



La sanità che vogliamo

I punti qualificanti di una proposta politica sulla sanità

14 maggio 2009

Premessa

La difficile congiuntura economica che sta vivendo tutto il mondo occidentale avanzato, che si è tradotta da mesi in una vera e propria recessione con gravi ripercussioni sociali soprattutto a carico degli strati più deboli delle popolazioni, impone alle forze politiche una scelta perentoria: il potenziamento delle garanzie di tutela delle esigenze fondamentali della persona.

Al contrario, il Governo Berlusconi, almeno in campo sanitario, ha già reso esplicita la sua scelta nel libro verde del ministro Sacconi e sta operando con misure coerenti. La congiuntura economica, secondo l'esecutivo, impone la riduzione degli investimenti pubblici in sanità (pilastro pubblico) e la creazione di un pilastro privato, ricorrendo al risparmio delle famiglie da gestirsi in forma assicurativa privata o mutualistica. In coerenza con questa scelta,

- ha già deciso di ridurre fortemente il fisiologico incremento del fondo sanitario per il biennio 2010-2011,
- ha azzerato dal 2010 il fondo ex art. 20 per gli investimenti,
- sta cercando, ostacolata dalle Regioni, di diminuire i LEA, l'area cioè delle prestazioni garantite,
- ed ha previsto nel nuovo schema di contrattazione la possibilità per le categorie di contrattare livelli di tutela dei bisogni non più universalmente garantiti, trasformando in tal modo il diritto alla tutela da individuale/personale a categoriale, diverso cioè da cittadino a cittadino a seconda dell'attività svolta e del ruolo sociale.

Il PD invece ha opinioni del tutto diverse. Ritiene che proprio in una fase di gravi difficoltà economico-finanziarie e sociali la tutela delle esigenze fondamentali della persona ben lungi dall'essere ridotte devono essere incrementate.

Il sistema welfare italiano cioè deve essere sviluppato in quei campi in cui è inadeguato (reddito minimo garantito a tutti i non occupati, tutela delle famiglie numerose, costruzione di case popolari con affitti calmierati, ecc.) e non ridimensionato in quei pochi settori, come la sanità, in cui è soddisfacente per l'universalità dei soggetti destinatari (tutti i cittadini), la quantità e la qualità delle prestazioni.

Il PD ritiene di dover difendere il Ssn non solo per ragioni di equità e giustizia, ma anche per i risultati positivi che gli investimenti in sanità comportano per il sistema paese: il Ssn cioè produce equità, giustizia e XZDV *-ricchezza.

La scelta per il Ssn non implica però la necessità di difendere tutto il sistema così come fino ad oggi si è storicamente realizzato. Molti e gravi sono i problemi tuttora esistenti che devono essere affrontati con coraggio e determinazione non dimenticando però che in alcune regioni, soprattutto del centro-nord, prevalentemente, ma non esclusivamente, governate dal centro sinistra le leggi attuali applicate con capacità gestionale-amministrativa hanno dato vita a sistemi sanitari regionali di elevati livelli qualitativi, con una sostanziale e virtuosa tenuta dei conti e con un vasto consenso delle popolazioni residenti.

Le principali criticità del Ssn possono essere così riassunte:

1. grave inadeguatezza dei sistemi sanitari di molte regioni, in particolare del centro-sud che rendono di fatto i loro cittadini diversi nella esigibilità dei diritti. In queste regioni si accumulano debiti e non si assicurano tutti i LEA. Questo accade per una diffusa incapacità di gestire con competenza e correttezza la cosa pubblica e per frequenti interferenze della cattiva politica e talora del malaffare che orientano le scelte a favore di interessi forti a scapito degli interessi della collettività.
2. diffusa autoreferenzialità, favorita da verifiche insufficienti, del sistema aziendale che dedica maggiore attenzione alla quantità delle prestazioni che alla loro qualità ed alla umanizzazione delle relazioni con i cittadini, anche a causa di un inadeguato coinvolgimento del personale sanitario, precario in percentuale intollerabile;
3. carenza di percorsi assistenziali e di cura integrati, che evitano al cittadino di "doversi arrangiare" all'interno del sistema, promuovendo la continuità assistenziale e privilegiando la medicina del territorio, più gradita e meno costosa; ancora eccessiva centralità dell'offerta ospedaliera, da razionalizzare e ricondurre ad appropriatezza;
4. perdurare di un rapporto irrisolto tra Ssn e Università che impedisce spesso l'esprimersi delle potenzialità di tutto il personale che opera negli ospedali misti e che si riflette negativamente sulla formazione professionale degli specialisti. Ci troviamo di fronte infatti ad uno sperpero di intelligenze, tempo e denaro per conseguire risultati inadeguati, che il nostro paese non si può permettere.

Esponiamo nei seguenti capitoli le idee e proposte del PD per migliorare il funzionamento del Ssn.

1. Sostenibilità e sviluppo del sistema

La nostra “stella polare”

Oggi, investire in salute rappresenta una scelta strategica. Una vera e propria “stella polare” del nostro impegno in sanità.

E questo:

- perché è un fattore decisivo di qualità della vita dei cittadini e di coesione sociale, il segnale visibile del grado di sviluppo economico e civile di un paese; il sistema sanitario è componente essenziale di una nuova stagione delle politiche di welfare, volta a costruire il welfare dello sviluppo umano
- perché promuove e sostiene la diffusione tra i cittadini di stili di vita responsabili verso sé stessi e verso la collettività, con ricadute importanti per la stessa crescita economica in termini di “capitale umano” di un paese;
- perché il sistema sanitario costituisce una infrastruttura di servizi – medicina delle cure primarie, diagnostica, rete ospedaliera, riabilitazione, assistenza domiciliare - che genera esternalità positive sull'insieme del territorio;
- perché un sistema sanitario di qualità genera al suo interno e induce nel tessuto economico innovazione tecnologica di elevata qualità.

Tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria e sostenibilità macroeconomica

Porsi il problema della sostenibilità non significa né aderire a visioni allarmistiche, che in realtà non trovano riscontro nei modelli previsionali disponibili, né tanto meno accettare come ineluttabile la compressione dell'intervento pubblico in sanità. Significa all'opposto, come vedremo subito, portare argomenti forti per contrastare il diffondersi di luoghi comuni che rischiano di compromettere l'investimento in salute.

A fronte dei fattori strutturali sottostanti l'aumento tendenziale della spesa sanitaria complessiva sul Pil (invecchiamento, crescita della domanda, aumento dei costi produttivi, innovazione scientifica e tecnica), le stime disponibili non segnalano un'esplosione della spesa ma certo un aumento della sua incidenza sul Pil.

Per questo tali fattori non possono costituire un alibi per sottovalutare il segnale di inefficienza e di sprechi fornito dalla dinamica della spesa italiana nell'ultimo decennio. Al contrario, proprio i fattori strutturali all'opera nel lungo periodo ci devono spingere ad affrontare con determinazione il tema delle inefficienze, ragionando sull'organizzazione del SSN e sui suoi meccanismi di funzionamento.

