà degli anni '90 la sanità pubblica ha affrontato una complessa transizione verso un modello caratterizzato da una forte autonomia regionale e la trasformazione delle Usl in Asl, in un contesto di finanza pubblica molto critico. Una fase delicata, in cui era evidente il rischio di compromettere i principi di universalità ed equità e la stessa sostenibilità finanziaria del sistema pubblico. Per i governi dell'Ulivo, in cui ho avuto la responsabilità di Ministro della sanità, l'obiettivo era quello di correggere le contraddizioni dei decreti legislativi 502/517 del '92, che, vincolando i livelli di assistenza alle disponibilità economiche, di fatto subordinavano la tutela della salute alle risorse finanziarie. Con la riforma del '99 abbiamo ricondotto il processo di aziendalizzazione e le nuove responsabilità regionali sui binari della 833, restituendo nuova centralità alla tutela della salute. Con la legge 229/1999 (Riforma Bindi, ndr) il Piano sanitario nazionale, con i Lea, diventa strumento di programmazione funzionale ai reali bisogni di salute, si rilancia la continuità assistenziale tra territorio e ospedale e l'integrazione socio-sanitaria, si riscrivono regole più chiare e stringenti tra pubblico e privato con un nuovo modello di accreditamento, si introduce l'esclusività regolando la libera professione. La riforma ha rafforzato l'autonomia delle Regioni, ma in una visione unitaria del sistema e senza ce-

dere a tentazioni secessioniste, tant'è che il Ssn diventa il complesso delle funzioni e delle attività dei Servizi sanitari regionali che concorrono alla definizione del Psn e alla determinazione del fabbisogno complessivo. Al tempo stesso abbiamo riconosciuto un ruolo anche ai Comuni, sia nella programmazione che nella valutazione dei servizi e dell'operato dei direttori generali. Un modello di governance ispirato al riconoscimento delle reciproche responsabilità: la politica, il management e le tante professionalità che operano nel sistema hanno funzioni distinte e autonome ma non possono essere tra loro scollegate, né una può sostituirsi all'altra.



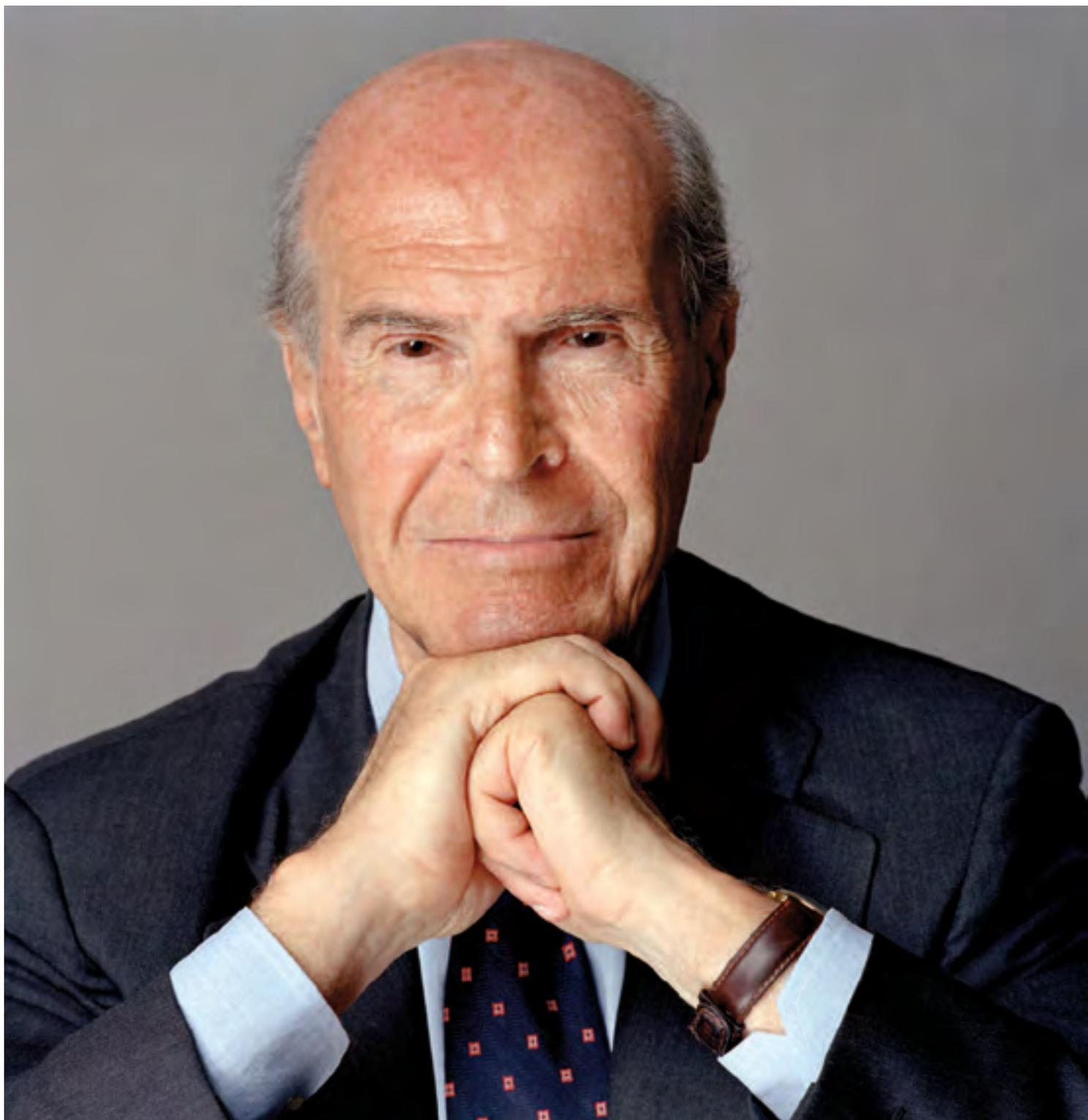


**In ultimo, le chiedo un bilancio retrospettivo: successi conseguiti e criticità incontrate. In altre parole, cosa sarebbe pronta a fare nuovamente e quali azioni, forse, ripeterebbe con modalità diverse?**

Quando si fa una riforma ma poi non si può seguirne l'attuazione, il bilancio è necessariamente parziale. Non sono stata rinnovata nell'incarico di Governo, dopo che era stato siglato il nuovo contratto della dirigenza medica con le risorse necessarie per avviare l'intramoenia, non ho quindi potuto realizzare né monitorare i passaggi di attuazione del D.lgs. 229. La precisazione è doverosa, so benissimo quali sono le scelte che andrebbero aggiornate, ma rifarei tutto, compresa la gestione del caso Di Bella. Mi sono assunta le mie responsabilità, cercando sempre la condivisione dei diversi attori del sistema e con l'obiettivo esclusivo di rafforzare la sanità pubblica e promuovere il diritto alla salute per tutti. Seguendo il filo conduttore legalità/sanità è quanto mai attuale il tema della trasparenza amministrativa, principale

**“ Credo in un modello di governance ispirato al riconoscimento delle reciproche responsabilità: la politica, il management e le tante professionalità che operano nel sistema hanno funzioni autonome, ma non possono essere tra loro scollegate ”**

indice di buona gestione, su cui la riforma del '99 era intervenuta e altrettanto vale per il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture. Il rapporto pubblico privato è un versante delicato, in cui si possono aprire falle nelle quali intervengono interessi opachi o illegali, soprattutto in una fase di scarsità di risorse pubbliche. L'apertura al mercato con il *project financing* e l'esternalizzazione di servizi e prestazioni, presentata sempre più di frequente come la soluzione ottimale per risparmiare risorse, spesso non assicura questo obiettivo e può invece rivelarsi non solo un ottimo affare per i privati ma anche un varco alla corruzione e alle mafie. E ancora, il personale e i professionisti della sanità sono il fronte più importante a garanzia dell'efficienza e appropriatezza del sistema. Per questo la mia riforma aveva introdotto l'esclusività di rapporto, gettato le basi di una collaborazione più virtuosa con l'università e previsto la formazione continua. Ma in realtà queste tre innovazioni hanno avuto un'attuazione che ha tradito le attese e mancato gli obiettivi. Infine, un'ultima considerazione. I modelli organizzativi in sanità non sono mai neutri. L'autonomia che hanno avuto le Regioni ha obiettivamente prodotto una grande varietà normativa, peraltro in continuo cambiamento, che ha di fatto partorito 21 sistemi diversi tra loro, non sempre coerenti con i principi del Ssn. Se vogliamo salvaguardare l'uniformità, l'equità e l'unitarietà del sistema è necessario rilanciare e recuperare il ruolo di orientamento dello Stato che non può rinunciare a dettare le regole generali. Ed è da qui che, forse, bisognerebbe ripartire.



