

*Ie* *Italianieuropei*  
Fondazione  
di cultura politica

*[www.italianieuropei.it](http://www.italianieuropei.it)*



# SISTEMA SALUTE

**Analisi e prospettive  
per il futuro della sanità italiana**

a cura di Ignazio R. Marino

*Le* *Italianieuropei*  
Fondazione  
di cultura politica

[www.italianieuropei.it](http://www.italianieuropei.it)



*A Silvio Natoli*

*A cura di: Ignazio R. Marino*  
*Per Italianieuropei: Marta Leonori*  
*Grafica: Andrea Giorgio*

*Società editrice*  
**Solaris s.r.l.**  
*Via dell'Arancio 137*  
*00186 – Roma*

<b>PREFAZIONE</b> .....	11
<b>INTRODUZIONE</b> .....	15
Una nuova visione della sanità .....	16
Le attese degli italiani .....	23
<b>UNA NUOVA POLITICA PER LA SANITÀ</b> .....	29
La sostenibilità del sistema e la realizzazione del federalismo.....	30
Il superamento delle disparità strutturali .....	35
Responsabilità ed efficienza nella spesa .....	39
La programmazione sanitaria .....	48
La ricerca e l'innovazione in sanità .....	51
Le risorse necessarie per la ricerca .....	57
Le ASL, i Comuni e i cittadini .....	63
I rapporti tra pubblico e privato .....	67
<b>L'OSPEDALE</b> .....	73
Le strutture ospedaliere .....	73
La <i>governance</i> dell'Ospedale .....	76
L'Ospedale "ideale" .....	81
Soddisfare la domanda di prestazioni ospedaliere:	
il modello <i>hub and spokes</i> .....	84
L'integrazione Ospedale-territorio .....	87
Ridurre i posti-letto per pazienti acuti.....	89
L'appropriatezza e l'equità.....	94
L'accreditamento delle strutture .....	95
I meccanismi di finanziamento e remunerazione degli Ospedali.....	97
I Rapporti con le Facoltà di Medicina e con gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) .....	100
Il personale .....	102

<b>LA MEDICINA DEL TERRITORIO .....</b>	<b>107</b>
Accettare i cambiamenti demografici e sociali .....	107
Una nuova Medicina del Territorio .....	110
La Medicina del Territorio e l'invecchiamento della popolazione ..	115
<b>LA PROMOZIONE DELLA SALUTE.....</b>	<b>119</b>
La cornice strategica .....	119
Un nuovo modo di concepire la prevenzione.....	120
Un approccio strategico per una politica nazionale di sanità pubblica.....	122
Elementi costitutivi del Piano Nazionale di Sanità Pubblica Italiano.....	125
La chiarezza degli obiettivi.....	128
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>133</b>





## PREFAZIONE

Questo documento è il frutto del lavoro di un gruppo di professionisti, politici, amministratori e docenti universitari che a partire dalla fine del 2006 si è riunito settimanalmente per provare a definire qual è la nostra idea della sanità in Italia. L'idea, appoggiata e sostenuta dai due presidenti della Fondazione Italianieuropei, è stata quella di provare a mettere insieme i principali temi che riguardano il funzionamento e l'ammodernamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Un tentativo, quindi, di avere una visione generale della direzione verso cui le politiche sanitarie pensiamo dovrebbero andare.

L'intento con cui abbiamo lavorato, più che voler scendere nel dettaglio dei singoli problemi o proporre soluzioni universalmente valide e modelli di riferimento, è stato quello di individuare soluzioni possibili e concretamente praticabili nel nostro paese, senza dover ricorrere a riforme legislative che ridisegnino il sistema.

Il tutto provando a rispondere ad una domanda fondamentale: cosa si aspettano le persone dalla sanità? Ponendoci questo interrogativo abbiamo tentato di indicare quali potrebbero essere, a nostro avviso, le priorità per i cittadini. Abbiamo quindi individuato: *facilità di accesso* (liste di attesa, medici di medicina generale, telemedicina, sistemi di prenotazione), *equità nell'accesso* (revisione dei LEA, perfezionamento del federalismo),

*sicurezza nelle cure (risk management), umanità nelle cure (relazione professionista-paziente, terapia del dolore, parto con analgesia epidurale, privacy, comfort), qualità nelle cure (impatto delle tecnologie, formazione del personale, ricerca biomedica), “prendersi cura” (percorsi terapeutici, integrazione Ospedale-territorio, integrazione socio-sanitaria), attività di promozione di stili di vita (educazione alla salute, medicina scolastica, screening, ambiente, alimenti), partecipazione alle politiche sanitarie (ruolo del cittadino e delle comunità locali, ruolo delle associazioni) economicità delle cure (compartecipazione alla spesa, rapporto corretto con la sanità privata).*

Per rispondere più agevolmente a queste domande il gruppo di lavoro si è articolato in quattro sottogruppi: Promozione della salute, Medicina del Territorio, Ospedali e Politiche sanitarie. Sono fortemente convinto che il valore universale del nostro SSN vada difeso e sostenuto; è anche essenziale, però, pensare costantemente alla sanità come investimento. Investire in sanità significa puntare sulla promozione della qualità di vita dei bambini, delle donne e degli uomini del nostro paese, e quindi sullo sviluppo sociale ed economico, oltre che sul benessere e sull'innovazione.

Chi ha curato e predisposto la stesura del testo sono i quattro coordinatori dei gruppi di lavoro: **Roberto Bertolini, Claudio Cricelli, Marinella D’Innocenzo e Lorenzo Sommella**. A loro, e a **Giuseppe Benagiano e Federico Spandonaro**, che hanno poi svolto il

prezioso compito di riscrittura dei lavori, oltre ad aver compiuto con serietà e competenza il ruolo di *editors* della parte introduttiva e delle conclusioni, va la mia sincera gratitudine insieme a quella della Fondazione Italianieuropei. Il ringraziamento, naturalmente, va esteso a tutti coloro che hanno partecipato ai lavori del gruppo (ricordati nelle pagine finali di questo volume), dando vita ad appassionate e animate discussioni della cui ricchezza purtroppo non possiamo riportare che una piccola parte.

Ignazio R. Marino



## INTRODUZIONE

Quando nel 1978 con la legge 833<sup>1</sup> fu creato il Servizio Sanitario Nazionale, l'obiettivo prefissato era ambizioso: “tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”, “perseguendo il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese” e “assicurando condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale”. Si trattava in altre parole di raggiungere tre fondamentali obiettivi: garantire il principio di **equità** nell'accesso e nella utilizzazione dei servizi fra tutti i cittadini; imporre l'**onestà** e la **correttezza** nell'operare in tutti gli aspetti della gestione della salute, eliminando ogni forma di corruzione; combattere la sostanziale **inefficienza** del sistema sanitario.

Oggi, quasi trent'anni dopo, ci troviamo di fronte ad una situazione complessa e paradossale: da un lato possiamo dirci soddisfatti perché l'obiettivo “salute per tutti” è stato raggiunto, essendo il nostro SSN tra i migliori del mondo in termini di risultati (*outputs*) misurabili. Dall'altro però, questo buon risultato globale non trova riscontro nella percezione dei singoli cittadini che, in maggioranza (e con importanti differenze regionali) sono solo moderatamente soddisfatti del loro “sistema salute”. Gli sprechi, le inefficienze, la disparità di trattamento, la mancanza di trasparenza sui risultati ottenuti nei singoli centri di cura e sull'ap-

proprietà delle terapie erogate, la carenza di controlli accurati, regolari e severi, gli episodi di corruzione che periodicamente vengono a galla, sono le cause principali che creano insoddisfazione di tanti.

Questo quadro negativo è stato recentemente fotografato dal Rapporto di Active Citizenship Network, programma europeo di Cittadinanzattiva.<sup>2</sup> Gli italiani, gli spagnoli e i greci sono i pazienti più penalizzati in Europa. Sono infatti i malati di questi paesi che con maggiore frequenza vedono calpestati i loro diritti. In altre parole, la centralità del cittadino nel sistema salute italiano è rimasta, nella pratica quotidiana, lettera morta.

Per modificare questa realtà negativa, che nella sua essenza non è di natura sanitaria, ma piuttosto di tipo organizzativo, occorrono due tipi di interventi: innanzitutto, analizzare le cause che hanno portato ad una situazione di mancata programmazione a medio e lungo termine, la sola che permetterà di sciogliere i nodi strutturali; in secondo luogo, dare pratica attuazione ad alcuni principi basilari, da sempre enunciati e mai realizzati.

## UNA NUOVA VISIONE DELLA SANITÀ

Il SSN ha registrato, sin dal suo esordio, un disavanzo strutturale che è possibile quantificare in circa lo 0,5% del PIL,<sup>3</sup> senza grande variabilità su base annua, essendo compreso fra lo 0,1% e l'1% del PIL.<sup>4</sup>

L'interpretazione di questa oggettiva osservazione divide peraltro gli esperti: per alcuni è dimostrazione di una, altrettanto strutturale, sottostima del fabbisogno e quindi del fondo sanitario; per altri, al contrario, dimostra una incapacità di governo della spesa.

Si deve osservare che la creazione di disavanzi è fatto sostanzialmente comune nei sistemi sanitari a valenza prevalentemente pubblica. La maggiore anomalia italiana risiede, in realtà, nella farraginoso gestione del disavanzo stesso: invece di essere prontamente “saldato”, esso è oggetto di lunghissime valutazioni e trattative, producendo enormi interessi debitori e generando in ultima istanza il noto fenomeno dell'allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori, e quindi maggiori oneri a medio termine per il sistema a causa dell'aumento dei prezzi di fornitura.

Questa situazione va ricondotta a due fattori distinti, seppure correlati: una non chiara definizione delle responsabilità e il persistere di una situazione di allarme sui conti pubblici del paese, che non lascia margini di manovra finanziaria.

Lo scenario sinteticamente delineato in termini pratici comporta che l'elemento finanziario assuma una assoluta predominanza nel dibattito e nelle scelte, impedendo una razionale programmazione degli interventi ed una corretta soluzione ai molti aspetti economicamente controversi che pure caratterizzano un sistema sanitario complesso quale quello italiano.

Una “deriva finanziaria” è tangibile a tutti i livelli: a titolo puramente esemplificativo (e non esaustivo) si possono citare: il livello centrale, ove si può osservare come strumenti quali le compartecipazioni servono più per “fare cassa” che non per responsabilizzare i cittadini; il livello regionale, ove ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie viene spesso dato l’unico (o quasi) obiettivo di contenere i costi, indipendentemente dalle strategie a medio termine, dagli investimenti relativi e dalla qualità dei servizi forniti; il livello locale, ove i professionisti e le strutture di erogazione sono sempre più soggetti a tetti di finanziamento e/o di volume di prestazioni da rendere, senza valutazione sulla reale efficienza e qualità del loro operato o delle esigenze dei singoli cittadini.

Quella che è stata sopra definita “deriva finanziaria” è una tendenza pericolosa; in primo luogo, perché essa è per sua natura miope: tende infatti a privilegiare le soluzioni di breve termine, posticipando nel tempo tutto ciò che non abbia immediata rilevanza per il risanamento dei conti. Si disincentiva così la programmazione a medio-lungo termine (di cui avremmo invece urgente necessità: basti pensare al rapido invecchiamento della popolazione e alle conseguenti modifiche nei bisogni di interi strati sociali) e non si realizzano gli investimenti opportuni. In secondo luogo, perché tende a demotivare gli operatori, cui si chiede un contenimento dei costi, piuttosto che un miglioramento della qualità e quindi dell’efficienza

delle organizzazioni che generano. In terzo luogo, perché tale approccio sembra del tutto indifferente al rapporto costo-efficacia, ivi compresa la qualità dell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere il vero faro delle politiche sanitarie.

Pur non volendo negare l'importanza dell'aspetto finanziario, che si ricollega alle esigenze del Patto di Stabilità e quindi al risanamento dei conti pubblici italiani, si vuole sottolineare che le scelte economiche e sociali dovrebbero essere sempre poste in posizione prioritaria.

Le questioni che non sembrano trovare adeguata attenzione sono molte. Senza pretesa di esaustività, possiamo ricordare:

- la correttezza o meno della stima del fabbisogno sanitario: da essa dipende in primo luogo l'efficienza della programmazione e dell'erogazione, ovviamente a parità di livelli (ben individuati) di qualità delle prestazioni; purtroppo nel nostro sistema manca del tutto un metodo organico di misurazione dell'efficienza e, ancor più, della qualità, rendendo arbitraria ogni affermazione in proposito;

- la progressiva concentrazione dei disavanzi in alcune (poche) Regioni, se non dipende (come sembra) da errori nei riparti delle risorse, genera redistribuzioni non desiderabili e quindi iniquità del sistema che andrebbero valutate e rimosse: la tenuta del federalismo richiede anche una forte capacità di governo centrale, in particolare di monitoraggio dell'efficienza e della

qualità dei Servizi Sanitari Regionali e di verifica dei LEA; sarebbe opportuno lo sviluppo di competenze nella valutazione della tecnologia per la salute (*Health Technology Assessment*), a supporto delle decisioni (sul modello ad esempio del NICE in Gran Bretagna), come anche di un sistema terzo di verifica della qualità (sul modello della JCAHO degli Stati Uniti);

- l'esplicita ripartizione fra intervento pubblico e privato (diretto delle famiglie), e quindi la stima della loro efficienza relativa (ancora in relazione alla stima del fabbisogno sanitario): nessun sistema sanitario pubblico al mondo è più in grado di soddisfare tutta la domanda di assistenza sanitaria e sociale della popolazione; appare quindi non procrastinabile una chiara e condivisa esplicitazione di quali siano gli ambiti della risposta pubblica per garantire i livelli di assistenza, con le relative risorse finanziarie disponibili in relazione ai conti pubblici e, conseguentemente, quale debba essere la risposta privata;

- l'incentivazione di fondi sanitari integrativi: partendo da quanto detto nel punto precedente pone la questione della promozione di un secondo pilastro di protezione, integrativo e non sostitutivo di quello principale pubblico, la cui importanza è resa tangibile dal fatto che la quota di spesa sanitaria direttamente pagata dalle famiglie italiane (*out of pocket*) è fra le più alte al mondo, con evidenti problemi di iniquità;

- la scarsa soddisfazione dei cittadini italiani nei confronti del SNN: essa dovrebbe essere posta al centro

dell'attenzione molto più di quanto non si faccia; malgrado appaia ovvio che un intervento pubblico, fuori dalle logiche di mercato, dovrebbe essere soggetto alla valutazione di coloro che ne usufruiscono, la tendenza ad operare con stretti vincoli finanziari lascia invece alla sola buona volontà della singola azienda, se non del singolo operatore, la responsabilità di definire il rapporto con il cittadino;

- l'esistenza e incidenza delle spese catastrofiche, ovvero quelle spese sostenute dalle famiglie che incidono in modo rilevante sui loro bilanci: tali evenienze sono molto più diffuse di quanto non si creda (secondo il Rapporto CEIS Sanità coinvolgono circa un milione di famiglie ogni anno),<sup>5</sup> generando insoddisfazione e incentivi ad uscire dal sistema (*l'opting out*); queste spese dipendono in gran parte dall'assenza di una protezione sociale (ad esempio per le badanti) e da una carente assistenza odontoiatrica. Si dovrebbe quindi operare per la rimozione dell'artificiosa separazione fra assistenza sociale e sanitaria, e per unire il possibile contributo dei fondi sanitari integrativi con quello del SSN, per colmare il deficit di tutela in queste specifiche aree;

- la formazione: senza una riforma radicale del sistema formativo, sebbene essa dia effetti solo a medio termine, sarà molto difficile, se non impossibile, elevare la qualità del SSN; questo comporta una rivisitazione complessiva della materia, guardando ai bisogni della popolazione e agli assetti organizzativi del SSN a medio termine;

- le politiche industriali: sebbene il settore sanitario sia la terza branca produttiva in termini di valore aggiunto (dopo alimentari ed edilizia), le politiche del settore sono spesso confuse e sottomesse alla logica del risparmio finanziario del SSN, con l'esito di mortificare la ricerca e ridurre le capacità di innovazione.

Una rinnovata attenzione alla politica sanitaria, pur nel rispetto delle compatibilità macroeconomiche, dovrebbe quindi orientarsi a privilegiare strategie di medio-lungo periodo, munendosi degli strumenti necessari per dare supporto di conoscenze alle decisioni.

Non c'è dubbio che oggi le politiche sanitarie siano legate strettamente al più generale assetto delle politiche economiche e sociali: basti pensare al collegamento fra sviluppo economico e finanziamento attraverso la compartecipazione ai gettiti fiscali, a quello fra perequazione in sanità e riduzione delle disparità socio-economiche fra le Regioni (in particolare alla questione dello sviluppo del Meridione), al collegamento fra scelta di tutela mediante provvigioni in denaro (ad esempio le pensioni) o in natura (ad esempio i servizi sanitari), ecc.

Si deve però parallelamente acquisire la consapevolezza che il sistema di tutela sanitaria è a sua volta un potente motore di sviluppo per il paese, sia direttamente (provocatoriamente si può notare che il disavanzo del SSN è pur sempre valore aggiunto per il sistema produttivo), sia indirettamente, promuovendo le condizioni per uno sviluppo del capitale umano e sociale.

Deve quindi essere effettuato uno sforzo congiunto da parte di tutte le componenti del sistema (professionisti, amministratori, cittadini, politici, ecc.) per l'ammodernamento del servizio.

Per raggiungere questo obiettivo non servono probabilmente radicali riforme degli assetti istituzionali, quanto un potenziamento degli strumenti a supporto delle decisioni, e la coraggiosa capacità di mettere in discussione alcune questioni tanto difficili quanto ineludibili: prima fra tutte la suddivisione fra settore pubblico e privato della tutela.

Per dare spazio alla politica (nel migliore senso della parola) è necessario superare la "deriva finanziaria" che, alimentata da anni di dissennate politiche di bilancio, ma anche dalla crescente incapacità di prendere decisioni, ha finito per divenire l'alibi per non affrontare le emergenze del sistema e vanificare ogni programmazione a medio-lungo termine.

## LE ATTESE DEGLI ITALIANI

La maggioranza degli italiani ha ben chiare le priorità che vorrebbe veder realizzate per un effettivo miglioramento del proprio "sistema salute". Tra queste, cinque sembrano essenziali:

*Rendere i cittadini protagonisti del Servizio Sanitario Nazionale*, ponendo le loro esigenze al centro dell'attenzione dell'intero sistema. La sanità, pubblica o pri-

vata che sia, intesa nel suo significato moderno di “**salute per tutti**”, non esiste né per dar lavoro o assecondare le necessità dei medici e del personale sanitario in genere, né per sostenere il mercato; esiste per **produrre salute** (e non solo per curare le malattie). È quindi fondamentale che i cittadini e i loro rappresentanti siano coinvolti nelle scelte strategiche da effettuare nella gestione del SSN.

*Garantire il principio di equità nell'accesso e nella utilizzazione dei servizi a tutti i cittadini.* Il nostro sistema è percepito come non equo perché è diffusa la sensazione che per ottenere prestazioni rapide e qualificate occorranò conoscenze o pagamenti impropri. Inoltre, gli squilibri nella qualità e completezza dei servizi offerti nelle varie zone d'Italia inducono a parlare — soprattutto nel Sud e nelle Isole — di un sistema incapace di risolvere i problemi più seri, obbligando i cittadini ad una emigrazione interna che non è più accettabile.

*Imporre l'onestà in tutta la gestione del sistema,* eliminando ogni forma di corruzione da parte di chi gestisce o opera nel campo della sanità. I continui scandali, di cui i giornali danno quasi quotidianamente notizia e che nella passata legislatura hanno coinvolto perfino i due Ministri al tempo in carica, generano nei cittadini grande sfiducia verso gli operatori sanitari e chi li amministra.

*Eliminare l'attuale sostanziale inefficienza del sistema.* Le strutture diagnostiche, di cura e di ricovero sono considerate — con poche lodevoli eccezioni — come gestite in maniera inefficiente e tale da causare sprechi importanti. Vi è, inoltre, una tendenza diffusa a stratificare le prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche, introducendo via via ogni nuova modalità (anche in maniera duplicativa per motivi di mal riposto prestigio o, peggio, di campanilismo) che il progresso medico mette a disposizione, senza mai eliminare le vecchie modalità non più necessarie.