Ed è su questo terreno che si gioca la partita della sostenibilità macroeconomica del sistema sanitario: siamo soliti dire, giustamente, che la sanità non è solo un costo ma un investimento per la società e l'economia; l'inefficienza non è mai stata un investimento, lo è invece un sistema sanitario teso a massimizzare efficacia ed efficienza

In sintesi è falsa la contrapposizione tra “ragioni della salute” e “ragioni dell'economia”.

Sostenibilità e modelli di finanziamento

La tesi sottesa al Libro Verde del Governo è che la tendenza strutturale all'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul Pil risulterà alla lunga non sostenibile per la finanza pubblica: di qui l'idea che nella sanità sia “necessario ridurre la dimensione del pilastro pubblico” per fare spazio a una ampia copertura da parte dei fondi di natura assicurativa.

In realtà il problema della sostenibilità va visto in un'ottica macroeconomica con riferimento all'incidenza della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata, sul Pil: è questo l'indicatore corretto della quota di risorse dell'economia che sono assorbite dal sistema sanitario

Le questioni da affrontare sono allora tre:

- come disegnare il sistema di finanziamento pubblico in modo da incentivare il miglioramento dei meccanismi allocativi del SSN: sistemi di tipo Beveridge implicano finanziamento universalistico per via fiscale ma sono compatibili con diversi schemi di governo della domanda e dell'offerta di prestazioni; su questo punto torniamo subito dopo per sottolineare che servirà un'analisi delle esperienze regionali e anche delle esperienze internazionali, in modo da far emergere i punti di forza italiani su cui far leva per migliorare l'organizzazione del sistema e i punti problematici da affrontare
- come regolare lo sviluppo di fondi sanitari integrativi che sostengano i cittadini nell'espressione di scelte aggiuntive personalizzate (oggi spesa privata del singolo cittadino, con scarso potere di contrattazione nei confronti degli erogatori): la funzione dei fondi integrativi non è quella di migliorare la sostenibilità del sistema sanitario per la finanza pubblica ma è quella di migliorare l'accesso alle prestazioni “aggiuntive” richieste dai cittadini, in particolare nell'odontoiatria;
- come tutelare il “consumatore disinformato” di prestazioni sanitarie, sostenendo il principio dell'appropriatezza non solo all'interno del settore pubblico, ma anche nei confronti dei consumi privati, privilegiando le evidenze scientifiche e intervenendo sugli stili di vita e sulla prevenzione, in grado di produrre risultati rilevanti a basso costo.

Regolazione pubblica ed erogatori pubblici e privati delle prestazioni (competizione nei risultati)

Un sistema alla Beveridge non implica necessariamente produzione esclusivamente pubblica dei servizi; certamente però il ruolo chiave per quanto riguarda il finanziamento comporta anche un ruolo chiave pubblico di governo e di regolazione del sistema delle prestazioni, dove:

- Governo significa: programmazione dell'offerta dei servizi sul territorio e delle complementarità tra i servizi - tipologie di strutture ospedaliere, garanzia pubblica di presidi di elevata qualità, continuità ospedale-territorio, medicina di base, integrazione socio-sanitaria;
- Regolazione significa: quadro unitario di regole per gli erogatori pubblici e privati accreditati, senza favoritismi nei confronti degli uni o degli altri; e con l'instaurazione di una vera competizione nei risultati tra erogatori, sia pubblici che privati. Quindi regolazione che premia l'efficacia delle prestazioni e l'efficienza nella loro erogazione. Una funzione essenziale che in questo quadro spetta all'istituzione di un sistema nazionale di valutazione dell'efficacia (appropriatezza) e dell'efficienza (costi).

SSN e federalismo fiscale

In relazione al disegno di legge delega sul federalismo fiscale pensiamo sia importante soffermarsi su alcuni aspetti legati al nuovo meccanismo di finanziamento basato sui costi standard previsto dal testo all'esame del Parlamento. In particolare riteniamo che:

- bisogna evitare l'illusione che per ogni singola prestazione del SSN si possa calcolare il costo specifico efficiente, per poi risalire per semplice sommatoria dei costi delle prestazioni comprese nei LEA alla determinazione del fabbisogno complessivo e del suo riparto tra le regioni;
- occorre piuttosto sviluppare un sistema di valutazione comparativa delle performance delle Regioni e delle aziende sanitarie, attraverso:
 - i. lo sviluppo di una contabilità analitica delle aziende per macrofunzione (assistenza in degenza, day hospital, assistenza territoriale, specialistica, ecc.) e per tipo di erogatore (ospedali, ambulatori, ecc.);
 - ii. la selezione, tra gli indicatori quantitativi e qualitativi di output e di outcome del sistema nazionale di garanzia dei LEA, di quelli più rappresentativi del soddisfacimento dei bisogni sanitari;
 - iii. il confronto con macroaggregati di spesa, ottenendo un confronto tra macro-performance;
- a regime, su questa base, bisognerà procedere alla definizione condivisa Stato-Regioni dei LEA e delle risorse necessarie in condizioni di efficienza; in prima applicazione, il nodo delle risorse a disposizione non può che essere sciolto prima della definizione dei costi standard, in quanto questi ultimi richiedono tempo e messa a punto della banca dati e delle metodologie necessarie;
- va definita una programmazione pluriennale delle risorse per il SSN e del loro riparto tra le regioni, individuando un sentiero di rientro cogente per le Regioni con macro-performance insoddisfacenti (la determinazione annuale dei fabbisogni sanitari sarebbe un passo indietro rispetto al Patto per la Salute);
- vanno definiti meccanismi di erogazione dallo Stato alle Regioni che diano certezza di risorse e tempi rapidi delle erogazioni di cassa;
- è necessario mettere a punto il sistema di governance nei confronti delle Regioni con elevati disavanzi: l'esperienza dei piani di rientro va sviluppata superando l'eccesso di intromissione ex ante del Tavolo di verifica centrale sulle delibere regionali e realizzando piuttosto un reale affiancamento da parte di una task-force centrale nei confronti della regione in difficoltà e il tutoraggio da parte delle altre regioni; il tema delle sanzioni per le regioni che non rispettano i piani di rientro è un tema centrale per la tenuta stessa del federalismo.

Sistema sanitario e sistema produttivo

Il tema è in primo luogo (ma non solo) quello del rapporto tra il SSN e i settori produttivi impegnati nella R&S nel campo delle scienze della vita: farmaceutica e dispositivi medici.

Comune ad ambedue i comparti è la questione dei ritardi di pagamento da parte delle aziende sanitarie alle imprese, ritardi che hanno costi elevati per lo stesso SSN (interessi, ecc.) e producono distorsioni nel corretto funzionamento dei mercati.

