

## PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

### DOCUMENTO DELLE REGIONI

#### Premessa

La proposta di piano pervenuta dal Ministro della salute si inquadra in un percorso da considerare ormai superato, quello previsto dal Decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

È da considerarsi superata, però, anche l'impostazione: Il Piano ripropone una impostazione tradizionale utilizzando l'impianto metodologico dei precedenti strumenti di programmazione non tenendo conto né dell'evoluzione istituzionale né dell'evoluzione tecnologica e scientifica; lo stesso indice proposto è conseguenza di quella visione del piano.

Il piano proposto è un piano eccessivamente di dettaglio perdendo di vista la effettiva capacità del sistema di garantire i LEA ed entrando invece nel merito di competenze che devono essere lasciate alla autonomia regionale, non si affronta quasi per nulla il problema dell'equità della salute e solo qualche scarso accenno è dedicato al problema dell'equità di accesso alle cure.

Il piano è ridondante, ha una impostazione prevalentemente basata sulla raccolta delle norme, teso a definire procedure piuttosto che individuare contenuti di salute. Sarebbe opportuna una analisi maggiore dei problemi di salute e di assistenza delle fasce più deboli ed emarginate.

Tradizionalmente il Piano Sanitario nazionale individua obiettivi di carattere generale, distinguibili in via di prima approssimazione come obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di "salute", che le Regioni sono invitate in qualche modo a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Parziale eccezione fa registrare al riguardo l'ultima edizione del Piano nazionale che ha cercato di tener conto delle nuove competenze costituzionali attribuite alle Regioni in materia di sanità.

Il piano attuale, invece, deve dare risposta, in una ottica di collaborazione sinergica, ai problemi ponendosi come sistema esteso di tutela della salute su tutto il territorio nazionale. Il piano dovrebbe sviluppare il concetto di rete a partire da quella tra Governo e Regioni sino alla costituzione di una rete tra le diverse Regioni per l'approccio alle problematiche di carattere sovra regionale.

Questo è il piano sanitario nazionale visto dalle regioni.

Su questi contenuti si chiede di avviare un confronto per una stesura partecipata e condivisa del Piano sanitario nazionale recuperando all'interno di questo percorso i materiali presenti nel Piano proposto dal Ministro che sono condivisibili.

Il percorso procedurale seguito per l'approvazione del vigente Piano è stato il seguente:

1. il 4 aprile del 2002 proposta del Ministro in CSR delle linee del Piano;
2. nella seduta del 20 giugno 2002 della C.S.R. le Regioni consegnano un loro documento di riflessioni e proposte sul Piano del Ministro. A partire da questa data si avvia un confronto sui contenuti del Piano fino alla stesura finale del Piano condiviso dalle Regioni;
3. nella seduta della Conferenza Unificata del 15 aprile del 2003 le Regioni esprimono intesa sulla proposta di Piano esaminata dal Consiglio dei Ministri nella seduta dell'11 aprile 2003
4. il 23 maggio 2003 il Presidente della Repubblica emana il DPR di approvazione del Piano

## INDICE

### 1. IL CONTESTO

1. Assetto istituzionale e competenze: *Titolo V, Intese come strumento di esercizio della sussidiarietà orizzontale e verticale*
2. Diritti del cittadino: *LEA*
3. Quadro epidemiologico e evoluzione dei bisogni
4. Politiche europee e ruolo esercitato dalle istituzioni regionali e statali

### 2. IL PSN COME STRUMENTO DI GOVERNO DEL SSN

1. Rapporto tra SSN e servizi sanitari regionali. Partecipazione ed apporto determinante delle Regioni alla stesura del PSN
2. Reti sovraregionali e nazionali

### 3. FINALITA'

- 3.1. La sanità come strumento di sviluppo. La salute come valore.
- 3.2. Universalità del servizio – interculturalità – popolazione “variabile”
- 3.3. Equità
  1. *Equilibrio dell’offerta a livello nazionale – mobilità sanitaria*
  2. *Appropriatezza come strumento per assicurare una offerta adeguata per tutti – governo della domanda/governo clinico*
- 3.4. Titolarità pubblica del governo e centralità del cittadino: innovazioni di sistema che consentano uno sviluppo partecipato del modello aziendalistico
- 3.5. Adozione di politiche integrate: *determinanti di salute e integrazione socio-sanitaria*
- 3.6. Cooperazione
  - Intese e accordi interregionali – condivisione di servizi - partenariato*
  - Sinergia stato-regioni*
  - Governance – Aifa, CCM, Protezione civile....*

