

ANGELO LINO DEL FAVERO

Angelo Lino Del Favero è Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 7 del Veneto, Consulente esperto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Maurizio Sacconi e componente della Commissione tecnica Paritetica per l'attuazione del Federalismo Fiscale (COPAFF).

Docente alla Luiss Guido Carli - Divisione Luiss Business School. Presidente Nazionale di Federsanità Anci.

È membro AIES (Associazione Italiana di Economia) e Socio SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la qualità dell'Assistenza Sanitaria).

Per la sostenibilità del SSN razionalizzare le risorse e diversificare i finanziamenti

Federsanità Anci propone un passaggio da "compatibilità economica ed efficienza" a "sostenibilità ed efficacia"

Federsanità, che lei presiede è, per antonomasia, luogo di integrazione istituzionale tra Comuni e ASL.

Qual è il vostro obiettivo prioritario in questa direzione?

Federsanità ANCI è federata all'ANCI (Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia) ed è nata nell'ottobre del 1995 come una struttura di servizio e rappresentanza per il settore dell'integrazione sociosanitaria.

Essa è da sempre impegnata nella costruzione e attivazione di rapporti con gli organi dello Stato e delle Regioni, con le istituzioni, con le forze politiche e le parti sociali per concorrere allo sviluppo della qualità ed efficacia del servizio sanitario e socio-assistenziale nazionale e locale. L'impegno si concretizza nella promozione di iniziative di studio, di ricerca e di proposta e nell'attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica agli associati: Aziende USL, Aziende ospedaliere e Comuni (rappresentati dalle Conferenze dei Sindaci).

Da diversi anni Federsanità Anci propone per la sanità pubblica un sostanziale cambio di paradigma - e, negli ultimi anni, tale impegno è divenuto di particolare pregnanza e urgenza - con il passaggio dalla "compatibilità economica ed efficienza" a quello della "sostenibilità ed efficacia", definendo come sostenibile

un sistema sanitario che gestisce, in modo dinamico, il punto di equilibrio tra **bisogni e risorse** in modo da incrementare il "capitale salute", ovvero garantire ai cittadini una qualità della vita migliore.

In particolare, il tema della **sostenibilità**, in un contesto di scarsità di risorse, è diventato particolarmente cruciale e trova, sempre più spesso, la proposta e l'attivazione presso le aziende associate di iniziative che tendono a utilizzare le risorse a disposizione nella maniera più adeguata, aumentando la qualità del servizio proposto e la soddisfazione dei cittadini utenti.

Lei ha anche un ruolo tecnico, in quanto dirigente di un'azienda ULSS, e la domanda è più specifica.

Secondo lei quanto sono cresciuti i processi di integrazione e quali sono o sono stati gli ostacoli maggiori?

La necessità di una maggiore integrazione è emersa con carattere di urgenza negli ultimi anni, quando ci si è resi conto - non solo leggendo i dati ISTAT - che la popolazione italiana invecchia e vive molto più a lungo di quanto non fosse decenni addietro.

Il Servizio Sanitario Nazionale, che pure è un sistema di possibilità di cura distribuite sul territorio nazionale e pensate con una

intensità graduale, si è tuttavia caratterizzato come un sistema “ospedalecentrico”.

E, come in un sistema di vasi comunicanti (legge di Pascal), anche nel mondo sanitario una sovra offerta di carattere ospedaliero assorbe impropriamente gli spazi della domanda di salute, impedendo di fatto, per la limitatezza delle risorse, lo sviluppo dei servizi territoriali, *in primis* l’assistenza agli anziani in strutture residenziali o a domicilio. Gli ospedali, grandi e piccoli, distribuiti sul territorio nazionale, al mutare delle condizioni sono diventati punti di snodo da rivedere.

Infatti, relativamente in pochi anni, la medicina e la diagnostica hanno fatto passi da gigante, la domanda di cure è aumentata in maniera vertiginosa (con l’aumentare della popolazione anziana affetta da diverse patologie croniche) ed è cambiata la necessità e la tipologia di assistenza.

