

Sanità: ecco le priorità del Ministero

di Beatrice Lorenzin - Ministro della salute

22

Il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin ha presentato lo scorso 4 giugno alle Commissioni Affari Sociali della Camera dei Deputati e Igiene e Sanità del Senato le linee programmatiche del Ministero della Salute. Presentiamo uno stralcio del suo intervento.

Il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali:

- 1) il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione;
- 2) la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini;
- 3) l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il SSN si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo.

L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi.

Si è di fatto passati da un concetto di universalità "forte" e incondizionata, rispondente al modello del "tutto a tutti", a un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V della Costituzione, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria rendono non più pro-



crastinabile ripensare al modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

NEL MERITO DELLE PRIORITÀ

Tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle policies relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata.

Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Per questo sarà predisposto il **nuovo Piano Nazionale Prevenzione (PNP)**

PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Riorganizzazione della rete assistenziale

Passo ora a illustrare un altro obiettivo di rilevanza strategica, e cioè la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema, su cui hanno posto particolare attenzione i miei predecessori, Fazio, Balduzzi si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale.

Su questo fronte occorre collaborare con le regioni per accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) deputate ad erogare l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e di accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN.

Nella medesima ottica, occorre continuare e completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La Farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri



per il SSN, prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere e ai pronto soccorso in relazione alle effettive necessità dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibile di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie. Aggiungo che, come è ben noto a questa Commissione, è all'esame della Conferenza Stato-Regioni lo schema di regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" previsto dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che contiene, tra le altre, l'indicazione utile ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

Livelli essenziali di assistenza

È noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che gli stessi, benché non abbiano la pretesa di essere esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili al singolo e alla collettività, debbono prevedere comunque una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare e garantire in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

Vi comunico che la proposta di provvedimento di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 5, commi 1 e 2, della legge n. 189 del 2012, è stata predisposta e trasmessa al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire il previsto concerto tecnico.

Dopo la formulazione di una specifica valutazione economica da parte del Ministero dell'economia e finanze, lo schema di decreto è stato trasmesso il

12 marzo 2013 alla Conferenza Stato Regioni per l'avvio dell'istruttoria ai fini dell'intesa.

Il Nuovo Patto per la salute

Un breve cenno merita il Patto per la Salute, che come è noto, è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Va a questo punto ricordato che le disposizioni di cui al decreto-legge 2012, n. 95 stabiliscono che, in mancanza della definizione in sede Stato-Regioni entro il 15 novembre 2012 del Nuovo Patto per la salute 2013-2015, sarebbero divenute operative le misure fissate dal medesimo decreto in campo sanitario, misure che, diversamente, con il Patto avrebbero potuto essere rimodulate, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali.

Il nuovo patto non è stato ancora perfezionato, ma tale obiettivo riveste significativa rilevanza, visto che lo stesso presenta finalità sia di carattere programmatico che di definizione di convergenze tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Colgo l'occasione per rappresentare la mia volontà di istituire in tempi brevi un tavolo di concertazione con i rappresentanti delle Regioni per addivenire rapidamente a soluzioni condivise, necessarie per il perfezionamento del nuovo Patto.

Ritengo infatti che la stipula del nuovo Patto possa rappresentare il vero punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo, centrale e regionale.

Fondo sanitario nazionale

A causa delle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 (D.L. 78/2010, D.L. 98/2011, D.L. 95/2012, L. di stabilità 2013), il livello di finanziamento del FSN è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013, per la prima volta, un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato pari a -0,88% rispetto all'anno precedente.



Ministero della Sanità



Confermo che ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi.

Anche le Regioni "virtuose" potrebbero avere serie problemi se non si corregge l'impostazione del recupero di risorse, senza entrare nei livelli di complessità che caratterizzano il settore.

Come ha sottolineato il Presidente del Consiglio, occorre abbandonare la logica dei tagli lineari auspicando un ripensamento della spending review sulla base dei costi e dei fabbisogni standard, così come peraltro suggerito anche dal "comitato dei saggi" istituito presso la Presidenza della Repubblica.

È necessario individuare, assieme alle Regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini. Così come è necessario rendere possibile che le regioni in piano di rientro possano documentare oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini.

INIZIATIVE IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSN "RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE E PRECARIATO"

Altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi è quello della responsabilità professionale; ho consapevolezza che su questo specifico tema questa Commissione già nella passata legislatura, ha dedicato adeguati approfondimenti. Inoltre, ho ben chiaro che le pur importanti novità introdotte a livello normativo dal decreto-legge n.158, convertito dalla legge n. 189 del 2012 non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, comunico che le Regioni nel mese di febbraio 2013 hanno sollevato la necessità di attuare gradualmente, nell'arco di sei mesi, il pro-

getto sperimentale di messa in rete delle strutture presso le quali si svolge l'attività libero-professionale. Per tale esigenza ho avviato l'azione di monitoraggio, convocando già per la prossima settimana l'Osservatorio a tal fine costituito.

Passo ora ad affrontare un tema che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda i giovani medici. Mi riferisco al precariato, al blocco del turn-over e alla formazione specialistica e in medicina generale.

Per quanto attiene al precariato gli ultimi dati disponibili offrono un quadro non incoraggiante. Intendo pertanto, affiancare l'attività degli altri Ministri di settore (lavoro, economia, funzione pubblica) per individuare le soluzioni idonee a superare il problema. Ritengo che il precariato - fenomeno già di per se negativo in tutti i settori - per il SSN assume ulteriori connotazioni negative, in considerazione che le risorse umane dedicate all'assistenza sanitaria, devono riporre fiducia nella struttura sanitaria e sentirsi parte integrante della medesima; la stessa struttura deve poter contare, senza soluzione di continuità, nelle medesime risorse umane, garantendo loro il giusto spazio anche in termini di formazione professionale.

Quanto al blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro, la questione assume profili più complessi. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni. Il Ministero della salute giocherà fino in fondo il suo ruolo di Ministero affiancante per supportare un percorso virtuoso di politiche delle assunzioni.

Passo all'attività di formazione, che è propedeutica all'assunzione: i giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione o dell'attestato di formazione in medicina generale è un requisito indispensabile per l'ingresso nel Sistema sanitario nazionale. Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso. Per quanto attiene alla formazione in medicina generale, comunico che in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale 

Tratto da: <http://www.salute.gov.it>
consultato il 18 giugno 2013