Farmaceutica

- la riforma della regolazione del settore farmaceutico varata con la Legge 222 del 2007 - collegata alla Finanziaria 2008 – ha realizzato passi avanti importanti: in sintesi, modifica le modalità di regolazione del mercato nell'ambito della spesa farmaceutica programmata, costruendo un ambiente più stabile e favorevole all'innovazione;
- restano da affrontare quattro tematiche fondamentali:
 - i. la messa a punto di una adeguata metodologia per la regolazione dei prezzi dei nuovi prodotti immessi in commercio, in funzione del grado di innovazione e di efficacia terapeutica del farmaco;
 - ii. la regolazione del prezzo dei generici, potenziando le implicazioni concorrenziali dell'ingresso sul mercato delle imprese produttrici di generici, in modo da liberare risorse utilizzabili per premiare maggiormente i farmaci innovativi;
 - iii. il ruolo della spesa farmaceutica ospedaliera nel quadro dei percorsi terapeutici ospedalieri e del loro rapporto col territorio;
 - iv. l'assetto del comparto distributivo, da rendere coerente con l'ambiente di mercato costruito per il comparto industriale dalla Legge 222/2007;
- resta infine da affrontare il tema dell'orientamento e monitoraggio dell'attività prescrittiva dei medici, uno snodo fondamentale sia a fini di contenimento della spesa sia a fini di appropriatezza

Dispositivi medici

- è necessario assicurare il periodico aggiornamento dei dispositivi erogabili a carico del SSN, a maggiore garanzia del benessere dell'assistito;
- l'elevata variabilità tra aziende sanitarie dei prezzi di acquisto dei dispositivi testimonia politiche di acquisto poco rigorose e procedure segnate da discrezionalità ingiustificabili;
- occorre definire regole di base uniformi per le procedure di gara e sviluppare le centrali acquisti di area vasta

Il tema del rapporto tra SSN e sistema produttivo coinvolge però almeno un altro settore industriale e di servizi importante, quello delle tecnologie informatiche che possono svolgere un ruolo decisivo nel semplificare l'accesso alle prestazioni, nel garantire trasparenza e informazioni ai cittadini, nella gestione e organizzazione dei servizi, nella valutazione dei risultati e nel supporto alle politiche.

Infine, è urgente tradurre in programmi di investimento in edilizia e tecnologie sanitarie i nuovi fondi messi a disposizione dalle due Finanziarie del Governo Prodi (rifinanziamento dell'art. 20 della legge 67/1988).

2. La governance del sistema sanitario

La centralità della persona

Affrontando il tema della "governance" del sistema sanitario (cioè del complesso delle regole e dei ruoli che disciplinano le relazioni tra i soggetti, istituzionali e non, del sistema stesso) uno dei primi problemi su cui incidere è la relazione con i cittadini e il rafforzamento del loro ruolo attivo, nelle forme organizzate e di rappresentanza più appropriate, nella valutazione e nel controllo dei servizi. La risposta politica non può limitarsi ad inseguire i ritardi storici con correzioni parcellari di economia ed organizzazione, ma deve avere il coraggio di aggredire con forza le difficoltà di un sistema che solo parzialmente si è adeguato agli attuali bisogni di salute.

Occorre, in altre parole, essere consapevoli che l'obiettivo del miglioramento della salute della popolazione e della risposta ai bisogni implica, in primo luogo, la capacità di recuperare e consolidare un rapporto solido e solidale con tutte le persone (e non solo con i cittadini), di sviluppare il senso di appartenenza al sistema (o meglio di "proprietà"): il cittadino deve sentire il sistema sanitario come qualcosa di suo.

Il "senso di appartenenza" rappresenta oggi ancora un limite del sistema sanitario italiano, così come si è configurato dopo la seconda riforma degli anni 90. La nascita delle Aziende sanitarie e la regionalizzazione del sistema ha dato un impulso straordinario allo sviluppo dei servizi, soprattutto dal punto di vista delle capacità e degli strumenti di gestione delle attività. La dotazione di tali strumenti nelle attuali aziende è incomparabilmente superiore a quella degli Enti precedenti alla riforma del '78 ed anche a quella delle Unità sanitarie locali degli anni 80. Se il sistema ha retto in questi anni, dal punto di vista finanziario, senza produrre incidenze insostenibili sul Pil, si deve anche alla diffusione - purtroppo non omogenea a livello nazionale - di pratiche virtuose di controllo dei costi, di programmazione e di razionalizzazione organizzativa.

Tuttavia, a questi aspetti positivi dell'evoluzione del sistema delle Aziende, si è affiancata una forte autoreferenzialità tecnico-professionale delle stesse, una accentuata attenzione agli aspetti gestionali che hanno sovente messo in secondo piano la mission di fornire servizi efficaci ed apprezzati dai cittadini, nonché una sottovalutazione degli interventi nel campo della prevenzione, interventi che presentano costi contenuti e rilevanti risultati in termini di salute.

La rilevanza del punto di vista del cittadino è stata trascurata, in ragione di una maggiore forza della crescita quantitativa dei servizi, dell'introduzione di nuove tecnologie e procedure, della pressione del mondo professionale; ha prevalso, cioè, un punto di vista "interno" dell'offerta anziché quello del fruitore. E' cresciuta la qualità e la quantità, ma non sempre questo è accaduto in modo programmato ed appropriato e soprattutto sono cresciuti i tempi di attesa, la parcellizzazione dei percorsi assistenziali, la incapacità di prestare attenzione alle debolezze e necessità delle persone in condizioni di bisogno.

Questo aspetto critico del SSN assume oggi un carattere di priorità, in una congiuntura economica e politica difficile; occorre prenderne atto, per impedire che trovino spazio correzioni o addirittura inversioni degli indirizzi di sviluppo di un sistema pubblico e solidale; un sistema che si qualifica, in questo momento, come un punto fondamentale di una strategia politica che individui con chiarezza scelte di campo e strumenti di esercizio di regole democratiche del vivere civile, anche attraverso un maggior coinvolgimento delle Autonomie Locali che costituiscono il primo luogo di rappresentanza ed espressione dei cittadini e delle comunità.

La relazione tra Stato e Regioni

Ricerche effettuate in questi anni hanno dimostrato come l'evoluzione "federalista" della sanità italiana non ha contribuito al superamento degli squilibri strutturali territoriali che hanno sempre caratterizzato il nostro Paese.

La valutazione delle principali dimensioni di risultato (gestione economica, qualità, efficacia, appropriatezza) e di esito finale (salute, equità) indica che, in linea di massima, i sistemi regionali sanitari migliori si trovano al nord e al centro, quelli con più forti criticità al sud del Paese. Le stesse ricerche dimostrano che la performance dei sistemi sanitari regionali appare essere relativamente indifferente ai modelli istituzionali adottati (sistemi integrati ospedali-territorio o separazione delle funzioni). Questo vuol dire non solo che la qualità non costa, anzi produce una virtuosità complessiva del sistema, ma anche che la vera chiave per il raggiungimento del risultato sta nella capacità di governo delle istituzioni pubbliche e nella capacità di realizzare una reale governance del sistema.

Se la governance deve definire le relazioni dei soggetti del sistema, il primo problema da affrontare è quello del rapporto tra le Istituzioni pubbliche titolari dei poteri di governo del sistema: Stato e Regioni. E', oramai, un dato di fatto che la riforma del titolo V della Costituzione della fine degli anni '90, abbia sancito i ruoli reciproci tra il livello centrale (Governo e Parlamento) e i livelli di responsabilità decentrata (Regioni) in quello che è stato definito il "federalismo" in sanità e che costituisce di fatto anticipazione di quello che sarà la nuova distribuzione dei poteri a seguito dell'entrata in vigore delle nuove norme sul federalismo fiscale. La concorrenza dei poteri non deve dar luogo a sovrapposizioni e conflitti competitivi, ma deve trovare strumenti operativi e definizione di compiti che ne esaltino il significato, che è, in ultima istanza, quello di concorrere a finalità, valori ed obiettivi comuni.

