- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.190.217.134 Fri, 19 Apr 2024, 18:52:29

EDITORIALE

Quale strategia per la salute dei cittadini?

Maurizio Bonati
Dipartimento di Salute Pubblica
IRFMN Milano
mother_child@marionegri.it

Gennaio 2011: approvato il PSN 2011-2013.

Il 21 gennaio 2011 il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del Ministro della salute Ferruccio Fazio, lo schema di Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 sul quale verranno sentite le organizzazioni sindacali e che verrà inviato alle Commissioni parlamentari per il parere e alla Conferenza unificata per la prevista intesa. Ci vorrà quindi ancora tempo per la ratifica del Piano che indica gli obiettivi e i correttivi da mettere in atto. È un problema il tempo? Non si direbbe. Infatti il Piano precedente era del 2006-2008 e del biennio di mancata copertura molti non se ne sono accorti (ma c'era ragione per accorgersene?) e nessuno ha dovuto render ragione e/o conto del ritardo. Che sia forse uno strumento obsoleto? Lo si fa per solo dovere? "Tanto in 3 anni cosa vuoi che cambi e cosa puoi cambiare in così poco tempo, in un mondo così complesso come quello della Sanità?". Il PSN è previsto dalla Legge 833 (Art. 53) del 1978 con cui è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) [Ministro: Tina Anselmi] il cui ruolo è stato ridefinito con la Legge 419 del 1998 (passando attraverso i d.lgs 502/92 e 517/93 [seconda riforma sanitaria, Ministri: Francesco De Lorenzo e Maria Pia Garavaglia] e con il d.lgs 229/99 [terza riforma sanitaria, Ministro: Rosy Bindi]).

Nel PSN sono individuati gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci e appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale. Inoltre è demandato ad appositi organismi scientifici del SSN l'individuazione dei criteri di valutazione qualitativa e quantitativa delle prestazioni sanitarie. La storia però ci dice che da sempre sin dalla sua prima realizzazione formale PSN 1994-1996, 16 anni dopo la legge istitutiva, il PSN è stato un documento di intenti (buone intenzioni) e di scarsa praticità nell'immediato (il triennio di riferimento). Nel corso dell'ultimo decennio, nessuno dei cinque Ministri (e un Presidente del Consiglio che ha ricoperto un incarico *ad interim*) che hanno "incrociato" quattro PSN è stato costretto a dimettersi per non aver attuato il Piano o è stato confermato per poterlo attuare nel tempo. Il PSN rappresenta, quindi, un piano di programmazione, nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza e globalità su cui si fonda il SSN, con cui il politico delinea il profilo di controllo dell'impiego delle risorse per razionalizzare la spesa sanitaria e recuperare efficienza nei servizi. In pratica: con il PSN 2011-2013 ci sono circa 1,5 miliardi all'anno da ripartire tra le Regioni cui spetterà il compito di dare concretezza alle azioni individuate (vedi Box). Per intraprendere e attuare nuove azioni bisognerebbe essere in grado di farlo. Nove Regioni dal febbraio 2007 hanno atti-

PSN 2011-2013: circa 1,5 miliardi all'anno da ripartire tra le Regioni.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.190.217.134 Fri, 19 Apr 2024, 18:52:29

vato i Piani di rientro dal disavanzo da attuarsi entro il 2010, ma in considerazione degli scarsi risultati è già stata data facoltà alle Regioni interessate di proroga fino al 2012. Difficile, quindi, confidare in una omogenea ed equa attuazione del PSN in una condizione di enorme disequilibrio economico-finanziario tra le Regioni. Inoltre, le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi tra il Nord e il Sud d'Italia e tra i diversi gruppi sociali non solo perman-gono ma si accentuano; a conferma che la politica italiana rimane incapace di intraprendere programmi di azione efficaci, efficienti, condivisi, coordinati, coerenti ai bisogni e non settoriali.

Alcune criticità del sistema andrebbero corrette.

