



Giovanni Bissoni, presidente dell'Agenas, a tutto campo sulla manovra per la Sanità

«Il sistema rischia il collasso»

Tempi troppo stretti per realizzare una spending review efficiente

C'eravamo lasciati nel 2010, quando decise di abbandonare la guida della sanità dell'Emilia Romagna. Ed ora lo ritroviamo presidente dell'Agenas, proprio nel momento delle grandi scelte che toccheranno il Ssn e che potrebbero rischiare di incidere la carne viva. Giovanni Bissoni non è solo una parte della storia (dal 1996) di Sanità nostra. È anche un fine interprete di quanto è accaduto e di quanto potrà accadere ancora. E non si tira certo indietro.

Giovanni Bissoni, dove c'eravamo lasciati? Che anno era, il 2010? Bentornato!

Sì, era il 2010. Che è stato l'ultimo anno "come gli altri". Il servizio sanitario aveva vissuto un momento di grande crisi alla fine degli anni 90.

Allora però la crisi della Sanità era nel gioco delle parti: la sottostima del fondo era il metodo scelto per governare la spesa; i disavanzi che venivano coperti in parte dallo Stato e in parte dalle Regioni; era ancora possibile ricorrere all'indebitamento per pagare i debiti. Nel 2000-2001 è stato fatto il grande balzo: non è stato più possibile giocare la carta della sottostima e coprire i disavanzi con l'indebitamento.

E che accadde quel punto?

Si è cercato di trovare un equilibrio nel fondo. Gradualmente il sistema ha maturato di nuove situazioni difficili a metà degli anni 2000: nel 2006 venne lanciata l'allarme finanziario in Sanità e il governo Prodi a metà anno rifinanziò in modo significativo il fondo. La spinta propulsiva si è mantenuta nella seconda parte degli anni 2000, ma dal 2011 c'è stata un'altra inversione di tendenza: è cominciata una ulteriore riduzione del fondo rispetto ai ritmi di crescita consolidati e le Regioni col piano di rientro sono state costrette ad arrangiarsi da sole, senza più automatismi.

Ma oggi la situazione è eccezionale, dobbiamo rispondere ai richiami dell'Europa.

Se però si prende la lettera della Bce la parola Sanità non c'è. E non c'è perché in base ai parametri europei la Sanità non può esserci. Secondo qualunque parametro di carattere finanziario adottabile in Europa la Sanità italiana non costituisce un elemento di preoccupazione. Il decennio 2000-2010 esaminato dal rapporto Ose ci dice che il Ssn perde posizioni rispetto al livello di spesa e ne acquista rispetto alla capacità di controllo della spesa. E l'ultima relazione della Corte dei conti sostanzialmente riconferma quella analisi.

Ciò che si sta facendo sulla Sanità non è motivato da una situazione specifica del sistema. Casamai dovrebbero essere altre le motivazioni di un intervento ad esempio sul divario Nord-Sud, che è drammatico. Ma in termini di tenuta complessiva finanziaria il Ssn ha difficoltà proprie.

Non manca certo di che preoccuparsi.

La mia preoccupazione è che non so se il Ssn ha nel suo complesso la possibilità di recuperare in così breve tempo le cifre annunciate dalle ultime manovre. Ciò detto evidentemente l'inappropriatezza dei ricoveri o le modalità di acquisto sono tutti elementi del sistema su cui si può intervenire. Ma non rischiamo di fare un ragionamento sui tetti di spesa o di finanziamento che non hanno nulla a che vedere col funzionamento reale della Sanità.

Eppure il pericolo è più che reale.

Un bel pezzo di Paese nel 2011 ha chiuso la propria Sanità in pareggio, salvo qualche rinforzo da bilancio regionale non significativo (secondo la Corte dei conti le Regioni non soggette a piani di rientro hanno rinforzato con 400 milioni e propri bilanci), con una Sanità di valenza europea, con punte di eccellenza e con un finanziamento più basso di quello che spendono altrove. Questo perché la spending review quelle Regioni la stanno facendo da anni, portandosi a casa anche una capacità significativa di innovazione del sistema.

Se si agisce sul Fsn è evidente che si finisce per ridurre a tutte le Regioni in quota pro capite il finanziamento. Ma nelle Regioni come la Toscana che hanno già fatto la spending review, dove stanno i margini? E nelle Regioni con i piani di rientro ome si può pensare di utilizzare la spending review per ridurre il finanziamento, invece che abbassare

le aliquote fiscali che sono state incrementate, ridurre i ticket ticket che sono stati aumentati, fare gli investimenti già effettuati da altre Regioni per migliorare il servizio? Il rischio vero è che noi di qui a un po' ci troveremo con il servizio sanitario in default.