### 4. STRATEGIE PER LO SVILUPPO DEL SSN

1. Prevenzione
  - Emergenze*
  - Determinanti di salute*
  - Ambienti di vita e di lavoro*
  - Screening – osservatorio – obiettivi e valutazione dei trend*
2. Servizi territoriali
  - Unità di cure primarie*
  - Integrazione socio sanitaria*
  - Assistenza domiciliare*
  - Residenzialità (Ospedale di comunità - RSA polifunzionali)*
3. Ricerca e innovazione
  - Ricerca*
  - Innovazione tecnologica*
  - Innovazione organizzativa*
4. Governo clinico
  - Governo della domanda-appropriatezza*
  - Ruolo dei professionisti*
  - Valutazione*
5. Le reti nazionali o interregionali
  - Malattie rare – trapianti*
  - L’Europa*

## 5. OBIETTIVI DI SALUTE

## 6. RISORSE

### 1. CONTESTO

Il Piano sanitario nazionale si muove in un contesto caratterizzato da quattro aspetti fondamentali:

1. Assetto istituzionale e competenze: Titolo V, Intese come strumento di esercizio della sussidiarietà orizzontale e verticale
2. Diritti del cittadino: LEA
3. Quadro epidemiologico e evoluzione dei bisogni
4. Politiche europee e ruolo esercitato dalle istituzioni regionali e statali

#### *1.1 Assetto istituzionale e competenze: Titolo V, Intese come strumento di esercizio della sussidiarietà orizzontale e verticale*

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, deve partire da una analisi condivisa tra Stato e Regioni degli elementi che ne costituiscono il contesto: la modifica del titolo V della costituzione a seguito dell'entrata in vigore della Legge 3 del 2001, la individuazione di Livelli essenziali di assistenza con il DPCM del 29 novembre 2001.

Il Piano Sanitario Nazionale, in un quadro di federalismo sanitario, deve esprimere il principio che oggi è necessario definire un nuovo "grande sistema" nel quale non esiste più un solo attore, ma numerosi soggetti, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono matrici di responsabilità di processo centrali e non. In questo sistema si inquadra il ruolo autonomo regionale in un contesto nazionale. Il Piano deve sviluppare altresì il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati nella definizioni politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute.

L'attenzione pertanto non è da porsi sulle competenze di ciascun livello di responsabilità del sistema cercando di ampliarle o restringerle a seconda dei punti di vista; il tema centrale deve essere costituito dalla capacità di instaurare corrette relazioni.

Gli ultimi tre anni di vigenza del precedente piano hanno visto "relazioni difficili" tra i due livelli di governo del SSN, quello nazionale e quello regionale, associate all'emergere sempre più chiaro dei principali problemi che caratterizzano il SSN stesso, quale si è andato costruendo in particolare dopo la riforma costituzionale del 2001.

Il mutato quadro costituzionale nei rapporti tra Governo e Regioni ha visto l'utilizzo, in questi anni, dello strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni, quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedevano coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi di materia tutela della salute. Il Piano può assumere tale strumento come modalità di attuazione dei principi e obiettivi da esso stabiliti.

## 1.2. Diritti del cittadino: LEA

Uno dei problemi più rilevanti che il sistema sanitario si trova a dover risolvere per definirsi realmente “nazionale” è quello del livello raggiunto nella garanzia al cittadino dei livelli di assistenza e della variabilità territoriale di tale garanzia.

L’obiettivo da raggiungere nel triennio è pertanto quello di dotare il sistema di strumenti valutativi che rilevino le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell’offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna regione e dell’effetto che tale differenza induce sul versante della domanda. I sistemi di rilevazione, da costruirsi attraverso l’apporto dei vari livelli di responsabilità del sistema, non devono avere l’obiettivo di rilevare tutto, ma la capacità di individuare quei pochi indicatori che fungano da “segnalatori” efficaci di criticità e difficoltà.

In coerenza con quanto detto, specifici obiettivi possono essere individuati in:

- definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree dell’assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo sarebbe la contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale, necessaria per disciplinare compiutamente le aree di attività nelle quali l’intervento sanitario è strettamente integrato all’intervento assistenziale;
- aggiornare le liste delle prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative sviluppate nel corso degli ultimi anni, delle quali sia stata dimostrata l’efficacia clinica e/o l’economicità. La questione è particolarmente urgente nell’ambito dell’assistenza specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica;
- definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità e inappropriata prescrizione, per garantire l’uso efficace delle risorse e tempi accettabili di fruizione delle prestazioni medesime;
- carente diffusione dei servizi sul territorio: in alcune aree del territorio nazionale alcune tipologie di servizi ed attività assistenziali presentano ancora una diffusione insufficiente rispetto alle necessità della popolazione, in specie per quanto riguarda il livello dell’assistenza territoriale domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Va pertanto affrontata la problematica della individuazione condivisa di soglie minime di dotazione di alcuni servizi essenziali il cui raggiungimento in tutte le Regioni rappresenti un obiettivo da perseguire nel triennio;
- onerosità della quota di partecipazione alla spesa: la disciplina in materia di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, risalente agli anni 1993/1995, appare ormai inadatta a selezionare gli assistiti che hanno bisogno di un’agevolazione di natura economica per accedere alle prestazioni sanitarie. Per questo si può puntare a ridefinire le condizioni di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria (reddito, patologia, invalidità);
- disomogenea distribuzione delle prestazioni specialistiche di alta complessità nelle diverse aree territoriali. Da una elaborazione effettuata sulle schede di dimissione ospedaliera emerge che i cittadini residenti in alcune aree territoriali usufruiscono di alcune prestazioni, sicuramente efficaci ed in grado di incidere risolutivamente sulle specifiche condizioni patologiche, in misura significativamente inferiore dei cittadini residenti altrove. Da questa constatazione discende la necessità di attivare iniziative nazionali e regionali volte ad approfondire le cause di questa disomogeneità ed adottare, se necessario, interventi correttivi.