*Razionalizzare l'allocazione della spesa.* Evidentemente i cittadini si aspettano l'eliminazione di ogni "spreco" e servizi il più possibile esaustivi; malgrado ciò, è ormai evidente che il servizio pubblico non potrà, con le risorse disponibili, soddisfare interamente ogni tipologia di domanda, in particolare quella derivante dal crescente invecchiamento; si rende quindi opportuno effettuare scelte esplicite su quali siano le priorità di intervento pubblico. Perché queste scelte siano socialmente condivise è tuttavia necessario un coinvolgimento dei cittadini nelle scelte allocative, come anche un'opera di informazione capillare sui bisogni, sulle cause di fragilità e sull'appropriatezza delle prestazioni rese.

Naturalmente, vi sono molte altre cose che i cittadini chiedono, e chiedono con urgenza: una maggio-

re sicurezza nelle cure (il cosiddetto *risk management*); una nuova umanizzazione delle cure, con un rinnovato rapporto professionista-paziente; una efficace terapia del dolore (come, ad esempio, il parto con analgesia epidurale); il rispetto della privacy ed un maggiore comfort alberghiero nei ricoveri; una maggiore qualità nelle cure (che valuti l'impatto delle tecnologie sulle terapie da eseguire); una migliore formazione del personale, in particolare nei rapporti con i cittadini; una ricerca biomedica finalizzata alle priorità dei pazienti; un efficace "prendersi cura" del singolo attraverso una vera integrazione socio-sanitaria; la creazione di percorsi di cura; una effettiva integrazione Ospedale-territorio; una maggiore attività di promozione della salute (educazione alla salute, medicina scolastica, screening, ambiente, alimenti); una reale partecipazione dei cittadini nella definizione delle politiche sanitarie; una maggiore economicità delle cure (compartecipazione alla spesa, rapporto corretto con la sanità privata).

Partendo dalle esigenze dei cittadini, cioè ponendoli al centro del sistema salute, non dovrebbe essere difficile delineare una nuova visione della sanità che immaginiamo per il futuro.

Questo documento tenta di dare risposte agli interrogativi posti dalle attese dei cittadini, senza visioni ideologiche o corporative; guardando inve-

ce all'urgenza di trasformare un sistema che dà risultati soddisfacenti, ma che lascia insoddisfatti i più; un sistema che risponda veramente alle esigenze degli italiani, che non si esauriscono nel garantire cure a tutti.



## UNA NUOVA POLITICA PER LA SANITÀ

Edoardo Galeano, nell'affermare al Forum di Porto Alegre del 2005 come “il ruolo della politica debba essere quello di rendere possibile domani quello che oggi è impossibile”, intendeva richiamare l'attenzione sul fatto che molto spesso le politiche pubbliche incontrano il proprio limite nel tentativo di concentrarsi troppo sulle azioni da intraprendere, tralasciando i valori/principi che le hanno originariamente ispirate.

È questo il caso delle politiche per la salute, il cui obiettivo dovrebbe essere quello di **ridurre le disuguaglianze**, inseguendo e ricercando modelli di sistema per l'assistenza sanitaria in grado di interpretare e realizzare quei principi di **solidarietà, equità, accessibilità** che esse prioritariamente devono garantire.

Così come citato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008,<sup>6</sup> occorre partire dalla riconferma dei valori di carattere generale che sostengono il SSN italiano, al fine di “mantenere”, nel pieno rispetto delle competenze delle Regioni e di una visione federalista, l'unitarietà del Sistema a garanzia dell'uniformità dei servizi. L'obiettivo deve essere quello di realizzare le condizioni affinché il diritto alla salute sia un diritto immediatamente esigibile per tutti i cittadini, a prescindere dal luogo di residenza.

In questo senso, la sanità italiana ha bisogno più che mai di richiamarsi ai già citati principi ispiratori

del SSN, tuttora validissimi, per comprendere quale debba essere la strada più giusta da seguire per i prossimi anni, in termini di politiche per la salute eque, solidali e sostenibili.

Infatti, nonostante i cospicui interventi normativi degli ultimi vent'anni e i chiari intenti riformatori che emergono dalle linee programmatiche per il governo della sanità,<sup>7</sup> nell'ambito del SSN italiano restano ancora molti nodi da sciogliere, quali: *la sostenibilità finanziaria del sistema, la realizzazione del processo federalista, l'efficacia della programmazione sanitaria, lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, il rapporto pubblico-privato, il coinvolgimento attivo dei Comuni, della rappresentanza territoriale, professionale e sociale, la riorganizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo della Medicina del Territorio, l'adozione di una politica nazionale di sanità pubblica per la promozione della salute.*

#### LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA E LA REALIZZAZIONE DEL FEDERALISMO

È oggi comunemente accettato a livello internazionale che, nelle società moderne, una serie di fattori di carattere strutturale inducano un progressivo aumento della domanda e concorrano con il variegato e variabile fattore dell'inefficienza organizzativa ad incrementare costantemente la spesa per la salute.

È bene, quindi, partire da una realtà: nei prossimi anni la spesa attesa alla voce “salute” non potrà che lievitare.

Per convincere anche i più ostinati è sufficiente considerare quei fattori sociali di matrice strutturale che condizionano la vita delle società più avanzate.

Un primo elemento determinante nell’espansione della spesa destinata al comparto sanitario è da individuare nel progressivo incremento percentuale della popolazione appartenente alle fasce degli ultrasessantacinquenni. Tale effetto demografico costituisce la risultante delle scelte di politica sanitaria intraprese negli ultimi decenni del secolo scorso, certamente apprezzabili e omogeneamente tese al perseguimento di un costante miglioramento della salute di tutti e della qualità della vita, intesa nella sua più ampia accezione. Purtroppo, a causa della fase in cui viviamo, che è di transizione tra una mera longevità ed un invecchiamento attivo (l’*active ageing* dell’OMS), dotato di buona qualità di vita, assistiamo ad un’esplosione di disabilità senili e di non autosufficienze che, invariabilmente, in assenza di adeguati interventi di riconversione, fanno lievitare i costi dell’assistenza socio-sanitaria.

È per questo motivo che la rimodulazione demografica all’interno del classico riparto in fasce di età della popolazione, frutto della sempre più efficace risposta sanitaria (operata attraverso macro iniziative sui distinti fronti della prevenzione delle malattie e

della risposta alle emergenze), ha da un lato concorso ad incidere sul dato temporale dell'aspettativa media di vita della popolazione italiana, e dall'altro ha prodotto un costante — e per certi versi inarrestabile — incremento della percentuale di cittadini (spesso mononucleo familiare) in condizioni di disabilità progressiva ed a crescente esposizione alle patologie cronico-degenerative invalidanti.

Entrambe queste condizioni determinano un differenziato e progressivo aumento della domanda di prestazioni a carattere socio-assistenziale e sanitario, queste ultime caratterizzate da due rilevanti componenti distorsive, costituite dalla spesa farmaceutica e dai ricoveri inappropriati.

Come si vedrà in dettaglio più avanti, l'eccessivo ricorso al ricovero in ospedale è da imputare alla scarsa propensione a radicare un'efficiente organizzazione di medicina di base e di cure primarie (in proposito, non pare sia stata ben accolta da una parte della componente medica la previsione delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria, ora regolate anche nella recente convenzione di medicina di base e continuità assistenziale).

Infine, non può sottacersi un effetto paradossale: il progressivo miglioramento della qualificazione professionale e delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito della rete di emergenza (118, DEA) ha determinato un progressivo incremento della percentuale dei soggetti in età giovanile in stato di grave o assoluta disabilità.

Il riferimento è alle condizioni di totale dipendenza in cui vengono a versare i soggetti tetraplegici o in stato di coma vigile irreversibile, per i quali il SSN non ha a tutt'oggi affrontato la fattibilità, né tanto meno approntato la realizzazione di una sistematica rete di assistenza qualificata, improntata alla continuità delle cure all'interno di un sistema di alternanza assistenziale casa-Ospedale (*Hospital House*).

Vi è poi da considerare anche il progressivo incremento dei costi determinato dal “paradosso tecnologico sanitario”. Infatti, mentre si è soliti considerare all'interno di un omogeneo comparto produttivo — quanto meno in linea di principio — la usuale corrispondenza tra innovazione tecnologica ed effetto contrattivo dei costi delle prestazioni e dei servizi erogati, nell'ambito sanitario è stato riscontrato un effetto espansivo in controtendenza dei costi, diretti e indiretti, derivati dalla qualificazione tecnologica delle prestazioni. Come già ricordato, l'aumento dei costi è anche sostenuto dalla diffusa tendenza a stratificare le prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche: nuove modalità che il progresso medico mette a disposizione vengono introdotte senza mai eliminare le vecchie modalità non più necessarie.

È appena il caso di ricordare — a mero titolo di esempio — quanto incida sulle voci di spesa la costante innovazione nell'ambito della radiodiagnostica e della radiointerventistica, discipline tipicamente caratterizzate da specifici fattori di spesa quali:

a) l'elevato costo degli investimenti in apparecchiature biomedicali innovative, caratterizzate da un elevato tasso di evoluzione tecnologica, per cui il fattore di competitività tra strutture sanitarie viene ad essere determinato dalla capacità di garantire un costante *turnover* del parco tecnologico, quindi dalla capacità degli erogatori di realizzare l'ammortamento dell'investimento in tempi relativamente brevi (si pensi alle procedure diagnostiche e terapeutiche realizzate attraverso l'impiego di Tac-Pet, RMN di ultima generazione, GammaKnife, Terapia Protonica, ecc.);

b) l'elevato grado di professionalità richiesto agli operatori sanitari adibiti all'impiego delle nuove tecnologie, la cui specificità non consente di rendere la funzione né fungibile né tanto meno delegabile;

c) l'irrazionalità nelle scelte allocative dei punti di offerta, in assenza di una omogenea e coerente programmazione e definizione dei ruoli degli erogatori delle prestazioni sanitarie, fondata sul criterio della pianificazione strategica, a sua volta stratificata secondo il principio del riparto funzionale per aree vaste, caratterizzate da standard epidemiologici e non sulla base di configurazioni a matrice amministrativa territoriale (si pensi, in proposito, alla programmazione strategica nell'ambito dei punti di offerta per le alte specialità, oppure per le metodiche di alta complessità).

In proposito, è da rilevare come quest'ultima criticità sia da ricondurre — soprattutto dopo la riforma del Titolo V della Costituzione — nell'alveo

delle competenze legislative e amministrative delle Regioni, enti ai quali è sempre più necessario riconoscere un ruolo di funzionali interlocutori nella definizione e realizzazione delle decisioni strategiche del paese nelle materie dell'organizzazione sanitaria e della tutela della salute.

In termini sistematici è quindi da considerare come la necessità di coniugare l'efficiente impiego delle nuove tecnologie con l'imprescindibile esigenza del loro ravvicinato periodico rinnovo non possa ignorare la correlata occorrenza di risorse professionali specializzate da adibire al loro efficiente ed efficace impiego. Queste risorse professionali risultano numericamente limitate a causa di un calmierato (ma non adeguatamente programmato) accesso alle scuole di specialità della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Tutto ciò porta a ritenere che l'effetto costantemente espansivo dell'incremento della spesa per la salute sia un fattore strutturale delle società contemporanee, strettamente correlato alla positiva capacità delle stesse di crescere, quindi di investire sulla salute e il benessere.

#### IL SUPERAMENTO DELLE DISPARITÀ STRUTTURALI

Sulla base dei presupposti sin qui enunciati, la risoluzione politica del problema delle disuguaglianze strutturali, sia come condizioni di accesso alle cure, che di modalità con le quali il sistema riesce a garan-

tirlo, costituisce oggi il principale fattore di connessione con le iniziative amministrative tese a dare corpo ai modelli di gestione improntati all'efficienza del sistema (insoddisfazione dei cittadini, presenza ancora eccessiva di attività marcatamente inappropriate, ecc.), la cui sintesi è da ricondurre alla questione della **efficienza allocativa**, cioè delle modalità con le quali le risorse per la sanità (FSN) vengono ripartite tra le Regioni.

Il D. Lgs. 56/2000 ha introdotto sostanziali cambiamenti al riguardo, abolendo i vincoli di destinazione delle risorse rese disponibili alle Regioni a statuto ordinario, comprese le integrazioni al FSN, con l'intento di responsabilizzare le Regioni nella gestione delle risorse finanziarie dedicate. A decorrere dall'anno 2001, il FSN è stato quindi abrogato e sostituito con un meccanismo di compartecipazione ai tributi erariali.<sup>8</sup>

Il finanziamento delle funzioni non più coperte dai trasferimenti (ai sensi dell'articolo 117, riformato dalla legge costituzionale 3/2001 e dalla "Legge Bassanini", legge 59/1997), viene oggi assicurato da:<sup>9</sup>

- a) il gettito proveniente dalla **compartecipazione all'IVA**;
- b) l'incremento delle **aliquote dell'addizionale IRPEF**;
- c) l'**accisa sulla benzina**, spettante alle Regioni a statuto ordinario;
- d) **un fondo perequativo nazionale** (ai sensi

dell'articolo 119 riformato della Costituzione). Tale fondo si rende necessario per realizzare, attraverso un processo di responsabilizzazione delle Regioni, gli obiettivi di solidarietà interregionale. I criteri di ripartizione del fondo sono determinati dalla popolazione residente, dalla capacità fiscale, dal fabbisogno sanitario, dalla dimensione geografica regionale, al fine di consentire alle stesse Regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza secondo livelli essenziali e uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il nuovo sistema di finanziamento previsto dal D. Lgs. 56/2000 prevedeva una fase transitoria per andare a regime.

Le perduranti ed elevate differenze socioeconomiche fra le Regioni rendono ormai poco plausibile un riavvicinamento fra le Regioni tale da rendere finanziariamente “indolore” l'applicazione del federalismo fiscale. Sembra quindi evidente che sia necessario supportare il sistema di responsabilizzazione regionale, prevedendo fondi aggiuntivi da indirizzare verso le aree in maggiore crisi (sia sul versante sanitario, che su quello strettamente economico).

Uno dei limiti maggiori del D. Lgs. 56/2000, e probabilmente la causa della sua fallita applicazione, riguarda proprio la struttura del riparto del fondo. Gli accordi sul riparto tra le Regioni hanno infatti finito per realizzarsi più sulla base della spesa

storica e delle esigenze determinate da fattori di costo che, tra l'altro, vengono considerati come elementi strutturali e invariati dell'apparato, nonché con formule di finanziamento ex post, contrariamente ad un razionale metodo fondato su modelli, programmi e criteri supportati da una piattaforma scientifica, definita e adottata a priori.<sup>10</sup>

Quanto sopra esposto sottolinea l'importanza del **sistema di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni**, condizionando i trasferimenti perequativi e le partecipazioni al rispetto degli indicatori qualitativi e quantitativi. Un adeguato sistema di monitoraggio è infatti una condizione necessaria per il governo della spesa di un moderno sistema sanitario. In Italia, tale importante funzione è oggi affidata alle ASL, che si trovano così in una chiara situazione di conflitto di interessi, perché è loro demandato il compito di controllare se stesse. In futuro, occorrerà rafforzare il sistema "requisiti minimi-accreditamento", creando un'apposita "Autorità terza" (da non confondere con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), cui demandare le funzioni di coordinamento dell'accertamento della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei controlli e della valutazione del SSN, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore.

## RESPONSABILITÀ ED EFFICIENZA NELLA SPESA

Pare quindi non più procrastinabile lo sviluppo di una politica sanitaria che approcci con modelli di amministrazione e gestione più incisivi il problema strutturale del deficit pubblico generato dal comparto sanitario e che, in primo luogo, ponga fine a ripiani non ulteriormente giustificabili in favore di chi non adegua il proprio sistema e, quindi, genera sperperi e inefficienze, punendo così chi è virtuoso.

Le aspettative da parte delle Regioni di una eventuale correzione in aumento del finanziamento statale della sanità sono un fatto distintivo della gestione del SSN dell'ultimo decennio, che ha avuto una chiara *escalation* dopo l'avvio dell'incompiuto processo federalista, che ha portato a ricorrere al sistema di “**tetti di bilancio**” (sulla spesa sanitaria e sulla farmaceutica) al fine di ricondurre le dinamiche di spesa regionali all'interno del Programma di Stabilità Nazionale (l'Accordo Stato-Regioni dell'8/8/2001 aveva infatti questo significato).

In realtà, lo strumento di contenimento della spesa fondato sui cosiddetti “tetti” costituisce un paradosso concettuale. Infatti, o la spesa è necessaria, e quindi va garantita, oppure non lo è, e quindi non deve essere sostenuta. Se ci si convince che la voce di spesa sanitaria è superiore al “bilancio possibile”, vanno adottate delle iniziative strutturali che comportano, prima di tutto, precise scelte di politica sanitaria.

Attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini deve essere deciso, in primo luogo, cosa potrà essere concesso a tutti, e cosa invece dovrà essere fornito - comunque senza oneri significativi - per chi ne ha realmente necessità. In quest'ottica, potrebbe risultare utile l'istituzione di Comitati Consultivi di Controllo, costituiti e gestiti dai cittadini appartenenti ad una ASL, così come sta avvenendo nei paesi più avanzati, nei quali si parla oggi di *consumer-driven health care*, cioè di una sanità che abbia chi l'utilizza come motore portante. Tali Comitati dovrebbero poter indirizzare le scelte dei dirigenti delle ASL (quale organo preposto alla programmazione), suggerire modifiche e miglioramenti e creare meccanismi che permettano a chi usufruisce delle prestazioni di influenzare le priorità nell'uso delle risorse. Coinvolgendo i cittadini, sollecitandoli a scelte di responsabilità, chiedendo loro di controllare che queste scelte siano non solo rispettate, ma gestite oculatamente, evitando spese superflue o dettate da esigenze più di prestigio che di vera utilità o, ancora peggio, da motivazioni clientelari. Tutto questo può contribuire non solo a rendere trasparente l'intero SSN, ma soprattutto ad avvicinare il cittadino alla complessità dei problemi che esistono nella moderna gestione della salute di tutti.

Per limitare la spesa occorre peraltro razionalizzare non solo la domanda, ma anche l'offerta, evitando

però che ciò avvenga con operazioni meramente finanziarie, quali i “tetti”, che non razionano le prestazioni erogate in base alla loro appropriatezza, bensì solo al loro costo. In quest’ottica, i tetti devono rappresentare un’indicazione coerente con:

a) la massima efficienza possibile (con i relativi risparmi);

b) la natura delle prestazioni da erogare a tutti.

In questa situazione, per così dire, di “precarietà”, risulta difficile garantire sia la sostenibilità finanziaria che l’adeguatezza e l’equità delle prestazioni. Ma in ragione dei principi e dei valori che stanno all’origine del SSN, occorre trovare una soluzione definitiva che consenta di superare alcune dinamiche esistenti tra Stato e Regioni, cioè tra chi finanzia tentando di minimizzare le uscite e chi eroga le prestazioni senza disporre di condizioni per essere pienamente responsabilizzato. È necessario ricondurre l’utilizzo dei target di spesa, individuati nell’ambito del Patto di Stabilità, all’originario obiettivo, in particolare quello di favorire il superamento dei disavanzi di gestione regionali. L’applicazione dei tetti di spesa dovrà quindi essere supportata da una precisa e ripetuta valutazione della loro congruità e coerenza con gli obiettivi di programmazione e con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire. È necessario che i LEA non siano più una lista di prestazioni da erogare o non erogare, ma si configurino invece come una precisa strategia che abbia l’obiettivo di governare la spesa pubblica al fine di garantire e

realizzare l'universalismo egualitario. Finché l'interesse dello Stato (erogatore di fondi) e quello delle Regioni (utilizzatrici di fondi) resterà opposto, un vero e serio contenimento della spesa non sarà possibile.

Affinché il sistema inverta la tendenza attuale e si orienti verso condizioni di sviluppo e di sostenibilità dei LEA, si rende necessario prevedere:

1. l'individuazione delle soglie standard di attività da definire all'interno di bacini assistenziali omogenei; così, la garanzia delle prestazioni previste nei LEA viene esplicitata a questo livello, che recupera in prospettiva poliscalare la ridefinizione delle strutture di offerta;

2. la costruzione di percorsi e processi di cura, garantiti per appropriatezza e costo/efficacia, in modo da poter sviluppare un sistema evoluto di compartecipazione del cittadino.