**“ Non solo il nostro Sistema sanitario  
è fra i migliori al mondo  
per efficienza e accesso alle cure,  
ma gli operatori si adoperano  
per mantenere gli standard di qualità  
ai più alti livelli internazionali ”**

# UNA VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DEGLI ANNI DA MINISTRO DELLA SALUTE

**Umberto Veronesi, Ministro della salute dal 2000 al 2001, mette al centro delle sue riflessioni la prevenzione, da attuarsi attraverso l'educazione e la diagnosi precoce, focalizzando i punti cardine della sanità: l'equità e l'indipendenza del sistema dalla politica**

**I** miei quindici mesi al Ministero della sanità nel 2000, nell'ambito del Governo di Giuliano Amato, sono stati un'esperienza globalmente positiva, che ha confermato la validità e la lungimiranza dei principi fondanti del nostro Sistema sanitario nazionale. Non solo il nostro Sistema sanitario è fra i migliori al mondo per efficienza e accesso alle cure, ma le persone che se ne occupano si adoperano per mantenere gli standard di qualità ai più alti livelli internazionali. Va quindi sfatato il mito dell'inefficienza cronica dei Ministeri e degli enti collegati. Personalmente ho trovato all'interno del mio Dicastero un team di funzionari motivati, professionali e competenti, grazie ai quali in poco tempo sono riuscito a realizzare progetti innovativi. In poco più di un anno abbiamo finalizzato: la liberalizzazione dei farmaci antidolore e l'istituzione dell'hospice, l'introduzione dell'educazione medica continua per tutti gli operatori sanitari, il disegno della legge che vieta il fumo nei locali pubblici (approvata dal Governo successivo), il progetto di modernizzazione della rete ospedaliera, purtroppo non ancora messo in opera, e il primo studio, con una commissione specifica, per lo sviluppo del testamento biologico.

Ho avuto anche conferma che i nostri medici sono bravi. Abbiamo figure di eccellenza nella ricerca e nell'assi-

stenza che competono con i migliori al mondo e tutta la classe medica mantiene, in generale, un rapporto umano con il malato e la sua famiglia, che fa da salvaguardia al valore di una medicina che in molti Paesi occidentali è ormai quasi totalmente difensiva, a causa del proliferare delle cause legali. Anche in Italia il fenomeno dell'*invasione giuridica* della medicina sta prendendo piede, ma è ancora arginato, appunto, dalla fiducia e l'empatia che molti dei nostri medici riescono a creare con il malato e i suoi familiari. Certo la cultura della medicina della persona va sviluppata, coltivata e soprattutto istillata nelle nuove generazioni di medici, ma esiste in Italia un buon substrato su cui lavorare.

Tuttavia non posso nascondere che, osservando la nostra sanità da Ministro, ho trovato che molte promesse della riforma sanitaria sono ancora tali dopo più di trent'anni.

La prima promessa mancata è quella della **prevenzione**: tutela della salute significa protezione della persona sana attraverso l'educazione (dunque la promozione di stili di vita corretti ai fini preventivi, quali l'eliminazione di fumo, droghe e alcol, l'adozione di una alimentazione corretta, la promozione della maternità consapevole e così via) e la diagnosi precoce, che impedisce all'eventuale malattia di svilupparsi in forma grave. Purtroppo entrambe le

accezioni di prevenzione sono scarsamente perseguite nel sistema attuale, che ancora pare basarsi sul principio della casse mutue, il sistema assistenziale che l'Ssn ha sostituito, che garantivano il lavoratore (e dunque erano diverse a seconda dei settori lavorativi) e si occupavano dell'assistito esclusivamente in caso di malattia.

L'atteggiamento preventivo contempla un'azione formativa articolata destinata alla popolazione sana, con interventi, ad esempio, nelle scuole o nelle famiglie, attraverso il medico di medicina generale. Niente di tutto ciò è mai stato realizzato e la diffusione della prevenzione è lasciata all'iniziativa delle associazioni di volontariato e alla sensibilità e l'attitudine del singolo medico.

La diagnosi precoce, che potrebbe risparmiare vite, dolore e anche molti costi sanitari e sociali, è altrettanto poco incoraggiata. Nel mio piano di ristrutturazione degli ospedali ho infatti previsto la creazione di una rete di centri diagnostici diffusi capillarmente sul territorio, dove ogni cittadino possa facilmente controllare la propria salute. Penso infatti che, mentre per curarsi bene ognuno è disposto a recarsi nei centri specializzati nella propria malattia, anche se distanti, gli esami di controllo, per essere effettuati con sistematicità, devono essere disponibili sotto casa. Invece oggi fare un check up è ancora un'impresa.

La seconda promessa disattesa è quella dell'**equità** perché il sistema dei ticket, previsto sin dall'inizio come strumento per evitare l'abuso, si sta trasformando in una sorta di tassa sulla malattia: chi

più è malato, e dunque deve eseguire esami e terapie, più paga. Il principio dell'universalità prevedrebbe invece, a mio parere, che, in regime di risorse limitate, paghino di più i cittadini più abbienti, e non i più malati. Da Ministro avevo ottenuto l'abolizione dei ticket sugli esami di prevenzione, per i motivi accennati sopra e per creare comunque un risparmio sulla spesa totale, grazie alla riduzione delle ospedalizzazioni che la prevenzione induce. Ma successivamente sono stati reintrodotti e ancora oggi non esiste una politica di ticket definibile, appunto, equa.

La terza promessa non mantenuta è quella dell'**indipendenza**. Prima di tutto dalla politica: il servizio è pubblico, ma non per questo deve essere politico; anzi, le scelte dei Direttori degli ospedali pubblici non dovrebbero essere dettate dai partiti, che rischiano di nominare appunto un buon politico, invece che un capace manager ospedaliero. In secondo luogo, dalle ideologie e dalle religioni. Esistono ancora posizioni antiscientifiche che impongono freni ideologici al progresso della medicina. L'abbiamo visto di recente, con le discussioni sulle sentenze legate alla legge che vietava la diagnosi preimpianto o la fecondazione eterologa, limitando di fatto l'utilizzo della fecondazione assistita in Italia e alimentando il fenomeno dell'emigrazione procreativa. Oppure nei dibattiti sul fine vita e la vita artificiale, in cui è stato messo in dubbio il principio dell'autodeterminazione della persona. Eppure, **in base alla nostra Costituzione la salute è un diritto**, non un dovere, e, come tale, rientra nella sfera della libertà individuale e si

**“ La diagnosi precoce,  
che potrebbe risparmiare vite, dolore  
e anche molti costi sanitari e sociali,  
è ancora troppo poco incoraggiata ”**

lega ai diritti fondamentali - quali quello di scegliere un lavoro, un domicilio, un compagno o una compagna a cui unirsi e formare o non formare una famiglia - fra cui rientra a pieno titolo quello di accettare o rifiutare una cura. Ritengo inoltre che il sistema sanitario pubblico dovrebbe essere tenuto lontano dalle logiche partitiche e ideologiche, così come da quelle aziendali.

Per esempio, trovo sbagliato aver trasformato gli ospedali in “Aziende ospedaliere”. È una dizione impropria perché l'azienda ha come fine il profitto e come riferimento il mercato, mentre l'ospedale deve avere come fine la salute del malato e come riferimento la scienza. Trovo giusto che si radichi il principio che la sanità vive in regime di risorse pubbliche limitate, come abbiamo già detto, e il singolo medico abbia una coscienza del valore, anche economico, dei suoi atti.

Ma l'ospedale deve rimanere un luogo di servizio al malato, che trova in lui il suo centro e il perno attorno al quale ruota l'organizzazione, e un luogo di ricerca scientifica per dare speranze concrete di guarigione.



Se dunque scienza e tecnologia sono pronte ad allearsi per una sanità sempre più di eccellenza in Italia, per ottenere i risultati auspicati già trent'anni fa, c'è bisogno di una forte evoluzione culturale del Paese.

La sanità del terzo millennio sarà una conquista non solo medico-scientifica, ma anche sociale e sarà realizzata attraverso battaglie di cultura e civiltà.

# IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE VA MIGLIORATO

**Girolamo Sirchia, Ministro della salute dal 2001 al 2005, alla luce della sua esperienza al Dicastero della salute, propone gli aspetti oggi necessari per il cambiamento: gestione dei Livelli essenziali di assistenza e consolidamento della medicina territoriale**

**T**ra le cose che avrei voluto affrontare e portare a termine durante il mio mandato al Ministero della salute, anche alla luce degli sviluppi registrati nei successivi dieci anni, oggi concentrerei i miei sforzi di miglioramento del Servizio sanitario nei seguenti ambiti:

1. la gestione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea);
2. il potenziamento della medicina territoriale attraverso:
  - 2.1. le Case della salute;
  - 2.2. la realizzazione di *walk-in center*.