## 1.3. Quadro epidemiologico e evoluzione dei bisogni

Il quadro epidemiologico e demografico nel quale si inserisce il PSN vede delle modifiche importanti: si sta assistendo da tempo ad un processo di allungamento della vita media e di aumento della popolazione anziana, e, contemporaneamente, una diminuzione delle nascite, dall’altra assistiamo al modificarsi degli eventi di natura infettiva.

L’aumento della speranza di vita alla nascita è ormai consolidata nel nostro paese: attualmente per le donne siamo oltre gli 82,9 anni. Questo comporta un aumento notevole della popolazione anziana che, però, non si distribuisce omogeneamente in tutte le Regioni con conseguenti differenti necessità di modulazione dell’offerta dei servizi sanitari.

Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane e molto anziane; in particolare, intendendo le persone ultra-65enni e i molto anziani (ultra 85-enni).

Di contro in Italia, come in molti paesi a economia avanzata, abbiamo assistito in questi ultimi anni ad una diminuzione marcata della natalità: attualmente il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2, un dato tra i più bassi nel mondo. Sul fronte della mortalità, l'Italia si attesta a uno dei livelli più bassi in Europa, con 3,7 per mille nati morti contro una media europea di 4,5.

Appare evidente che tali modifiche demografiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie quali quelle cronico degenerative, cardiovascolari, tumori, altre malattie dell'invecchiamento e legate alle condizioni socio-economiche. Le priorità del Piano Sanitario Nazionale discendono dai problemi di salute del Paese e con il consolidarsi di elementi di cronicità, per l'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie, anche per effetto dello straordinario progresso tecnologico e scientifico (introduzione di nuovi farmaci e nuove tecnologie) devono rispondere a queste nuove esigenze.

Inoltre richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria: l'emersione di nuovi bisogni a cavallo fra sociale e sanitario in relazione all'evoluzione socio-economica, l'incremento della immigrazione e della mobilità generale della popolazione, elementi che producono il rischio, sul versante sanitario, di riesporre la popolazione generale alla insorgenza di patologie per le quali gli strumenti specifici di intervento erano stati ridotti o del tutto cancellati, il comparire di nuovi problemi che debbono essere affrontati sul piano sociale, le modificazioni climatiche (estati torride) e ambientali (aumento degli inquinanti).

#### 1.4. Politiche europee e ruolo esercitato dalle istituzioni regionali e statali

Il PSN si inserisce in un nuovo contesto europeo: l'allargamento dell'Europa amplia il confronto tra gli Stati e, quindi, la necessità di stabilire un sistema di relazioni tra il SSN e i sistemi di tutela della salute di altri Paesi, ma vede anche la possibilità di un aumento della mobilità europea sia dei pazienti che dei professionisti.

Il raggiungimento degli obiettivi di Piano è influenzato o condizionato dallo sviluppo delle politiche di integrazione europea e dalla crescente interrelazione dei processi sociali, economici, culturali a livello globale.

Il primo livello di attenzione deve necessariamente essere rivolto ai rapporti tra politiche europee e sistema della salute italiano, in relazione a tre aspetti principali:

- la dimensione della promozione e tutela della salute come affermata dall'Unione Europea attraverso piani, programmi, disposizioni e comunicazioni, sia sotto il profilo della salvaguardia della salute dei cittadini europei che sotto quello dell'integrazione dei processi e delle politiche nazionali e regionali
- gli ambiti di convergenza e interdisciplinarietà che l'Unione Europea prevede per lo sviluppo di un sistema europeo di salute "per tutti, eccellente e sostenibile"
- il nuovo modello di relazioni – basato sull'impiego del metodo aperto di coordinamento - per la tutela e lo sviluppo della salute, della ricerca, della modernizzazione e diffusione dei processi di informazione e comunicazione interattiva che l'Unione Europea prevede, anche in sede di formazione delle politiche comunitarie, per i soggetti direttamente interessati al processo di programmazione e verifica dei risultati attraverso il controllo delle risorse e dei centri di erogazione dei servizi.