Assumono rilevanza strategica, in questo senso, sia il Piano Sanitario Nazionale (PSN) che i Piani Sanitari Regionali (PSR).

L'attuale profilo erogativo dei LEA sanitari è infatti ancora fortemente squilibrato. In particolare, i LEA non sono esigibili in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, all'interno delle stesse Regioni vi sono forti disomogeneità, ed esiste un pesante squilibrio tra le macroaree (dei tre livelli di assistenza: collettiva, ospedaliera e distrettuale): con un eccesso di offerta — e di spesa — per l'assistenza ospedaliera; con una significativa scarsità di assistenza nell'area della prevenzione e

in quella distrettuale. Inoltre, continua ad essere molto carente l'assistenza domiciliare e in generale dei servizi dell'integrazione socio-sanitaria (si pensi al ricorso alle badanti per la non autosufficienza).

Per questo, occorre rendere molto più rigorosi e precisi i meccanismi (anche con l'affiancamento obbligatorio alla Regione inadempiente) e gli indicatori di verifica del profilo erogativo dei LEA nelle singole Regioni, anche perché la verifica del "profilo erogativo dei LEA per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA"<sup>11</sup> è una delle condizioni previste per accedere al finanziamento completo del FSN e per approvare gli stessi piani di rientro dai deficit sanitari regionali.

Agire per un riequilibrio del profilo erogativo dei LEA è decisivo anche per una destinazione più appropriata delle risorse (efficienza allocativa), e indispensabile alla stessa sostenibilità del sistema. Altrimenti la deriva verso una gestione esclusivamente di tipo contabile-finanziario del sistema diverrà inarrestabile. Peraltro, il monitoraggio sull'attuazione dei LEA, la loro revisione e il loro aggiornamento sono indispensabili per orientare l'offerta del SSN verso l'effettiva domanda di salute, che muta costantemente per l'evoluzione del quadro epidemiologico, demografico e sociale. Questo monitoraggio è un'altra delle attività di controllo dell'Autorità terza, ipotizzata in precedenza.

In questo senso, non sono tollerabili i ritardi con cui, in alcune Regioni, si procede alla riorganizzazione/riconversione dei servizi che, nella maggior parte dei casi, devono implicare una forte e necessaria riduzione dell'offerta ospedaliera ed un corrispondente potenziamento dell'assistenza territoriale, soprattutto di quella ad alta integrazione socio-sanitaria. Infatti, la riconversione di strutture ospedaliere deve essere accompagnata dall'apertura di servizi alternativi, adeguati e visibili per i cittadini.

È anche vero che per favorire questo riequilibrio dei LEA — e la relativa riorganizzazione dell'offerta — è necessario che siano concordati fra Stato e Regioni indicatori organizzativi (standard dei servizi, bacini di utenza)<sup>12</sup> e di risultato, la cui assenza, tra l'altro, è una delle cause che ostacolano l'effettiva esigibilità dei LEA.

A fronte del suddetto scenario, e ai fini della sostenibilità finanziaria del SSN, occorre altresì completare il processo di federalismo fiscale, anche attraverso la revisione dei meccanismi di perequazione delle risorse, che devono essere finalizzati:

1. alla **solidarietà**, essendo i livelli reddituali delle singole Regioni estremamente difformi, al punto che in alcuni casi sarebbe difficile garantire la tutela con le sole risorse proprie;
2. alla **corretta valutazione dei fabbisogni**, essendo le caratteristiche socio-economiche (demografiche, di istruzione, ecc.) delle singole Regioni

altrettanto difformi; certamente è necessario eliminare ogni dubbio sulla corretta allocazione delle risorse: in caso contrario potrebbero generarsi valutazioni non corrette sulle performance regionali, ovvero sulla loro responsabilità negli eventuali disavanzi formatisi. L'attuale sistema di riparto si distacca sempre più dal principio di distribuzione delle risorse in base agli oggettivi parametri di fabbisogno, i quali peraltro non sono mai stati definiti in modo soddisfacente, essendo indubbio che l'età e il genere non rappresentano l'unico "fattore di rischio";

3. alla **responsabilizzazione e all'incentivazione dei comportamenti virtuosi**; i meccanismi di perequazione, dal momento che le Regioni che più necessitano di aiuto sono anche presumibilmente le meno efficienti, rischiano infatti di generare comportamenti opportunistici, contrari all'incentivazione dell'efficienza/appropriatezza regionale. Infatti, non si deve dimenticare che i "comportamenti virtuosi" di alcune Regioni finiscono talora per scontrarsi con i deficit di altre Regioni poco efficienti, che ne vanificano i risultati; i finanziamenti vanno affiancati da un sistema di monitoraggio dell'efficienza e appropriatezza regionale, atto a far comprendere eventuali scostamenti delle Regioni da regole virtuose di gestione;

4. alla **flessibilità**, in quanto nessun sistema di standardizzazione dei bisogni è perfetto e comunque esistono specificità locali di cui tenere conto; il target di finanziamento definito in sede tecnica va corretto

in sede politica, per adeguarlo alle specificità locali e anche alle esigenze di politica sanitaria, in particolare quelle tese a diminuire le disuguaglianze; solo in tal modo si potrà garantire che le Regioni finanziariamente “più deboli” possano comunque essere maggiormente aiutate sino a recuperare i ritardi accumulati; per quanto detto al punto precedente questa flessibilità deve essere operata in modo esplicito e verificabile, e a fronte delle dimostrazioni da parte delle Regioni “aiutate” di avere intrapreso una strada di risanamento quali-quantitativo.

Restano altresì da risolvere alcune criticità riguardanti il sistema istituzionale dei rapporti nella rete degli erogatori e nel sistema informativo di governo del sistema.

Sul primo punto va osservato che l'efficienza del sistema non si può garantire senza l'integrazione dei vari attori all'interno della rete dei servizi: strutture pubbliche, private e anche miste, devono essere incentivate a cooperare, ma devono anche essere messe a confronto, su di un piano paritario, sul lato della qualità e dell'efficienza; in particolare va ricordato che il cosiddetto “terzo settore” può portare benefici a questo sviluppo, per la sua naturale vocazione verso l'efficacia assistenziale. Vanno poi definite le modalità di controllo delle ASL, e in particolare dei distretti, sugli erogatori della rete, evitando però conflitti di interessi fra erogatori e “acquirenti” delle prestazioni.

Per quanto concerne il sistema informativo nazionale e regionale, le informazioni a disposizione delle Regioni e delle Aziende Sanitarie sono ancora molto spesso insufficienti per assumere scelte razionali e mirate, non favorendo una visione complessiva dei problemi.

È infine essenziale che si realizzi il coordinamento Stato-Regioni sui tariffari dei DRG e sulle relative partecipazioni. Un sistema federalista solidale, con significativi flussi di redistribuzione interregionale come l'Italia, non può prescindere dal coordinamento Stato-Regioni sullo schema di compartecipazione alle prestazioni sanitarie e della tariffazione dei DRG. Sia l'obiettivo di stabilità finanziaria sia quello di uniforme accesso ai LEA in tutto il paese richiedono concertazione e verifica congiunta sulle politiche sanitarie.<sup>13</sup>

Altro aspetto rilevante, a livello di sistema, è quello della mancanza di una base contabile comune per le ASL, con il relativo obbligo di certificazione dei bilanci. Allo stato attuale, l'eterogeneità dei criteri contabili utilizzati, sia in sede di bilancio di prima costituzione sia successivamente, lascia dubitare della corrispondenza tra la realtà economico-finanziaria dei sistemi sanitari regionali e la loro rappresentazione contabile. Se non si prefigurano preventivamente queste basi, i passaggi successivi dei consolidati regionali e dei Programmi di Stabilità regionali non possono tradursi in una loro concreta realizzazione.

## LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Il vincolo della limitatezza e della necessaria e adeguata allocazione delle risorse pone inevitabilmente il problema della programmazione, la quale “consente al decisore di non affrontare i problemi man mano che si presentano, senza una strategia, e gli consente di poter pensare cambiamenti anche rilevanti nelle strutture organizzative”.<sup>14</sup>

In questo senso, la programmazione sanitaria dovrebbe orientare tutte le scelte di governo della sanità. Rispetto a questo si pongono sul tavolo della discussione, così come evidenziato nel Piano Sanitario Nazionale 2006-08, due ordini di problemi riguardanti la necessità di meglio ridefinire e sviluppare:

a) il rapporto tra programmazione nazionale e governo globale (*governance*) del SSN, rafforzando il ruolo della Conferenza Stato-Regioni, quale sede privilegiata di concertazione delle decisioni e di condivisione delle scelte per la sanità anche in chiave di politiche sanitarie; l'ultima intesa raggiunta tra lo Stato-Regioni sulla ripartizione del FSN 2007 costituisce un esempio di governo globale condiviso (*shared governance*);

b) il rapporto tra programmazione nazionale e regionale, promuovendo una programmazione generale partecipata e condivisa, realizzata attraverso la sinergia tra lo Stato e le Regioni.

Occorre in definitiva superare lo “stato di necessità” in cui versa attualmente la sanità pubblica, che

porta a condizionare negativamente le scelte strategiche e le attività di programmazione governate ai diversi livelli istituzionali.

È solo il caso di ricordare come diversi Ministri dell'ultimo decennio — Umberto Veronesi, Girolamo Sirchia e, da ultima, Livia Turco — abbiano condiviso il giudizio circa la ancora preponderante consistenza del numero di immobili fatiscenti adibiti a luoghi di cura, la vetustà delle attrezzature del parco tecnologico ospedaliero, l'assenza di una organizzata, qualificata ed estesa Medicina del Territorio; tutti elementi determinanti nel generare diseconomie alle quali i poteri pubblici debbono comunque fare fronte. Anche per questo andrebbero sperimentate con maggior coraggio forme di gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico capaci di garantirne la manutenzione e la costante innovazione (come ad esempio fondi immobiliari o società miste *ad hoc*).

In questo contesto, la Pubblica Amministrazione riesce a mantenere il controllo generale, ad apportare con coraggio progressive innovazioni di metodo e a gestire nel contempo le oggettive inefficienze strutturali che pur permangono nel sistema (determinate, in primo luogo, dalla irrazionale e numericamente consistente rete di piccoli erogatori generalisti) attraverso i poteri di programmazione funzionale e di pianificazione finanziaria.

Tuttavia, esiste un nodo di fondo, rappresentato in molte circostanze dalle rigidità del sistema pubblico: tale nodo è probabilmente dipanabile soltanto attraverso

l'adozione di meccanismi di pianificazione strategica di medio e lungo periodo, propri anche del mondo imprenditoriale.

Da ultimo, non pare più potersi discutere in ordine all'esigenza di riformulare i criteri per la determinazione del miglior dimensionamento territoriale, ritenuto fattore sotteso e strumentale alla efficace, efficiente ed economica programmazione sanitaria.

Soprattutto per quanto attiene alle discipline interessate dal maggior impatto tecnologico e dalla marcata innovazione delle metodiche (per consuetudine qualificate di alta specialità), non pare più rinviabile una rivisitazione degli ambiti di programmazione e di determinazione budgetaria, in considerazione del fatto che la domanda di prestazioni in tale contesto viene espressa in concreto con modalità non riconducibili ad una programmazione in ambito ristretto.

È quindi opportuno riconsiderare — quantomeno per talune specialità ad alta criticità sanitaria — la fattibilità di una traslazione delle competenze programmatiche, finanziarie e negoziali a livello di governo regionale, conservando in capo al “regolatore pubblico” le competenze in ordine all'accertamento presso gli erogatori pubblici e privati del soddisfacimento delle condizioni della loro funzionale operatività, oltre che il controllo sulla appropriatezza delle attività rese, anche rispetto alle previsioni epidemiologiche di matrice induttiva.

I Piani Sanitari Regionali, in considerazione di quanto previsto dal D. Lgs. 229/99, costituiscono un osservatorio privilegiato sullo stato dell'arte delle politiche sanitarie e dei diversi modelli di sanità delle singole Regioni italiane. Dall'analisi comparativa dei diversi Piani Sanitari Regionali,<sup>15</sup> si evidenziano una serie di criticità circa l'efficacia reale dei processi programmatici in termini di obiettivi/interventi per il miglioramento dello stato di salute della popolazione (*outcome*): i piani sono scarsamente basati sulle evidenze; vi è scarso raccordo tra programmazione finanziaria e sanitaria; scarsa convinzione dell'utilità del piano quale strumento di governo globale (*governance*). Solo cinque Regioni (Calabria, Liguria, Marche, Toscana e Umbria) avevano infatti un piano valido, ossia non scaduto, per il 2005.

La ridefinizione dei ruoli e delle competenze Stato-Regioni, nonché l'uso dei relativi strumenti (Piani, Accordi, Protocolli d'intesa, ecc.) tesi a rendere maggiormente efficace il processo programmatico in sanità, costituiscono un presupposto essenziale per il miglioramento dell'efficienza allocativa complessiva delle risorse, che va ulteriormente sostenuta e implementata.

## LA RICERCA E L'INNOVAZIONE IN SANITÀ

Un'efficace politica della sostenibilità, che tra l'altro il SSN sta faticosamente cercando di perseguire, non può prescindere da investimenti nella ricerca, dal

rinnovamento delle infrastrutture e dall'innovazione tecnologica, tutti fattori indispensabili per il mantenimento e lo sviluppo positivo del sistema. Infatti, viviamo ormai in un'era in cui la politica, come ha scritto Umberto Galimberti, “sembra non essere più il luogo delle decisioni, perché per decidere è costretta a guardare all'economia e questa a sua volta alle risorse tecnologiche disponibili”.<sup>16</sup>

La sanità italiana può essere ritenuta un importante motore di crescita dell'economia nazionale dei prossimi anni, quindi una “risorsa” a tutti gli effetti, un settore di sviluppo, innovazione e investimento del nostro paese, da osservare e salvaguardare con attenzione.<sup>17</sup> È positivo che anche nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria vi sia un richiamo preciso in questo senso.

Dalla lettura dei principali comparti e servizi impegnati nella “produzione” di salute si stima infatti un fatturato nell'ordine dei 30 miliardi di euro l'anno, di cui oltre il 65% deriva da forniture al SSN. L'occupazione (dipendenti pubblici, medici in convenzione, settori industriali e dei servizi) assomma a circa un milione di persone. Tale cifra è destinata ad aumentare esponenzialmente nei prossimi anni per via del progresso tecnologico e dello sviluppo innovativo in medicina. Si può quindi dire che il SSN è senz'altro la più grande “azienda” italiana. È per questo che, come ogni azienda, ha bisogno di investimenti per l'innovazione, quindi per crescere e svilupparsi,

soprattutto pensando che per il SSN questo significa mantenere e migliorare la capacità d'offerta di prestazioni e di servizi, secondo i criteri di efficienza, efficacia e qualità. Aspetto questo di non poco conto, considerate le attuali difficoltà finanziarie del SSN.

**L'industria delle tecnologie sanitarie (farmaceutica, dispositivi medici, ecc.)** rappresenta uno dei comparti che maggiormente contribuisce al miglioramento della salute pubblica, ad un'assistenza sanitaria efficace, grazie alla disponibilità di tecnologie innovative che rendono possibile una vita migliore e più produttiva, e anche economicamente vantaggiosa. La spesa sanitaria dovrebbe quindi essere considerata come un investimento e non più semplicemente come un costo per il paese. Il settore delle tecnologie sanitarie, pilastro della *knowledge-based economy*, può contribuire in modo determinante al progresso dell'Italia verso gli obiettivi dell'Agenda di Lisbona. È essenziale che l'Italia ne riconosca il ruolo strategico (solo per la farmaceutica conta 84.000 posti di lavoro, per lo più ad elevato valore aggiunto, oltre 5.000 addetti alla ricerca e sviluppo, 200.000 posti di lavoro generati nell'indotto, ecc.) e garantisca a questo settore un ambiente favorevole all'innovazione e agli investimenti nella ricerca e nello sviluppo di nuove tecnologie.

Negli ultimi anni sono stati presi importanti provvedimenti che, seppure in modo talvolta contraddittorio, hanno certamente contribuito a riportare sotto

controllo una situazione in cui, in misura consistente, il consumo, e conseguentemente la spesa erano distorti e inappropriati. In particolare, il caso della politica farmaceutica appare paradigmatico.

Per lungo tempo essa è stata tutt'altro che orientata a garantire un uso dei farmaci in base a criteri di provata efficacia e di appropriatezza. Clamoroso esempio di questa situazione era il vecchio Prontuario Farmaceutico. L'assistenza farmaceutica, in quanto "Livello Essenziale", deve invece essere garantita in modo appropriato e, in questo senso, sono assolutamente da salvaguardare le valutazioni che legano tecnologie "equivalenti" e prezzi su una base di evidenza del loro rapporto costo-efficacia.

Ciò premesso, occorre riconoscere che molti provvedimenti finalizzati al contenimento dei costi hanno gravato pesantemente sul settore. In particolare, si è intervenuti con:

1. la fissazione di un tetto alla spesa farmaceutica pubblica (13% della spesa sanitaria pubblica), con l'obbligo, imposto alle sole aziende farmaceutiche, di ripianare l'eccesso di spesa nella misura del 60%;
2. i ripetuti tagli ai prezzi dei farmaci rimborsati;
3. l'indeducibilità fiscale per molte spese sostenute dalle aziende a fronte di aumenti consistenti delle tariffe amministrative (e molte altre misure ancora).

Bisogna valutare come correggere tali interventi nei confronti del settore farmaceutico, soprattutto di

quella componente che fa della ricerca e dell'innovazione la propria ragion d'essere, per evitare che interventi pur finalizzati al contenimento della spesa impediscano in pratica alle aziende di pianificare efficacemente le proprie attività e compromettano l'attrattività dell'Italia come destinazione degli investimenti, soprattutto per quanto riguarda la Ricerca e lo Sviluppo, mettendo a rischio anche gli insediamenti produttivi e i centri di ricerca già presenti sul territorio nazionale.

La sostenibilità del sistema sanitario italiano richiede certamente delle azioni correttive che impongano a ciascun attore di contribuire ai risparmi desiderati e all'appropriatezza dell'offerta di prestazioni, assumendosi la propria parte di responsabilità, ma la distribuzione dell'onere deve essere più razionale.

A tal fine occorre promuovere e realizzare una politica in grado di agire a diversi livelli, che miri alla creazione di un contesto per incentivare l'investimento sistematico e consistente in Ricerca e Sviluppo da parte di tutto il tessuto industriale italiano e, più in generale, favorire l'efficienza e la produttività delle attività di ricerca scientifica.

Le priorità su cui agire riguardano:

a) *la sperimentazione di meccanismi di controllo rigoroso della spesa, alternativi al tetto fisso (per la farmaceutica)*, una delle poche voci tra tutte le componenti della sanità pubblica per la quale un limite inderogabile di spesa sia stato esplicitamente previsto;

b) *un ripensamento del sistema di fissazione/riferimento dei prezzi*, in modo tale da garantire un'adeguata remunerazione alle tecnologie innovative — improntata ad un concetto di premialità e correlata agli investimenti presenti o pianificati nel paese — insieme ad una più marcata competitività per quelle con brevetto scaduto;

c) *la tutela dell'unitarietà dell'assistenza farmaceutica pubblica*, garantita anche dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Con riferimento allo strumento della distribuzione diretta, appare condivisibile proseguirne l'implementazione, ma rigorosamente negli ambiti delineati dall'Agenzia;

d) per ciò che concerne la delicata materia dell'informazione medico-scientifica, si ritiene opportuna una *armonizzazione della regolamentazione regionale/locale*, recependo le esperienze sulle quali si sia raggiunta una univocità di giudizio positivo;

e) *l'introduzione di incentivi ed un sostegno pubblico alla ricerca*, pensando soprattutto a politiche di lungo termine capaci di incidere significativamente sulla performance del sistema-paese. È necessario un aumento degli stanziamenti pubblici in ricerca e l'adozione di schemi di finanziamento meno "a pioggia" e più mirati; tenendo anche presente la necessità di creare condizioni particolarmente favorevoli per le aziende che investono in settori economicamente meno favorevoli, come lo sviluppo dei "farmaci orfani" per la terapia delle malattie rare. Ciò significa, in

altri termini, introdurre i concetti di “premierità” e di “merito”, parole che in Italia fanno sempre molta paura, ma che, o si iniziano ad adottare, oppure rischiano di far rimanere il nostro paese sempre ai margini del sistema scientifico internazionale. Occorre pensare ad una riforma dei mercati finanziari mirata a sostenere nuovi tipi di finanziamento e premiare il rischio imprenditoriale. Non può mancare una radicale revisione dell’attuale regime fiscale, per creare i presupposti necessari a stimolare l’investimento produttivo in ricerca e sviluppo nonché a colmare il divario esistente tra l’Italia e gli altri paesi europei in termini di recupero fiscale su questo tipo di investimenti;

f) *la promozione a vari livelli di sinergie e interazioni tra Università e Industria.* Si tratta di un’ulteriore e fondamentale linea di intervento per il rilancio della ricerca italiana, soprattutto alla luce della crescita della complessità e del costo dei processi innovativi, che impongono un’efficiente divisione del lavoro tra i diversi attori coinvolti.