E' noto come la distribuzione dei poteri tra i soggetti ricordati sia stata disciplinata da leggi che ormai mostrano limiti rispetto all'evoluzione del sistema ed alle esigenze che essa rappresenta, ma ancora di più lo è stata dalle innumerevoli sentenze della Corte Costituzionale, continuamente tirata in ballo a dirimere controversie di principio e di applicazione della norma. Occorre lavorare per dare una nuova configurazione alle relazioni tra Governo e Regioni che da un lato sia rispettosa dello sviluppo dei poteri di queste ultime nel governo della sanità regionale e dall'altro individui luoghi e modalità operative a livello statale che assicurino il carattere nazionale del Servizio Sanitario in termini di diritti dei cittadini, valutazione qualitativa dei servizi, definizione di strategie e programmi di sviluppo. E' questo un tema complesso che viene esaltato, oggi, anche dall'introduzione del nuovo "federalismo fiscale" che dovrà avere la connotazione di solidarietà e sussidiarietà interistituzionale e la cui soluzione parte da un affinamento delle funzioni degli organismi esistenti, quali la Conferenza delle Regioni e le Conferenze Stato-Regioni ed Unificata, per arrivare fino ad una eventuale riforma costituzionale degli Organi parlamentari.

La relazione tra le Regioni

La seconda questione attiene alla relazione tra istituzioni regionali. Essa si è sviluppata, soprattutto in questi ultimi anni, in presenza del permanere (e forse l'accentuarsi) di forti disparità tra aree del Paese nella qualità dei servizi, nella capacità di governo, nella soddisfazione dei cittadini. Il tema non è semplice, perché l'esasperazione della logica federalista porta con sé una forte spinta all'autonomia ed all'autoreferenzialità regionale, ma è altrettanto vero che, se le Regioni rinunciano ad esprimere un interesse ad una crescita equilibrata ed omogenea del sistema nazionale ed affidano tale compito al solo livello governativo, la conseguenza è l'accentuazione delle differenze e della estraneità o disinteresse tra regioni che inficia anche la corretta impostazione di ruoli rispettosi tra Regioni e livello centrale. Esiste da sempre, e si è aggravata negli anni, una questione di rapporto tra Nord e Sud del Paese ed è vitale che le Regioni se ne facciano carico attraverso strumenti di cooperazione, confronto, sussidiarietà, pena il crescere di una coscienza critica - già presente in larga parte nel sud del paese - dei cittadini che potrebbe portare ad una rivalutazione del centralismo precedente. Poiché tale rivalutazione appare, oggi, priva di sbocchi, la conseguenza finirebbe per essere solo la spaccatura del Paese in due, con una parte d'Italia che gode di autonomia ed è capace di tradurla in crescita qualitativa del Servizio, ed un'altra che si viene a trovare sotto protezione governativa a causa delle incapacità di governo dei servizi, una qualità dell'assistenza inferiore, ed una forte limitazione dei poteri regionali (la vicenda dei piani di rientro e dei commissariamenti è al riguardo fortemente significativa).

Il ruolo degli Enti locali

Le esperienze più avanzate nello sviluppo dei sistemi sanitari mostrano due tendenze di fondo: da una parte una progressiva contrazione degli ospedali, che acquistano sempre più la configurazione di centri di assistenza ad alta complessità professionale e tecnologica, dall'altra il collegamento stretto tra questi e il territorio attraverso la continuità assistenziale, lo sviluppo di percorsi di cura integrati ed appropriati, la crescita di sedi alternative al ricovero per una assistenza più vicina al cittadino ed a minor costo. Se questo richiede uno sforzo di ridefinizione delle reti ospedaliere, allo stesso tempo necessita di un investimento qualificato sui servizi territoriali di base più vicino ai bisogni delle persone e in grado di dare risposte di pari o maggiore efficacia e rapidità. Uno dei pilastri di tale orientamento è il necessario sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria ad alta integrazione che in molte realtà ha raggiunto livelli rilevanti. Ma ciò richiama inevitabilmente il tema del rapporto con gli Enti Locali, singoli e associati, titolari oggi delle funzioni di assistenza sociale.

Occorre che gli Enti Locali riacquistino e valorizzino il loro ruolo nel sistema per il livello e le funzioni che loro competono: essi devono rinunciare ad esprimere vincoli sullo sviluppo dei servizi sanitari di valenza regionale o di area vasta (si pensi al riordino ed alla ridefinizione delle reti ospedaliere), ma al tempo stesso devono essere chiamati a partecipare alla programmazione regionale, impegnarsi nella programmazione dei servizi di base, condividere risorse ed esperienze di governo locale dei servizi con le strutture aziendali della sanità. Ciò vale in particolar modo per tutto il settore dell'alta integrazione, e, al suo interno, per l'intervento sulla non autosufficienza: l'aumento costante della percentuale di persone "non autosufficienti", e comunque di anziani, rende indilazionabile l'integrazione, che permette di evitare la duplicazione degli interventi sugli stessi cittadini e di ottimizzare le risorse disponibili, spostando sempre più l'ottica su iniziative di prevenzione secondaria che evitino il ricorso improprio a forme di assistenza di elevato livello.

Per questo è necessario non rinviare ulteriormente l'avvio di un programma nazionale per la non autosufficienza, con l'obiettivo di accogliere e sostenere le persone non autosufficienti e le loro famiglie in misura via via sempre più rilevante.

Il rapporto pubblico-privato

Un aspetto di particolare importanza del sistema di relazioni nel SSN è rappresentato dal rapporto pubblico e privato. Si tratta di un tema delicato, che richiede attenzione particolare, dal momento che nel clima politico dell'ultimo anno si stanno facendo strada parole d'ordine che potenzialmente potrebbero minare alla base la valenza pubblica e solidaristica del nostro sistema sanitario.

Si è partiti dal libro verde del Ministro Sacconi che parla di riduzione del pilastro pubblico in sanità; oggi si è arrivati a parlare apertamente - da parte delle forze di maggioranza - di contrazione dei livelli di assistenza e di apertura di forme assicurative per le fasce più ricche di popolazione. Il sistema cioè andrebbe verso una configurazione mista rispetto a quella pubblica attuale.

La recessione rende oggi ancor più pericoloso ed inattuabile l'evoluzione del sistema di welfare e sanità in questa direzione, proprio nel momento in cui i segnali che arrivano da Europa (Francia, Gran Bretagna) e Stati Uniti mostrano orientamenti di tipo opposto.