## LA GESTIONE DEI LEA

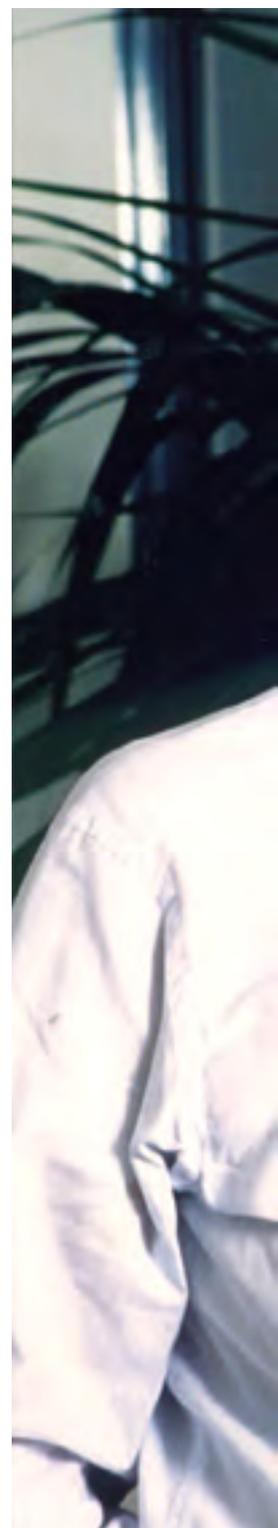
Quando nel 2001 definimmo i Lea ci limitammo a elencarli, ma ben sapevamo che questo era solo un primo passo, cui doveva seguire la definizione di uno standard della quantità, qualità e costo di ogni prestazione sanitaria (e una sua periodica revisione) che ogni Regione avrebbe dovuto assicurare per garantire un Servizio sanitario nazionale uniforme su tutto il territorio nazionale e quindi l'equità del servizio. Oggi non è così e le disparità sono macroscopiche, con liste d'attesa a volte inaccettabili, qualità talora men che soddisfacente e costi a volte elevati. La necessità di definire standard di quan-

**“ Dovrebbero essere sviluppati i walk-in center o Poliambulatori-Guardia medica: in USA e in Inghilterra offrono cure primarie ai cittadini che vi accedono, in alternativa ai medici generalisti ”**

tà, qualità e costo delle singole prestazioni (almeno le più importanti) venne inserita nella legge finanziaria per il 2005, ma la cosa non ha avuto il seguito desiderato.

## LE CASE DELLA SALUTE

La Casa della salute è una struttura territoriale che effettua la presa in carico dei malati cronici e la costruzione e gestione di un piano di cura personalizzato. È importante che l'anziano venga seguito in tutto il suo percorso sanitario e sociale, iniziando dalla preven-





zione proattiva fino alle fasi più avanzate della vita, evitando per quanto possibile il ricovero in ospedale o Rsa. La Casa della salute deve operare in collaborazione stretta con i medici di medicina generale che operano da soli nel loro studio e che mantengono una funzione essenziale. Oggi manca un modello italiano di Case della salute e auspico che il Ministero della salute con le Regioni lo definiscano al più presto, onde evitare che esistano in Italia forme diverse di questo presidio che è, a mio avviso, il più importante passo per il potenziamento delle cure territoriali (si veda anche il blog [www.girolamosirchia.blog](http://www.girolamosirchia.blog)).

#### I WALK-IN CENTER

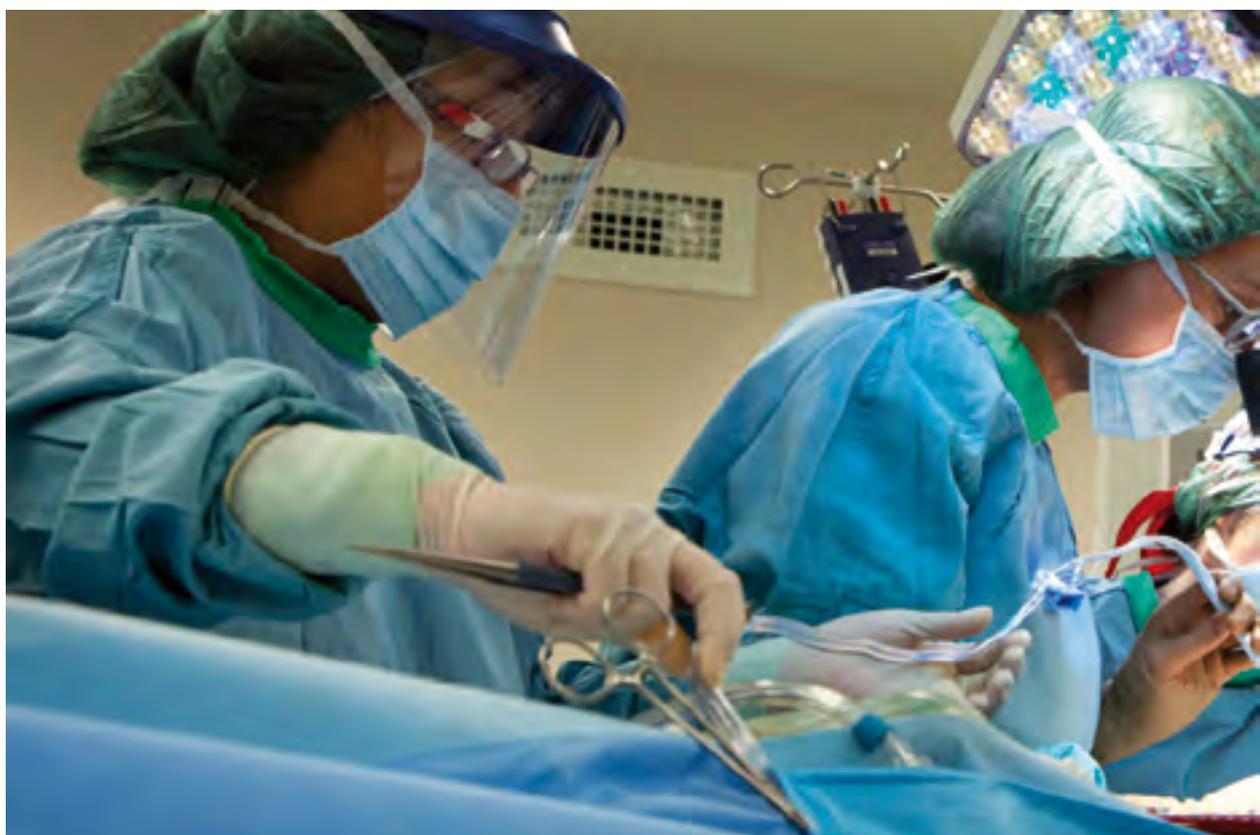
La Regione Lombardia ha realizzato, a titolo sperimentale, uno di questi centri a Milano in occasione dell'Expo 2015; i walk-in center, infatti, si propongono di offrire un servizio di diagnosi e cura per le persone provenienti da altre città, ma anche per i cittadini che desiderano una visita medica quando è loro più comodo e in genere per tutti coloro (medici generalisti o cittadini) che vogliono una *second opinion*. Questa struttura deve disporre in loco o tramite pronta disponibilità di internista (o generalista), chirurgo generale ed eventualmente anestesista e di altri vari servizi specialistici, nonché di laboratorio di ematochimica d'urgenza e bioimmagine con variazioni dettate di volta in volta dalla collocazione del presidio. L'indispensabile presenza di specialisti in questo poliambulatorio-guardia medica comporta la realizzazione di

studi medici dedicati, nonché la disponibilità di strumentazione diagnostica specifica, che per ridurre i costi si dovrebbe utilizzare nell'arco della giornata, non solo per le prestazioni sanitarie urgenti, ma anche per l'assistenza ambulatoriale ordinaria.

Il personale dovrebbe essere in prevalenza dipendente dal Servizio sanitario regionale (Ssr) e derivare dall'accorpamento e riordino della rete ospedaliera (previsto dalla Regione Lombardia). Ciò non toglie che si possa e si debba impiegare anche altro personale operante nel Ssr in base alle necessità, in una logica di multidisciplinarietà e multispecialità. Il poliambulatorio-guardia medica deve essere gestito da un Direttore

di dimostrata capacità ed esperienza manageriale in ambito sanitario, coadiuvato da personale sanitario e amministrativo esperto.

I poliambulatori-guardia medica sono ispirati ai cosiddetti *Darzi walk-in centres* realizzati in Inghilterra, specie a Londra, nel 2008 dall'allora Segretario di Stato per la sanità Lord Ara Darzi, replicati poi con successo negli Usa. Il nostro modello prevede che i poliambulatori-guardia medica siano accessibili a tutti i cittadini previo pagamento, senza esclusioni, di un ticket di 50 euro che copra i maggiori costi di gestione, la formazione continua del personale, le attività di valutazione di qualità, efficacia e costo.