#### LE RISORSE NECESSARIE PER LA RICERCA

Sicuramente con la Finanziaria per il 2007, seppur timidamente, si è compiuto un importante passo in avanti rispetto alle Leggi Finanziarie precedenti. I fondi per la ricerca medica e sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale sono saliti a 339 milioni di euro,

con un aumento netto di 70 milioni rispetto al 2006.

Una quota dei finanziamenti è stata riservata alla sicurezza degli alimenti, alla ricerca per le malattie rare, all'utilizzazione delle cellule staminali e alla sicurezza sui luoghi di lavoro. Inoltre, è stata stabilita una quota pari al 5% delle risorse complessive per i progetti di ricerca presentati da ricercatori di età inferiore ai 40 anni, selezionati con un meccanismo rigorosamente meritocratico attraverso un concorso gestito da una commissione di scienziati anch'essi al di sotto dei 40 anni e per la metà provenienti da centri di ricerca stranieri.

Siamo tuttavia ancora lontani dalle reali necessità di sviluppo del SSN e dalla quota del 3% del PIL (per Ricerca e Sviluppo) fissata dalla Conferenza di Lisbona del 2000. È quindi innanzitutto necessario mobilitare ulteriori risorse per la ricerca biomedica, destinandovi una quota maggiore del PIL. Sono anche necessarie nuove alleanze e sinergie tra i diversi soggetti pubblici e privati (università, aziende sanitarie, centri di ricerca, IRCCS, imprese, ecc.) all'interno di una rete integrata, attraverso la quale garantire lo sviluppo di conoscenze applicabili, nonché il trasferimento dell'innovazione, derivante dalla ricerca, nella pratica clinico-assistenziale e nell'organizzazione sanitaria (ricerca traslazionale).

Questa frammentazione delle risorse e la forte dispersione dei finanziamenti per la ricerca in sanità sono un male cronico della ricerca biomedica italiana

che non può più essere tollerato. Infatti, è già stato sottolineato come lo sviluppo di nuove tecnologie renderà in futuro ancora più drammatico il raffronto tra gli enormi investimenti in ricerca per portare farmaci e strumenti fino al mercato e la sostenibilità dei costi da parte del sistema sanitario per distribuirli equamente sul territorio. Va inoltre considerato che, mentre il ricercatore — per sua natura — è alla ricerca del nuovo, nella pratica quotidiana serve solo ciò che è concretamente applicabile. In altre parole, per la ricerca applicata, come deve essere quella finalizzata al SSN, sono prevalentemente importanti i potenziali benefici che derivano da un'innovazione in termini di *output* e di *outcome*.

Da qui la necessità da parte del sistema politico di incentivare e indirizzare la ricerca finalizzata all'innovazione biomedica verso i settori nei quali esiste maggiore domanda. Ciò significa che, mentre le priorità di lavoro e l'allocazione dei fondi dovrebbero essere indicate dal Governo e ratificate dal Parlamento (ad esempio su base triennale), la conduzione del lavoro dovrà poi essere decisa da Comitati di Ricercatori (includendovi anche studiosi non italiani), evitando rigorosamente il conflitto di interessi. Nel contesto attuale di grave scarsità di fondi, la dotazione che giunge dal Fondo Sanitario Nazionale dovrà, per forza di cose, essere molto più selettiva di quanto non avvenga oggi, magari con rotazione delle priorità. Solo così i problemi potranno essere affrontati con i

fondi necessari ad ottenere risultati validi. Se si utilizzerà questo sistema, si dovranno poi “aprire” questi fondi a tutti i meritevoli, senza l’attuale, anacronistica, limitazione solo ad alcune istituzioni. Sono questi i presupposti per una corretta programmazione futura della ricerca, da cui deriverà il dimensionamento dell’offerta innovativa. Alcuni governi europei, come quello britannico, stanno infatti finanziando progetti previsionali in ricerca sanitaria e biomedica a lungo termine (fino al 2020), così da poter aumentare la capacità di indirizzare gli investimenti di ricerca e di governo della domanda negli anni a venire. Tutti devono pertanto convincersi che solo una vera programmazione consente di gestire gli aumenti dei tempi di ricerca (ad esempio, lo sviluppo di un nuovo farmaco che è già oggi in media di 14-15 anni) e di conseguenza sostenerne i costi.

Senza ricerca non c’è possibilità di innovazione. La ricerca è infatti la chiave di volta del processo innovativo in sanità; va quindi sostenuta innanzitutto come dovere “etico”, in primo luogo da parte dalle istituzioni, attraverso la creazione di condizioni strutturali ed economiche adeguate entro le quali si possa sviluppare positivamente.

Nell’ambito di tale processo, si devono considerare infatti una serie di fattori sui quali occorre incidere:

a) l’intuizione e la creatività del ricercatore sono elementi irrinunciabili per il buon esito del processo di innovazione. Occorre in questo senso sottoli-

neare come il cronico sottofinanziamento della ricerca in Italia (circa 1,2% rispetto al PIL, contro il 2,59% degli USA e addirittura il 4,27% di Svezia e Finlandia), abbia colpito anche un parametro importante per lo sviluppo della ricerca stessa, quello del numero dei ricercatori. L'Italia in quest'ultimo settore occupa l'ultimo posto con 3,3 Unità-ricercatori a tempo pieno per mille Unità di forza lavoro, a fronte del dato di 5,28 corrispondente alla media dei paesi europei (in Francia e Germania il dato è maggiore di 6); una distanza dal dato di 8,08 degli USA che al momento sembra quasi incolmabile. Se inoltre si considera che l'età media dei ricercatori italiani è di circa 57 anni, pur sapendo che l'età più creativa è intorno ai 30, si può chiaramente affermare come sia fondamentale invertire la direzione, attraverso opportuni meccanismi tesi a valorizzare capacità e competenze, frenando il processo di "fuga dei cervelli" verso altri paesi (soprattutto verso gli Stati Uniti);

b) diversamente dagli altri paesi, che possono contare, accanto al finanziamento pubblico, su una grossa quota di investimenti privati, l'Italia non può contare su un adeguato contributo del privato; questo influenza negativamente il processo di traslazione della ricerca e dell'innovazione. Occorre da questo punto di vista rivedere e sviluppare gli attuali modelli organizzativi della ricerca verso modelli orizzontali integrati, che facilitino la traslazione delle conoscenze e la messa in rete di sinergie diverse, provenienti sia

dal settore pubblico (università, enti pubblici di ricerca) che dal mondo imprenditoriale privato. Il finanziamento pubblico/privato introdotto in Italia qualche anno fa ha aperto la strada verso questo tipo di collaborazione/*partnership*. Per affrontare questo problema occorre domandarsi innanzitutto perché in Italia non vi sia alcuna concreta spinta dell'opinione pubblica verso un incremento della spesa per la ricerca. Alcuni anni fa, il Congresso degli Stati Uniti, addirittura contro la volontà del Presidente Clinton, quasi raddoppiò i fondi a disposizione del National Institute of Health (NIH). Ovviamente lo fece perché sapeva che l'opinione pubblica percepiva questa spesa come utile, anzi determinante per il futuro di un paese. Anche da noi, quando il pubblico è convinto che i fondi saranno investiti con appropriatezza (come avviene nel caso di Telethon), contribuisce in modo entusiastico. Il problema è quindi quello di dare un'immagine di utilità, trasparenza, correttezza e imparzialità all'erogazione dei fondi per la ricerca e, soprattutto, di utilizzare criteri davvero meritocratici nella scelta dei nostri giovani scienziati;

c) la valutazione e la definizione di "valore" (in termini di *outcome*, impatto organizzativo, ecc.) derivanti dall'applicazione di nuove tecnologie/prodotti/tecniche biomediche e sanitarie dovrebbe essere svolta da un organismo tecnico-scientifico, analogamente al NICE del NHS britannico, deputato all'Health Technology Assessment;

d) l'impatto organizzativo, inteso come conoscenze e competenze, contesto strutturale e ambientale in cui si sperimenta e si realizza l'innovazione derivante dalla ricerca. La vetustà delle strutture sanitarie italiane e le resistenze che si possono riscontrare a livello clinico-assistenziale, molto spesso costituiscono un deterrente alla sperimentazione e all'introduzione dell'innovazione nelle Aziende Sanitarie. Mentre, al contrario, le alte possibilità date dall'innovazione e dalla ricerca possono migliorare il livello di appropriatezza, qualità e sicurezza nelle cure alla persona, costituendo pertanto uno strumento essenziale per il cambiamento organizzativo e la necessaria razionalizzazione dei servizi.

#### LE ASL, I COMUNI E I CITTADINI

La domanda di salute e di cure si va caratterizzando sempre più per l'inestricabile rapporto fra bisogni sociali e bisogni sanitari: emblematico è il caso della non autosufficienza.<sup>18</sup>

Di fronte a questa nuova realtà non è più sostenibile l'attuale rigida separazione istituzionale fra assistenza sociale e sanitaria. È per questo motivo che occorre favorire il coinvolgimento attivo dei Comuni in un ruolo che sia realmente incisivo e di responsabilità.

Il tema del rapporto tra LEA Sanitari e LEA Sociali (questi ultimi non sono ancora stati definiti a sette anni dall'approvazione della legge 382/2000 di

Riforma delle politiche sociali) — e quindi il tema della effettiva integrazione tra ambito sociale e sanitario — va rimesso al centro del percorso per l'ammmodernamento del sistema di *welfare*.

La sfida è dunque quella di permettere ai sindaci, quali garanti della salute dei cittadini, di esercitare in pieno le loro responsabilità sia nella programmazione sanitaria che nella valutazione dell'efficacia del servizio e della sua aderenza ai bisogni e alle aspettative della comunità cittadina. In questo quadro, riveste una particolare importanza anche il rafforzamento e la diffusione, su tutto il territorio nazionale, degli istituti di partecipazione civica e di tutela dei diritti nel servizio sanitario.

L'integrazione con le politiche sociali rappresenta uno dei principali banchi di prova della cooperazione tra i soggetti (Regioni, aziende, Comuni, terzo settore). È indispensabile l'attivazione di strategie comuni di intervento in grado di assicurare la continuità delle cure, soprattutto per le persone più fragili e per i malati cronici, promuovendo, in ogni circostanza, la possibilità per la persona di essere assistita a domicilio o comunque attraverso servizi di "prossimità" (centri diurni, residenze di sollievo, ecc.). Per favorire tale processo, oggi ancora molto frammentato, è urgente la definizione di "livelli essenziali" relativi ai servizi socio-sanitari integrati.

Nelle aree metropolitane è necessario che la programmazione della rete dei servizi sanitari si realizzi

in modo coordinato con le trasformazioni urbane. È necessaria un'articolazione dei servizi dinamica, in grado di accompagnare la crescita di nuovi insediamenti abitativi lungo le direttrici di espansione e di mobilità delle città. Una programmazione, dunque, che, alla luce delle analisi epidemiologiche e degli indicatori di sviluppo urbano, sia il frutto di una visione ampia, che sappia andare oltre i confini delle singole Aziende Sanitarie e di ciascun ente locale, prendendo come punto di riferimento prioritario l'intera area cittadina e i suoi abitanti.

Si tratta quindi da un lato, di esaltare il pieno e paritario coinvolgimento dei Comuni nel sistema di pianificazione ed erogazione dei servizi integrati socio-sanitari e socio-assistenziali sulla base di sperimentate modalità di progettazione partecipata, e dall'altro, mantenere il ruolo specifico e non negoziabile delle ASL come soggetti della organizzazione dei servizi sanitari resi alla cittadinanza.

Bisogna agire per un'integrazione di tipo:

1. istituzionale, assegnando ai Comuni (associati per evitare frammentazioni) un rinnovato e forte ruolo nel rapporto con le ASL e con la Regione;
2. organizzativo, facendo coincidere il Distretto sanitario con quello sociale come sede, anche funzionale, nella quale realizzare l'integrazione, in cui sia centrale la "presa in carico" del cittadino.

Occorre inoltre modificare il governo delle ASL, introducendo il concetto della compartecipazione dei

cittadini alle decisioni ed un loro controllo dei risultati ottenuti (*performance*). Anche in questo senso è necessario coinvolgere i Comuni, massima espressione del governo locale.

La modifica del quadro demografico ed epidemiologico (invecchiamento, denatalità, disagio giovanile, immigrazione, disabilità, cronicità), la ricerca, la pluridisciplinarietà e la complementarità del sistema universitario nella promozione e nella tutela della salute, la formazione di nuove professionalità nei servizi alla persona (ad esempio mediatori culturali, assistenti familiari) sono tutti elementi da utilizzare come assi portanti di un coinvolgimento necessario di più soggetti portatori di un comune interesse.

Le questioni critiche evidenziate sostanziano l'inevitabile necessità di ritarare le traiettorie di sviluppo e la direzione da imprimere alla qualificazione del SSN, al fine di delineare trend innovativi ma praticabili e attendibili, dove il quadro delle scelte trova un riscontro coerente nel più ampio contesto socioeconomico nazionale.

Infine, l'integrazione deve essere anche finanziaria, per superare l'attuale dispersione delle risorse. Un'importante occasione per sperimentare l'integrazione può essere data dalla creazione di Fondi per la non autosufficienza, anche alla luce delle esperienze più avanzate realizzate in alcune Regioni.

A questo proposito, il Ministro della Salute e gli Assessori regionali hanno avviato il confronto con il

Ministero della Solidarietà Sociale per l'attivazione del Fondo nazionale per la non autosufficienza, come previsto dalla Finanziaria 2007,<sup>19</sup> e l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari per l'assistenza alle persone non autosufficienti e la promozione dei servizi domiciliari.

L'obiettivo è presentare in Parlamento un testo che possa già rappresentare un momento di condivisione istituzionale tra Governo e Regioni sui principi ispiratori del provvedimento, finalizzato a migliorare i livelli di sicurezza e qualità delle cure, anche attraverso l'adozione di un nuovo sistema di governo all'interno delle ASL, prevedendo inoltre strumenti di maggiore valorizzazione del merito e delle competenze degli operatori.

Infine, per quanto concerne i piani per gli investimenti strutturali in sanità, è necessario mettere a punto i piani di ristrutturazione e ammodernamento regionali, usufruendo anche delle somme residue già stanziare, ma non ancora utilizzate, e stabilendo insieme le modalità di riparto dei 3 miliardi aggiuntivi previsti dalla Finanziaria 2007.

## I RAPPORTI TRA PUBBLICO E PRIVATO

Il dibattito sul rapporto che deve intercorrere tra erogatori pubblici e privati nelle politiche sanitarie è condizionato dalle profonde differenze che ci sono sul territorio nazionale, con aree in cui le strutture accre-

ditate o private *tout court* rappresentano una quota limitata e altre dove esse costituiscono una parte molto rilevante, come nel Lazio, dove l'accreditato gestisce il massimo numero in percentuale dei posti letto (non per pazienti "acuti") dell'intera rete ospedaliera. A questo proposito, è da sottolineare che appare fuorviante considerare come "strutture private accreditate" ospedali quali i Policlinici Universitari (Gemelli, Tor Vergata, Umberto I) o religiosi (Bambin Gesù e Fatebenefratelli di Roma).

In alcune Regioni si è fatta la scelta della competizione aperta tra erogatori pubblici e privati, anche come elemento di sollecitazione del processo di miglioramento dell'efficienza del pubblico. Effimera è la possibilità di una competizione libera, non regolata, per il peso che grava sulle strutture pubbliche, costituito in particolare da procedure negoziali complesse, finalizzate alla necessaria imparzialità, alla trasparenza dell'agire della Pubblica Amministrazione, ma che finiscono per rallentare i processi decisionali e la necessaria capacità di adeguamento al mutamento del mercato.

Il ruolo del privato deve quindi essere quello di erogatore di prestazioni stabilite da chi — le Aziende Sanitarie — è chiamato a garantire l'assistenza. Alle Aziende, più che alla Regione, spetta dunque il compito di definire i volumi di attività e verificare l'appropriatezza nelle modalità di erogazione, mentre la Regione definisce i criteri di accreditamento cui gli

erogatori debbono attenersi, ed estende il proprio ruolo alla previsione di strumenti di programmazione partecipata e negoziata nei quali siano parte gli erogatori privati accreditati.

In alcune Regioni si è scelto di lasciare agli operatori privati aree privilegiate di intervento, quali in particolare la riabilitazione e la lungodegenza; tali scelte sono state fatte ritenendo che tali settori rappresentino aree a ridotto contenuto di tecnologia e minor criticità. In realtà si è creato in questi ambiti un monopolio privato, gravato, in alcuni casi, da elevati livelli di inappropriata e scarsa efficacia.

Di contro, non sono state valorizzate appieno quelle iniziative imprenditoriali che, scostandosi dal prevalente modello d'impresa sanitaria, hanno sostenuto ingenti investimenti, resi indispensabili dalla necessità di dover approntare ospedali privati di alta specialità o di alta complessità diagnostica e terapeutica. Tuttavia, questa piena valorizzazione potrà essere realizzata solo dopo che sarà stato pienamente attuato un sistema severo di accreditamento e di controlli sistematici, generalizzati ed efficienti.

In questo ambito vanno ridefiniti con chiarezza i rapporti tra pubblico e privato, partendo dalla scelta politica di un sistema sanitario nazionale pubblico, che ha la titolarità delle scelte strategiche e programmatiche, nonché della gestione complessiva del sistema. Il sistema imprenditoriale privato può e deve giocare un ruolo integrativo, in un quadro chiaro e stabile di defi-

nizione e di rispetto delle regole. L'obiettivo della riduzione delle diseguaglianze è infatti difficilmente perseguibile da un sistema sanitario senza regole.

Un primo livello di relazione positiva tra pubblico e privato riguarda dunque il sistema di accreditamento che deve favorire:

- l'integrazione tra produttori (erogatori pubblici ed erogatori privati);
- strategie di coinvolgimento di tutti i produttori accreditati negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità e appropriatezza, nella determinazione dei valori tariffari delle prestazioni;
- il controllo dei volumi di attività e della spesa nell'ambito della programmazione pubblica.

Un rigoroso sistema di accreditamento, che disciplini il comportamento delle strutture pubbliche e private, è necessario, perché il produttore non tende spontaneamente, se non è "costretto" da vincoli prestabiliti, ad erogare le prestazioni più appropriate; senza precisi indirizzi e vincoli di programmazione pubblica, vi è il rischio di alimentare i cosiddetti "comportamenti opportunistici".<sup>20</sup>

È la programmazione pubblica che deve stabilire quali sono i Livelli Essenziali di Assistenza appropriati da garantire, e perciò a cosa deve mirare la "produzione" di prestazioni sanitarie, in base ai bisogni dei cittadini.

Un secondo livello di relazione positiva tra pubblico e privato può riguardare forme di collaborazione gestionale, utili soprattutto per attirare capitali privati da investire in opere (strutture, impianti) per le quali le risorse pubbliche non sarebbero sufficienti.