Deve essere chiaro che una cosa è parlare di ruolo dei privati nell'erogazione dei servizi (di fatto in molte regioni già ampiamente presente nell'assistenza ospedaliera e specialistica), e un'altra è teorizzare un ruolo privato nel finanziamento del sistema (il che reintrodurrebbe iniquità e differenziazioni sociali che la riforma del '78 aveva sanato). Tanto più che i presupposti teorici di tale impostazione non hanno riscontri obiettivi: si sostiene, a motivare queste scelte, la insostenibilità finanziaria del sistema a fronte dell'invecchiamento della popolazione e la persistenza di sacche di inefficienza nel pubblico che il privato potrebbe sanare (anche attraverso la cogestione di presidi sanitari anche complessi quali gli ospedali). Per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione, ovviamente è innegabile che esso caratterizzi la realtà italiana anche più di altri paesi sviluppati, ma è altrettanto vero che esso può essere contrastato da accorte politiche di prevenzione che ritardino l'insorgenza di patologie croniche (politiche che caratterizzano le esperienze più avanzate); in fondo è quanto ha fatto il nostro sistema in tutti questi anni: già venti anni fa si paventava la tendenziale insostenibilità dei sistemi sanitari pubblici e tutti abbiamo visto la capacità del sistema italiano non solo di reggere ma anche di crescere.

Per quanto riguarda l'efficienza, occorre sfatare questa sorta di "mitologia" circa il privato efficiente contro un pubblico

disorganizzato; esistono regioni in Italia in cui il privato non trova eccessivi spazi, eppure il pubblico mostra efficienza e virtuosità. Occorre ricordare che il privato risponde a logiche d'impresa, in grado di favorire competitività e innovazione, ma anche, se non operante dentro una logica di programmazione, distorsioni e inappropriatezza.

Lo sforzo va indirizzato invece alla rimozione di quei fattori che ostacolano la diffusione nel pubblico di pratiche efficienti ed efficaci, consapevoli che non sempre questi fattori sono estranei agli interessi di privati e di poteri forti; le esperienze di alcune regioni ci dicono che tutto ciò è possibile.

La risposta quindi deve essere quella di un rafforzamento della capacità di governo pubblico del sistema e dei meccanismi attraverso i quali tale capacità può realmente svilupparsi. Questo vuol dire capacità di fissare regole uguali per tutti, capacità di farle rispettare e di saper controllare i comportamenti degli attori del sistema, capacità di misurare e valutare le performance, i processi attivati, i risultati raggiunti.

Il rapporto tra politiche di governo e gestione

Per innestare percorsi virtuosi, occorre che la politica riesca a svolgere il suo ruolo di indirizzo, regolamentazione e valutazione, ma al tempo stesso occorre potenziare e valorizzare tutti quegli strumenti che esaltino la capacità tecnica di gestire in forme efficienti l'organizzazione sanitaria. Se è vero che la politica ha spesso invaso questo terreno attraverso l'affermarsi di logiche distorte (sottogoverno, lottizzazione, quella eccessiva ingerenza che oggi viene da molti – professionisti e cittadini – lamentata), è altrettanto vero che la responsabilità delle Istituzioni elettive (Regioni ed Enti locali) e la necessità di indirizzare il sistema verso i bisogni dei cittadini rappresentati tirano inevitabilmente in ballo un ruolo attivo della politica.

Il ruolo della politica non deve essere semplice ricerca del consenso a breve termine, ma deve saper esprimere una capacità di indirizzo e controllo, una trasparenza delle procedure decisionali, una capacità di valorizzare le competenze tecniche, un impegno nella semplificazione delle procedure di accesso ai servizi che spesso oggi gravano in modo pesante sul cittadino. Non può entrare nel merito, ad esempio, della scelta dei primari, ma deve poter esprimere la scelta delle figure di massima responsabilità tecnica, come i direttori generali delle aziende, garantendo in modo trasparente la qualità e la professionalità dei soggetti scelti anziché la appartenenza ad un colore o una parte politica. La politica deve altresì imporre procedure per cui le scelte, a tutti i livelli, rispondano a criteri oggettivi e soprattutto che ad esse facciano seguito la valutazione di capacità e di raggiungimento degli obiettivi da parte dei soggetti, che siano direttori generali o primari.

La valutazione della qualità dei servizi e dei risultati raggiunti rappresenta un tema fondamentale e sottovalutato nel sistema, anche per instaurare un rapporto attivo ed informato con i cittadini. La valutazione deve godere della necessaria autonomia e deve trovare sedi e strumenti, fortemente condivisi, che valorizzino le esperienze regionali già avviate positivamente e riescano a diffonderle su tutto il territorio nazionale offrendo alla politica quelle informazioni che consentano l'assunzione di decisioni e di strategie fondate ed efficaci. Ciò potrebbe essere realizzato individuando un soggetto "terzo" e autonomo di livello nazionale che si faccia carico, ad un alto livello tecnico-professionale, della funzione valutativa dei risultati raggiunti a livello regionale ed aziendale, fornendo in tal modo i supporti conoscitivi indispensabili alle Istituzioni cui compete l'assunzione delle decisioni ai diversi livelli del sistema.

In questo modo sarà possibile, senza imposizioni dall'alto ma in forma condivisa, definire parametri di valutazione del sistema e strumenti e procedure che li rappresentino, avendo costantemente a riferimento, attraverso trasparenza e pubblicità delle valutazioni, l'interesse del cittadino.

Solo così si può restituire al cittadino l'immagine di un sistema efficiente e "pulito" che lavori al suo servizio e non al servizio di poteri o interessi esterni. Si tratta di una strada obbligata perché la storia del sistema e delle distorsioni presenti al suo interno, primo fra tutte il divario Nord-Sud, mostra come la principale causa di maggiori costi e minore qualità dei servizi sia proprio la carenza di capacità politica di governo e l'incapacità di controllare interessi forti presenti all'interno ed all'esterno del sistema.

3. Organizzazione aziendale e valorizzazione delle risorse umane

La scelta fatta in Italia di garantire l'assistenza sanitaria mediante un Servizio Sanitario Nazionale, finanziato con la fiscalità generale e operante attraverso una organizzazione aziendale va confermata, pur considerando che alcuni ambiti vanno modificati e migliorati per poter affrontare le sfide del futuro e la attuale contingenza critica.

Recenti sondaggi confermano il progressivo calo di entusiasmo da parte dei cittadini rispetto alla convinzione, coltivata in passato, che modalità di gestione "privata" dei principali servizi (sanità, scuola, pensioni) garantirebbero minori costi e maggiori benefici; gli italiani ribadiscono la propria fiducia nelle strutture pubbliche.