Un ostacolo più evidente è stato quello della lentezza, in molti casi, o dell’incapacità, in altri, di capire e adeguarsi, o meglio di adeguare risorse, strumenti, tempi.

La sanità oggi è strettamente connessa al tema dei costi, della sostenibilità, della scarsità di risorse. Eppure non è un caso che le Regioni considerate le “prime della classe” (Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto) sono le Regioni che maggior-

mente hanno investito sul territorio, modificando in maniera radicale l’organizzazione dei loro servizi sanitari regionali. Indipendentemente dagli strumenti organizzativi adottati e dall’impostazione politica, queste Regioni hanno mantenuto i costi in ordine e offrono servizi adeguati sul territorio e di eccellenza nelle strutture ospedaliere.

Parlare di integrazione sociosanitaria è forse riduttivo rispetto



a prevenzione, salute, interconnessioni tra le politiche.

In che ordine di priorità metterebbe le seguenti aree d’intervento: crescita di una cultura condivisa, ricostruzione di mandati istituzionali, percorsi e integrazioni professionali?

È difficile dare una priorità a queste aree di intervento con l’obiettivo che prevenzione, salute, interconnessioni tra le politiche diventino realtà quotidiana.

È vero che, in generale e seppure frammentata, esiste una cultura condivisa su questi temi. Esistono anche numerose esperienze relative a percorsi e integrazioni professionali.

Forse quello che sarebbe necessario fare in prima battuta è – alla luce dei mutamenti intervenuti – ricostruire i mandati istituzionali.

Si tratta di fare un percorso diverso rispetto a quello dell’istituzione del SSN nel 1978.

In quel caso si immaginava e si costruiva qualcosa di nuovo

rispetto all’esistente (le mutue), si “guardava avanti” fissando regole per qualcosa che doveva ancora nascere. Oggi disponiamo di numerose esperienze valide e consolidate, convivono enti e soggetti che spesso si sovrappongono nell’erogazione di un servizio o, nel peggiore dei casi, latitano perché incapaci di intervenire o perché esiste una informatizzazione del SSN diversificata nella diffusione

e nelle applicazioni. Il federalismo e i LEA mettono le Regioni davanti a responsabilità nuove. In sostanza, esiste già un “nuovo” che va standardizzato, se non negli strumenti organizzativi, sicuramente nei risultati, nelle cure e nei servizi ai quali tutti i cittadini italiani devono poter accedere.

Al rappresentante istituzionale e al manager chiediamo

come conciliare qualità dell'offerta, centralità della persona all'interno dei servizi e continua riduzione delle risorse? Quali le possibili vie percorribili per salvare il welfare rendendolo sostenibile per le finanze pubbliche?

Conciliare qualità dell'offerta, centralità della persona all'interno dei servizi e continua riduzione delle risorse e, aggiungerei, crescita esponenziale della domanda. Queste sono le sfide e le "novità" di questi nostri anni.

La medicina e la diagnostica danno risposte inimmaginabili anche solo 10 anni fa, ma anche più costose. Quindi, avendo a disposizione il meglio delle cure, non si può pensare di proporre al cittadino soluzioni obsolete.

Tanto più che quel cittadino oggi è sempre più informato e attento alla medicina e alla salute in genere. D'altra parte si tratta dello stesso cittadino sul quale negli ultimi anni si è investito in termini di *empowerment*, di comunicazione e prevenzione.

Ora, che lo si voglia o no, questo cittadino è al centro dei servizi.

Questi fattori, certamente positivi, si scontrano con un paradosso: quello stesso SSN pubblico che ha portato l'Italia ad essere uno tra i paesi più longevi rischia di soccombere proprio a causa della sua stessa longevità.

In questi ultimi mesi si è parlato in modo costante e diffuso dei costi della sanità ma, troppo spesso, i tagli ipotizzati sono stati associati nei *mass media* a fenomeni quali gli sprechi e le ruberie, che pure esistono.