Siamo davanti allo smantellamento del sistema?

Le situazioni di crisi da sempre possono essere da riforma o da controriforma. Il ministro della Salute giustamente pensa che occorra fare di questo momento di crisi una occasione per accelerare tutti i cambiamenti di cui siamo capaci in un'ottica di salvaguardia del Ssn.

La mia preoccupazione è che di fronte a una situazione così difficile o si prendono provvedimenti nazionali - che sono comunque indirizzi negativi di controriforme - o si cerca di salvare il salvabile e allora i Lea diventano livelli minimi per consentire a tutte le Regioni di starci dentro.

Quale potrà essere il punto di caduta?

Il punto di caduta dipende da cosa succederà dopo il 2013. Oggi il fatto che il finanziamento sia definito a livello nazionale e poi di mezzo ci siano le Regioni, consente alla politica di non fare scelte forti e immedia-

te. Tutto questo potrà sopravvivere fino al 2013, ma non oltre. A quel punto la politica dovrà fare le proprie scelte. Siamo un grande Paese e un grande Paese si permette tutto: se non riusciamo più a essere un grande Paese, bisognerà decidere quali sono le cose che si tengono e quelle che si lasciano. Io sono convinto che il Ssn è una delle cose che occorre necessariamente salvaguardare.

In concreto però c'è da fare qualcosa...

Non ho mai detto che non bisogna fare la spending review. Però mi piacerebbe un approccio che sappia cogliere la diversità del Ssn rispetto ad altre aree della pubblica amministrazione. Dei cento e passa miliardi di euro che si possono fare di spending review nella Pa, il 70-80% riguarderebbe la Sanità. Non mi convince, ma la prendo per buona. Su beni delicati come i presidi sanitari, però, dobbiamo fare un lavoro serio di valutazione. Non possiamo mettere in appalto la protesi che costa meno.

Ma non lo sta facendo l'Agenas?

All'Agenas è stato chiesto solo un elenco di beni che sommati assieme danno una cifra significativa. Mi auguro che altri lo stiano facendo. Naturalmente per fare questo occorre mettere in campo competenze che sappiano come si organizza una gara d'appalto, che sappia valutare le dieci protesi che possono servire per lo stesso intervento, distinguendo tra la protesi cinese e la protesi al titanio. Non è possibile fare l'appalto al migliore offerente, ma non è neanche possibile pensare che ogni professionista decida da solo.

La manovra, oltre alla spending review, toccherà anche i farmaci su cui - tetti o non tetti - sembra esserci grande confusione di idee e grande contrasto.

Mi sembra che anche Farmindustria sia consapevole che la manovra sulla farmaceutica va fatta. Da questo punto di vista abbiamo margini possibili da programmare nell'ambito della farmaceutica territoriale. I generici, i biosimilari, i bioequivalenti, stanno dimostrando di essere un volano. Una parte di questo beneficio può sicuramente andare a favore di una manovra sui farmaci.

Una parte però deve essere colta per riuscire a garantire l'innovazione sui farmaci. Abbiamo bisogno di un sistema capace di distinguere l'innovazione vera da quella che non lo è e abbiamo bisogno di rafforzare la capacità di valutazione da parte del Ssn., magari utilizzando la rete d'eccellenza degli Irccs, creati proprio per la ricerca traslazionale...

Come dire: ci sono gli strumenti ma ancora bisogna costruire tutto dall'inizio. Non è deludente? Altro che Sanità apripista del cambiamento...

La prima cosa da fare è fare le cose che ci stiamo raccontando da anni.

Anche i fondi integrativi che la sinistra non ha mai davvero digerito?

Per me non è un boccone amaro quello dei Fondi integrativi. L'importante è che non si pensi di utilizzare una situazione di crisi come questa per dare una risposta da controriforma. Sappiamo bene che normalmente le persone che hanno maggior con-

sumo e accesso ai servizi sono quelle che probabilmente non si copriranno con la mutualità integrativa. Trovo francamente che ci sia molta approssimazione su questo punto. Se il Fondo è integrativo nell'ottica prevista dalla normativa vigente non crea nessun problema al fondo sanitario.

Il fondo integrativo però allevia i costi del servizio pubblico.

Trovo che questi fondi integrativi siano spesso ripetitivi di ciò che succede nel Ssn e giustificati piuttosto da una maggiore semplicità di accesso. Penso ci sia troppa sovrapposizione. Non c'è bisogno di far crescere i ticket per rilanciare la mutualità integrativa: basta migliorarne l'utilizzo.

Con ticket troppo elevati determineremo una fuga dal Ssn e questa sarebbe una perdita e non un vantaggio per il sistema: non ci libereremo di alcuna spesa, i costi fissi resterebbero e non avremmo più le entrate.