Emblematici sono i casi di *project financing*, attraverso i quali la sinergia di investimenti pubblici e privati ha permesso, o sta permettendo, la ristrutturazione o la costruzione di nuovi ospedali. In questo caso, però, le aspettative imprenditoriali, che intendono legittimamente remunerare il capitale investito, devono essere regolate nell'ambito del SSN e garantire prioritariamente le funzioni di interesse pubblico che le strutture sanitarie devono continuare a perseguire.



## L'OSPEDALE

### LE STRUTTURE OSPEDALIERE

La situazione attuale delle strutture ospedaliere e la loro organizzazione non consentono nella maggior parte dei casi una gestione innovativa, efficace ed efficiente dei servizi sanitari e non permettono di garantire quella alta qualità delle cure oggi indispensabile per soddisfare un'attesa di salute più complessa, diversificata e consapevole.

Il 28% dei 1066 ospedali italiani è stato costruito prima del 1900, un altro 29% dal 1900 al 1940. Dunque, più di 500 ospedali hanno più di sessant'anni di età: un patrimonio non adeguato alle attuali attese di sicurezza, conforto e affidabilità.

È urgente intervenire in questo settore di vitale importanza per il SSN, sia riqualificando le strutture esistenti, sia prevedendo l'introduzione di nuovi modelli realizzativi e gestionali per gli ospedali. Non va infatti dimenticato come, fino ad oggi, la progettazione, costruzione e gestione delle strutture ospedaliere italiane sia stata affidata solo a generici requisiti minimi che si propongono esclusivamente di garantire uno standard più o meno omogeneo senza incidere su modelli tipologici ormai obsoleti.

È pertanto necessario sviluppare dei principi guida che siano in grado di orientare la progettazione e la gestione delle strutture ospedaliere. Essi devono fare

riferimento a buoni criteri di gestione sanitaria, al fine di assicurare la centralità del paziente, l'umanizzazione dell'assistenza, l'efficacia delle diagnosi e delle terapie, la qualità, l'efficienza e la professionalità del personale curante.

Contestualmente deve essere valutata la fattibilità economica del modello, determinando i costi medi di costruzione e di gestione in correlazione alla potenzialità di offerta sanitaria in termini di prestazioni. La progettazione degli ospedali deve tener conto di tutti gli aspetti ad essa connessi, per garantire l'integrazione con il territorio, la capacità di rinnovamento tecnologico, l'efficienza gestionale degli edifici e degli impianti.

Un documento di consenso sui principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza è stato elaborato dalla ASSR nel 2003. I principi informatori sono gli stessi già enunciati per il metaprogetto definito "Ospedale Piano". Essi mantengono la loro validità e possono a distanza di alcuni anni essere confermati, esplicitati e integrati con ulteriori elementi innovativi.

Un ospedale moderno si deve ispirare ai seguenti principi:

- **umanizzazione**, che va fondata sulla centralità della persona, sulla buona accoglienza, sulla personalizzazione del trattamento e sull'equità di accesso;

- **organizzazione**, concetto basato su tre cardini: efficienza, efficacia, economicità;
- **appropriatezza**, che è rappresentata dall'adeguatezza delle cure e dell'uso delle risorse;
- **affidabilità**, che è garanzia di sicurezza;
- **interattività**, concetto che si realizza nell'attuare la continuità assistenziale;
- **innovazione**, ottenuta attraverso il continuo rinnovarsi dei metodi diagnostici, terapeutici, tecnologici e informatici;
- **formazione**, in cui deve assolutamente essere inserito l'aggiornamento culturale e professionale;
- **ricerca**, potenziata dando forte impulso all'approfondimento clinico-scientifico;
- **urbanità**, realizzata attraverso l'integrazione con il territorio e la città;
- **socialità**, ottenuta creando un forte senso di appartenenza e solidarietà;
- **flessibilità**, che significa capacità di adattamento alle mutate esigenze assistenziali.

Il vecchio modello di ospedale, di tipo “estensivo”, di grandi dimensioni, a basso contenuto tecnologico, spesso con duplicazioni di servizi al suo interno, deve lasciare il posto ad un nuovo modello di tipo “intensivo”, ad elevato contenuto tecnologico, accentrato, finalizzato al trattamento multidisciplinare dei pazienti ad elevata complessità e anche in grado di offrire modalità alternative di trattamento

per gli ammalati che necessitano di una minore intensità assistenziale (*day hospital, day surgery, ambulatori coordinati*).

Se da un lato è vero che l'atteggiamento del paziente, meno passivo e più partecipe e corresponsabile del processo di cura che lo coinvolge, rappresenta una spinta al rinnovamento, è anche vero che esistono forti resistenze al cambiamento alimentate dalla sfiducia nelle istituzioni e da una mentalità che stenta a cambiare.

Nonostante queste resistenze, l'ospedale moderno deve essere:

- sempre più luogo di cura per pazienti acuti e iperacuti;
- sempre meno votato ad assistere pazienti cronici stabilizzati;

Deve invece avere:

- sempre meno letti, nel suo complesso;
- sempre più letti per l'ospedalizzazione diurna (*day hospital e day surgery*);
- sempre più letti per l'emergenza.

## LA GOVERNANCE DELL'OSPEDALE

I principi ispiratori descritti sembrano ormai essere stati assimilati nel modello di ospedale ideale. Questa visione risulta valida oggi, ma necessita di essere integrata e aggiornata, in particolare alla luce dello sviluppo del concetto di "governo globale" (la

cosiddetta *clinical governance*) e della concezione dell'Ospedale come nodo di una rete di presidi tra di loro interagenti.

Con riferimento al primo tema, va osservato che il termine inglese *governance* designa “l'arte o la maniera di governare”, ma contiene due connotazioni supplementari: da una parte sottolinea la differenza con “governo” inteso come istituzione, dall'altra promuove un nuovo modo di “gestione” della Pubblica Amministrazione che deve necessariamente integrare la società civile e le istituzioni ed è fondata sulla multidisciplinarietà e su una visione etica del lavoro quotidiano.

Il significato concettuale di *clinical governance* è quindi l'utilizzo in ambiente sanitario di un modo di fare le cose fondato su alcuni aspetti fondamentali: la *responsabilità* (*accountability*, cioè il dover rendere conto di quello che si fa), la *trasparenza*, il *coinvolgimento* e la *partecipazione consapevole del cittadino* (il cosiddetto *empowerment*), l'*etica* e il *valore del lavoro*.

Questa definizione, comparsa per la prima volta sul *British Medical Journal* nel 1998, mantiene ancor oggi tutta la sua attualità: “La *clinical governance* è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui si possa sviluppare l'eccellenza dell'assistenza sanitaria”.

Questo approccio, nato nel Regno Unito, rappresenta la modalità preferenziale per portare a sintesi le molte dimensioni della qualità in sanità, individuandosi come contesto in cui professionisti e amministratori si rendono responsabili del percorso verso il miglioramento della qualità e l'eccellenza. Questo ordine di valori non può essere imposto dall'esterno, ma è il risultato dell'interazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente.

I principi fondamentali su cui la *clinical governance* è fondata sono:

- la collaborazione multidisciplinare e multi-professionale;
- l'applicazione della Medicina Basata sull'Evidenza (Evidence-Based Medicine, EBM);
- la responsabilizzazione e partecipazione dei cittadini e degli operatori.

All'interno delle nostre Aziende Sanitarie Ospedaliere, gli strumenti operativi utili per la realizzazione di una modalità globale di governo sono:

- il Collegio di Direzione;
- il Dipartimento;
- i Distretti.

Il **Collegio di Direzione** è il luogo in cui sono definite le politiche dell'azienda, in quanto derivanti dall'incontro tra la funzione gestionale "generica" espressa dalla Direzione Aziendale con quella "specialistica" espressa dai professionisti. Appare auspicabile

un rafforzamento del ruolo del Collegio di Direzione, con funzioni consultive, obbligatorie, da parte del Direttore Generale. Infatti, un punto di forza della *clinical governance* è l'attribuzione ai Direttori Generali degli obiettivi di qualità, sintesi di obiettivi manageriali e clinici, per il cui conseguimento è necessario il superamento della dissociazione tra la valutazione degli esiti economici e quella degli esiti clinici.

È evidente che, in un sistema fondato sulla necessità da parte di amministratori e professionisti di dover rendere conto (*accountability*) del proprio operato, i medici con responsabilità di vertice (direttori di Dipartimento e direttori di strutture complesse) devono essere individuati e valutati in una logica di obiettivi e risultati, anche con l'utilizzo di strumenti già esistenti e utili allo scopo, quali il contratto individuale di lavoro.

Il **Dipartimento** è l'unità organizzativa fondamentale per il coordinamento per linee orizzontali, chiave di volta per la trasformazione dell'azienda da produttore di prestazioni ad erogatore di un servizio. Esso è lo snodo organizzativo della *clinical governance* ed è al Dipartimento che dovrebbero essere dati gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica e organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili, in modo da poter gestire la sicurezza, l'audit, la formazione del personale.

Il **Distretto**, infine, è l'ambito di espressione di questa nuova modalità globale di governo per le funzioni territoriali.

Le aree che un governo globale del sistema può influenzare e migliorare sono rappresentate nella Figura 1.

**Figura 1 — Illustrazione delle aree influenzabili dal governo clinico.**



All'area della sicurezza appartiene la tematica della gestione del rischio clinico, quindi dell'individuazione e della prevenzione degli "errori in medicina".

All'area della appropriatezza appartengono le linee guida e i percorsi diagnostico-terapeutici. È qui solo il caso di richiamare il mai soddisfatto bisogno di integrare e dare continuità ai percorsi della patologia acuta (*acute care*) con quelli delle patologie croniche (*long term care*), elemento che salda peraltro il versante ospedaliero con quello territoriale dell'assistenza sanitaria.

L'efficacia dei trattamenti sanitari è ancora lungi dall'essere sempre garantita. Dietro la crudezza di questa affermazione sta la necessità di approfondire la riflessione critica sull'operato del medico e di sviluppare la capacità di valutazione e autovalutazione.

La diffusione della cultura della Medicina Basata sull'Evidenza, laddove sia scevra da estremizzazioni, dovrà su questo terreno dare i suoi frutti. La medicina moderna, forse più di prima, ha bisogno di comportamenti uniformi, che si basino sulle evidenze scientifiche e sulla divulgazione delle prove di efficacia. Non vi è dubbio che questo approccio, che potrà sembrare fortemente pragmatico, diminuisce l'atteggiamento paternalistico del medico, aumenta la sicurezza dell'atto medico e, in ultima analisi, la qualità dell'assistenza prestata.

### L'OSPEDALE "IDEALE"

Se la modalità globale di governo del sistema (*clinical governance*) è il sistema "ideale" di gestione dell'Ospedale, quale dovrebbe invece essere il modello ideale di organizzazione della **rete ospedaliera**? Parliamo di rete perché l'Ospedale non può rispondere ad un canone unico, universale, che possa essere "clonato" nelle diversificate realtà del nostro paese. Ciò non può essere sostenuto né da un punto di vista generale, in quanto la rete ospedaliera deve tener conto delle caratteristiche socio-demografiche

della popolazione, né da un punto di vista più propriamente tecnico, poiché le capacità assistenziali, il livello di intensità di cura e il potenziale professionale che ogni ospedale può esprimere variano in misura ampia.

Ad esempio, dal punto di vista strutturale, si parla spesso del cosiddetto “modello Piano”, che è portatore di principi ispiratori e operativi validi per le strutture ospedaliere ad alta tecnologia e a intensità assistenziale medio-alta (centri di eccellenza, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari, ospedali per acuti), ma non si adatta ad altre tipologie (ospedali di prossimità, RSA, *hospice*, ecc.).

Il problema di fondo è dunque riconoscere che esistono diversi livelli assistenziali, a cui dovranno corrispondere differenti modelli ospedalieri.

Il concetto di *gradualità delle cure* si esplicita nella progressività di erogazione delle prestazioni sanitarie ed è un processo fondato su esigenze assistenziali e socio-culturali e ispirato ad una filosofia di appropriatezza ed economicità di impiego delle risorse.

Le cure gradualmente esprimono la capacità di risposta differenziata di fronte ad una molteplicità di esigenze cliniche, che si possono sinteticamente esemplificare come segue:

1. paziente in emergenza, bisognoso di sostegno delle funzioni vitali;
2. paziente acuto non differibile;
3. paziente bisognoso di ospedalizzazione pro-

grammata per patologia medica o chirurgica non altrimenti trattabile;

4. paziente trattabile in regime di ospedalizzazione diurna;
5. paziente ambulatoriale;
6. paziente in fase di recupero funzionale;
7. paziente cronicamente stabilizzato, con differente grado di dipendenza, bisognoso di assistenza residenziale;
8. paziente bisognoso di assistenza domiciliare.

Queste funzioni assistenziali fanno riferimento, come è evidente, a strutture e livelli di professionalità differenti all'interno del SSN.

Il modello delle cure graduali consente di ottimizzare il livello di intervento ospedaliero e differenziarlo rispetto a quello delle cure distrettuali, cioè affidate alle strutture territoriali, nonché di individuare una "zona grigia" tra le prime e le seconde, una necessaria interfaccia tra Ospedale e territorio. Non appaia una semplificazione l'affermare che i pazienti appartenenti alle categorie dall'1 al 4 sono di competenza dell'Ospedale, quelli appartenenti alle categorie 7 e 8 sono di competenza territoriale e quelli indicati con i numeri 5 e 6 possono essere trattati in strutture ospedaliere (vedi il caso dei pazienti in *follow-up* ambulatoriale post ricovero o quelli in fase di iniziale riabilitazione motoria o neuromotoria) o in presidi extraospedalieri.

Per rispondere al quesito “quale strategia per gli ospedali italiani?”, bisogna in conclusione tener conto dei seguenti aspetti:

1. la grave obsolescenza del patrimonio edilizio ospedaliero italiano e la nota constatazione che in alcuni casi “è più conveniente ricostruire che ristrutturare” devono fare i conti con le risorse economiche destinate dal 1988 a oggi all’edilizia ospedaliera, risorse indubbiamente ingenti ma sufficienti solo per ampie ristrutturazioni e/o ampliamenti, non certo per riedificazioni;

2. l’aspetto strutturale, pur importante (è più facile gestire bene una struttura nuova che una vecchia), deve essere considerato in stretta sinergia con quello funzionale e i margini di intervento, da questo punto di vista, sono sicuramente ampi;

3. la rete ospedaliera italiana deve essere considerata come un “organismo vivente” e solo in questa visione può realmente essere considerata una rete, vale a dire una interconnessione di elementi tra di loro localmente collegati in senso finalistico, cioè intorno ad un percorso assistenziale individuato.

SODDISFARE LA DOMANDA DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE:  
IL MODELLO *HUB AND SPOKES*

Uno dei maggiori problemi dei nostri ospedali è la sproporzione tra la domanda e l’offerta, sia in senso quantitativo che qualitativo. A puro scopo esemplifi-

cativo si può citare il fatto che i grandi ospedali delle aree metropolitane sono sovraffollati e chiamati a svolgere anche funzioni non proprie e i piccoli ospedali periferici sono sottoutilizzati ma spesso considerati intoccabili dalle comunità locali (salvo poi non farvi ricorso per problemi di salute appena un po' complessi).

Per riequilibrare questa situazione è quindi necessario lavorare intorno al concetto di **ospedali in rete**. Numerose Regioni italiane hanno sviluppato, nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali o di altre azioni programmatiche, dei modelli funzionali di collegamento in rete di ospedali con differente livello di complessità, modelli che sono in genere riferiti non alla struttura nel suo complesso, ma alle discipline cui fanno riferimento determinati percorsi assistenziali.

In particolare il cosiddetto **modello del mozzo e dei raggi** (*hub and spokes*) prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale che, in base alla loro complessità, vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, utilizzo di équipe integrate e ben definiti percorsi assistenziali. Tale modello prevede l'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (*hub*) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (*spokes*), i quali ultimi garantiscono direttamente le prestazioni che si collo-

cano al di sotto della soglia di complessità per essi specificamente prevista.

Il modello è stato applicato a partire dai settori ad alta complessità (emergenza, oncoematologia, patologia cardiovascolare, patologia cerebrovascolare, ecc.); in alcuni casi il medesimo ospedale ha funzione *hub* per una patologia acuta e *spoke* per i casi cronici riacquizzati.

Il principio delle reti integrate prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*hub*), che trattano volumi di attività tali da garantire la qualità dell'assistenza, e il trattamento della restante casistica in centri periferici (*spokes*) la cui attività è fortemente integrata con quella dei centri *hub*. Il sistema, ove adeguatamente sviluppato, è in grado di garantire a tutta la popolazione equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme su tutto il territorio regionale.

La rete ospedaliera organizzata e sviluppata secondo il modello *hub and spokes* garantisce minima congestione, forte specializzazione, massima efficienza tecnica attraverso la concentrazione della casistica e la tempestività di invio dalla periferia. Secondo questo modello, la connessione nell'ambito di una stessa specialità in differenti ospedali è più forte della connessione con altre specialità all'interno dello stesso ospedale. Tale organizzazione potrebbe essere oggetto di equivoci, per il ruolo subordinato che verrebbe richiesto ai raggi (*spokes*), sottovalu-

tando il ruolo fondamentale delle cure in strutture di primo livello che rimangono titolari nella gestione del processo assistenziale del paziente nell'area territoriale di riferimento.

In alcuni modelli regionali, le strutture di primo livello rappresentano un "anello strategico" all'interno della rete ospedaliera perché si rivolgono ai pazienti con un bisogno di assistenza che non è possibile soddisfare né in RSA né a domicilio ma per i quali, allo stesso tempo, un ricovero ospedaliero ordinario di tipo classico risulterebbe inappropriato.

#### L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

È proprio nelle strutture definite di primo livello che deve realizzarsi l'integrazione Ospedale-territorio, auspicata nella programmazione sanitaria. Questi presidi, talora definiti **presidi territoriali di prossimità** (PTP), rappresentano una struttura sanitaria territoriale con poche decine di posti-letto (per lo più da 10 a 30), sotto la responsabilità istituzionale del Distretto ma che vede la partecipazione di figure diverse (MMG, medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, infermieri, ecc.) e che offre assistenza residenziale temporanea di natura medico-infermieristica, con prevalenza della componente assistenziale infermieristica, a persone dimesse da strutture ospedaliere per acuti, al fine di perseguire il completamento delle cure, oppure a persone affette da situazioni cliniche non trattabili a

domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie. Le prestazioni dei PTP rientrano comunque nell'ambito dei LEA.

Il rinnovamento dell'assetto del SSN non può non tener conto del fatto che i sistemi di erogazione devono essere configurati sui percorsi assistenziali e che quindi le componenti del sistema (ospedale-distretto-assistenza primaria-prevenzione) operano in un *continuum* rispetto ai bisogni di salute dei cittadini. È probabilmente questa la vera sfida cui politici, programmatori e professionisti sono chiamati a rispondere, superando una logica di separazione, di conflitti e di rinvii di responsabilità tra le differenti categorie. Prova ne siano i rapporti non facili tra medici ospedalieri, medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali, chiamati ad operare in modo coordinato tra di loro.

Un aspetto rilevante di integrazione è quindi quella, tanto invocata, fra **Ospedale e territorio**. A questo proposito possono essere stabiliti alcuni punti fermi:

1. l'integrazione Ospedale-territorio nasce dall'inserimento degli ospedali in una rete funzionale (secondo i principi sopra esposti) che individui quale livello ospedaliero debba *primariamente* rapportarsi con il territorio;

2. le relazioni tra i differenti elementi che compongono il sistema devono essere costruite sui *percorsi assistenziali* e sui *livelli di gravità/acuzie*: ad esempio,

gli ospedali per acuti e i centri di eccellenza non possono distrarre risorse per l'assistenza di primo livello (ambulatoriale e strumentale di base); di converso, i presidi territoriali di prossimità non possono essere dotati di alte tecnologie, per le quali devono fare riferimento al livello superiore;

3. l'integrazione delle strutture passa attraverso l'**integrazione dei professionisti**: specialisti ospedalieri e ambulatoriali, professionisti delle cure primarie e operatori dei distretti devono lavorare insieme e definire insieme le strategie assistenziali;

4. il riequilibrio delle risorse tra ospedali e territorio deve avvenire evitando di "strangolare" l'assistenza ospedaliera, perché il sistema è attualmente ancora centrato sull'Ospedale (con buona pace della legge 833) e lo spostamento di risorse deve avvenire contestualmente alle modifiche di cui si parla, non prima e a rischio di creare dei pericolosi vuoti assistenziali.