Sotto il primo aspetto, anche in carenza di specifici impegni derivanti dal Trattato, l'azione della Commissione Europea si muove nella direzione della promozione di piani e programmi (con particolare riferimento allo schema di Programma Europeo di Salute Pubblica 2007-2013 proposto dalla Commissione e attualmente in discussione al Parlamento Europeo) a forte valenza intersettoriale attraverso specifiche azioni di incentivazione mirate alla cooperazione delle politiche e alla realizzazione di piattaforme europee di informazione, di conoscenza, di servizio e di valutazione.

Sotto il secondo aspetto, tenuto in debito conto le priorità enunciate dalla Commissione (come peraltro previste dal testo della nuova Costituzione Europea) sotto il profilo della salvaguardia dei cittadini europei in materia di

- determinanti di salute ivi compreso il controllo della sicurezza del ciclo alimentare
- controllo delle malattie trasmissibili

- mobilità dei cittadini europei con abilitazione all'accesso a prestazioni qualitativamente omogenee
- integrazione dei processi di sviluppo della ricerca anche in relazione alla mobilità dei ricercatori,

vanno attentamente considerate le implicazioni derivanti dalle politiche di convergenza intersettoriale (come enunciate dalle più recenti Comunicazioni della Commissione) per lo sviluppo di un modello di salute "diffusa, eccellente e sostenibile" con particolare riferimento alla cooperazione dei programmi di settore e, nello specifico, a quelli di

- Salute pubblica e tutela dei consumatori
- Ricerca e Innovazione (in relazione alla predisposizione ed attuazione del VII programma quadro)
- Sviluppo della Società dell'Informazione e della Conoscenza, con particolare riferimento ai processi di predisposizione e dispiegamento delle tecnologie dell'informazione e comunicazione (e-Health) anche in relazione al potenziamento dei programmi e-TEN
- Integrazione tra politiche regionali con riforma dei programmi Interregionali
- Processi bilaterali di integrazione tra ricerca per la salute, impresa e finanza, anche in relazione allo sviluppo della formazione avanzata e alle modifiche delle modalità di costituzione ed accesso ai Fondi Strutturali per lo sviluppo delle piattaforme tecnologiche interistituzionali e intersettoriali.

Sotto il terzo aspetto, il Piano deve tenere in particolare conto la le indicazioni della Commissione per l'integrazione delle politiche a partire dagli attori principali dei processi di programmazione, dispiegamento e controllo degli esiti delle azioni. Si evidenzia in tale contesto la previsione di uno sviluppo a breve in Europa (come previsto dal Programma Europeo di Salute Pubblica 2007-2013 e sostenuto nei più recenti documenti dell'Ufficio Europeo dell'OMS) del principio di sussidiarietà e della aree di governance istituzionale e territoriale. Tali nuovi strumenti prevedono l'impiego diffuso del metodo aperto di coordinamento previsto dal Trattato ed implicano innovativi sistemi di rappresentanza nelle strutture europee e nel Consiglio europeo dei Ministri della Sanità,– tenuto conto delle particolarità istituzionali dei singoli Stati membri in materia di salute. Tali strumenti sono destinati a favorire le aggregazioni interregionali che comprendano i livelli di governance istituzionale, l'area professionale e i settori della ricerca, della produzione e delle reti di cittadinanza.

Il piano si deve sviluppare tenendodo conto delle tre direttrici innovative su cui è impostata la politica dell'Unione Europea per un profilo europeo dei sistemi di salute:

1. della "salute per tutti" con le sottospecifiche della copertura territoriale e dei processi di inclusione anche in relazione alla multiculturalità,
2. dello sviluppo delle eccellenze sia per il miglioramento omogeneo dello stato di salute delle popolazioni europee sia per la valorizzazione dello know-how e dei processi di impresa dei centri di ricerca e di produzione di valore europei anche attraverso l'integrazione dei sistemi architeturali e dei processi informativi, comunicativi e di formazione della conoscenza
3. valorizzazione dei processi di interregionalità nell'individuazione delle linee problematiche e delle soluzioni integrate con sviluppo di processi di analisi, modellizzazione e valutazione di impatto al trasferimento delle migliori pratiche europee in un quadro di sostenibilità economica

## 2. IL PSN COME STRUMENTO DI GOVERNO DEL SSN

1. *Rapporto tra SSN e servizi sanitari regionali: partecipazione ed apporto determinante delle Regioni*
2. *Reti nazionali e interregionali*

### 2.1.1. Rapporto tra SSN e servizi sanitari regionali partecipazione ed apporto determinante delle Regioni

Tradizionalmente il Piano Sanitario nazionale individua obiettivi di carattere generale, distinguibili in via di prima approssimazione come obiettivi di tipo organizzativo e obiettivi di "salute", che le Regioni sono invitate in qualche modo a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Parziale eccezione fa registrare al riguardo l'ultima edizione del Piano nazionale che ha cercato di tener conto delle nuove competenze costituzionali attribuite alle Regioni in materia di sanità. Tale tentativo tuttavia si è risolto sostanzialmente nella eliminazione di indicazioni che avrebbero potuto segnare una illegittima invasione di campo da parte dello Stato in un terreno di competenza regionale.