Ecco, parliamo dei ticket: c'è una grande voglia di franchigia...

Partiamo dalla situazione attuale. Il ticket è una forma di cofinanziamento del Ssn. Ma se eccediamo in questa forma di finanziamento si metterebbe in atto un sistema fiscale iniquo.

Già oggi 4 miliardi di entrate pongono un problema serio di equità e di fuoriuscita dal servizio pubblico di alcune prestazioni che risultano più semplici ed economiche nel privato. Penso che la riflessione aperta dal ministro Balduzzi sia utile da questo punto di vista. Oggi ci sono due automatismi per avere diritto all'esenzione: l'età e la cronicità. Il tema del reddito dovrebbe entrare da questo punto di vista in maniera più equa nella misurazione dell'equità d'accesso. Così come evidentemente dobbiamo trovare un meccanismo di ticket massimo che non ponga le prestazioni fuori dal Ssn. Da questo punto di vista se la franchigia dovesse rappresentare il pagamento della prestazione fino al raggiungimento di un tetto massimo, rischieremo di creare problemi seri.

La discussione sui ticket aperta dal ministro Balduzzi ha sicuramente messo in evidenza una serie di problemi che è giusto affrontare, a prescindere da quel che accadrà nel 2014.

E poi d'altra parte manca ancora il «Patto».

Infatti è la mancanza del «Patto» il problema grave, perché avremmo bisogno di mettere in campo tutte le risorse disponibili per raggiungere l'obiettivo o ridurre i danni. Il tempo stringe e spero ci siano le condizioni per arrivare rapidamente a firmare la nuova intesa.

Nel 2013 intanto parte il benchmark tra le tre Regioni secondo le regole dei costi standard.

La valutazione delle Regioni tocca all'Economia e alla Salute e le Regioni svolgono l'autovalutazione.

Per ora intanto ne vengono fuori tre: Lombardia, Umbria e Mar-

che secondo i dati 2011. Ma cosa c'è da aspettarsi da questo benchmark? Sui costi standard s'è ricamato tanto...

Il percorso dei costi standard è complicatissimo di per sé. A me non sembra che si sia usato questo periodo per sviluppare tutte le possibili potenzialità. Inoltre il finanziamento non sarà basato sui bilanci delle Regioni coi conti in pareggio bensì sui bilanci su cui incidono le manovre. E questo cambia radicalmente tutto.

Lo dice con una certa soddisfazione...

Non è vero. Il sistema sanitario nasce puntando e facendo forza sulle autonomie locali. Ha consentito ad alcune Regioni di camminare più in fretta ampliando il divario con le Regioni in difficoltà. Il problema che dobbiamo porci è come fare a sostenere chi è rimasto indietro.

È bene che i governatori siano anche commissari di sé stessi?

Sono convinto che di fronte ad alcune situazioni vada rafforzata la capacità di tutela e di sostegno dello Stato alla Regione, ma non come controllore. Lo Stato dovrebbe avere una funzione più forte di accompagnamento nel governo della Sanità, nelle programmazione e nelle azioni da mettere in campo. Dopodiché se questo equilibrio istituzionale impone che il commissario sia il presidente della Regione, è gestibile anche questo. Il problema è quale forma di affiancamento lo Stato fa di fronte a una Regione in grande difficoltà.

Che farà da grande l'Agenas?

L'Agenas non ha un ruolo chiaro e definito. A me sembra che il sistema sanitario nazionale abbia un'architettura generale molto estesa, ma non sufficientemente definita su ciò che fa l'uno o l'altro. Abbiamo bisogno di definire bene e meglio "chi fa cosa" e come si lavora. All'Agenas si stanno facendo lavori molto importanti, ma il rischio è di restare più nell'ambito del benchmarking che in quello del "fare sistema". Su questo andrebbe riconosciuto di più il ruolo nazionale dell'Agenas.

Fino a che punto i medici possono essere definiti ancora una casta?

Casta è un termine che mette insieme una corporazione e i privilegi.

È una situazione sia propria di tutte le attività liberali e quella del medico da questo punto di vista non è diversa. In una situazione come questa il medico però rappresenta un'opportunità per la spending review. Scegliere a esempio quali sono le protesi giuste per un paziente è un momento di governo clinico eccezionale e un momento di trasparenza. Dal quale poi derivano spesso anche risultati economici positivi.



“ Il problema è ciò che accadrà dopo il 2013 quando cambierà il metodo di determinazione del finanziamento e scatteranno le manovre ”



“ Il Patto per la salute è indispensabile per mettere in campo tutte le risorse possibili per raggiungere l'obiettivo, ma il tempo stringe ”