#### RIDURRE I POSTI-LETTO PER PAZIENTI ACUTI

Quest'ultimo punto introduce una questione di grande attualità in tema di politiche sanitarie. Lo standard nazionale di 3,5 posti-letto per acuti per mille abitanti è, in alcune Regioni, ampiamente superato, tanto da indurre i responsabili politici e gli amministratori a mettere in campo **strategie di riduzione di posti-letto** ospedalieri essenzialmente allo scopo di ridurre la spesa ospedaliera.

Al di là della considerazione che gli effettivi risparmi economici derivanti da queste operazioni sono talvolta incerti (perché spesso si rinuncia a chiudere interi presidi, operazione notoriamente difficile nel nostro paese), l'intenzione è certamente valida, per motivi che è anche superfluo ricapitolare.

Dal 1992 (anno di emanazione dell'Atto di indirizzo sulla ospedalizzazione diurna) ad oggi abbiamo assistito ad una evoluzione caratterizzata da una forte crescita dei *day hospitals*, un difficile sviluppo della *day surgery*, un contenimento dei letti di degenza ordinaria non proporzionato all'incremento della ospedalizzazione diurna e la revisione di alcune forme di assistenza ambulatoriale.

Alla modificazione della distribuzione di posti-letto ha fatto seguito il cambiamento della tipologia di distribuzione dei ricoveri, sia in *day hospital* che in *day surgery*. Questo andamento è sintetizzato nei seguenti dati:

- la percentuale dei posti-letto di *day hospital* ha raggiunto nel 2004 il 10% del totale;
- i ricoveri in *day surgery* sono raddoppiati dal 1998 al 2001, per poi raggiungere il 32% dei ricoveri chirurgici totali;
- la percentuale dei ricoveri diurni sul totale è superiore al 28%.

La tendenza verso una sostanziale “deospedalizzazione” è espressa dalla crescita delle forme assistenziali alternative alla degenza ospedaliera.

Con il termine “trattamenti giornalieri” (*day care*) si identificano tutte quelle attività, sia mediche che chirurgiche, che non richiedono il ricovero ordinario e che si possono svolgere nelle ore diurne. Esse sono sia di natura ambulatoriale, riferite a singole prestazioni o a prestazioni accorpate, sia di ospedalizzazione diurna, come il *day hospital* e la *day surgery*.

La ricerca di una *maggior appropriatezza erogativa* (da non confondere con la *appropriata clinica*) è il motore della trasformazione in atto nell'ambito degli ospedali italiani. Questa trasformazione, sollecitata da numerosi provvedimenti delle Regioni sul tema, sta determinando il trasferimento di alcune prestazioni a minore complessità verso regimi più appropriati, in particolare:

- dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno, attraverso la definizione dei casi che non sono appropriati per il ricovero ordinario e che quindi in quel caso sono al di fuori dei livelli essenziali di assistenza (i DRG a rischio di inappropriata);
- dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale, come risultato di un evidente abuso che si è avuto nell'utilizzare i *day hospitals* come “esamifici”.

Va sottolineato che in realtà non si tratta di una vera e propria deospedalizzazione, quanto piuttosto del maggiore orientamento degli ospedali verso nuove tipologie di attività. Per maggiore chiarezza, la tendenza complessiva che si sta osservando è la seguente:

- contenimento (quando non riduzione) dell'area di degenza ordinaria, sia medica che chirurgica;
- ampliamento dell'area di *day surgery*, con costituzione di reparti multidisciplinari;
- trasformazione dell'area di *day hospital* medico, con creazione di servizi giornalieri (*day services*) per la gestione di patologie anche complesse in pazienti che non necessitano di un ricovero ordinario;
- rafforzamento, negli ospedali per acuti, delle aree destinate alle attività di terapia intensiva.

È importante chiarire che, in questa chiave di lettura, l'Ospedale è la risultante delle esigenze delle aree citate, che ne determinano le caratteristiche e le potenzialità assistenziali, e che la qualificazione e il potenziamento delle attività di *day care* sono essenziali in un ospedale moderno. Questa impostazione è coerente con il mutamento demografico in atto, che fortunatamente vede sempre più pazienti che superano malattie un tempo rapidamente mortali grazie alle terapie intensive, ma anche sempre più pazienti che sono affetti da patologie croniche che richiedono un ricorso ripetuto e protratto a cure ospedaliere da effettuare anche in assenza di ricovero.

In questi ultimi soggetti, la necessità di effettuare accertamenti polispecialistici per la diagnosi e la terapia di malattie croniche molto frequenti (ipertensione, diabete, malattie tiroidee, anemia, tumori, ecc.) ha portato alla definizione di **Pacchetti**

**Ambulatoriali Complessi (PAC)** che sono insiemi di prestazioni multidisciplinari e integrate finalizzate alla gestione di uno stesso problema sanitario complesso, erogate in un arco temporale ristretto. Concludendosi con la stesura di una relazione clinica riassuntiva finale, il PAC innova la tradizionale gestione ambulatoriale, frammentaria e irta di ostacoli per il cittadino (che doveva prenotare e attendere per le singole prestazioni), garantendo la gestione complessiva della problematica medica del paziente e una risposta tempestiva e unitaria.

Il *day service* è il luogo, fisico e organizzativo, dove vengono erogati i PAC. Il *day service* rappresenta quindi una modalità assistenziale ambulatoriale, diversa dall'assistenza specialistica ambulatoriale semplice, rivolta al trattamento di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e che non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata.

Il *day service* evita il ricorso al ricovero, mantenendo gli stessi contesti organizzativi di riferimento; esso, se ben organizzato, dovrebbe determinare un'ottimizzazione delle risorse e la riduzione dei tempi di attesa, evitando la frammentazione delle prestazioni ambulatoriali.

In particolare, esso prevede la gestione responsabile del paziente da parte di un medico referente che si occupa di pianificare e coordinare il processo assistenziale secondo un percorso clinico appropriato, gestire la documentazione sanitaria e stilare la relazione clinica riassuntiva finale.

## L'APPROPRIATEZZA E L'EQUITÀ

L'ottimizzazione delle risorse è usualmente espressa con una sola parola: **appropriatezza**.

Si tratta di un concetto non nuovo: il DPCM del 29 novembre 2001, con il quale sono stati introdotti i LEA, auspicava già l'incremento dell'appropriatezza attraverso:

- la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- il collegamento in rete dei presidi;
- lo sviluppo del governo clinico;
- la rimodulazione del sistema di remunerazione;
- lo sviluppo del sistema informativo (indicatori di appropriatezza).

Sono questi gli interventi che il SSN deve mettere in atto per innovare nel profondo il sistema ospedaliero italiano e soddisfare tutte le esigenze dei cittadini, eliminando il già denunciato divario tra qualità dei servizi erogati e soddisfazione del cittadino. Tutto questo però è possibile solo se il cittadino partecipa in qualche modo alla gestione della propria salute. È pertanto necessario che egli sia presente nelle Aziende sanitarie attraverso lo strumento dei Comitati Consultivi di Controllo; essi, come accennato nel capitolo precedente, devono essere costituiti e gestiti dai cittadini appartenenti ad una ASL. Questi Comitati dovrebbero poter contribuire alle scelte delle direzioni delle Aziende,

suggerire modifiche e miglioramenti e creare meccanismi che permettano a chi usufruisce delle prestazioni di influenzare le priorità nell'uso delle risorse. I singoli cittadini dovrebbero quindi essere messi in grado di esprimere una loro valutazione sulle strutture sanitarie alle quali si rivolgono.

### L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE

Un fattore determinante per ottenere trattamenti diagnostico-terapeutici adeguati è quello dell'**accreditamento istituzionale** finalizzato alla **garanzia di qualità** dei servizi prestati, che purtroppo è un nodo non ancora compiutamente sciolto. Infatti, ancora oggi tutti i controlli ordinari (come è noto quelli straordinari sono compito dei Carabinieri dei NAS) sono affidati alle ASL, che si trovano così in una chiara situazione di conflitto di interessi, perché è loro demandato il compito di controllare se stesse. Occorre quindi riformare il sistema, ponendo tutti gli erogatori e gli operatori su una base di assoluta uguaglianza di diritti e di doveri in modo da permettere al cittadino una vera possibilità di scelta, garantendo al tempo stesso la qualità dei servizi a cui si rivolge.

Occorre, però, rafforzare anche il sistema costituito dai "requisiti minimi di accreditamento", affidando questo compito a quella "Autorità terza" (da non confondere con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) cui demandare le funzioni di

accertamento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, dei controlli e della valutazione del SSN già ipotizzata nel capitolo precedente.

Il ritardo del SSN in tema di accreditamento è sotto gli occhi di tutti. Sono passati dieci anni dalla emanazione dei requisiti minimi autorizzativi e molte Regioni ancora non hanno completato il percorso di definizione e verifica dei cosiddetti requisiti ulteriori, necessari per l'accreditamento istituzionale. Al di là delle motivazioni per questo ritardo, che attengono all'intricato rapporto pubblico-privato, quando non ad una incapacità programmatica delle Regioni, questa latenza ha di fatto dato spazio alla sperimentazione di modelli alternativi di accreditamento, che si stanno imponendo per la loro convincente impostazione e per l'efficacia dimostrata nel supportare le strategie di miglioramento continuo della qualità negli ospedali.

Un modello di riferimento è certamente rappresentato dall'accreditamento certificato dalla *Joint Commission International* (AJCI). Questa procedura nasce nel 1999 negli Stati Uniti nell'ambito della *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), che da più di 75 anni si dedica al miglioramento della qualità e della sicurezza nei servizi sanitari.

Applicare i parametri della AJCI significa partecipare ad una nuova iniziativa progettata per rispondere

alla crescente domanda mondiale di processi di valutazione basati su standard di qualità definiti scientificamente. Il proposito di questa iniziativa è quello di fornire alla comunità internazionale un processo oggettivo per valutare le organizzazioni sanitarie sulla base di standard condivisi.

Per realizzare questa procedura nell'ambito del sistema italiano occorreranno degli adattamenti importanti, perché si tratta di un *processo volontario* attraverso il quale un ente terzo, non governativo, riconosce e afferma che un'organizzazione sanitaria rispetta *specifici standard* che richiedono, tra l'altro, un continuo miglioramento nelle strutture, sia nella tecnologia che nei processi e nei risultati. È ovvio che in Italia un sistema che comporta costi notevoli ed una continua attenzione alla qualità produrrà vantaggi straordinari, ma deve essere reso obbligatorio per l'intero sistema, altrimenti si rischia che l'intero processo sia applicato su base ristrettissima.

#### I MECCANISMI DI FINANZIAMENTO E REMUNERAZIONE DEGLI OSPEDALI

Il tema dell'accreditamento e della qualità, intesa come rapporto ottimale tra l'efficacia e l'economicità della prestazione, introducono necessariamente la riflessione sui meccanismi di **finanziamento/remunerazione** degli Ospedali.

Come è noto, gli ultimi anni hanno visto una pro-

gressiva affermazione/diffusione del principio del pagamento per ogni caso trattato. Un vasto numero di paesi ha adottato il sistema di classificazione secondo i cosiddetti “Diagnosis Related Groups”, più noti come DRG, sebbene per alcuni rappresentino solo un mezzo di valutazione di efficienza (ad esempio, la Francia) e altri li abbiano progressivamente abbandonati (è il caso degli Stati Uniti).

Per quanto riguarda l'Italia, l'applicazione dal 1992 (nella realtà pratica dal 1995) del sistema a DRG ha certamente modificato l'assistenza ospedaliera e la complessiva *performance* degli ospedali: effetti evidenti di questo cambiamento sono la consistente diminuzione della degenza media e l'incremento dei tassi di occupazione.

Nondimeno, il sistema suddetto è risultato poco incisivo nel ridurre i costi e nell'incentivazione dell'efficienza. Infatti, le attuali differenze nei costi per punto di DRG delle aziende ospedaliere italiane superano il 300%, evidenziando sia problemi di inefficienza, sia di scarsa capacità del sistema attuale di cogliere differenze di complessità assistenziale.<sup>21</sup>

Il parziale fallimento del “sistema DRG” è attribuibile ad un insieme di fattori, tra cui spicca la natura pubblica delle aziende e dei presidi ospedalieri, che fatalmente comporta vincoli deboli sul lato finanziario (i cosiddetti *soft constraints*) e soprattutto il fatto che, in pratica, un'azienda pubblica non può fallire.

In sintesi appare evidente che vanno affrontate due criticità rilevanti:

- la definizione di una strategia alternativa al pagamento a tariffa al fine di incentivare comportamenti maggiormente appropriati ed efficienti;
- una maggiore capacità del sistema dei DRG di discernimento delle caratteristiche delle strutture, sia in termini di complessità che, conseguentemente, di livello di costo.

Il primo di questi due punti sarebbe perseguibile collegando l'accreditamento di eccellenza (vedi il modello AJCI) con il sistema di remunerazione, ovvero con un sistema di *pay per performance* basato su premi (tariffari) in base al *rating* sulla qualità complessiva dell'assistenza.

Il secondo punto è invece legato alla capacità di aggiornamento continuo delle tariffe e ad una revisione dei "gruppi", in modo da renderli più descrittivi della complessità di una particolare situazione clinica.

Non si può sottacere come, per esigenze di manutenzione delle tariffe ma anche di verifica dei risultati, sia necessario migliorare e coordinare le evidenze amministrative, sottoponendo le ASL a processi di revisione e certificazione contabile.

Infine, appare necessario perfezionare, se non superare, i meccanismi di contingentamento finanziario (tetti di volumi di attività, ecc.) che rischiano di incentivare comportamenti opportunistici, realizzati per lo più a scapito della qualità assistenziale, selezionando più attentamente le "prestazioni attese" sulla

base di una programmazione pubblica fondata su fabbisogni prioritari, segnalati dal quadro epidemiologico.

Si noti ancora che, in presenza di una razionalizzazione del sistema di remunerazione, il processo attuale che prevede autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali appare in definitiva eccessivamente oneroso, potendosi unificare le tre fasi e utilizzare in modo virtuoso la leva del finanziamento delle strutture per discernerne le peculiarità. La leva finanziaria, infine, assume una fondamentale importanza per la creazione di una rete (secondo il principio già descritto di *hub and spokes*), premiando i comportamenti cooperativi e penalizzando quelli dissonanti con i ruoli assunti nella rete.

#### I RAPPORTI CON LE FACOLTÀ DI MEDICINA E CON GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Il SSN è un sistema complesso in cui operano differenti soggetti istituzionali, siano essi aziende o presidi di azienda sanitaria pubblica, siano essi enti in rapporto di collaborazione e/o integrazione funzionale con questi. È pertanto evidente che l'esame del sistema ospedaliero italiano deve essere esteso al ruolo svolto dalle Facoltà di Medicina e dalle strutture da esse dipendenti (policlinici universitari, aziende ospedaliero-universitarie, aziende integrate con l'università) nonché dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

La legge che governa i rapporti di insegnamento e assistenza fra Ospedali e Università è già vigente, ma sono necessarie azioni positive per l'applicazione. Il **rapporto tra le strutture del SSN e le Università** fu sancito con il D. Lgs. 502, al fine di attivare le necessarie sinergie per il perseguimento dei rispettivi compiti istituzionali. A distanza di molti anni dalla sua emanazione risulta evidente l'esigenza di rivitalizzare questo rapporto e di renderlo maggiormente proficuo. Questa necessità è particolarmente sentita in relazione alla formazione post-laurea e alla determinazione, su base strettamente scientifica, del fabbisogno formativo.

La prima deve prevedere una integrazione tra le opportunità formative fornite dalle Università e dagli Ospedali, i quali ultimi sopperiscono frequentemente alla carenza di strutture delle cliniche universitarie e conseguentemente alla possibilità di effettuare didattica al letto del malato.

La questione della formazione richiede una rigorosa applicazione, allo scopo di renderla maggiormente funzionale alle esigenze del SSN.

Sul versante universitario, oltre alla formazione post-laurea, emergono numerose problematiche che richiedono interventi adeguati. Come è ormai avvenuto in altre nazioni, anche la programmazione della formazione universitaria e post-universitaria deve tener conto delle esigenze demografiche e strutturali del paese stesso.

Per quello che riguarda gli IRCCS, dopo l'approvazione del nuovo ordinamento sembra indispensabile anzitutto la revisione di tutte le strutture classificate come tali per verificarne il possesso dei requisiti, nel rispetto della funzione principale degli Istituti, costituita da una specifica vocazione alla ricerca trasferibile all'assistenza. È altrettanto evidente che tutto ciò debba avvenire nel rispetto degli obiettivi nazionali di salute e che gli IRCCS siano un luogo privilegiato per l'innovazione e l'assistenza in settori nosologici particolari, quale per esempio quello delle malattie rare.

In questo quadro andrà implementata la quota oraria del personale sanitario degli IRCCS destinata alla ricerca e alla didattica, che deve essere adeguata alla *mission* scientifica oltre che a quella assistenziale.

## IL PERSONALE

Ultimo spunto di riflessione è quello del **rapporto tra medico e struttura sanitaria** in cui lavora.

I medici devono riconoscere il fatto che, se hanno scelto di operare in strutture pubbliche, queste devono essere il punto focale della loro vita professionale. L'attività libero-professionale deve pertanto avvenire all'interno delle strutture in cui il medico opera. Il dato reale dell'inesistenza in molte strutture ospedaliere delle condizioni minime per un'attività *intramoenia* ha creato una situazione che deve essere eliminata, quella dell'attività privata svolta all'esterno, sia pure sotto

la gestione formale dell'amministrazione di appartenenza. Questo approccio garantisce sì un diritto del medico, ma non risolve il problema di fondo: porre l'ospedale al centro della sua vita professionale. Per ottenere ciò occorre che anche l'attività professionale sia fisicamente svolta all'interno delle mura della struttura pubblica. In tal modo il medico sarà sempre materialmente presente in ospedale, sia che svolga attività clinica, pubblica o privata, che attività di ricerca o di insegnamento. La legislazione esistente già prevede fondi per dotare gli ospedali italiani di strutture atte a far esercitare l'attività *intramoenia* all'interno dell'ospedale stesso. In pratica però nulla o quasi è stato fatto in questa direzione. La recente pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica della legge 120/2007 contribuirà, auspicabilmente, alla soluzione di questo grave problema.

È però importante che la scelta dell'esclusività del medico ospedaliero/universitario venga valorizzata sia nei percorsi professionali e gestionali, sia dal punto di vista economico.

È l'azienda che deve gestire in modo trasparente l'attività libero-professionale, dalla individuazione di spazi appropriati ad un sistema di prenotazione e di pagamento dedicato, con tariffe adeguate e con un raccordo con i volumi prestazionali istituzionali da svolgere da parte del medico.

Si tratta di un processo già realizzato in diverse realtà ospedaliere e attuabile, che consente una mag-

giore equità nell'accesso per i cittadini, anche in rapporto alle liste di attesa.

Sono questi gli interventi che il SSN deve mettere in atto per innovare nel profondo il sistema ospedaliero italiano e soddisfare tutte le esigenze dei cittadini, eliminando il già denunciato divario tra qualità dei servizi erogati e soddisfazione del cittadino. Tutto questo però sarà possibile solo se il cittadino verrà messo nella condizione di partecipare alla gestione della propria salute. Per questo si dovrà insistere sul fatto che gli abitanti del territorio di ciascuna ASL possano incidere sulle decisioni attraverso i cosiddetti Comitati Consultivi di Controllo. Questi Comitati dovrebbero poter contribuire alle scelte delle direzioni delle Aziende, suggerire modifiche e miglioramenti e creare meccanismi che permettano a chi usufruisce delle prestazioni di influenzare le priorità nell'uso delle risorse.