L'esperienza degli ultimi quattro anni suggerisce una possibile innovazione nel modello di Piano sanitario nazionale.

La possibile innovazione deve tener conto maggiormente del fatto che il SSN non è la semplice sommatoria dei 21 Servizi sanitari delle Regioni e delle Province autonome, ma è qualcosa di più e di diverso: un sistema esteso su tutto il territorio nazionale di tutela della salute, con un corrispondente livello di governo, con proprie regole e propri obiettivi.

Ciò significa che esiste un numero considerevole di temi che attengono al SSN in quanto tale, essendo comuni a tutte le Regioni e non specifici di alcuna. Talchè appare concettualmente sbagliato ipotizzare di affrontare questi temi facendo leva su quanto possono fare le singole Regioni individualmente considerate. Il risultato infatti è che tali questioni vengono affrontate, quando va bene, settorialmente e marginalmente, ma mai incluse in un'agenda complessiva di ampio respiro.

Tutto ciò invece deve rappresentare il terreno proprio del Piano sanitario nazionale, un piano che non miri a rappresentare la cornice entro cui devono calarsi i piani regionali, ma che assuma come ambito concettuale e operativo di riferimento quello proprio del SSN, oggi in larga misura negletto.

Una simile impostazione del Piano nazionale deve misurarsi con almeno tre ordini di questioni: quali contenuti; quale "governance"; quale rapporto con la programmazione regionale.

Relativamente ai contenuti almeno tre diverse dimensioni sono da considerare: quella relativa alle relazioni tra Servizi Sanitari regionali, quella che individua funzioni sviluppabili solo su scala nazionale, quella infine delle relazioni tra il SSN e i sistemi di tutela della salute di altri Paesi.

Per quanto riguarda il rapporto tra il Piano nazionale e la "governance" del SSN, cioè il livello di responsabilità cui il Piano deve essere ricondotto, si può osservare che mentre il profilo decisionale sembra aver trovato un suo relativo assestamento nel percorso che porta alla Conferenza Stato-Regioni, quello tecnico forse andrebbe definito più chiaramente. Attualmente esistono numerosi organismi, comitati, tavoli, quali ad esempio l'AIFA, il CCM, l'ASSR, la Cabina di Regia, il Comitato di Settore, la SISAC, il Tavolo LEA, la Commissione Ricerca, che sviluppano un'attività settoriale. Forse sarebbe opportuno che si immaginasse anche una sede di lavoro Stato-Regioni per la programmazione nazionale, con compiti istruttori, di proposta e monitoraggio.

Quanto al rapporto tra Piano nazionale e la programmazione regionale, tutte le Regioni dovrebbero nutrire interesse nei confronti di un programma di lavoro (il PSN) volto ad affrontare i problemi del SSN e a promuoverne l'evoluzione, constatato che lo sviluppo dei propri Servizi Sanitari dipende anche da quello del SSN nel suo complesso, così come i problemi dei Servizi Sanitari di alcune Regioni ricadono direttamente o indirettamente sui Servizi Sanitari di altre.

La seconda considerazione è che in questo contesto le Regioni si fanno formalmente carico della programmazione nazionale, contribuendo in tal modo a definire un più corretto rapporto tra il SSN e le sue singole parti.

Si potrebbe ipotizzare, facendo propria la proposta del Ministero, la costituzione di un Osservatorio sulla cultura della salute proprio al fine di monitorare costantemente l'evoluzione e l'attuazione dei contenuti del Piano.

## 2.2. Reti sovraregionali e nazionali

I risultati ottenuti negli ultimi anni dalle attività regionali che, per le loro specificità, hanno richiesto un approccio a rete, in termini di sviluppo e qualità del sistema, deve spingere le Regioni a sviluppare tale metodologia, favorendo lo sviluppo di reti nazionali di servizi clinici, assistenziali, di formazione, di ricerca che, difatti, potrà avere come risultato anche un migliore utilizzo delle risorse e una maggiore garanzia di qualità delle cure.

Il concetto di rete va individuato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza della risposta, emergenza urgenza, o interregionale per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (ad es. trapianti), ma anche rete come scelta per alcuni servizi (malattie rare), per cui conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o anche come scelta delle Regioni di condividere alcune strutture, accordo tra piccole regioni e grandi o tra regioni viciniori per l'erogazione di alcuni servizi.

Il disegno di rete di servizi dovrebbe proporre un modello di organizzazione regionale, per specifiche tipologie territoriali, che potrebbe essere circoscritta in un principio fondamentale di struttura di rete. Peraltro l'attuazione di sistemi di rete regionale, pur se adeguati alle specifiche realtà, deve tener conto di

norme e di una modellizzazione organizzativa e gestionale al fine di rendere la rete intraregionale compatibile con quella nazionale e quindi ottenere l'efficacia e l'efficienza attesa.