Tuttavia, anche in un mondo perfetto privo di sprechi e ruberie, il nostro SSN – così come era stato concepito nel 1978 – non è più sostenibile. La sanità pubblica costa e, pur mantenendo

il suo carattere universalistico, è necessario ipotizzare soluzioni che coinvolgano almeno in parte il cittadino.

Questo è uno dei temi affrontati all'interno del "Rapporto sulla non autosufficienza 2010" realizzato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali all'interno del quale si afferma che, per dare risposte adeguate ad una domanda in crescita ed incontrollabile, appare indispensabile da una parte insistere sulla strada già percorsa dalle Regioni della razionalizzazione delle risorse, dall'altra si tratta di perseguire un sistema fondato sulla diversificazione del finanziamento delle prestazioni, responsabilizzando maggiormente i cittadini e superando il concetto della compartecipazione alla spesa con un modello di adesione ai fondi sanitari integrativi.

Vanno indirizzate verso il mondo dei fondi integrativi le prestazioni a maggiore rischio di inappropriata, riservando al SSN la cura dei soggetti più deboli e delle patologie più complesse.

Le strutture opereranno in uno scenario diverso e più competitivo, dovendo attrarre sia i finanziamenti pubblici che le risorse private e, in un'ottica di lungo respiro, tale modello rappresenterà certamente una risposta vincente alle problematiche sopra descritte, senza "smantellare" il nostro SSN, ma anzi supportandolo e rendendolo più moderno nel tracciare una strada innovativa e "italiana".

L'obiettivo è anche quello di veicolare verso i fondi anche le risorse che i cittadini spendono privatamente (*out of pocket* che in Italia è, nonostante il SSN, tra i più alti in Europa) per fronteggiare condizioni di non autosufficienza e disabilità, usando come "volano" le prestazioni ad oggi già erogate

dagli stessi fondi, in prevalenza nella componente della specialistica ambulatoriale.

In questo modo, il sistema dei fondi integrativi può rappresentare un utile strumento per collegare due grandi settori tra loro apparentemente lontani, quello sanitario, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali ed il complesso mondo del sociosanitario, che comprende la non autosufficienza e le disabilità, settore quest'ultimo dove le risorse immesse dal sistema pubblico sono evidentemente insufficienti.

In questo possibile quadro non vanno trascurate le difficoltà che può incontrare lo sviluppo dei fondi integrativi nelle aree meridionali dell'Italia, caratterizzate da minore sviluppo economico e da minori livelli di impiego nei vari comparti che possono essere coinvolti nella contrattazione anche in materia di forme integrative di assistenza.

È evidente che si deve tenere conto delle minori possibilità di sviluppo dei fondi in queste Regioni, individuando specifici interventi correttivi per compensare quelle innegabili condizioni di disparità che caratterizzano il Nord ed il Sud del nostro Paese.

In conclusione, si ritiene importante proseguire sulla strada della valorizzazione dei fondi, anche per favorire lo sviluppo di una "cultura dei fondi" e di una maggiore sensibilizzazione dei cittadini sull'importanza di una gestione strutturata delle loro risorse private, condizione indispensabile per passare da una prima fase, in cui si ritiene i fondi dovrebbero rimanere volontari, ad una successiva in cui potrebbero essere introdotti criteri di obbligatorietà con il consenso sociale e la condivisione di tutti i soggetti istituzionali interessati.

Per rispondere alla domanda sulle vie percorribili per salvare il *welfare* rendendolo sostenibile per le finanze pubbliche, direi che nel quadro sopra descritto, la strada della sinergia e della collaborazione tra risorse pubbliche e private può rappresentare la risposta più efficace alle difficoltà finanziarie del nostro sistema sanitario, pur salvaguardando il SSN e la garanzia, costituzionalmente stabilita, di equità e tutela della salute.

Questa manovra economica e forse quelle che seguiranno intaccano proprio la disponibilità di risorse degli Enti locali, Regioni e Comuni.

Come vede la situazione nei prossimi mesi e anni, anche tenendo conto delle diverse realtà territoriali del nostro paese?