## LA MEDICINA DEL TERRITORIO

### ACCETTARE I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI E SOCIALI

È già stato sottolineato come i cambiamenti demografici, epidemiologici, socio-economici, tecnologici e culturali in atto impongano di adeguare il SSN per renderlo coerente con le nuove realtà oggi prevalenti. Parte integrante di questo adeguamento è una profonda ristrutturazione della Medicina del Territorio. Ad essa sono stati infatti affidati nel tempo i compiti di affrontare e rispondere ad una serie numerosa e complessa di funzioni legate al mantenimento della salute, alla cura delle malattie, insomma all'assistenza complessiva della persona sana e malata. Si tratta di compiti che hanno subito negli ultimi decenni, e in particolare negli ultimi anni, uno straordinario sviluppo in termini di complessità e di assorbimento di risorse, cui peraltro non ha fatto riscontro un adeguamento dell'organizzazione sanitaria, dei modelli organizzativi e del finanziamento.

Il cardine del nuovo tipo di assistenza che si deve fornire ai cittadini, e cioè la continuità dei processi di cura e di assistenza, si è dimostrato — alla luce dei fatti — un obiettivo difficile da realizzare: si è infatti determinato nel tempo uno scollamento reale tra le cure secondarie ad alta complessità (ospedale, medicina specialistica, indagini diagnostiche ad alta tecnologia, riabilitazione) e le cure

primarie. Il risultato è che queste non riescono a garantire un'effettiva continuità nell'assistenza.

È per questi motivi che le cure primarie debbono oggi affrontare, nell'ambito della medicina del territorio, un processo di radicale revisione del modello di organizzazione sanitaria, che restituisca armonia funzionale e organizzativa alla attuale frattura tra bisogni e attese dei cittadini e risposte sanitarie effettivamente erogabili.

Nell'ambito del riequilibrio Ospedale-territorio uno degli elementi caratterizzanti potrebbe essere rappresentato dall'attivazione, su tutto il territorio, di piccole strutture sanitarie (*Unità o Gruppi di Cure Primarie, Ospedali di Comunità, Case della Salute, ecc.*) in cui la presenza continuativa di Medici di Medicina Generale (MMG), di Pediatri e di alcuni specialisti e infermieri rappresenti un punto di riferimento locale in grado di offrire un sostegno adeguato ai bisogni socio-sanitari di ogni comunità e una risposta qualificata medica, infermieristica e specialistica costante nelle ventiquattro ore.

Forme organizzate di medicina territoriale sono oggi in corso di sperimentazione in alcune Regioni, ma non hanno trovato ancora concreta diffusione operativa se non in casi sporadici (talvolta derivati da altre esperienze di successo a livello internazionale). Estendere questa sperimentazione a tutto il paese rappresenterà così un primo, importante passo verso

modelli ottimali e più moderni di gestione del territorio. In questa nuova realtà di capillare presenza sul territorio, l'attuale Distretto è chiamato a giocare un ruolo di primo piano, assicurando la "cornice organizzativa" e il coordinamento delle diverse strutture e dei servizi socio-sanitari che si verranno a creare.

È ovvio che questi nuovi modelli organizzativi della medicina generale dovranno essere sviluppati in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Pur derivando dalla progettualità delle cosiddette Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), esse dovranno assicurare, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte della medicina generale, della pediatria di famiglia, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità appartenenti ai servizi sanitari distrettuali e ai servizi sociali.

Una nuova *Medicina delle Cure Primarie* (MCP) ha dunque l'obiettivo di garantire un'offerta adeguata di tutta una serie di servizi:

- la presa in carico da parte del professionista sanitario presente per la risoluzione di tutte le problematiche non differibili;
- le attività di primo intervento che non necessitano di avvio ad un Pronto Soccorso;
- la continuità assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore;

- la prenotazione — attraverso l'accesso ai Centri Regionali Unificati per le Prenotazioni (CUP) — delle prestazioni specialistiche e indagini diagnostiche necessarie;
- una serie variabile di prestazioni specialistiche a seconda del tipo di specialisti presenti in una particolare struttura;
- la gestione delle patologie croniche;
- l'erogazione di prestazioni diagnostiche di primo livello in tutte le strutture nelle quali è presente la strumentazione necessaria.

Estendere l'assistenza a tutto il territorio non significa però abbandonare il modello basato sul Distretto. Al contrario, questo modello, una volta superati i problemi e i limiti di efficienza attuali, può garantire l'ottimale integrazione tra le diverse strutture presenti sul territorio e soddisfare così le esigenze socio-sanitarie quotidiane dei cittadini. A questo proposito è importante che la gestione del Distretto sia affidata a soggetti, anche medici, che siano in possesso delle necessarie competenze di tipo economico-manageriale, al fine di assicurare un'efficiente ed efficace allocazione delle risorse.

## UNA NUOVA MEDICINA DEL TERRITORIO

Da quanto premesso, deve apparire chiaro come il miglioramento della sanità in Italia passi dunque

oggi, soprattutto, attraverso la riorganizzazione della Medicina del Territorio. Occorre quindi colmare il fossato che il cittadino troppo spesso riscontra tra l'assistenza ospedaliera e quella erogata da un MMG, fossato che si sta concretamente allargando a causa della trasformazione dell'ospedale in struttura sempre più finalizzata alla cura delle condizioni acute e complesse e sempre meno alla convalescenza, alla lungodegenza e alla riabilitazione.

Per far questo è però necessario costruire una rete di servizi territoriali in grado di dare risposte articolate ai diversi bisogni di salute, garantendo non solo la continuità dell'assistenza nelle ventiquattro ore, ma anche il collegamento con la rete ospedaliera. Questa rete di strutture e di servizi, da realizzare nell'ambito del Distretto, deve essere anche in grado di assorbire la domanda di prestazioni urgenti di primo livello che attualmente troppo spesso affolla i Pronto Soccorso ospedalieri.

È necessario pertanto superare l'isolamento del singolo medico di famiglia, sovraccarico di adempimenti burocratici e spesso senza collegamenti, né con gli altri medici di famiglia che operano nello stesso territorio, né con i servizi territoriali del Distretto. Così come appare inadeguata la figura del medico della continuità assistenziale (MCA, ex guardia medica), lasciato solo e con poche risorse e, nelle grandi città, non conosciuto neppure dai cittadini.

Si tratta quindi di costruire una nuova figura di

MMG che porti al superamento dell'attuale figura di MCA all'interno di un nuovo modello che preveda l'integrazione ventiquattro ore su ventiquattro delle figure professionali. Va detto chiaramente che tale modello è fondato sul concetto di Rete dei MMG e degli MCA in grado di connettersi con gli specialisti ambulatoriali e con i servizi e le strutture sanitarie e sociali del Distretto. Questa nuova rete dovrà operare primariamente all'interno del Distretto, consentendo così che i MMG, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, i dirigenti medici, il personale del comparto a partire dagli infermieri, siano in grado di essere in relazione tra di loro così da fornire un'assistenza continua e di elevata qualità.

In tal modo i cittadini avranno la possibilità di essere visitati sempre da medici che conoscono la loro storia clinica, di potersi recare in punti di primo intervento ventiquattro ore su ventiquattro per patologie lievi ma acute, di poter essere guidati nei percorsi specialistici e diagnostici, di poter avere un'assistenza domiciliare appropriata. La Rete garantisce inoltre che tutte le componenti dei processi di cura, attualmente frammentate e disperse tra più servizi e operatori, siano sempre ricomponibili e a disposizione del SSN.

La chiave di volta di questo processo passa attraverso una appropriata informatizzazione del sistema, promossa a livello regionale, come, ad esempio, sta accadendo nella Regione Emilia Romagna. Non si tratta solo di dotare di computer i servizi territoriali,

compresi gli studi medici, ma di avere programmi informatici a livello regionale che siano in grado di consentire uno scambio ed una comunicazione in tempo reale delle informazioni cliniche e gestionali. Naturalmente, la porta principale d'accesso al sistema dovrà sempre essere il MMG, ma con presenza e capacità gestionali innovative. Le conseguenze positive di questa nuova organizzazione saranno in primo luogo che il cittadino, grazie a forme di associazione tra più MMG di un determinato territorio, in mancanza del proprio medico di famiglia saprà di poter avere ventiquattro ore su ventiquattro una risposta sanitaria recandosi in quella determinata struttura, o di poter ottenere in tempi rapidi una qualificata assistenza domiciliare da una Rete che conosce la sua storia clinica. Il cittadino, una volta visitato, se avrà bisogno di esami diagnostici o di prestazioni specialistiche potrà essere guidato e accompagnato nel suo percorso diagnostico-terapeutico direttamente dal medico di famiglia che, integrato nella rete distrettuale, potrà facilmente provvedere alle necessarie prenotazioni; lo stesso medico potrà anche segnalare il grado di urgenza al fine di un suo appropriato inserimento in caso di lista di attesa. Il medico di famiglia potrà anche avere le risposte degli accertamenti eseguiti direttamente sul suo computer, con conseguente velocizzazione della trasmissione al cittadino non più costretto a perdere giornate per prenotare le prestazioni, sottoporvisi e poi ritirare i risultati. Nel caso

infine di richiesta di un'assistenza maggiormente complessa, come ad esempio per malattie croniche invalidanti, il medico di famiglia sarà perfettamente in grado di attivare le necessarie risorse distrettuali sia di carattere sanitario che sociale.

Fondamentale è quindi la costruzione di elementi anche fisici di riferimento per i cittadini che risiedono in un determinato territorio (quali ad esempio la Casa della Salute); si tratterà, come si è detto, di strutture nelle quali il cittadino potrà trovare non solo il medico di famiglia ma anche una serie di prestazioni specialistiche e diagnostiche, e, ancora più importante, una risposta di primo intervento nelle ventiquattro ore. Si tratta ovviamente di un modello flessibile da adattare alle esigenze del territorio.

Tutto questo comporta modifiche sostanziali nella distribuzione delle risorse economiche e umane in modo da avviare e sostenere un reale investimento sulla Sanità del Territorio che consenta peraltro all'Ospedale di portare a compimento il suo parallelo percorso di rinnovamento e razionalizzazione, anche attraverso l'utilizzazione delle nuove tecnologie dell'informazione e della stessa telemedicina. Sempre meno il cittadino dovrà andare a cercarsi da solo le prestazioni, e sempre di più dovrà essere la rete territoriale ad assisterlo. Basti pensare al medico di famiglia del paese montano che, attraverso la rete, può prenotare un esame diagnostico o una visita speciali-

stica, indirizzare in modo preciso il paziente e avere le risposte sul proprio computer.

## LA MEDICINA DEL TERRITORIO E L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Una reale innovazione della medicina del territorio deve dare una risposta anche all'aumentata incidenza e prevalenza delle malattie cronico-degenerative e della disabilità, conseguenze dirette del sensibile aumento dell'aspettativa media di vita realizzatosi soprattutto a partire dalla seconda metà del secolo scorso. È proprio questo fenomeno ad aver messo in crisi il modello assistenziale tradizionale, fondato sul duopolio ospedale-medico di medicina generale.

In particolare, si è assistito alla crescita rapidissima di un nuovo gruppo di pazienti, di età avanzata o molto avanzata, con comorbilità, poli-farmacoterapia ed una o più condizioni disabilitanti, quali la compromissione della funzione fisica e/o cognitiva, le incontinenze sfinteriche, i deficit nutrizionali, le anemie, la sarcopenia, l'osteoporosi con il conseguente aumentato rischio di cadute e fratture, fenomeni di depressione e problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà.

Caratteristica di questi pazienti è l'estrema vulnerabilità per l'incapacità di reagire efficacemente ad eventi che turbano la loro precaria omeostasi quali, ad esempio, una importante variazione della temperatu-

ra ambientale (vedi l'emergenza anziani durante i mesi estivi, il riacutizzarsi di una malattia cronica, l'instaurarsi di una malattia acuta anche se di modesta entità, un evento traumatico sia di natura fisica che psichica (quale la perdita del coniuge, l'istituzionalizzazione, ecc.), così come un semplice procedimento diagnostico o un comune intervento terapeutico. Si tratta di una realtà dal forte impatto sul servizio socio-sanitario nazionale e sul *welfare* in generale perché questo tipo di pazienti con notevoli bisogni assistenziali rappresenta una percentuale significativa della popolazione anziana e soprattutto di quella più anziana.

Negli ultimi due decenni, un'ampia letteratura internazionale ha definito questo tipo di pazienti "anziano fragile" (*frail elderly*). In questi pazienti le uniche possibilità di garantire una qualità di vita adeguata sono affidate non solo alla sistematica applicazione dei principi e della metodologia di valutazione e di intervento proprie della medicina geriatrica, ma anche alla presenza di una rete integrata di strutture e servizi, sia ospedalieri che distrettuali, quali le divisioni di geriatria, le strutture post-acuzie, l'assistenza domiciliare integrata, le RSA. I punti nodali di tale rete sono due, uno strutturale ed uno organizzativo. Quello strutturale è riferibile alle strutture post-acuzie dove si riabilita nei tempi necessari (2-8 settimane) un anziano affetto da diverse co-morbilità e che ha subito un evento acuto (ictus, infarto, insufficienza respiratoria, protesi d'anca o di ginocchio, ecc.) e, quindi,

non è dimissibile, né può essere avviato ad una convalescenza a casa nella logica unica del DRG. Il volano organizzativo del sistema è invece la disponibilità di una nuova figura professionale, il *case manager*, o professionista della valutazione del bisogno individuale. Si tratta di disporre all'interno del Distretto di un infermiere con formazione specifica sulla valutazione del bisogno, che raccolga la domanda di non autosufficienza, sia a livello di territorio che di ospedale. L'infermiere diventa così il "coordinatore" del singolo caso nel momento in cui coordina i diversi professionisti/enti erogatori dei servizi necessari a quel singolo individuo ammalato e permette di realizzare in termini pratici la tanto auspicata integrazione. Naturalmente il MMG rimane il responsabile del paziente, ma si trova facilitato nella gestione di decubiti, incontinenza, pasti, prelievi, pulizie e di ogni altra necessità della persona fragile e non autosufficiente. Il *case manager* ha dimostrato di ridurre l'ospedalizzazione e/o la istituzionalizzazione del 40%, migliorando la qualità dell'assistenza *in toto*.

Infine, per rinnovare e qualificare la "sanità del territorio" è cruciale realizzare l'effettiva integrazione tra ambiti di assistenza sociale e sanitaria.



## LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

### LA CORNICE STRATEGICA

Il programma dell'Unione pubblicato nel 2006 fornisce indicazioni precise circa l'orientamento strategico dell'azione di governo e identifica nella promozione della salute e nella prevenzione alcuni dei principi cardine per lo sviluppo della politica sanitaria del paese.

“Rilanciamo le politiche di **promozione della salute** come grande questione del paese. Le politiche sanitarie intervengono direttamente sulla tenuta e sulla riqualificazione del sistema di *welfare*, pubblico e universalistico, ma anche sul modello economico, sull'idea stessa di sviluppo”.

*“L'Unione intende promuovere l'obiettivo di 'valutazione di impatto sulla salute' cui subordinare la coerenza di tutti i provvedimenti di politica economica, a livello nazionale ed anche europeo. La salute quindi al centro delle politiche di coesione sociale e di sviluppo umano”.*

*“Prevenzione: una cultura da affermare nella programmazione e nella organizzazione degli interventi del sistema socio-sanitario, finalizzato ad implementare la qualità della vita e il benessere delle persone e a preservare lo stato di salute dall'insorgenza di malattie e disabilità”.*<sup>22</sup>

## UN NUOVO MODO DI CONCEPIRE LA PREVENZIONE

La centralità della salute e la sua valenza anche economica come risorsa per lo sviluppo sociale di una comunità, è stata recentemente sottolineata dalla Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), sia attraverso le conclusioni della *Commissione su "Macroeconomics and health"*, sia attraverso la *Commissione internazionale sulle determinanti socio-economiche e ambientali della salute*, che ha come finalità l'identificazione delle politiche più efficaci per ridurre le disuguaglianze in materia di salute.

Nella conferenza internazionale sulla promozione della salute tenutasi a Bangkok dell'agosto 2005,<sup>23</sup> la promozione della salute è stata definita come "il processo attraverso il quale gli individui sono messi in condizione di esercitare il controllo sulla propria salute e sulle sue determinanti e in tal modo migliorare il proprio stato di salute". Si tratta di una funzione essenziale della sanità pubblica, che contribuisce alla prevenzione e al controllo delle patologie sia trasmissibili che non trasmissibili. Essa deve essere sempre più parte integrante delle politiche di sanità pubblica e deve basarsi su una corretta programmazione dei bisogni.<sup>24</sup> A questo proposito, politiche e piani nazionali di sanità pubblica che hanno lo scopo di creare condizioni sociali che assicurino una buona salute per tutti, sono presenti in molti paesi europei. L'oggetto di queste politiche è la salute della popolazione nel

suo complesso, piuttosto che quella degli individui singolarmente considerati e, visto che la salute è una preoccupazione centrale delle popolazioni dei paesi più progrediti, il suo miglioramento e la sua promozione sono obiettivi considerati prioritari e perseguiti come tali da molti governi europei.

Le politiche nazionali di sanità pubblica devono sempre più essere focalizzate sui fattori determinanti la salute, spostando così la centralità d'azione del sistema sanitario<sup>25</sup> dalla dimensione medico-assistenziale di risposta alla malattia, alla prevenzione e al benessere. I fattori determinanti la salute sono tutte quelle azioni od omissioni presenti nella società e nelle nostre condizioni di vita che contribuiscono alla buona salute o ne favoriscono la perdita. Indirizzare le politiche di sanità pubblica verso le determinanti della salute apre lo spazio per decisioni politiche che sono misurabili e quantificabili (ad esempio, ridurre il consumo di sigarette o aumentare quello di frutta e verdura). Ciò semplifica e rende più trasparenti i processi di valutazione: ben più complessa è infatti l'attribuzione della riduzione nella popolazione di specifiche patologie (ad esempio gli attacchi cardiaci) a misure assistenziali o trattamenti farmacologici.

Basare le politiche di sanità pubblica sui "fattori determinanti" richiede una solida piattaforma scientifica e conoscitiva e comporta il coinvolgimento di altri settori sociali, fuori dell'ambito medico e sanitario. Ad esempio, ridurre il consumo nocivo di alcool

e le sue conseguenze di breve e lungo termine sulla salute comporta l'adozione di decisioni a livello della commercializzazione, consumo e pubblicità che non vengono prese da autorità sanitarie.

#### UN APPROCCIO STRATEGICO PER UNA POLITICA NAZIONALE DI SANITÀ PUBBLICA

In Italia, pur in presenza di diversi piani sanitari, non esiste al momento attuale una politica di sanità pubblica che riassume i principi generali e gli obiettivi del sistema e che ponga la promozione della salute al centro dell'attenzione e delle attività del sistema sanitario. I principi e molte delle azioni necessarie sono presenti nei vari documenti prodotti dalle diverse istituzioni, ma allo stato attuale non emerge un quadro unitario riguardo alla pianificazione, implementazione e valutazione dei piani e dei progetti. L'elaborazione di un Piano Nazionale di Sanità Pubblica allineerebbe l'Italia alle scelte di numerosi altri paesi dell'UE e sarebbe la naturale evoluzione e sintesi dei piani e delle iniziative di programmazione sanitaria prodotte negli ultimi anni.

Le caratteristiche di un vero Piano Nazionale di Sanità Pubblica, chiaro, praticabile e condiviso, dovrebbero essere:

a) l'esplicitazione dei principi generali che orientano il funzionamento di tutto il sistema (equità, solidarietà, universalità);

b) un orientamento del piano verso i fattori determinanti la salute (ivi compresa l'assistenza sanitaria clinica);

c) una chiara e sintetica analisi della situazione epidemiologica del paese e della percezione dei cittadini sulla loro salute e sul sistema sanitario;

d) l'identificazione di pochi e chiari obiettivi strategici;

e) l'identificazione di indicatori di valutazione già convalidati e riproducibili che consentano di misurare i progressi effettuati o i mancati successi, tenendo conto in modo realistico dell'intervallo temporale del piano;

f) l'identificazione delle responsabilità delle diverse istituzioni coinvolte a livello nazionale, regionale e locale e dei meccanismi di verifica degli interventi da esse messi in opera;

g) l'identificazione dei meccanismi di coinvolgimento della popolazione e delle loro associazioni nella formulazione, implementazione e valutazione degli interventi.