Le direzioni aziendali

- **formazione manageriale:** la capacità di garantire l'erogazione dei servizi nel rispetto delle compatibilità economiche è proporzionale alle capacità tecniche di chi amministra. In tal senso la svolta aziendale non è stata sufficientemente accompagnata da adeguati interventi di formazione manageriale di livello regionale, interregionale e nazionale per garantire solide basi formative ad una nuova classe di manager sanitari. Formazione che invece è indispensabile assicurare da ora in poi;
- **nomina dei Direttori Generali:** si concorda sulla costituzione di un albo nazionale, a cui i candidati accedano a seguito di una rigorosa valutazione dei titoli richiesti con un accesso più selettivo di quanto non sia oggi, prevedendo titoli più specifici rispetto a quelli definiti con il D. L.vo n. 502/1992. Pur prevedendo un albo nazionale la nomina del Direttore Generale non può che competere al Presidente della Regione di appartenenza, valendo il rapporto fiduciario e la coerenza con gli obiettivi di salute e con le scelte organizzative che la Costituzione vuole rimangano di competenza regionale;
- **condivisione e trasparenza:** l'esperienza fatta induce a ritenere che il potere espresso dal Direttore Generale, organo monocratico di gestione, è eccessivo, superiore anche a quello esercitato dagli amministratori delegati nelle imprese private; senza tornare alle pastoie burocratiche dei comitati di gestione, appare opportuno che il direttore generale sia

obbligato ad acquisire preliminarmente il parere del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione sugli atti fondamentali, da definirsi analiticamente per legge, relativi alla programmazione, organizzazione e valutazione qualitativa dei servizi. Tale procedura rappresenta una garanzia di condivisione e di trasparenza amministrativa e favorisce l'apporto di competenze utili a prevenire decisioni sbagliate;

- nomina dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi: il controllo dei requisiti deve essere effettuato da un organismo regionale in maniera sistematica; la scelta deve essere motivata e rapportata agli obiettivi strategici aziendali e, in caso di bando, comparativa.

Esternalizzazione e centralizzazione delle funzioni non “core business”

- centralizzazione degli acquisti: ormai in fase avanzata di sperimentazione in molte Regioni, le unioni di acquisto consentono di realizzare significative “economie di scala” e sviluppare competenze professionali non altrimenti realizzabili. In realtà le funzioni che possono e devono essere centralizzate, in quanto non propriamente “core business” non si limitano all'acquisto di beni e servizi ma possono riguardare anche:

- la gestione dei magazzini farmaceutici ed economici
- le manutenzioni di alcune apparecchiature a bassa complessità tecnologica e dei sistemi informatici
- la gestione degli stipendi
- la gestione dei concorsi, con eccezione delle selezioni per direttori di U.O., per i quali prevalgono le scelte strategiche della direzione aziendale.

Le modalità con cui più Aziende sanitarie della stessa Regione possono unirsi o possono accedere ad organismi, preferibilmente pubblici, per delegare funzioni centralizzate di acquisto o di gestione vanno definite a livello regionale.

- mantenimento funzioni “core”: contestualmente vanno fortemente contrastate tutte le iniziative di esternalizzazione di funzioni “core” delle Aziende Sanitarie, annullando quanto è stato fatto in alcune realtà che di fatto hanno ceduto a soggetti esterni parte dell'assistenza infermieristica e riabilitativa o addirittura l'intero servizio sociale.

- regolazione apporto capitale privato: va rivista, in termini di semplificazione e di chiarezza, la normativa riguardante le procedure che consentono di utilizzare, ove opportuno e in caso di investimenti di notevole portata, capitali privati in cambio della cessione della gestione di servizi di supporto non sanitari; naturalmente tali iniziative vanno attentamente definite e monitorate; in particolare vanno rigorosamente delimitate le caratteristiche e le dimensioni percentuali dell'intervento del privato.

La Valutazione

La valutazione dei sistemi e delle prestazioni sanitarie costituisce la condizione propedeutica e prioritaria per la programmazione, l'organizzazione, l'implementazione ed il rispetto della trasparenza.

Naturalmente le valutazioni interne all'Azienda devono essere definite e gestite dalla direzione aziendale nel rispetto delle regole organizzative e delle garanzie sindacali; la valutazione dei direttori generali e delle performance aziendali deve rispondere a criteri condivisi ed oggettivi che tengano conto, oltre che di indicatori economici e strutturali, anche delle valutazioni di processo ed esito, la distribuzione dell'attività professionale e la progressione formativa.

Solo avendo a disposizione dati numerici capaci di descrivere e confrontare efficacemente il funzionamento di un sistema regionale sarà possibile individuare gli aspetti organizzativi e le pratiche assistenziali migliori e verificare se le politiche regionali portano risultati in termini di qualità dell'assistenza in relazione al razionale uso delle risorse. La prospettiva della riforma in senso federalista comporterebbe meno rischi per le Regioni che presentano condizioni economiche più disagiate, ma che si impegnano seriamente a determinare razionali cambiamenti organizzativi e gestionali.

Tali dati, in conclusione, consentirebbero di orientare le scelte strategiche sulla base di fatti e non di intuizioni, o peggio di strumentalizzazioni operate da portatori di interessi di parte.

E' evidente che la periodica pubblicazione di tali dati consentirebbe al cittadino una reale partecipazione e gli fornirebbe importanti elementi di giudizio sulle scelte gestionali degli assessorati regionali e delle direzioni aziendali.

Gli Operatori

La prima emergenza da affrontare resta quella del precariato con interventi coordinati con le Regioni per il progressivo assorbimento dei precari nei diversi ruoli oggi esercitati.

La seconda sfida è quella del merito per garantire alle istituzioni e ai cittadini che vengano individuati operatori con capacità coerenti con il ruolo a cui sono candidati. Prioritari ambiti di intervento in tal senso appaiono i seguenti:

a) La selezione dei direttori di struttura complessa: si riconferma la validità della scelta dell'unico livello della dirigenza che ha introdotto la verifica periodica del ruolo di direttore di struttura complessa; è però necessario stabilire che le direzioni aziendali devono indicare le caratteristiche richieste per il posto da ricoprire e gli obiettivi prioritari, già al momento della emanazione del bando di selezione; la scelta deve comunque essere adeguatamente motivata anche mediante la comparazione tra tutti coloro che vengono ritenuti idonei dalla commissione prevista dal D. L.vo n. 229/99. Si esprime una forte contrarietà alla ipotesi di riproporre la presenza di un docente universitario in tale commissione

b) L'accesso al lavoro dei giovani: il rinnovamento generazionale del personale assume grande importanza per il futuro del sistema ed è elemento determinante per l'innovazione. A tal fine è necessario agire sulle modalità di reclutamento, sui criteri di valutazione, sulla progressione e sulle modalità di stabilizzazione del contratto fino a determinare circuiti di mobilità professionale. Per i medici si dovrebbero individuare percorsi di entrata nella medicina generale e nelle strutture specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere più precoci con responsabilità e progressione più coerenti con il sistema europeo. Per le professioni sanitarie e sociali, va superato il meccanismo, spesso praticato in alcune aree del Paese, di inserimento nel sistema attraverso il mondo della cooperazione, con evidenti disparità di trattamento, garanzia, stabilità professionale degli interessati.