## ALCUNE PROPOSTE PER MIGLIORARE LA NOSTRA SANITÀ

Il Servizio sanitario nazionale ha urgente bisogno di vere riforme, dal momento che esistono vistose insufficienze in termini di quantità, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate e che, pur non essendo eccessivamente costoso, rischia di diventare presto insostenibile sul piano economico. Le principali cause di questa situazione ritengo siano le seguenti:

1. non essendo stati definiti standard di quantità, qualità e costo dei singoli servizi sanitari che le Regioni debbono assicurare uniformemente, esiste una iniqua variabilità fra le varie

aree del Paese per cui alcuni cittadini non hanno accesso a servizi adeguati con conseguenti pericoli per la salute o migrazioni sanitarie con relativi disagi;

2. l'accesso ai servizi è difficile in alcune condizioni con tempi di attesa troppo lunghi e spesso vi è la necessità di ricorrere a erogatori privati o alla cosiddetta libera professione intramoenia che tante perplessità etiche continua a sollevare;

3. l'aggiornamento dei medici è mal strutturato e poco efficace e non è verificabile;

4. gli investimenti in tecnologia innovativa sono mal programmati, assai variabili da zona a zona e spesso non accompagnati da una adeguata preparazione del personale addetto;

5. la gestione di tipo pubblico dei servizi è inefficiente e costosa, come è naturale attendersi quando si insiste ad applicare regole pensate per la Pubblica Amministrazione a organizzazioni che necessitano di gestione imprenditoriale. A ciò si aggiunga l'invadenza della politica nella sanità pubblica che, notoriamente, premia più l'appartenenza partitica che il merito, la qualità e l'efficienza;

6. il Ssn non è disegnato sui bisogni dell'utente ma su altri interessi. Ciò accade per la debolezza dell'utente che si trova nella situazione di avere scelte limitate o assenti. Utenza, peraltro, che spesso approfitta della gratuità dei servizi e ne usa in eccesso e in modo inappropriato.

Le numerose "riforme" attuate dalle Regioni non hanno sortito risultati apprezzabili, in quanto non hanno inciso sulle vere cause della disfunzione.





“ L'aggiornamento dei medici  
è mal strutturato,  
poco efficace  
e non è verificabile ”

Per migliorare davvero sono, a mio avviso, necessarie poche, incisive operazioni.

- I grandi ospedali di riferimento e le strutture territoriali a essi annesse devono essere trasformati in fondazioni di diritto privato e dotati di un piccolo Consiglio di Amministrazione (CdA) costituito da rappresentanti dei benefattori, dei capitali no profit, dei dipendenti, etc. che nomini ed eventualmente rimuova un Direttore generale e un Collegio di direzione capaci di assicurare una gestione imprenditoriale alla struttura e una forte motivazione al personale, avendo piena libertà e autonomia ancorché sottoposte alla programmazione e al controllo del CdA e della Regione.

Il decreto legislativo 288/2003 sul Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aveva lo scopo di trasformarli in fondazioni di diritto privato e di costituire una rete nazionale di strutture di alta qualificazione e di riferimento.

La legge tuttavia è stata affondata prima dalla Commissione sanità della Camera (che pretese di aggiungere al termine fondazione la specifica di natura pubblica) e poi da una sentenza della Corte Costituzionale (n. 270/2005) che stabilì che lo Statuto delle fondazioni in oggetto doveva essere redatto dalle Regioni di appartenenza e non dallo Stato.

- Introdurre il metodo dell'assistenza indiretta: il paziente paga le prestazioni che riceve e viene rimborsato tramite detrazione fiscale. Per i veri indigenti le prestazioni restano gratuite. È noto che l'indiretta riduce di molto le prestazioni inutili o inappropriate e quindi gran parte degli sprechi della sanità. Il passaggio all'assistenza indiretta è una svolta drastica che deve essere attuata in modo progressivo.

- Il Ssn non deve coprire le malattie e gli accidenti che sono causati da attività ludiche o sportive che ogni interessato potrà coprire con assicurazioni private o con polizze aggiuntive del Ssn.

- È urgente attivare un sistema di aggiornamento dei medici basato sul *Continuous professional development*, già previsto nella finanziaria per il 2005 (art. 173, comma d), che prevede che ogni medico gestisca un proprio portfolio della conoscenza e della professionalità e possa documentare a un ente terzo indipendente la sua preparazione professionale, ma anche le sue capacità di relazione con pazienti e colleghi.

Vogliamo rendere il nostro servizio sanitario nazionale equo, efficace e sostenibile? Se la risposta è positiva credo sia necessario procedere con coraggio e competenza a effettuare sostanziali modifiche come quelle che qui ho suggerito o altre di documentata efficacia.



# DALLA REGIONE AL MINISTERO: LE DUE FACCE DELLA SANITÀ

Francesco Storace è stato Ministro della salute dal 2005 al 2006, un anno speso per contenere le liste d'attesa, incrementare la ricerca, bloccare il prezzo dei farmaci e governare i timori per l'esplosione del fenomeno dell'influenza aviaria

**“ Abbiamo operato  
per incrementare i fondi per la ricerca,  
governare le liste d'attesa,  
combattere le paure dei cittadini ”**

**H**o avuto il privilegio di guidare il Ministero della salute all'indomani della conclusione dell'esperienza di Presidente della Regione Lazio.

Ho, quindi, avuto modo di sedere da entrambi i lati della scrivania e combattere le difficili sfide conseguenti.

Da Governatore sono orgoglioso di aver lasciato ai miei successori tre nuovi ospedali aperti: il Sant'Andrea, atteso da un ventennio, il Policlinico di Tor Vergata e l'Ifo San Raffaele. Oltre ad aver ricostruito dalle macerie il Cpo di Ostia, l'istituto per mielolesi gravissimi. Tanti gioielli di altissimo valore scientifico e assistenziale che, ancora oggi, sono dei fari guida nel sistema sanitario laziale. Da Governatore ho dovuto lottare per far comprendere al Ministero quanto fosse importante l'assistenza territo-

riale e che, se vi era una ragione davvero imprescindibile per contrarre debito, era quella di garantire sul territorio un livello di prestazioni sanitarie degno di un Paese come l'Italia.

Da Ministro ho dovuto affrontare altre sfide, altrettanto impegnative.

La prima delle quali appare, paradossalmente, in contrasto con l'idea della spesa: contenere le spese quando queste divengono sprechi, ma continuando a fornire ai cittadini un servizio sanitario efficiente e, soprattutto, uniforme su tutto il territorio nazionale.

Una delle leve su cui sono intervenuto è quella delle farmacie.

Chi mi aveva preceduto qualche anno prima, fra il 1996 e il 2000, tra l'altro quasi in concomitanza con la mia guida della Regione Lazio, aveva operato una scelta forse idealmente giusta, ma nei fatti terribilmente errata. Mi riferisco alla cancellazione dei ticket sulle prescrizioni mediche. Si tratta di uno di quegli esempi in cui una buona intenzione conduce dritti all'inferno. Quella cancellazione, infatti, causò un'impennata delle spese farmaceutiche in ogni Regione. Impennata che ha provocato uno dei più gravi dissesti finanziari dell'ultimo quindicennio e di cui paghiamo ancora lo scotto. Quella cancellazione sembrò quasi dare il via libera a una sorta di *supermercato* dei

farmaci: quasi quasi si entrava in farmacia con il carrello della spesa.

Solo che il costo di quei farmaci finiva per essere sostenuto dalle casse delle Regioni: uno dei rari esempi in cui il prezzo - intendendosi il ticket come un prezzo - costituiva un elemento di equilibrio fra domanda e offerta. Ovviamente, questa *spesa farmaceutica sociale*, cancellando questa sorta di freno economico, finì per squilibrare totalmente i conti delle diverse Regioni italiane.

Al contrario, da Ministro mi preoccupai e mi occupai di modificare questo stato di cose, intervenendo non sul ticket ma sul prezzo di farmaci. Applicare degli sconti (20%) e bloccare per un biennio il prezzo dei farmaci, utilizzare ove possibile i generici invece di quelli di marca coperti da brevetti che ne innalzavano i costi, fu la leva principale per coniugare la necessità di approvvigionarsi di medicine con quella del risparmio. L'obiettivo di questi provvedimenti erano le fasce sociali più disagiate.

Nel periodo in cui ricoprii la carica di Ministro della salute, poco meno di un anno fra la primavera 2005 e la primavera 2006, ebbi ad affrontare l'ultima esplosione del fenomeno influenza aviaria. Come si ricorderà, era circa un decennio che, ciclicamente, nel nostro Paese esplodeva, più mediaticamente che da un punto di vista sanitario, la "pandemia", così la chiamavano, dell'influenza aviaria, di quella malattia derivata dal ceppo H5 del Mediterraneo.

In tutto, nel 2005, si registrarono una quarantina di casi, tutti concentrati nel Nord Italia (Lombardia e Veneto) ma con serie ripercussioni sull'allevamento e, soprattutto, con un forte clamore di stampa. Sembrava quasi che ogni giorno si registrasse un'ecatombe mentre, in realtà, il fenomeno fu di bassa virulenza e bassa intensità e, tuttavia, per fronteggiarlo feci stanziare 5 milioni di euro solo per le prenotazioni dei vaccini in via di sperimentazione, seguendo alla lettera le prescrizioni dell'Organizzazione mondiale della sanità.

**Ho voluto valorizzare la figura del medico (e del pediatra) di famiglia, come l'elemento dal quale partire per offrire cure e assistenza adeguata**



Uno degli elementi di cui sono più orgoglioso e che hanno caratterizzato la mia esperienza di Ministro è quello legato all'incremento, di 100 milioni di euro, dei fondi per la ricerca contro il cancro. Un provvedimento importante che si univa all'istituzione del 5 per mille dell'Irpef e alla detrazione fiscale per le erogazioni liberali che enti e singoli cittadini potevano destinare alla ricerca. All'epoca, ricordo le grandi polemiche del Pd contro l'oncologo Umberto Veronesi che fu colpito da questa mia iniziativa. Disse Veronesi: «Siamo orgogliosi di questo Ministro.