Il nuovo PSN dopo aver ribadito i principali punti di eccellenza che caratterizzano il SSN – capacità di risposta assistenziale universale, accessibilità ai servizi dei cittadini, ampia copertura farmaceutica a carico del SSN, aspettativa di vita in buona salute alla nascita, reti per l'effettuazione dei trapianti d'or-

AZIONI PER LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

- Rilanciare la prevenzione
- Azioni per il controllo dei determinanti ambientali
- Azioni per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Sanità pubblica veterinaria e benessere animale
- Sicurezza degli alimenti e nutrizione
- *Health impact assessment*
- Centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali
  - Cure primarie
  - Continuità delle cure ed integrazione ospedale territorio
  - Rete assistenziale territoriale
- Riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagini
- Reti ospedaliere
  - Problematica dei piccoli ospedali
  - Riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali
  - Rete dell'emergenza urgenza
- Riabilitazione
- Valutazione delle nuove tecnologie sanitarie
  - *Health technology assessment* (HTA): logica di appropriatezza e sostenibilità delle cure
  - HTA: metodologia
  - Attuazione dell'HTA in Italia
- Investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del SSN

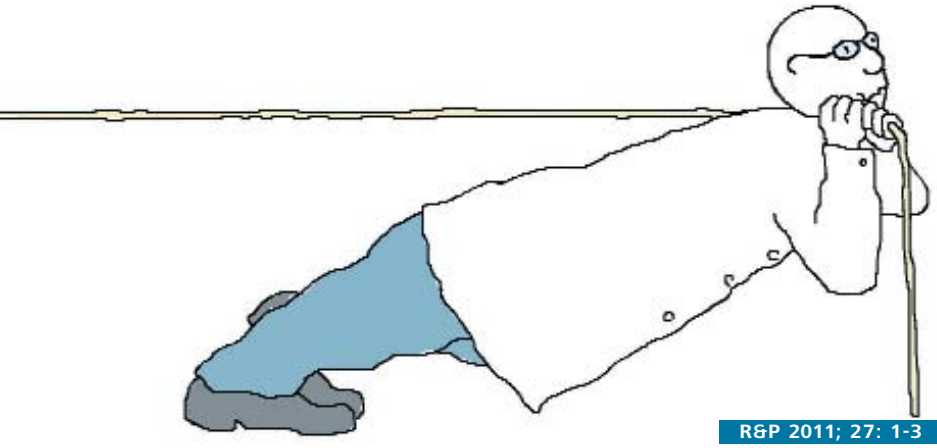
- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.190.217.134 Fri, 19 Apr 2024, 18:52:29

gano, assistenza pediatrica gratuita, diffusione della diagnostica ad alta tecnologia, elevati livelli di copertura vaccinale – sottolinea alcune delle criticità del sistema che dovrebbero essere corrette:

- **a.** l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e del pronto soccorso, dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata;
- **b.** le lunghe liste di attesa;
- **c.** l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni;
- **d.** un livello qualitativo dei servizi sanitari molto differenziato che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.

Le quattro criticità che erano già state evidenziate nei precedenti Piani potrebbero essere riassunte in: **1)** – ospedale e + territorio; **2)** + efficienza; **3)** – costi; **4)** + organizzazione; oppure sintetizzate in: + appropriatezza. Infatti solo con l'appropriatezza delle prestazioni (cure) il sistema sarà efficiente. Appropriatezza che è sinonimo di razionalità della risposta al bisogno del paziente. In ambito sanitario dovrebbero quindi essere essenziali i principi di equità, di provata evidenza e di economicità per governare il sistema. Ma anche a questo proposito nulla di nuovo rispetto al PSN 2006-2008, dove il terzo dei sette punti focali di intervento recitava: "favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale", a sottolineare che nella pratica poco o nulla è cambiato. Allora era la *Clinical Governance*[1] a dare un tono di internazionalizzazione al documento, nel prossimo PSN saranno l'*Health Technology Assessment*[2] e l'*Health Impact Assessment*[3] a caratterizzare lo *slang* dei programmatori sanitari italiani. Ma nella pratica?

Difficile manifestare fiducia nel prossimo PSN quando l'incertezza del quadro finanziario in materia sanitaria, sia nazionale che locale, condiziona gli interventi e caratterizza le disuguaglianze tra le Regioni e al loro interno. Difficile per oggi manifestare fiducia che "la forte dinamica innovativa nel SSN portata dall'evoluzione federalista" (come recita il nuovo PSN) possa ridurre le diseguaglianze nella salute. Difficile manifestare fiducia quando alla cronica carenza di infermieri ci si attende una carenza di 22.000 medici nei prossimi anni. Forse è venuto il momento di ripensare seriamente ad un nuovo SSN. **R&P**



NOTE

1. *Clinical Governance* è una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

2. L'*Health Technology Assessment* è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

3. L'*Health Impact Assessment* è un insieme di procedure e metodiche che permettono di giudicare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti in settori anche non sanitari (ad esempio, l'ambiente, l'urbanistica, i trasporti e la viabilità). Essa deve pertanto analizzare sia le conseguenze dirette sul benessere della collettività che quelle indirette, derivanti cioè da una modifica dei molteplici determinanti di salute.