- c)** Il ruolo della Facoltà di Medicina, ridefinendo le modalità di interazione con il SSN, sulla base dei seguenti principi:
- i. La rete della formazione specialistica deve comprendere, come previsto dalle attuali norme quasi mai applicate, anche le strutture del SSN, accreditate a garantire il percorso formativo, d'intesa con le Università; tale scelta consente di risolvere le attuali limitazioni legate alla insufficienza delle strutture formative universitarie e di inserire più precocemente gli specializzandi, sempre tutorati, nel pieno delle attività lavorative; per garantire la qualità del percorso formativo specialistico, in linea con le indicazioni europee, devono essere definiti e periodicamente aggiornati i requisiti minimi richiesti per garantire l'efficacia del percorso. Agli specializzandi devono essere riconosciuti livelli crescenti di autonomia professionale; tale processo deve prevedere periodiche verifiche delle competenze acquisite.
 - ii. La programmazione delle facoltà e delle scuole di specializzazione deve tener conto delle esigenze reali del SSN per evitare che si perpetuino le attuali sperequazioni che comportano la carenza di alcuni specialisti
 - iii. Lo sviluppo professionale realizzato dalle professioni infermieristiche-ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e le necessità quantitative di tale figure ci porta a ritenere opportuno istituire una specifica Facoltà delle scienze infermieristiche e delle altre professioni sanitarie, superando l'attuale organizzazione che individua, in ambito sanitario, a livello accademico, la sola Facoltà di Medicina.
 - iv. Per quel che riguarda i docenti convenzionati con il SSN deve esserci piena omogeneità di regole con gli specialisti ospedalieri per quel che riguarda le valutazioni professionali, l'accesso alla libera professione, le progressioni di carriera e l'età pensionabile.
- d)** L'autonomia delle professioni sanitarie: il percorso intrapreso durante l'ultimo governo Prodi va ripreso e portato a termine per giungere a regolamentare in maniera equa ed efficace le professioni sanitarie, istituendo gli albi e gli ordini professionali non ancora costituiti, denominando ordini gli attuali collegi, procedendo contestualmente alla riforma degli stessi albi ed ordini professionali. Vanno regolamentati diversamente e meglio i rapporti tra operatori appartenenti a diverse professioni sanitarie, ivi compreso il rapporto con le professioni mediche, in relazione alla ormai consolidata evoluzione ordinamentale e formativa in quanto vigono ancora vecchie regole abbondantemente superate dai nuovi livelli di professionalità raggiunti dalle professioni sanitarie. Così come nell'estendere in tutte le Aziende Sanitarie la diretta gestione dell'attività di competenza delle professioni sanitarie e sociali, istituendo ed attivando la loro dirigenza, nel rapporto di interazione funzionale non conflittuale con la dirigenza medica e sanitaria, vanno sperimentate e diffuse tutte quelle modifiche dell'organizzazione del lavoro che possano, valorizzando questi professionisti della salute, contribuire a definire l'attività medica nella sua precipua essenza centrale, e dar segnali concreti di un miglior servizio ai cittadini. Vanno in questa direzione le esperienze del "See and treat" nei pronto soccorso ospedalieri, la riorganizzazione delle degenze ospedaliere in intensità di cure, l'istituzione dell'infermiere di famiglia.
- e)** La valorizzazione della professione infermieristica: La professione infermieristica è forse quella che ha subito le maggiori e più rilevanti innovazioni in termini di formazione e profilo professionale negli ultimi anni. Innovazioni che hanno portato la professione a livelli di competenza e funzioni di livello internazionale. Oggi l'infermiere è un professionista della salute, con una propria autonomia e una propria diretta responsabilità assistenziale nei confronti del paziente. Per questo e per il ruolo e le responsabilità che il nuovo profilo ha assunto nei confronti dei cittadini e delle strutture sanitarie in cui opera, l'infermiere deve finalmente vedere riconosciuti diversi e progressivi sviluppi di carriera e diversi e progressivi profili retributivi, corrispondenti alla articolazione del lavoro e alle specifiche attribuzioni di responsabilità;
- f)** Il Consiglio dei sanitari: va confermato e valorizzato; se ne sente l'esigenza soprattutto in quelle realtà regionali e locali in cui le occasioni di partecipazione attiva degli operatori alla definizione dei processi decisionali sono molto scarse; probabilmente il numero dei componenti va ridotto e va riequilibrata la componente delle altre professioni sanitarie e sociali in rapporto a quella medica, ma deve essere definito l'obbligo di consultazione preventiva su una serie di atti analiticamente definiti, con il contestuale obbligo di convocazione almeno mensile.
- g)** Il Collegio di Direzione: deve essere previsto l'obbligo di discutere preventivamente gli argomenti relativi all'organizzazione sanitaria nel Collegio di Direzione, dove deve essere prevista anche una componente elettiva, eventualmente proveniente dal Consiglio dei Sanitari.
- h)** La libera-professione intramuraria continua ad essere motivo di insoddisfazione; le leggi vigenti appaiono adeguate, ma l'applicazione è carente soprattutto in riferimento alla commissione paritetica aziendale, alla valutazione dei volumi di attività, all'impegno aziendale di contenere i tempi di attesa per le prestazioni istituzionali per evitare che il cittadino sia indotto a scegliere la prestazione a pagamento. In tale ambito va regolamentato il cosiddetto "conflitto di interesse", definendo, a livello locale, quali situazioni, soprattutto in rapporto con le ditte fornitrici di beni e servizi, possono essere ritenute legittime e quali no.
- i)** Il sistema della formazione e dell'aggiornamento continuo, dopo gli anni della sperimentazione dell'ECM, deve essere rivisto e definito valorizzando anche il livello regionale di intervento.
- j)** I rapporti con le Organizzazioni Sindacali: nei Contratti collettivi nazionali di Lavoro le relazioni sindacali sono ben definite, ma a livello locale troppe volte si assiste a direzioni aziendali che, soprattutto in relazione agli istituti contrattuali incentivanti, eludono gli obblighi contrattuali, evitando il confronto con le OO.SS.. Potrebbe essere di stimolo e condizionamento per le direzioni aziendali prevedere che nell'ambito delle periodiche valutazioni del direttore generale venga dato grande rilievo al rispetto delle corrette relazioni sindacali.
- k)** I Medici di Medicina generale: è la categoria professionale che da sempre riscuote la massima fiducia; ciò non toglie che tale fondamentale forma di assistenza possa essere ulteriormente migliorata intervenendo sulla convenzione soprattutto in due ambiti:
- i. realizzare una organizzazione del lavoro che preveda la istituzione sistematica di Unità di Cure Primarie costituite da 15-20 medici che concorrano a garantire l'assistenza in un punto ambulatoriale definito dalle 8.00 alle 20.00, 7 giorni su 7 e la reperibilità diurna, notturna e festiva 24 ore su 24; tale nuova organizzazione permetterebbe di riassorbire gli attuali medici della continuità assistenziale garantendo loro uno sviluppo professionale più valido e dignitoso ed ai cittadini una assistenza primaria sempre presente e più qualificata.
 - ii. realizzare e affidare ai MMG percorsi assistenziali territorio-ospedale e ospedale-territorio che accompagnino il cittadino dall'inizio alla fine del suo itinerario diagnostico-terapeutico .

- l)** Gli specialisti ambulatoriali esterni: è necessario prevedere forme di riorganizzazione in gruppi di lavoro omogenei per patologia in modo da assicurare una risposta integrata e tempestiva ai quesiti posti dai MMG .
- m)** Maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri convenzionati e degli specialisti ambulatoriali esterni nella vita delle aziende sanitarie prevedendone la presenza nei distretti, nel Consiglio dei Sanitari e nel Collegio di Direzione.
- n)** Dipendenti della Sanità privata: bisogna favorire la creazione di sistemi di selezione, di sviluppo di carriera, di remunerazione contrattuale dei dipendenti della sanità privata sempre più simili a quelli dei dipendenti delle strutture pubbliche. I clamorosi ritardi nella sottoscrizione dei contratti di lavoro vanno politicamente combattuti anche mettendo in conto inevitabili contrasti con i proprietari di Case di cura private.