Siamo rimasti colpiti favorevolmente dal Ministro Storace quando, pochi giorni dopo il suo insediamento, ha convocato tutti noi dell'Irccs. Storace ha parlato pochissimo e ascoltato molto, ha ascoltato tutte le nostre lamentele. Ha preso appunti, direi quasi con umiltà, e ha continuato nel suo lavoro stando tra noi, cercando di aiutare chi fa ricerca». E non era il solo. A parte gli elogi pubblici ricevuti da Ciampi, conservo ancora con piacere il telegramma di apprezzamento che mi giunse da Rita Levi Montalcini per quel provvedimento.



Un altro fronte di grande impegno quello della riduzione delle liste d'attesa. Questo è davvero uno dei più sentiti problemi nell'ambito dell'assistenza sanitaria: chiunque, quando sta male, ha diritto a essere curato e pretende, giustamente, di essere curato e in fretta. Fosse pure per un'epistassi.

Il problema, come è noto, è che le liste d'attesa sono sempre più lunghe. Spesso, per cercare di aggirarle, si utilizzano impropriamente i Pronto soccorso, intasandoli di casi importanti ma non gravi. Spesso, purtroppo, il medico di famiglia invece di essere visto come il primo interlocutore cui rivolgersi, viene identificato come un compilatore di ricette mediche e di certificati per il lavoro. Al contrario, il mio impegno fu indirizzato a operare per valorizzare la figura del medico (e del pediatra) di famiglia, come vengono chiamati i "medici di medicina generale", come l'elemento dal quale partire per offrire cure e assistenza adeguata. Insieme a questo elemento, presentando il Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie per il triennio 2006-2008, lanciai il progetto di avere cento prestazioni sanitarie più veloci. La riforma dell'intramoenia, infatti, aveva finito per produrre una sorta di *sanità parallela* per cui le liste d'attesa pubbliche erano infinite, ma il cittadino, pagando di tasca propria, poteva avere lo stesso medico e lo stesso ospedale a disposizione per farsi curare. Tra le prestazioni urgenti da ga-

rantire avevo identificato quattro classi di priorità: quelle da assicurare comunque entro pochi giorni, quelle differibili nel breve periodo, quelle da garantire comunque entro 180 giorni (patologie con dolore, disfunzione o disabilità minimi) e solo per i ricoveri ospedalieri, prestazioni per patologie che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità, rinviabili ma comunque non oltre 12 mesi.

Infine, ricordo quella che ritenevo e ritengo una battaglia di civiltà. Quella a favore del metodo Di Bella. Si trattava di decidere - cosa che già nel Lazio avevo fatto come Governatore - se rimborsare la terapia antitumorale che prende il nome dal suo ideatore, Luigi Di Bella. Per me - e non posso dimenticare una feroce polemica con Rosy Bindi, mio predecessore al Ministero alcuni anni addietro - si trattava di garantire la libertà di scelta. Non si può negare la speranza a chi si trova a combattere una malattia devastante fisicamente, psicologicamente e socialmente come il cancro.

La mia esperienza al Ministero, come detto prima, durò poco meno di un anno. Scelsi, non appena giunse notizia delle questioni giudiziarie legate alle regionali del 2005, di dimettermi dal mio incarico avendo appena intaccato la superficie di questi problemi che avevo affrontato. L'innocenza dalle accuse che mi furono mosse fu riconosciuta ben sette anni dopo dalla magistratura.



# PER UN “NEW DEAL” DELLA SALUTE: MORALITÀ ED EQUITÀ INNANZITUTTO

Livia Turco, Ministro della salute dal 2006 al 2008, ripercorre le tappe per innovare il sistema sanitario e ricreare fiducia nei cittadini, attraverso una governance impostata sulla piena collaborazione tra tutti gli attori della sanità

Il mio mandato come Ministro della salute si è protratto per due anni, interrotto bruscamente dalla caduta del Governo Prodi. Pochi, purtroppo, per vedere i risultati delle tante azioni intraprese, ma sufficienti a mettere in campo una quantità di iniziative, di norme e di veri e propri *cambi di rotta*, orientati a costruire una sanità basata sul *sensu civico* di tutti i protagonisti.

Alcuni principi chiave hanno guidato il mio lavoro: quello della moralità innanzitutto e il fermo proposito di uscire dalla logica delle lottizzazioni, senza demonizzare la politica, ma creando un sistema di regole certe; l'introduzione di norme tese a ricomporre la conflittualità esistente tra sanità pubblica e privata, poiché i due soggetti sono a pieno titolo nel sistema; la ferma intenzione di essere sempre dalla parte del cittadino, per ricreare fiducia nel Ssn; una governance caratterizzata dal *gioco di squadra*, dalla ricerca costante della cooperazione istituzionale con le Regioni, dell'alleanza con gli operatori, i professionisti, le associazioni.

Non a caso uno dei primi atti del Governo è stata l'abrogazione della norma che equiparava i cinque anni da ex parlamentare o ex consigliere regionale ai cinque anni di esperienza manageriale necessari per diventare Direttore ge-

**“ Abbiamo realizzato le prime Case della salute, dove viene garantita quella continuità assistenziale che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino ”**

nerale di Asl: un segnale chiaro per uscire dalla logica della lottizzazione. Altrettanto importante il regolamento degli Irccs, per la prima volta è stato introdotto un nuovo criterio per la nomina dei Direttori scientifici, delegando a una commissione di esperti, anche

internazionali, il compito di prendere le decisioni in merito. Un cambiamento sostanziale per evitare nomine e scelte clientelari, poiché la qualità deve essere il principio ispiratore di ogni procedimento amministrativo e gestionale, oltre che di ogni atto sanitario.



A questo proposito voglio ricordare il disegno di legge in merito agli interventi sulla sicurezza e la qualità delle cure, una battaglia non facile, perché alcuni vedevano nel provvedimento una intromissione forte del Ministero, così come altri *osteggiarono* l'Albo dei Direttori generali, approvato solo ora, ma che avevo proposto già durante il mio incarico.

Il mio impegno è stato indirizzato a ricreare il rapporto di **fiducia** tra cittadini e sistema sanitario. Il cittadino è protagonista del sistema, è il nostro punto di riferimento inderogabile, è una risorsa strutturale del Ssn, non il semplice de-

stinatario di servizi e prestazioni. Ciò significa capire i bisogni di salute della popolazione e soprattutto i **nuovi bisogni** di salute.

Tanti interventi concreti testimoniano questa scelta: il Programma "Guadagnare salute" per promuovere stili di vita salutari, poi i temi etici, la dignità del fine vita, le cure palliative, i provvedimenti per i malati di Sla, le fragilità, la salute delle donne e del bambino, temi su cui diverse e numerose sono state le iniziative prese. Per esempio, siamo stati i primi in Europa a introdurre gratuitamente il vaccino per l'Hpv contro il



cancro alla cervice uterina; abbiamo potenziato i consultori, e ancora, abbiamo promosso le linee di indirizzo per la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza. Su quest'ultima iniziativa ci sono stati dei contrasti all'inizio, non è stato facile, penso all'opposizione di alcune Regioni, ma in seguito molte Regioni hanno adottato autonomamente le linee di indirizzo.

Infine, e questo mi fa particolarmente piacere ricordarlo oggi, abbiamo avviato in modo sperimentale l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) una struttura pubblica di assistenza e ricerca clinica, per le attività di prevenzione, cura e formazione, aperto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, che abbiano problemi di salute, in particolare di natura dermatologica, infettivologica, oculistica, ginecologica, neuropsichiatrica, psicologica, internistica e chirurgica.

Abbiamo poi finalmente regolamentato, dopo quasi dieci anni di proroghe continue e inconcludenti, l'esercizio della libera professione dei medici all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (legge del 2 agosto 2007).

Se faccio un bilancio della mia esperienza nel campo della governance della sanità, mi preme sottolineare che ho voluto, sopra ogni cosa, rilanciare la sanità pubblica, non nell'ottica di *difesa* del sistema, ma di **innovazione** e da questa premessa discendono tutte le scelte strutturali che sono state fatte. In una governance impostata sul gioco di squadra, ogni decisione veniva presa

collegialmente; veniva attuata una politica delle alleanze che coinvolgeva le professioni mediche e sanitarie, gli attori economici, i cittadini attraverso le loro associazioni. Si è cercato di raggiungere un'intesa permanente fra il Ministero della salute e le Regioni, fra il Ministero e gli altri Dicasteri del Governo; era lo stesso Ministro dell'economia, Padoa-Schioppa, che veniva al Ministero della salute a siglare i Patti per la salute, perché era necessario affermare, anche in questi piccoli gesti concreti, il primato dei bisogni di salute sull'economia. Gli stessi Piani di rientro delle Regioni in deficit economico venivano siglati al Ministero, riconoscendo così che quella era la sede propria, poiché in gioco non erano i conti pubblici, ma la salute di tutti.