Il piano deve individuare le reti di interesse nazionale o sovraregionale e la rete può essere utilizzata per stimolare una efficace collaborazione e colmare il divario Nord-Sud.

### 3. FINALITA'

E' importante che il Piano Sanitario Nazionale enunci il quadro dei principi a cui il servizio sanitario nazionale ed i singoli sistemi sanitari regionali fanno riferimento. Anche questo è uno dei passaggi che consente di dare valore e sostanza al carattere nazionale del servizio sanitario laddove individui finalità condivise e fatte proprie dai soggetti istituzionali del sistema.

#### 3.1. La sanità come strumento di sviluppo. La salute come valore.

La ricostruzione del contesto socio economico in cui va a collocarsi la programmazione sanitaria 2006-2008 non può che partire dalla presa d'atto dell'indubbia fase di grave difficoltà che l'Italia si trova oggi ad affrontare. In un contesto di rallentamento che riguarda certamente l'Europa nel suo complesso, l'Italia cresce da diversi anni assai meno degli altri paesi europei. In tale contesto un'analisi superficiale potrebbe spingere ad orientare la valutazione dell'impatto che il contesto socio economico potrà esercitare sull'organizzazione sanitaria solo verso la tematica del contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria per conseguire una compatibilità con la situazione economica del Paese. In realtà tale semplificazione, oltre non tener conto che ci si può attendere un aumento progressivo dei costi di assistenza sanitaria nei prossimi decenni, legato all'invecchiamento, solo moderatamente influenzabile dai flussi immigratori di popolazione giovane e dal successo degli eventuali sforzi di promozione della salute e di prevenzione sanitaria, sarebbe erronea in quanto non tiene conto della capacità che la sanità possiede di indurre sviluppo economico attraverso i legami con altri settori industriali. La sanità è oggi annoverabile tra i principali settori per lo sviluppo dell'economia. Questo non solo per il legame diretto con i principali determinanti dell'economia quali il mercato del lavoro, la politica degli investimenti, la politica della spesa, etc. ma anche perché oggi il settore sanitario crea impresa e può avere un forte ruolo di generatore di effetti diretti sui "fondamentali" dell'economia.

In Italia il settore della salute occupa il settimo posto per numero di addetti (1,2 milioni) e il terzo per valore della produzione. E' stato dimostrato che ogni euro speso nell'acquisto di beni intermedi necessari a produrre prestazioni sanitarie (ad es. materiale diagnostico, energia elettrica), propaga un impulso ai settori che forniscono questi beni, che a loro volta generano una richiesta di forniture in altri comparti e così via.

Ma il ruolo importante della sanità nello sviluppo del Paese deve andare al di là di una lettura meramente economicistica. Ciò che la sanità può produrre, se organizzata in un sistema efficiente ed efficace in cui il cittadino e le istituzioni locali rivestano un ruolo centrale, è coesione sociale, processi di identificazione e solidarietà, adesione e condivisione di valori; ed è indubbio che tale processo sia di fondamentale importanza nel superamento dei periodi crisi economico-sociale, in cui invece le spinte economiche inducono spesso fenomeni di disgregazione, conflittualità territoriale e sociale, indifferenza ai valori nazionali e dello Stato.

#### 3.2. Universalità del servizio – interculturalità – popolazione "variabile"

Il servizio sanitario nazionale italiano è un sistema "universalistico", rivolto cioè a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro. Questo valore, a volte dato quasi per scontato, ma che costituisce una delle variabili più importanti nei confronti internazionali dei sistemi sanitari, va riaffermato con energia in quanto principio fondante, ma al tempo stesso va reso operativo e leggibile attraverso opportune metodologie di analisi.

In particolare l'Osservatorio sulla cultura della salute citato in precedenza potrebbe costituire la sede opportuna per affinare strumenti di rilevazione ed analisi che consentano di verificare come il principio non resti tale ma trovi operativa attuazione.

Uno dei problemi più rilevanti che l'attuazione di un sistema universalistico si trova oggi dinanzi è la variabilità della popolazione di riferimento a seguito dei processi di mobilità intra ed extraeuropea che si vanno consolidando negli anni. Si tratta di verificare l'effettiva assunzione a carico del sistema degli oneri conseguenti a questi processi ed il non considerarli con logiche residuali o marginali. E' noto che in alcune

aree del paese la presenza straniera, regolarizzata e non, assume dimensioni di assoluto rilievo con un non indifferente apporto allo sviluppo economico ed assistenziale del paese.