Particolarmente importanti sono le modalità attraverso le quali un tale piano sarà elaborato. Infatti, per tradizione la sanità pubblica si è concentrata sulla descrizione della situazione, tralasciando l'identificazione delle azioni efficaci per la risoluzione dei problemi. Questo dibattito tra gli addetti ai lavori si è poi sterilmente esteso a una diatriba "politica" tra coloro

che vogliono una sanità pubblica paternalistica e coloro che, in nome della libertà individuale, si oppongono a ogni tentativo di promozione attiva della salute senza tener conto della volontà e del parere dei cittadini.

Se si vuole passare da una serie di principi ad un vero documento di riferimento per l'azione reale e sistematica del sistema sanitario, occorre che il Piano Nazionale di Sanità Pubblica (PNSP) non sia ancora una volta l'elaborato tecnico di un gruppo di esperti, seppure di grande esperienza e capacità, ma segua, come fatto in altri paesi europei, un processo partecipato e condiviso da parte di tutti. Pertanto ogni elaborazione di vertice, anche se basata sulle migliori conoscenze e sull'evidenza scientifica, andrebbe sottoposta ad un processo consultivo con le autorità locali, con la cittadinanza (ad esempio, attraverso le associazioni), con gli operatori, con i settori economici, le cui decisioni influenzano lo stato di salute dei cittadini e anche con l'apporto di contributi individuali. Un confronto vero in cui le evidenze scientifiche siano sottoposte al vaglio della "politica" intesa nel senso più nobile del termine, al fine di cambiare piuttosto che declamare il cambiamento, per una governance realmente moderna e innovativa.

Un processo simile è normalmente seguito dalla Commissione Europea, ma è stato anche applicato con grande successo nell'elaborazione del piano nazionale di sanità pubblica del Regno Unito: per quest'ul-

timo sono stati registrati 150.000 contributi nei 4 mesi in cui è stato condotto il processo consultivo.

Si tratta di un sistema da anni convalidato in altri paesi. Ad esempio, negli Stati Uniti normalmente, prima dell'introduzione di nuove normative sanitarie ad importante impatto, si arriva ad organizzare una commissione ministeriale itinerante che, con appuntamenti fissati nelle principali città, ascolta i commenti e le osservazioni dei cittadini e delle società scientifiche. Le norme finali vengono poi redatte tenendo conto dei suggerimenti ricevuti.

#### ELEMENTI COSTITUTIVI DEL PIANO NAZIONALE DI SANITÀ PUBBLICA ITALIANO

Una strategia con un grande potenziale per la protezione e la promozione della salute della popolazione è quello di inserire la salute in tutte le politiche elaborate. Il concetto di base della salute in tutte le politiche (SiTP)<sup>26</sup> è il riconoscimento che la salute non è soltanto il prodotto degli interventi del settore sanitario, ma è influenzata in larga misura dalle condizioni di vita e da altri fattori economici e sociali. Ne discende che, a livello di popolazione, la salute è meglio promossa da politiche e azioni che vanno al di là di quelle possibili nel settore sanitario. In virtù delle diverse articolazioni di responsabilità tra le istituzioni internazionali, nazionali e locali, il principio della SiTP si applica a tutti i livelli decisionali e di *governance*.

Come spesso accade, l'effettiva utilizzazione di questa strategia si scontra con problemi di varia natura, tra cui vale la pena di menzionare:

1. *la mancanza di una valutazione effettiva dei costi sostenuti dal sistema sanitario per politiche "insalubri" in altri comparti*, che priva i Ministri della Salute degli argomenti economici "di sistema" per un'effettiva assunzione di responsabilità degli altri settori per la salute;

2. *la complessità dell'integrazione dei principi della SiTP a causa dell'evoluzione dei processi decisionali*.

Mentre in molti paesi le responsabilità per l'erogazione dei servizi sanitari risiedono a livello locale, quelle finanziarie, commerciali, industriali e agricole avvengono a livello nazionale quando non sono state addirittura rinviate a livello internazionale, spesso all'Unione Europea o a processi e strutture globali. Questa situazione può limitare le scelte a livello locale e di fatto impedire o addirittura contrastare politiche che affrontino — ad esempio — le abitudini alimentari (la politica agricola comunitaria sovvenziona la produzione di prodotti come la carne e il latte e i suoi derivati, il cui consumo andrebbe invece contenuto) o il consumo di tabacco (la cui produzione è anche, sebbene in modo più contenuto di alcuni anni fa, sovvenzionata dall'UE);

3. *le conseguenze della globalizzazione, dell'integrazione economica e delle norme che regolano il commercio internazionale*, che hanno spesso visto prevalere gli interessi del settore privato, del mercato e della

competitività rispetto alla protezione della salute. Questo può rendere difficile l'adozione di politiche che, ad esempio, mirino a ridurre il consumo di prodotti dannosi per la salute laddove ciò comporterebbe misure che limitino la loro circolazione e commercializzazione in presenza, al contrario, di norme che non consentono tali interventi regolatori.

Anche il settore sanitario deve essere effettivamente più convinto dell'importanza della SiTP. Occorre quindi:

- combattere la tendenza del settore sanitario a “medicalizzare”, se non addirittura a negare l'esistenza delle molte cause esterne di malattia e il ruolo degli altri settori nella promozione della salute e nella prevenzione;
- insistere per il riconoscimento, da parte degli operatori professionali dei diversi settori, dell'impatto sulla salute di politiche e programmi ambientali, sociali, agricoli ed economici;
- coordinare in maniera efficace le politiche di sviluppo sanitario, sia a livello locale che nazionale e internazionale.

L'approccio SiTP comporta un ruolo diverso del Ministero e del Ministro della Salute, in cui farsi “paladini” (la cosiddetta *advocacy*) della salute nei confronti degli altri settori riveste un carattere centrale. In tal senso il *Ministro della Salute diventa il garan-*

*te della popolazione rispetto all'azione complessiva di governo per la tutela e la promozione della salute.* Questo ruolo può essere effettivamente garantito attraverso l'uso sistematico di moderni strumenti metodologici e conoscitivi, come la "valutazione di impatto sanitario" applicata alle maggiori politiche di sviluppo. L'impatto sulla salute, così come oggi accade per l'impatto ambientale, dovrebbe diventare un elemento centrale e obbligatorio nel processo decisionale e nel dialogo con le popolazioni interessate.

#### LA CHIAREZZA DEGLI OBIETTIVI

Uno dei limiti degli attuali documenti nazionali di programmazione è la sostanziale mancanza, con poche lodevoli eccezioni, di obiettivi specifici di facile interpretazione e valutazione.

Allo scopo di produrre un esempio, si riportano gli obiettivi del Piano di Sanità Pubblica della Svezia.

*General objective: "The creation of social conditions to ensure good health, on equal terms, for the entire population".*

1. Participation and influence on society
2. Economic and social security
3. Secure and favourable conditions during childhood and adolescence
4. Healthier working life
5. Healthy and safe environments and products

6. A more health promoting health service
7. Effective protection against communicable diseases
8. Safe sexuality and good reproductive health
9. Increased physical activity
10. Good eating habits and safe food
11. Reduced use of tobacco and alcohol, a society free from drugs and doping and a reduction in the harmful effects of excessive gambling.

I primi sei obiettivi si riferiscono a fattori strutturali, cioè a condizioni sociali che possono essere influenzate da decisioni politiche ai diversi livelli di responsabilità. Gli ultimi cinque si riferiscono a stili di vita che sono influenzati dai comportamenti individuali, laddove però l'ambiente sociale e le decisioni politiche ad esso connesse giocano un ruolo decisivo; basti pensare all'attività fisica o all'abitudine al fumo.

Questi obiettivi sono ovviamente tradotti in modo quantitativo e monitorati. Questo ruolo è svolto dall'Istituto Nazionale di Sanità Pubblica attraverso l'utilizzo di 38 indicatori che vengono periodicamente analizzati. Il governo viene informato degli sviluppi attraverso i "rapporti di sanità pubblica" che consentono di valutare quanto le politiche intraprese siano state in grado di migliorare la salute della popolazione e dove occorra mettere in opera interventi correttivi.

È significativo sottolineare che per il raggiungimento degli undici obiettivi di salute in Svezia, si

richiede il coinvolgimento di circa cinquanta agenzie e dipartimenti governativi.

La preparazione di un PNSP esige non solo tempo, ma anche il coinvolgimento di molti diversi attori e partners. In particolare risulta essenziale la partecipazione attiva delle istituzioni regionali e locali per il ruolo primario che esse svolgono nel SSN. È necessario inoltre un determinato e continuo impegno politico sulla base di valori condivisi dall'insieme della società.

Un efficace PNSP richiede anche, per la sua attuazione, una chiara attribuzione di responsabilità tra i diversi livelli istituzionali. Di particolare complessità sono i meccanismi necessari alla effettiva inclusione di criteri sanitari nella definizione e implementazione delle politiche degli altri settori che influenzano i determinanti di salute. In alcuni paesi è stato creato un comitato di coordinamento composto dalle principali agenzie e ministeri coinvolti nei processi di implementazione al fine di assicurare la collaborazione intersettoriale, identificare e inserire in un contesto sanitario le strategie dei diversi settori sia nelle loro articolazioni nazionali che in quelle locali.

In questo ambito risulta decisivo il ruolo svolto dagli Istituti nazionali di sanità pubblica responsabili del monitoraggio puntuale dell'attuazione del piano e della pubblicazione di un rapporto periodico per il Parlamento che ne descriva i risultati e gli eventua-

li ritardi e problemi.

Infine, un realistico PNSP deve essere inserito in un contesto temporale che ne consenta l'effettiva attuazione. Piani sanitari nazionali triennali come quelli fin qui pubblicati in Italia non hanno di fatto alcuna possibilità di attuazione, praticamente per nessuno degli obiettivi. Ad esempio, in Finlandia l'attuale PNSP ha come data di riferimento il 2015 e alcuni degli indicatori su cui misurare i progressi effettuati sono riferiti al 1990.



## CONCLUSIONI

Il Servizio Sanitario Italiano, nei suoi trent'anni di vita può certamente vantare importanti successi: oggi la totalità degli Italiani gode di una buona assistenza sanitaria che ha reso l'Italia seconda solo al Giappone per longevità e ha creato le condizioni per cui la nostra popolazione gode di uno stato di salute tra i migliori d'Europa. Esistono però ancora importanti criticità che vanno risolte con coraggio e decisione se si vuole offrire a tutti una sanità sostenibile e di qualità.

Con questo documento, che proponiamo come spunto per ulteriori riflessioni, si è cercato di identificare, affrontare e proporre soluzioni ai principali problemi ancora insoluti che influenzano negativamente un migliore funzionamento del SSN. Primo fra tutti, la cronica, quasi “istituzionalizzata”, deriva finanziaria, ovvero una distorta percezione dei problemi sanitari in termini di pure risorse finanziarie pubbliche — che finisce per impedire una visione di medio-lungo periodo — e quindi dei cambiamenti già in atto (invecchiamento, innovazione, modifiche socio-culturali della popolazione, ecc.).

È per questo che una nuova visione del SSN non può che partire dalla necessità di creare meccanismi in base ai quali le spese previste siano soggette al vincolo delle risorse concretamente disponibili.

Altro aspetto fondamentale è la centralità del cittadino, che vuol dire innanzitutto garantire una

gestione responsabile (la cosiddetta *accountability*) del sistema pubblico, in contrapposizione alle derive “autoreferenziali” che a volte penalizzano il sistema pubblico; questo implica soprattutto maggiore attenzione alla qualità (complessivamente intesa) dei servizi resi, ed una corretta sussidiarietà degli interventi.

Infine, in un sistema a risorse necessariamente inferiori alle richieste, l’equità assume una valenza fondamentale e caratterizzante dell’intervento pubblico.

Occorre quindi procedere con decisione a scelte, certamente complesse e difficili, tra ciò che deve essere erogato gratuitamente e a tutti, ciò che è soggetto a compartecipazione alla spesa e ciò che può rientrare nelle forme di assistenza integrativa.

Perché queste scelte siano accettate e condivise, è però necessario coinvolgere non solo le istituzioni e gli enti locali, ma anche i cittadini tutti, sia direttamente che tramite le loro rappresentanze organizzate.

Occorre in altre parole attuare il concetto di centralità del cittadino, di cui oggi molti parlano, ma pochi si preoccupano di come renderlo attuale e operativo. I cittadini devono essere coinvolti nella valutazione della gestione delle Aziende, gestione che deve essere resa trasparente sia sul piano economico-finanziario, che dei risultati ottenuti, sia nella lotta alle varie patologie, sia in quella per un miglioramento della salute di tutti.

Poiché la realizzazione di un’efficace politica di promozione della salute richiede una varietà di inter-

venti, di decisioni e di risorse in buona parte a carico di settori diversi da quello sanitario, occorre predisporre un Piano Nazionale di Sanità Pubblica (in una accezione ampia da non confondersi con i Piani Sanitari Nazionali del servizio pubblico), a medio — se non a lungo — termine che, partendo da una visione condivisa del futuro, costituisca la cornice strategica nella quale le singole iniziative possano confluire con obiettivi chiari, comprensibili, quantificabili e condivisi.

L'elaborazione di un tale piano avvicinerrebbe l'Italia all'esperienza e alla prassi di molti altri paesi UE, a patto che la sua costruzione avvenga attraverso un processo aperto, innovativo e partecipato secondo le linee generali descritte in questo documento, capaci di garantire la condivisione delle strategie a medio lungo termine.

<sup>1</sup> Repubblica Italiana, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, Legge 23 dicembre 1978, n. 833, pubblicata nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, 28 dicembre 1978, n. 360.

<sup>2</sup> A. Lamanna, G. Moro, M. Ross (a cura di), *Citizens' Report on the Implementation of the European Charter of Patients' Rights*, Active Citizenship Network, working paper, febbraio 2005, disponibile su [www.activecitizenship.net](http://www.activecitizenship.net).

<sup>3</sup> C. Giordani, F. Spandonaro, *L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali*, in "Rapporto CEIS Sanità 2006", IEP, Roma 2006.

<sup>4</sup> F. Bordignon, G. Turati, *Sanità, oh cara...*, 25 settembre 2006, disponibile su [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info).

<sup>5</sup> M. Doglia., F. Spandonaro, *L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche*, in "Rapporto CEIS Sanità 2006", IEP, Roma 2006.

<sup>6</sup> Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008*, Roma 2006, disponibile su [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_655\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_655_allegato.pdf).

<sup>7</sup> Ministero della Salute, *"Un New Deal della Salute". Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*, Roma, giugno 2006, disponibile su [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_530\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf).

<sup>8</sup> Repubblica Italiana, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, D. Lgs 56/2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, 15 marzo 2000, n. 62.

<sup>9</sup> G. France, S. Gabriele, *Federalismo e interesse nazionale: standard sanitari e contenimento della spesa*, in ISAE, *Rapporto trimestrale. Priorità nazionali: intenzioni e risultati della regolamentazione*, Roma, aprile 2001, pp. 83-130.

<sup>10</sup> V. Atella, F. S. Mennini, F. Spandonaro, *Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*, in "Politiche Sanitarie", v. 5, 1/2004.

<sup>11</sup> Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, *Criticità presenti nell'attuale disciplina dei LEA*, in Ministero della Salute, *I livelli di assistenza sanitaria e le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale*, Roma 2006, pp. 12-18, disponibile su [www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/LEA/Alivelli.pdf](http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/LEA/Alivelli.pdf).

<sup>12</sup> Repubblica Italiana, *Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*, D.M. 12 dicembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, 9 febbraio 2002, n. 34.

<sup>13</sup> F. Pammolli, N. Salerno, *Spesa sanitaria, demografia, governance istituzionale. Tra trend storici e proiezioni a lungo termine*, in "Quaderno CERM", 2/2006, disponibile su [www.cermlab.it/\\_documents/QuadernoCERM2-06.pdf](http://www.cermlab.it/_documents/QuadernoCERM2-06.pdf).

<sup>14</sup> M. Zanoni, *Appunti di programmazione ed economia sanitaria*, Franco Angeli, Milano 1986.

<sup>15</sup> E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, EGEA, Milano 2006.

<sup>16</sup> U. Galimberti, *L'Europa nell'era della tecnica*, in "La Repubblica", 20 dicembre 2005, p. 50.

<sup>17</sup> L. P. Tronconi, *Il diritto alla salute: da fattore di spesa a motore di sviluppo della società*, relazione presentata al convegno "L'assistenza sanitaria in Italia e il rapporto pubblico-privato", Torino, 30 giugno 2006.

<sup>18</sup> Secondo le stime ISTAT del 2005, ci sono 2,8 milioni di persone non autosufficienti (secondo la classificazione OMS-ICDH), per i tre quarti costituite da anziani.

<sup>19</sup> Al fine di garantire i livelli essenziali per le prestazioni assistenziali con riguardo alle persone non autosufficienti è stato istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale il Fondo per la non autosufficienza che potrà contare su un primo finanziamento di 100 milioni di euro per il 2007 e di ulteriori 200 milioni di euro annui per il biennio successivo; cfr. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

<sup>20</sup> La selezione dei clienti "convenienti" (*Cream Skimming*) negli USA è un fenomeno oggetto di migliaia di cause legali tra Assicurazioni sanita-

rie e cittadini. Il Piano Sanitario Nazionale 1996-1998 ha dedicato un capitolo sui rischi dei comportamenti opportunistici dei produttori.

<sup>21</sup> L. Fioravanti, B. Polistena, F. Spandonaro, *L'efficienza delle Aziende Ospedaliere*, in "Rapporto CEIS Sanità 2006", Roma 2006.

<sup>22</sup> *Per il bene dell'Italia. Programma di governo 2006-2011*, Roma 2006, pp. 183-185.

<sup>23</sup> World Health Organization, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Health Promotion International*, WHO, Ginevra 2006, p. 10.

<sup>24</sup> La sanità pubblica si definisce come "la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute attraverso l'impegno organizzato della società". Cfr. J. Last, *Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford 2001.

<sup>25</sup> Il sistema sanitario include "tutte le attività il cui fine primario è la promozione, il recupero e il mantenimento della salute". World Health Organization, *The World Health report 2000. Health Systems: improving performance*, WHO, Ginevra 2000.

<sup>26</sup> Il termine SiTP è strettamente correlato ad altre terminologie utilizzate in contesti simili come "politiche pubbliche per la salute" (*healthy public policies*) o "azioni intersettoriali o multisettoriali per la salute" (*intersectoral or multisectoral actions for health*). Questi diversi termini ed espressioni possono effettivamente essere considerati come sinonimi. Cfr. T. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo (a cura di), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health of Finland, Health Department, Helsinki 2006.





## Ringraziamenti

*Hanno contribuito agli incontri tematici o in altro modo, a stretto titolo personale, medici, docenti universitari, politici, amministratori, rappresentanti del sindacato, tra cui:*

Giuseppe Barletta	Cono D'Elia
Fiorenza Bassoli	Luigi D'Elia
Rocco Bellantone	Claudio De Vincenti
Giuseppe Benagiano	Marinella D'Innocenzo
Roberto Bernabei	Guido M. Filippi
Roberto Bertollini	Marta Leonori
Mario Bezzi	Luigi Macchitella
Paolo Bodini	Raffaella Milano
Alessandro Boffini	Maria Osti
Filippo Camerota	Adolfo Pagnanelli
Stefano Canitano	Achille Passoni
Alessandra Cattoi	Antonio Saba
Stefano Cecconi	Monica Sica
Massimo Cozza	Lorenzo Sommella
Claudio Cricelli	Federico Spandonaro
Lidia D'Alessio	Livio Pietro Tronconi
Alberto D'Amato	Serafino Zucchelli

*A loro e a tanti altri che, per ragioni di riservatezza, non menzioniamo, va il ringraziamento della Fondazione Italianieuropei.*

*Ringraziamo inoltre, per la loro preziosa collaborazione, Antonella Carciofa, Laura Caroli, Claudia Cirillo, Susanna Fancelli, Fiorella Favino e Hedi Giusto.*



*Le* *Italianieuropei*  
Fondazione  
di cultura politica

Finito di stampare nel mese di settembre 2007  
per conto di Solaris s.r.l.  
presso Marchesi Grafiche Editoriali  
Via Flaminia, 995/997 - 00189 - Roma

