

L'INTERVISTA

«Più personale e meno liste d'attesa Obiettivo un nuovo Piano sanitario»

ENRICO NEGROTTI

Il nuovo direttore generale della Programmazione al ministero della Salute, Cicchetti: la riforma dell'assistenza sul territorio va completata e integrata con quella degli ospedali. Le Regioni? Stannofaticosamente sistemando i bilanci Alle maggiori risorse destinate dalla legge di Bilancio allasanità, si deve accompagnare una riorganizzazione di procedure e strutture del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Ne è convinto Americo Cicchetti, da due settimane direttore generale della Programmazione del ministero della Salute, dopo tre mandati da direttore dell'Alta scuola di economia e management dei sistemi sanitari (Altems) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. «Le maggiori risorse andranno destinate soprattutto al personale – osserva Cicchetti – ma vogliamo anche migliorare l'appropriatezza grazie ai Livelli essenziali di assistenza (Lea), uniformare le riforme dell'assistenza ospedaliera e territoriale e, infine, ridare vita al Piano sanitario nazionale».



Con la legge di Bilancio si comincia a parlare di cifre. Basteranno per un Ssn che sembra spesso inaffanno a garantire le prestazioni, in particolare a causa delle liste d'attesa?

Le linee di indirizzo erano già presenti nella Nota di aggiornamento del Documento dieconomia e finanza (Nadef): la priorità sono le spese per il personale con il rinnovo dei contratti (medici e infermieri) e per l'abbattimento delle liste d'attesa. Però mettere più risorse non basta, è il 50% della soluzione, nel breve termine: si interviene sul lato dell'offerta con maggiori risorse alle Regioni, attraverso diversi meccanismi, tra cui salario aggiuntivo per le ore in più (100 euro per i medici e 60 per infermieri). Si prevede anche con la possibilità di fare ricorso al privatoaccreditato, perché l'esperienza del 2022 (quando non tutti i fondi per ridurre i tempi d'attesa sonostati spesi) ha mostrato che occorre trovare la disponibilità per orario aggiuntivo da parte deimedici. La novità rispetto ai provvedimenti del 2022 (governo Draghi) e del 2023 (governo Meloni) è che questa volta vorremmo "ingaggiare" le Regioni con un meccanismo di erogazione delle risorsevincolato al raggiungimento degli obiettivi.

Ma le Regioni riescono a far bastare queste risorse? Dopo il Covid, ci sono ancora territori in pianodi rientro?

Sono ancora sette le Regioni in piano di rientro, ma non commissariate. Stanno faticosamente mettendo a posto i bilanci, abbastanza rientrati nel 2022. Stiamo monitorando i conti del 2023, alcune saranno ancora in sofferenza e potrebbero superare il limite del deficit del 5%, ma non è lo tsunami che viene descritto: non stiamo perdendo il Ssn. Ricordo che erano anni che non avevamo un aumento di

3,3 miliardi sul Fondo sanitario nazionale (Fsn): tra il 2015 e il 2019 l'aumento era di circa 1,5 miliardi.

Nel 2021 sono stati messi 10 miliardi in più rispetto al 2020 a causa del Covid-19 (e li abbiamo spesi), ma l'incremento del Fsn registrato tra 2020 e 2022 è rimasto: stiamo aggiungendo 3,3 miliardi su un finanziamento cresciuto per il Covid.

L'altro 50% degli interventi?

Sono di medio termine. Dobbiamo agire sul lato della domanda, facendo in modo che le prestazioni richieste dai cittadini possano essere sempre più appropriate e prescritte quando effettivamente ce n'è bisogno. Le liste d'attesa vanno gestite in maniera più accurata rispetto al passato, e non devono allungarsi per prestazioni non appropriate. Migliorare l'appropriatezza vuol dire anche lavorare sul meccanismo di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) perché questo è il cuore del lavoro della Programmazione sanitaria del ministero della Salute: deve essere sempre più tempestivo e basato sull'evidenza scientifica. Dobbiamo offrire prestazioni che effettivamente generano valore e garantiscono la tutela della salute. Ad agosto 2023, con due decreti, sono stati aggiornati i Lea con più di 300 nuove prestazioni, e stabilito un nuovo tariffario per prestazioni ambulatoriali e la protesica. Stiamo aspettando il via libera del ministero dell'Economia e Finanza, e poi l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Con il Covid-19 si è parlato molto di riorganizzare la medicina territoriale: il Dm 77, che prevede le Case di comunità, stenta a trovare applicazione?