La variabilità quantitativa della popolazione reca con sé la conseguenza dell'affermarsi della multiculturalità e multietnicità della struttura sociale. Tale fenomeno modifica il modo di porsi della medicina nei confronti di culture diverse rispetto a quella nell'ambito della quale è stata a lungo praticata; va letto anche in questa chiave lo sviluppo di medicine "alternative" ma per alcune delle quali può essere usato il termine di "complementari" in quanto largamente diffuse ed accettate dal sistema delle professioni mediche. Tale sviluppo è ad oggi del tutto ignorato ufficialmente dal Servizio sanitario nazionale ma ha trovato in diverse Regioni discipline e regolamentazioni specifiche nell'ambito dei servizi pubblici, non fosse altro per garantire qualità e sicurezza di un'offerta sempre più diffusa.

Al tempo stesso la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza ed alla peculiarità di usi e costumi di parti di essa, senza che ciò trovi a livello nazionale una definizione chiara in termini di obbligo del servizio e di diritto del cittadino. Il Piano sanitario nazionale può assumersi il compito di formulare indirizzi in materia e di definirne i principi di riferimento.

### 3.3 *Equità*

Tema strettamente correlato a quello precedente della universalità è la equità del sistema, da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma di assicurare ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali.

I sistemi sanitari riflettono le disuguaglianze della nostra società, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche e, per converso, possono risultare strumento per il contrasto delle conseguenze sulla salute di tali diverse condizioni.

A tal fine è rilevante perseguire con maggiore incisività l'obiettivo dell'equità e dell'equilibrio nella disponibilità di risorse, in relazione ai bisogni di salute dei differenti contesti sociali.

Nel campo dell'accessibilità deve essere consentita l'attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione alle fasce economicamente più deboli in quanto una mancata previsione di erogazione ed una conseguenziale espulsione del bisogno verso settori libero-professionali a pagamento corrisponderebbero alla negazione del diritto alla tutela della salute (odontoiatria).

In termini di assetto del sistema nazionale, gli aspetti critici da affrontare sono due: il fenomeno della mobilità sanitaria e il governo della domanda.

#### 3.2.1. *Equilibrio dell'offerta a livello nazionale – mobilità sanitaria*

Il tema dell'equità significa che la necessità che il PSN individui regole condivise sia sul versante dell'offerta, assumendo temi come lo sviluppo dell'omogeneità in ambito nazionale nei livelli di garanzia della qualità dei servizi, nello sviluppo del sistema informativo del SSN e tecnologie annesse, nei programmi di prevenzione e lotta alle malattie infettive vecchie e nuove, sia sul versante della domanda e le condizioni di accesso, individuando le modalità per il governo della mobilità interregionale, lo sviluppo della comunicazione e della partecipazione dei cittadini, l'omogeneizzazione su scala nazionale delle modalità di accesso ai servizi, affrontando il problema dei tempi di attesa.

Uno degli elementi importanti per garantire l'equità è il governo della mobilità .

La crescita del fenomeno della mobilità sanitaria, in controtendenza con la riduzione dei ricoveri per i residenti che si registra in tutte le regioni, unito alla constatazione della forte disomogeneità dei tariffari regionali, che, enucleati dal complessivo sistema di remunerazione, non garantiscono la coerenza fra tariffe e costi di produzione e profilano il rischio che le prime vengano modulate sotto la spinta di politiche opportunistiche volte a massimizzare i ricavi per mobilità, sono stati gli elementi determinanti a favorire l'accordo fra le Regioni per l'adozione a partire dal 1° luglio 2003 di una tariffa unica di scambio (la cosiddetta TUC) costruita con l'obiettivo di governare il fenomeno nel rispetto di alcuni principi predeterminati.

I principi base dell'accordo tra le Regioni erano:

- scoraggiare la mobilità per il ricorso a prestazioni di medio-bassa complessità e in particolare per i ricoveri in regime ordinario ricompresi nei 43 DRG dell'allegato 2c al DPCM 29/11/2001 sui LEA e di altre tipologie di ricovero a rischio di inappropriately
- garantire un'adeguata remunerazione delle prestazioni di alta specialità;
- prevedere un incremento delle tariffe per i Centri di alta qualificazione, strutture selezionate per la specificità delle patologie trattate o per l'impiego di tecnologie innovative

Tale soluzione dà risposta alle principali problematiche emerse nel corso degli anni e definisce la funzione che viene assegnata alla mobilità; in primo luogo le Regioni devono garantire l'assistenza per le prestazioni di medio-bassa specialità con le proprie strutture, è questo l'ambito a maggior rischio di presenza di comportamenti opportunistici di erogatori che puntano sulla mobilità per l'espansione dell'attività, tenuto conto dell'imposizione di tetti per i pazienti residenti.

Al tempo stesso vanno combattute tentazioni autarchiche nei settori dell'alta specialità, evitando un sovradimensionamento dell'offerta che anche in questo caso comporterebbe il rischio di incremento ingiustificato dei volumi, che esporrebbe a rischio di inappropriately, paradossalmente, proprio i residenti in quelle realtà che non dispongono di un bacino naturale di dimensioni adeguate. E' questo il senso di una specifica misura di sostegno per i Centri di alta qualificazione che devono consolidare la loro capacità di attrazione per raggiungere i volumi di attività necessari a garantire un'assistenza di alta qualità.