Ma, oltre al Ministro dell'economia, vorrei ricordare il ruolo svolto da altri membri del Governo, in particolare il Ministro dello sviluppo, presso il cui Ministero per la prima volta si erano costituiti gruppi di lavoro che operavano assiduamente, a sancire il fatto che la sanità è una componente dello sviluppo del Paese. Un Tavolo per il sostegno del settore farmaceutico, dove le aziende avevano voce in capitolo nel determinare una nuova politica del farmaco, all'insegna dell'appropriatezza, della qualità e del rilancio della ricerca. Sempre presso il Ministero dello sviluppo era operativo un Tavolo per la gestione di tre miliardi di euro destinati alla modernizzazione delle strutture sanitarie: per la prima volta risorse dei fondi europei venivano destinate alla sanità, intesa come volano dello sviluppo economico e sociale.

Se tanti sono stati i risultati raggiunti, è stato determinante, senza dubbio, il nuovo clima di collaborazione instaurato con tutti gli *attori* del sistema; basti pensare, ad esempio, al Patto per la salute 2007. Si è trattato del primo Patto per la salute e ha rappresentato la traduzione concreta della governance condivisa fra il Governo e le Regioni. Un accordo importante per le innovazioni in esso contenute: riorganizzazione della medicina territoriale attraverso le Case della salute, aggiornamento dei Lea, attenzione ai nuovi bisogni di salute. Un accordo rilevante anche dal punto di vista economico: il Patto ha portato un aumento di 6 miliardi in due anni - da 17 a 23 - da destinare ai Livelli essenziali di assistenza e alla modernizzazione delle strutture sanitarie.

In particolare, vorrei porre l'accento sulla nascita e le prime realizzazioni delle Case della salute, strutture che hanno consentito di porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria, in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale, garantendo quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio e un'attenzione alle attività di prevenzione, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino. Nella Casa della salute, infatti, lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base con il loro studio associato, gli specialisti ambulatoriali.

In merito ai temi etici, ha prevalso la linea di condotta di non parlare e fare i fatti. Come nel caso della RU486, la pillola per interrompere la gravidanza.

L'Italia era l'unico grande Paese europeo a impedire l'accesso alle donne a questa tecnica abortiva alternativa all'intervento chirurgico. Sotto il mio Dicastero abbiamo finalmente sbloccato la situazione avviando l'iter autorizzativo del farmaco già da anni in uso nella maggior parte dei Paesi della Ue.

**Fatti e non parole** anche le azioni intraprese per le nuove linee guida in applicazione della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita, che cancellavano il divieto pre-impianto ed estendevano il riconoscimento della condizione di sterilità e, di conseguenza, l'accesso alle tecniche alle coppie malate di Aids. Pubblicate in Gazzetta Ufficiale pochi giorni prima che lasciassi il Ministero, erano il frutto di un lavoro rigoroso finalizzato a due precisi obiettivi: la piena e corretta applicazione della legge 40 e la necessità di fornire puntuali indicazioni agli operatori sanitari, alla luce delle nuove risultanze cliniche e del mutato quadro di riferimento giuridico scaturito da ripetuti interventi della magistratura sulle precedenti linee guida.

L'ultimo provvedimento è stato il decreto sulla sanità integrativa voluto, nonostante alcune resistenze, sempre nell'ottica dell'innovazione del sistema. Un decreto che ha rappresentato un passo avanti nel consolidamento della sanità pubblica, intesa come complesso di enti, strutture e organizzazioni che investono sulla promozione della salute. Un provvedimento per rendere il Ssn sempre più moderno e aperto alla partecipazione attiva dei cittadini, con forme di copertura assistenziale innovative, ma sempre improntate alla solidarietà.

“ Il clima di collaborazione ha portato alla sigla del primo Patto per la salute, la traduzione concreta della governance condivisa fra il Governo e le Regioni ”



Rimpianti? Se mi guardo indietro, qualche rammarico inevitabilmente lo provo. Ancora un anno di governo e si sarebbero potuti raggiungere altri risultati, soprattutto in tema di medicina del territorio. Penso, ad esempio, alle Case della salute, che oggi, con nomi diversi, sono state realizzate un po' su tutto il territorio nazionale, a riprova del fatto che costituiscono un valido contributo per l'assistenza territoriale. Se poi domandassi a me stessa cosa non rifarei, o farei diversamente, risponderei (col senno del poi), che stringerei un dialogo ancora più stretto con le Regioni su un tema in particolare, quello che riguarda il rapporto tra politica e sanità. Avrei voluto, ad esempio, avere il tempo di regolare insieme la questione della nomina dei Direttori generali, intro-

durire meccanismi più efficaci per separare la politica dalla sanità.

È proprio questo che considero il maggior risultato del mio mandato, la cifra che ha ispirato tutta la mia azione: la ricerca costante dell'alleanza con le Regioni, con i professionisti, con le associazioni dei malati e delle loro famiglie. Come è stato fatto con successo, per esempio, per l'aggiornamento dei Lea o con il nomenclatore tariffario degli ausili e delle protesi.

Sono sempre stata convinta che il gioco di squadra non dia visibilità, ma sicuramente consente di raggiungere gli obiettivi. I media devono dare notizia dei provvedimenti attuati dal Servizio sanitario nazionale; in poche parole, non deve essere il Ministro ad *andare sui giornali*, ma i risultati e le scelte condivise.

# LA GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO: UNA SFIDA INELUDIBILE

**Ferruccio Fazio è stato Ministro della salute dal 2009 al 2011: una governance tesa a creare un sistema di valutazione nazionale, in grado di monitorare l'efficacia e l'efficienza delle strutture sanitarie e migliorare qualità e sicurezza delle prestazioni**

**A**l momento della mia nomina a Ministro della salute, il 15 dicembre 2009, mi sono trovato ad affrontare una serie di nodi che occorreva sciogliere, con incisività e senso pratico, per attuare una strategia di governo clinico che prevedesse azioni opportune e specifici programmi di intervento per la concreta attuazione di politiche socio-sanitarie e promuovere scelte che fossero in grado di integrare gli aspetti clinico-assistenziali con quelli organizzativo-economico-gestionali.

Sono sempre stato convinto che l'Italia abbia un ottimo sistema sanitario: universale e di buona qualità clinica e assistenziale. È un sistema a governance pubblica e tale mi auguro che rimanga, sostenibilità permettendo. Allo stesso tempo è un meccanismo complesso e in continua evoluzione e quindi necessita di una costante revisione delle sue componenti fondamentali, per adeguarne la struttura ai bisogni di salute dei cittadini e ridisegnare la sanità in previsione di quelli che saranno gli andamenti demografici. Del resto il tema della governance del sistema rappresenta, anche a livello internazionale, una delle priorità per tutti i sistemi sanitari e, al contempo, una delle maggiori sfide da affrontare.

La mia idea di governance è sempre stata quella di riuscire a creare un **sistema di valutazione nazionale**, una necessità che vedevo come irrinunciabile, nell'interesse di tutti gli attori del sistema, gli operatori, gli stakeholder, ma anche, e soprattutto, i cittadini. Ho messo il mio impegno affinché su tutto il territorio nazionale venisse messo a punto un sistema qualitativo e quantitativo relativo all'appropriatezza con adeguati controlli.

**Ho sempre privilegiato le azioni volte a garantire la valutazione della qualità e dell'appropriatezza dei servizi**

Era necessario, infatti, costruire un sistema in grado di monitorare e promuovere l'efficacia e l'efficienza delle strutture; di contribuire al miglioramento continuo di qualità e sicurezza delle prestazioni; di supportare lo sviluppo di politiche atte al perseguimento di questi obiettivi, soprattutto



in quelle Regioni che spesso presentano carenze organizzative e tecniche e, infine, di rendere disponibili ai cittadini informazioni utili per le decisioni che devono prendere in merito alla propria salute.

Per questi motivi, nella mia azione di governo ho privilegiato le azioni volte a garantire la valutazione non solo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi, ma anche a rafforzare la capacità

delle strutture di prevenire il rischio clinico, a garantire l'aderenza alle linee guida clinico-organizzative, a favorire i processi di valutazione delle tecnologie (Hta).

In sintesi, non solo la qualità delle prestazioni in tema di salute, ma anche le modalità attraverso le quali esse vengono erogate, i risultati di *outcome* e con quale soddisfazione degli operatori e dei cittadini.

La seconda priorità, che ha assunto assoluta rilevanza, è stata quella di intervenire sulla procedura adottata nelle Regioni in Piano di rientro, impegnate a individuare e ad approntare le misure necessarie per rientrare dal deficit accumulato nella gestione della sanità, a volte nel corso di anni.

Il mio impegno si è perciò rivolto all'approvazione del Ddl sul rischio clinico e sul governo clinico, alla prevenzione, alla ricerca, alla formazione dei professionisti, al riconoscimento del merito, al federalismo solidale, a garantire i livelli essenziali di assistenza, all'individuazione di protocolli uniformi su tutto il territorio nazionale.