4. Nuovi (e vecchi) bisogni

Il cambiamento di paradigma che interessa in maniera sempre più evidente anche il nostro sistema sanitario implica uno spostamento dell'attenzione dalla malattia e dalla guarigione alla qualità della vita come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali, quando si è costretti a convivere a lungo con una patologia cronica e quando restano pochi mesi di vita. Gli effetti sulle famiglie di malattie come Alzheimer, Parkinson, Sla, sono ormai noti anche ai non addetti ai lavori. Da questo scenario derivano quelli che abbiamo definito sinteticamente come i nuovi bisogni assistenziali perché richiedono rinnovato impegno e determinazione per offrire risposte adeguate in tempi contenuti, anche se spesso sono bisogni da lungo tempo presenti fra le persone.

Si possono individuare, quindi, una serie di proposte che riportiamo, qui di seguito, limitandoci ai titoli:

1. Riaprire il cantiere della non autosufficienza. Nel nostro paese ci sono 2,5 milioni di disabili, 900.000 di essi sono confinati in casa, il 12% sono over 65, 1/3 over 80.
2. In questo momento ciò che sta accadendo su questo terreno, poco o tanto che lo si consideri, sta avvenendo ad opera di alcune Regioni virtuose. Non c'è traccia di alcuna riflessione da parte del Ministero del welfare, se non per adombrare il ricorso al pilastro integrativo che, come dimostra l'esperienza francese, per questo genere di materia funziona se si integra, non se si sostituisce. Va ricordato, inoltre, che non tutto deve essere considerato aggiuntivo, in termini di risorse necessarie. Una parte dei percorsi dovrebbe già essere all'interno dei Lea.
3. Il Fondo per le persone non autosufficienti, istituito dalla Finanziaria 2006 e confermato dalla finanziaria 2007, non può essere accantonato e dimenticato come se non ci sia mai stata alcuna discussione e provvedimento in materia. Varrebbe la pena, inoltre, di rivedere l'indennità di accompagnamento: nel nostro Paese è indifferenziata, al contrario di quanto accade in Francia e Germania.
4. Recuperare l'impegno per la tutela delle disabilità, che attende ancora di essere affrontato in maniera estesa e alta, in linea con quanto previsto, anche in termini attuativi, dalla Convenzione internazionale sulle disabilità. Il Governo ha ratificato da poco l'adesione del nostro Paese a questa Convenzione Internazionale, forse varrebbe la pena di sfidarlo, ora, sul terreno della concretezza, dopo gli apprezzabili atti formali.
5. La battaglia per la vita indipendente nel nostro Paese non è stata ancora combattuta. Varrebbe la pena di farne una battaglia del Partito. Abbattimento definitivo di tutte le barriere, non solo architettoniche, e diritto di parola sono solo due esempi del tanto lavoro che si potrebbe sviluppare.
6. Riprendere l'iniziativa su Invalidità e semplificazione burocratica. La normativa, al livello nazionale, e la sua applicazione concreta, sembrano predisposte per scoraggiare, rallentare, filtrare la domanda, ostacolare la certezza del diritto. Forse è venuto il momento di dire basta alle corse ad ostacoli per vedere riconosciuto un diritto. Avevamo cominciato con il Decreto attuativo della Legge 80. Ora ci ritroviamo con 200.000 controlli a tappeto che rischiano di vanificare anche gli effetti di quel provvedimento. Possiamo contare su un buon esempio, quello della Regione Emilia-Romagna, che si è posta il tema della semplificazione, e si è dotata di norme severe ma aperte ai cittadini e alle loro necessità. Servirebbe una battaglia popolare per contrastare il conformismo strisciante che guarda a queste forme di intervento pubblico come, nella migliore delle ipotesi, assistenzialismo che toglie risorse allo sviluppo.
7. Ridefinire i Lea e definire i livelli essenziali di assistenza sociale. Siamo ormai ad un anno dal varo del Lea da parte del Governo di centro-sinistra, cancellati successivamente dal nuovo Governo. Quanto ai Liveas, come è noto, non sono mai stati varati. Entrambi questi strumenti vanno collocati con determinazione al di fuori della logica prestazionale e dentro l'approccio che garantisce la presa in carico integrata.
8. Rilanciare la battaglia per la costruzione della dimensione territoriale della offerta di assistenza. La debolezza della rete territoriale dei servizi costituisce un elemento di grande criticità del nostro sistema, con evidenti disparità tra nord e sud del Paese. Ma non si tratta solo di codici bianchi, e ciò che si annuncia è davvero poco. Integrazione, lotta alla frammentazione, continuità assistenziale all'interno di un percorso di presa in carico sembrano accantonati in cambio di interpretazioni, e obiettivi più minimalisti.
9. Riprendere la battaglia su Terapia del dolore e cure palliative. Serve una grande battaglia di civiltà. Abbiamo bisogno della semplificazione del ricettario, del rispetto degli standard fissato dai Lea, del rafforzamento della rete degli hospice e dell'investimento in assistenza domiciliare, dello sviluppo della rete delle cure palliative (ancora gravemente carente per i malati non affetti da malattia oncologica, soprattutto nei casi in cui le strutture sono nate all'interno di Unità oncologiche); gli interventi domiciliari non prendono nella maggior parte in considerazione gli oltre 90.000 malati giunti alla fase finale della propria vita a causa di malattie pneumologiche, cardiologiche, neurologiche, nefrologiche metaboliche e infettive. Il rischio evidente è quello di discriminare i malati inguaribili in base alla patologia di base e non ai bisogni tipici della fase avanzata ed evolutiva di una malattia inguaribile. Investire in assistenza al domicilio è necessario ed indispensabile.
10. Promuovere percorsi personalizzati e integrati sulla salute mentale: è sempre più necessario riprendere il lavoro a favore delle persone con disturbi mentali, evitando false contrapposizioni ideologiche e lavorando nell'esclusivo interesse dei malati e delle loro famiglie. I disturbi mentali rendono le persone deboli, esposte allo stigma, alla segregazione, a trattamenti che si limitano (quando va bene) a controllare le manifestazioni esterne del disturbo ma non riescono a

costruire progetti di vita che ridiano fiducia e speranza alla persona. I "luoghi" della salute mentale sono spesso freddi, deprimenti, disadorni, squallidi: al loro interno non solo i malati, ma anche gli operatori non possono che vivere esperienze monotone e desolanti. E' necessario dare reale attuazione agli obiettivi già presenti nella normativa e nel Progettivo-obiettivo Salute mentale, richiamati anche in tutti i documenti internazionali. In particolare è doveroso partire con la fissazione di un numero adeguato di progetti personalizzati integrati e con la progressiva riduzione degli invii agli ospedali psichiatrici giudiziari.

11. Puntare sulla prevenzione e gli stili di vita, troppo spesso trascurati perché producono risultati a medio-lungo periodo (di scarso interesse per i decisori miopi), ma in grado di migliorare le condizioni di salute della popolazione a basso costo e in modo significativo.