La riforma dell'assistenza territoriale deve essere ancora completata. Sicuramente l'impalcatura del Dm 77 rimane, ma tutte le criticità sono sotto osservazione del ministero e delle Regioni, e crediamo che debba essere applicato con un approccio di geometria variabile. Dobbiamo evitare di perdere finanziamenti programmati dall'Unione Europea nell'ambito del Pnrr, ma fare investimenti infrastrutturali non vuol dire che i modelli organizzativi devono essere gli stessi tra un centro cittadino e una valle rurale. Tuttavia il Dm 77 può essere aggiornato a margine, e lo faremo, per armonizzarlo con un'altra riforma, quella dell'assistenza ospedaliera, definita dal Dm 70 del 2015. Il lavoro che ci aspetta, e su cui sarà impegnata anche la Direzione Programmazione, è quello di aggiornare e allineare i due decreti degli standard, quello ospedaliero e quello territoriale. Due decreti che sono cruciali per il Ssn perché sono la declinazione dei Lea. C'è un tavolo al ministero dedicato ad analizzare le criticità del dm 70 e del dm 77. L'obiettivo (scritto nel NadeF) è quello di "adattare la riforma" per tenere insieme le due cose.

Gli obiettivi di più lungo periodo della Direzione Programmazione?

Sicuramente predisporre un nuovo Piano sanitario nazionale: attualmente non l'abbiamo, l'ultimo è stato quello del 2006-2008. Uno schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013 non è mai stato approvato. Nel frattempo la Programmazione sanitaria si è limitata ai Patti per la salute, l'ultimo 2019-2021, il cui aggiornamento partirà a breve. Entro i prossimi tre anni vogliamo tornare a

Avvenire

un meccanismo di programmazione centrato sul ruolo e la funzione del Piano sanitario nazionale (Psn). Il Patto per la salute viene licenziato dalla Conferenza Stato-Regioni, e non ha nessuna valenza normativa, neanche quella di un decreto ministeriale. Un Piano sanitario nazionale, approvato attraverso i meccanismi parlamentari, ha forza di legge: è importante anche per governare meglio i rapporti tra lo Stato e le Regioni. Il Psn, più snello rispetto al passato, sarà anche un modo per integrare i 19 piani settoriali che esistono attualmente (piano oncologico, piano delle cronicità...) e garantire in maniera ancora più forte il diritto alla tutela della salute dei cittadini e all'assicurazione dei Lea. Sarà anche lo strumento per utilizzare nella maniera più sinergica possibile le risorse che abbiamo a disposizione e per dare alcuni indirizzi più forti dal livello centrale. Rischia di confliggere con i poteri delle Regioni o i futuri progetti di autonomia differenziata? No, è un aspetto complementare. Per ristabilire l'equo accesso alle prestazioni dei cittadini su tutto il territorio nazionale, potrebbe essere necessario trattenere qualche risorsa al centro: se ho un grande ospedale dove il 50% dei pazienti provengono da fuori Regione, è evidente che quella struttura è strategica a livello nazionale. Allora, nel rispetto delle autonomie regionali, dobbiamo trovare forme di coordinamento forte riguardo infrastrutture e grandi organizzazioni che rappresentano la spina dorsale del Ssn. E che, messe all'interno di una regia unica, cercano di garantire a tutti i cittadini italiani l'equo accesso perlomeno alle prestazioni di altissimo profilo, di terzo livello. Un esempio è l'adroterapia: in Italia servono tre centri. Oggi uno è a Pavia, uno a Catania, ne dobbiamo costruire uno in Centro Italia: sono infrastrutture tecnologiche che valgono per il Paese, dobbiamo trovarle il modo per gestirle in modo che le Regioni ne possano usufruire in maniera snella e veloce, garantendo l'autonomia, anche rafforzata, sul resto, lasciando spazio alla sussidiarietà. È una geometria variabile dell'autonomia. RIPRODUZIONE RISERVATA «Da anni non avevamo un aumento di 3,3 miliardi sul Fondo sanitario nazionale. Che si aggiungono a quelli stanziati con il Covid. Alcune infrastrutture hanno rilievo nazionale, vanno gestite con una regia unica» Americo Cicchetti.