Temi di estrema attualità quali la semplificazione e la modernizzazione delle regole per le sperimentazioni cliniche, per dare rilancio al sistema produttivo in sanità e per stimolare l'interesse dell'industria internazionale per il nostro Paese. Poi procedere con determinazione per il raggiungimento di una sanità in rete, un terreno fertile per sperimentare applicazioni i cui benefici sono riscontrabili in diversi ambiti assistenziali che spaziano dalla prevenzione alla diagnosi, alla cura. Il fascicolo sanitario elettronico da me introdotto è uno strumento, una vera e propria carta d'identità sanitaria che consentirà di migliorare enormemente l'assistenza sanitaria, permetterà di intervenire rapidamente ed efficacemente

in caso di emergenze e farà risparmiare notevoli risorse al sistema sanitario.

Si è trattato di iniziare a rimodulare la rete ospedaliera, il che significa, sia ben chiaro, non chiudere *tout court* gli ospedali, ma riqualificare l'intera offerta, potenziando l'assistenza territoriale, stipulare e rinnovare le convenzioni con i medici di medicina generale, con gli specialisti ambulatoriali, con gli operatori della continuità assistenziale, con la medicina d'urgenza, con il 118, etc. Era, ed è, necessario evolvere definitivamente il nostro sistema da una logica ospedalocentrica, che ha caratterizzato la sanità italiana degli ultimi 50 anni, verso una sanità integrata ospedale-territorio, in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi scenari demografici e ai nuovi bisogni assistenziali che ne derivano.

Gli ostacoli e le criticità non sono mancati. Per esempio, nel processo di realizzazione di una efficace rete integrata di servizi sanitari su tutto il territorio si sono inevitabilmente incontrate opposizioni, date da due fattori in particolare: la storica diffidenza del mondo ospedaliero verso quelle disposizioni che vengono, spesso ed erroneamente, vissute come una potenziale perdita di ruolo. Poi la resistenza al cambiamento da parte dei medici di famiglia, che negli anni passati apparivano molto legati alla loro individualità professionale e quindi poco convinti della validità del-





l'associazionismo. Abbiamo dovuto intraprendere un'azione di cambiamento di mentalità e cultura con una serie di atti che intendevano incidere nella logica del rafforzamento delle competenze territoriali, che sono le uniche che possono decongestionare gli ospedali e consentono, inoltre, di razionalizzare i costi.

Sono sempre stato convinto che, anche prescindendo dai fondi, fosse possibile lavorare per ottenere un cambiamento, vero e percepito come tale dall'opinione pubblica, che punti all'eliminazione dell'inappropriatezza, alla razionalizzazione della spesa e alla riduzione degli sprechi con il conseguente miglioramento dell'efficacia del sistema. Che fosse necessario intervenire rendendo realmente trasparente la governance del sistema sanitario me-

**“ Era, ed è, necessario evolvere definitivamente il nostro sistema da una logica ospedalocentrica verso una sanità integrata ospedale-territorio ”**

dianete i meccanismi di valutazione delle performance già esistenti.

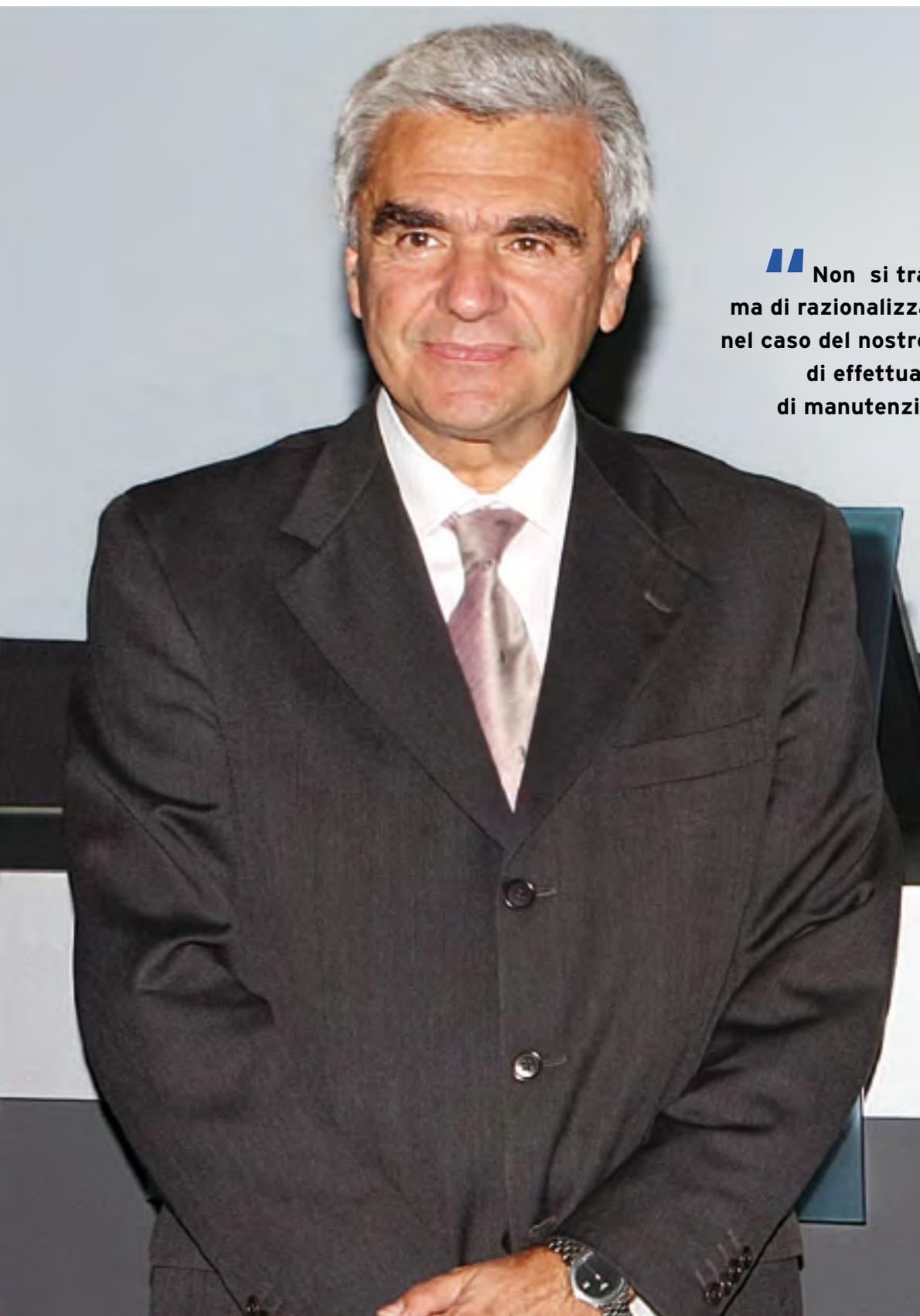
I cittadini devono avere accesso ai dati utili per poter scegliere in modo consapevole dove indirizzare i percorsi di cura e di diagnosi. È quindi necessario rendere pubblici i dati relativi alla produttività, all'appropriatezza, all'efficienza e all'efficacia degli esiti. Si tratta di una modalità di gestione delle informazioni che all'estero esiste da tempo e che è facilmente realizzabile grazie a un portale web. Allo stesso tempo abbiamo sostenuto come fosse necessario pensare a un cambio del metodo di nomina e di valutazione dei vertici ospedalieri e delle Asl, in base anche alle performance, con l'obiettivo di avviare un auspicabile processo di meritocrazia in sanità.

Su questo terreno ho incontrato resistenze e ostacoli, ma l'esperienza accumulata in tanti anni di professione, dal confronto con i sistemi sanitari di altri Paesi, europei e non, dalla partecipazione attiva alla vita delle Aziende ospedaliere, dall'attitudine alla ricerca ma anche al pragmatismo del *problem solving*, mi ha sempre sostenuto e consentito di affrontare, di volta in volta, le singole questioni.

La stessa esperienza maturata in tanti anni di professione ha ispirato la mia

opera di governo perché mai dobbiamo dimenticare che siamo chiamati a risolvere i problemi dei cittadini. Ho dato *battaglia* sulle liste d'attesa con un Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni. Nel Piano si prevedeva l'introduzione di un doppio binario, per distinguere le prestazioni urgenti da quelle erogate con finalità preventive e soprattutto tempi massimi di attesa per garantire ai cittadini 58 prestazioni "critiche" individuate dal Ministero. L'obiettivo era quello di promuovere la capacità del Ssn di intercettare il reale bisogno di salute, ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea.

E come medico, prima ancora che come Ministro, ritengo di aver raggiunto un importante traguardo con le "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (legge 38/2010) perché esse migliorano la qualità della vita dei malati e aiutano le loro famiglie. Nel provvedimento sono contenuti aspetti estremamente innovativi, quali l'istituzione delle reti sia per le cure palliative, sia per la terapia del dolore e il progetto Ospedale-territorio senza dolore, che conta un modello organizzativo integrato nel territorio.