L'operazione di ridurre le spese, ovunque venga attuata, comporta sempre dei compromessi necessari e orientati al bene comune. Indipendentemente dai singoli aspetti, la manovra può essere un'occasione, seppure forzata, per rivedere alcuni aspetti organizzativi, concentrarsi sul cuore dei servizi, innovare strumenti e processi organizzativi.

È indubbio che in questo percorso forzato ci sono realtà sul territorio che devono ridurre e riorganizzare e altre che rischiano di non avere più nulla da offrire ai cittadini dei propri territori perché già ora offrono molto poco a fronte di spese insostenibili.

In questi casi la "rifondazione" dei sistemi sanitari e socio assistenziali arretrati può iniziare con una prima elementare operazione: chiudere i piccoli ospedali costosi e pericolosi per la salute dei cittadini organizzando contestualmente sistemi ospedalieri a

rete (centri di riferimento per le principali patologie) con buoni modelli di emergenza 118, in modo da liberare risorse per lo sviluppo del territorio, ovvero dei servizi per gli anziani, per i disabili e per quanti hanno bisogno di essere presi in carico e di ricevere cure "lowtech".

Sempre nel Rapporto sulla non autosufficienza si evidenzia la necessaria integrazione delle politiche sociali con quelle socio-sanitarie per assicurare processi di continuità assistenziale e presa in carico della persona non autosufficiente.

In particolare i temi che meritano maggiore attenzione, sono:

- l'elevato carico di cura sostenuto (in particolare al Sud) dalle famiglie e dagli aiuti esterni non istituzionali (badanti);
- il divario tra Nord e Sud nel godimento di indennità di accompagnamento con la conseguente esigenza di maggiori controlli;
- la costruzione di sistemi di servizi territoriali per anziani e disabili di tipo domiciliare e residenziale, integrati sotto il profilo assistenziale e delle reti urbane e sociali (volontariato);
- la predisposizione di fascicoli elettronici sanitari e sociosanitari per ciascuna persona, utili ad accompagnarla nei complessi percorsi, anche riabilitativi, favorendo appropriatezza e "presa in carico";
- il potenziamento delle strutture distrettuali in grado di governare le cure primarie, compresa la prevenzione e la promozione degli stili di vita per un invecchiamento sano.

Infine l'ultima domanda tra motivazione personale e ruolo professionale. Se si potesse riscrivere il SSN dalla sua isti-

tuzione ad oggi quali provvedimenti d'urgenza inserirebbe oggi a modifica o sostituzione delle norme esistenti?

Quando si ha a che fare con macchine complesse come la sanità, parlare di provvedimenti d'urgenza è pressoché inutile: mutamenti e innovazioni comportano processi lunghi e laboriosi e vanno pensati e attuati con provvedimenti organici.

Tuttavia, l'ammodernamento del SSN non può avvenire se non in **chiave federalista**, mettendo al centro la definizione dei fabbisogni e dei costi standard.

Questo renderebbe possibile una equità allocativa delle risorse e costringerebbe i modelli più arretrati e obsoleti ad evolversi.

Altro punto è quello relativo alla **clinical governance** attivata con il coinvolgimento pieno del personale medico sui processi di **accreditamento, sistemi di qualità e sicurezza** poiché questo innescherebbe processi di responsabilizzazione dei dirigenti nella sanità avendo come *mainstreaming* l'attenzione ai diritti dei cittadini e all'accesso alle cure. Altro aspetto fondamentale è quello della **formazione** e della necessaria revisione dei sistemi formativi (università, specializzazioni, ecc.) che devono essere al passo con una medicina che produce quotidianamente scoperte e innovazione.

Infine, ma non meno importante, il tema dell'ICT, della dematerializzazione, del fascicolo elettronico, della condivisione dei dati come "collante" per rendere disponibile e utilizzabile da tutti i servizi sanitari regionali quanto di meglio – in applicazioni, processi formativi e servizi – viene prodotto sul territorio. ●

(a cura di Lidia Goldoni)