**“ Non si tratta di tagliare,  
ma di razionalizzare, riorganizzare,  
nel caso del nostro sistema sanitario  
di effettuare un’opera  
di manutenzione costante ”**

# SANITÀ E SVILUPPO DEL PAESE: UN BINOMIO INSCINDIBILE

Renato Balduzzi, Ministro della salute dal 2011 al 2013, nell'intervista di Chiara Micali sostiene la necessità del cambiamento continuo del sistema, affronta le tematiche contenute nel Decreto che porta il suo nome e analizza il ruolo delle Regioni nella sanità

**P**residente Balduzzi, il tema della governance del sistema sanitario rappresenta oggi, senza dubbio, una delle maggiori sfide che lo Stato e le Regioni si trovano ad affrontare. Lei ha ribadito più volte la necessità di una *manutenzione* costante del sistema salute, tuttavia sembra che il cambiamento faticosi a decollare. Oggi sono molti i temi sul tappeto: il nuovo Patto per la salute, la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Da ex Ministro, costituzionalista e attualmente membro del Csm, come vede la situazione della nostra sanità?

Il cambiamento è, come dicono in molti, la cifra della modernità, e quindi è chiaro che un sistema complesso come quello sanitario è sempre in cambiamento. Ma quando, come nel caso del nostro Servizio sanitario, possiamo fare riferimento a principi chiari, certi, a una normativa collaudata, allora il cambiamento diventa una modalità ordinaria e, di conseguenza, la manutenzione necessaria che accompagna la vita normale del sistema viene interpretata e riproposta, ovviamente, in modo diverso a seconda delle stagioni.

In particolare, oggi siamo in presenza di un Servizio sanitario che è, competitivamente e comparativamente, in grado di eccellere. Comparativamente all'esterno, rispetto ai sistemi degli altri Paesi, visto che l'Italia si colloca ai primi posti nel mondo, ma anche all'interno, rispetto ad altri settori non sanitari. Non dobbiamo mai dimenticare che stiamo parlando di un sistema che ha avuto, negli anni, una grande capacità di consolidamento.

Questo non vuol dire che le sfide che lo attendono non richiedano cambiamenti. Tutta la tematica della spending review che abbiamo lanciato nel 2012 (anche se occorre sottolineare che la nozione, in sanità, preesisteva già da molti anni, ma è diventata più esplicita nella difficile congiuntura del 2012) va proprio nella direzione di un cambiamento e di una manutenzione continua. Di conseguenza, esiste uno stretto collegamento tra il decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", e il successivo decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, "Disposizioni volte a promuovere lo sviluppo del Paese attraverso un più elevato li-



vello di tutela della salute"(il cosiddetto Decreto Balduzzi, *ndr*).

Questo vuol dire che, evidentemente, **in sanità più salute significa più sviluppo del Paese, ma più sviluppo del Paese non può produrre altro che più tutela della salute.** Il problema è quello di riuscire a capire che non si tratta di tagliare, ma, come viene sempre ribadito, si tratta di razionalizzare, riorganizzare, nel nostro caso di effettuare un'opera di manutenzione costante.

**Quali sono stati i maggiori problemi che ha dovuto affrontare, negli anni in cui è stato alla guida del Dicastero della salute?**

Il sistema sanitario è, come è noto, una struttura molto complessa, ci si trova a interloquire con 21 sottosistemi sanitari regionali, con una serie di organizzazioni rappresentative delle professioni, del sociale, delle società scientifiche, oltre che con tutto il mondo dei produttori, dei dispositivi medici, dei farmaci. È normale che vi sia con tutti costoro una dialettica costante; si tratta di capire quali sono le priorità.

Nel mio caso, ho rivolto molta attenzione a consolidare una politica equilibrata del farmaco, a contrastare l'insorgere di patologie legate al gioco d'azzardo, a dare un forte impulso alla qualità nutrizionale, il che ha comportato una riflessione con tutto il sistema agro-alimentare. Queste sono solo alcune delle principali azioni politiche rivolte verso l'esterno del mondo sanitario, nei confronti di comparti sociali ed economici; mentre, nell'ambito della manutenzione del sistema di cui dicevamo, ho ritenuto di occuparmi sia della medicina di base, sia dell'attività libero-professionale dei medici, sia della responsabilità dei sanitari, con una norma intesa a porsi sempre più e sempre meglio il problema della medicina difensiva, un tema che oggi è giusto che venga completato con ulteriori norme, purché siano sagge ed equilibrate.

Per quanto attiene alla governance in senso stretto, ho rivolto un'attenzione particolare all'assetto delle Aziende sanitarie, alle modalità di selezione dei vertici, nonché dei Direttori di struttura complessa. Inoltre, naturalmente, la mia attenzione si è incentrata su tutto ciò

**“** **Attenzione a dare**  
**la croce addosso alle Regioni**  
**perché il nostro sistema sanitario**  
**ha saputo produrre un'eccellenza**  
**di risultati, se comparato,**  
**a livello internazionale,**  
**con i sistemi sanitari** **“**  
**degli altri Paesi**

che ha sempre avuto priorità nell'attività di governo della sanità, come i Livelli essenziali di assistenza, il problema della messa in sicurezza degli ospedali, oltre al tema della prevenzione, dei corretti stili di vita, della lotta ai fattori di rischio. Tutto questo, ovviamente, non si può immaginare sia avvenuto senza contrasti. Abbiamo fatto le nostre battaglie, in qualche caso le abbiamo vinte, in altri le abbiamo iniziate e si spera possano continuare.

**Le Regioni affrontano una stagione problematica: calo di consensi, perdita di autonomia, la ricerca di un difficile equilibrio tra il rientro dal deficit in sanità e il mantenimento della qualità delle prestazioni, in una congiuntura economica che vede tutti i settori della società messi alle strette. Secondo lei, come ne usciamo?**

Le Regioni, purtroppo, vivono un periodo di difficoltà, forse il momento più difficile della loro vita nella nostra Repubblica. Alla fine degli anni '90 hanno registrato il massimo di fulgore e di appeal verso i cittadini, anche rispetto ad

altre istituzioni. In questi ultimi anni si trovano, forse, al loro minimo storico. Tutti vediamo che si imputano alle Regioni una serie di mancanze, ma credo che l'opinione pubblica esageri nel pensare che siano concentrati nelle Regioni tutti i problemi e le inefficienze, mentre fa fatica a capire qual è il loro significato istituzionale e l'apporto che hanno dato allo sviluppo del Paese.

Ecco perché, invece, la sanità deve servire proprio come esempio positivo, per dire: attenzione, vediamo di non sbagliare la diagnosi perché il sistema sanitario, come dicevo all'inizio, è quello che ha saputo produrre un'eccellenza di risultati se comparato, a livello internazionale, con i sistemi sanitari degli altri Paesi, e, a livello nazionale, con altri settori non sanitari. Nei confronti degli altri Paesi offre molto, in termini di prestazioni, spendendo meno, e, rispetto ad altri settori della società italiana (l'istruzione, la giustizia, i trasporti, la Pubblica Amministrazione) è più avanti riguardo a tutti i parametri indicati per la valutazione.

Se così è - e tenendo conto che il Ssn è quello dove più marcata è stata la regionalizzazione - ebbene, allora c'è qualcosa che non torna; non si può dare la croce alle Regioni. Non solo, dobbiamo constatare anche che il Servizio sanitario nazionale è il primo che è riuscito a tenere sotto controllo (o almeno ci ha provato) i conti economici nelle Regioni dove più difficilmente si riusciva a essere virtuosi. La questione dei Piani di rientro e i risultati raggiunti sono lì a dimostrare che il sistema potrebbe essere applicato ad altri comparti della società non sanitari. Il punto è proprio questo: la sanità ha dimo-

strato di essere capace di autocorreggersi e questo è un messaggio importante che vale per il futuro.

**Per Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, è previsto, e più volte annunciato, un riordino del ruolo e dell'assetto organizzativo. Lei, prima di diventare Ministro, ne è stato Presidente e ha sempre espresso un giudizio positivo sul ruolo dell'Agenzia e sulle sue potenzialità. Qual è, a suo giudizio, la posizione di Agenas nel futuro assetto del Servizio sanitario nazionale?**

Saranno il Parlamento e il Governo, naturalmente, a definire il ruolo futuro dell'Agenas. Io mi limito a dire che, nel contesto di quel sistema nazionale con le caratteristiche - e anche con i problemi - che ho descritto, Agenas è stata un elemento determinante, un ingrediente importantissimo. Il Ssn si conosce anche e soprattutto grazie alle attività dell'Agenzia, alla creazione di

modelli di valutazione. Il ruolo dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ruolo di collegamento, di **soggetto terzo** fra Ministero e Regioni, un ente *nazionale*, con una *mission* orientata a sostenere (*per*) i Servizi sanitari regionali. Questa funzione, per quello che io ho potuto sperimentare, sia in una posizione tecnica, sia in una politica, è determinante e utile per l'intero sistema. L'esperienza che l'Agenzia ha maturato, con professionalità riconosciute, su tutto il territorio nazionale e, più in generale, nella comunità sanitaria, è una risorsa altrettanto preziosa. Di conseguenza penso che il consolidamento del sistema sanitario non possa non considerare, come del resto è scritto chiaramente nel Patto per la salute, il ruolo importante dell'Agenzia e l'auspicio che rivolgo è quello che al più presto l'Agenas possa completare la propria governance per svolgere le tante attività che la legislazione e gli atti attuativi - e sottolineo ancora una volta il Patto per la salute - le assegnano.