Il sistema adottato nel 2003 ha subito alcune modifiche a partire dal 2004 volte ad individuare in maniera più rigorosa le prestazioni di alta specialità da un lato e a determinare gli abbattimenti già previsti per i 43 DRG dell'allegato 2c dei LEA, è rimasto invece invariata la struttura fissata precedentemente.

Inoltre c'è l'esigenza di regolare i volumi di attività per prestazioni erogate fuori regione e di regolare la mobilità di confine, considerato che i confini amministrativi non rispecchiano sempre ovviamente quelli naturali. Il controllo dei volumi complessivi è senz'altro un elemento fondamentale per perseguire obiettivi di contenimento della spesa basati sull'innalzamento dei livelli di appropriatezza.

Negli ultimi anni le politiche regionali di riduzione dei ricoveri e della spesa ospedaliera hanno avuto in generale successo con gli erogatori interni, ma nello stesso periodo si è assistito a una contestuale crescita della mobilità passiva, come effetto distortivo dell'applicazione di tetti di attività per i soli pazienti residenti, previsto dalla maggioranza degli accordi contrattuali stipulati nelle Regioni.

La soluzione va individuata definendo regole e principi di comportamento a livello nazionale che trovino attuazione attraverso accordi tra le Regioni finalizzati ad ottimizzare e qualificare le prestazioni di alta specialità e promuovere l'autonomia regionale nella produzione di media – bassa complessità.

### 3.2.2. *Appropriatezza come strumento per assicurare una offerta adeguata per tutti – governo della domanda, liste di attesa e governo clinico*

In tutti i paesi sviluppati gli ultimi anni hanno visto una crescita enorme della domanda di prestazioni sanitarie e quindi lo svilupparsi di politiche tese a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Ma anche queste iniziative si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.

L'appropriatezza va intesa nei due suoi classici significati: appropriatezza clinica della prestazione più efficace a fronte del bisogno accertato; appropriatezza come regime di erogazione della prestazione efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse.

Non deve apparire strano che un tema del genere si collochi in relazione alla capacità del sistema di assicurare "equità" di erogazione di prestazioni, perché è evidente che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso i settori di reale debolezza.

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di un reale governo clinico che veda i professionisti direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Il Governo clinico (GC) - Clinical Governance - , secondo la definizione data da Scally e Donaldson nel 1998 e a tutt'oggi riferimento per tutti - è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del SSN favorendo lo sviluppo dell'eccellenza e la qualità delle prestazioni.

Appare evidente che lo strumento del governo clinico non può essere finalizzato solo a dare risposta ad una emergenza finanziaria e, quindi, essere ristretto ad una programmazione di budgeting e di sviluppo del

sistema informativo in modo da garantire che le risorse disponibili siano impiegate nelle attività più utili per i cittadini e non distribuite in modo talvolta incoerente, ma la attività del governo clinico deve essere estesa al governo di tutte quelle attività che ci permettono di raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni e di appropriatezza.

Per implementare tali attività è necessario, quindi, definire anche il contesto, gli strumenti necessari per garantire “l’atmosfera perché possa crescere e svilupparsi il governo clinico”, in altre parole stabilire la strategia sugli ambiti di modernizzazione necessari per cambiare l’attuale scenario. Non è possibile introdurre il governo clinico semplicemente mediante l’istituzione di una nuova funzione aziendale innestata su di un sistema immutato nella organizzazione, nei meccanismi di funzionamento, e nelle logiche di fondo.

Il Piano deve essere il momento di una riflessione condivisa sulle condizioni organizzative necessarie per realizzare gli obiettivi del governo clinico, nonché sugli strumenti attuativi. Le Regioni si sono più volte espresse sull’argomento, anche in considerazione del fatto che è in fase di approvazione il disegno di legge che introduce modifiche significative sul governo clinico, ed hanno condiviso la necessità di affrontare le tematiche del governo clinico e le problematiche relative alla partecipazione degli operatori per sviluppare la funzione del governo clinico al fini di garantire la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni a livello nazionale attraverso uno strumento giuridico che permettesse la condivisione delle regole. Il “governo clinico” è il metodo / strumento per garantire al sistema sanitario il confronto con i risultati di salute, efficacia clinica, conseguiti in ogni settore di attività

Il PSN deve individuare la strategia, gli ambiti di miglioramento, le modalità condivise per attuare tali processi.

L’attuazione di prassi di governo clinico non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale permetterà un aumento della qualità ed accessibilità delle cure offerte ai cittadini.

Il Piano Sanitario assume come compito nazionale la problematica delle liste di attesa. Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

La complessità del problema, sia per l’impatto organizzativo sul sistema sanitario nazionale che per le conseguenze sulla definizione dei diritti dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, richiede un impegno comune di Governo e Regioni: si tratta di trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate. È necessario condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli. Sarà necessario generalizzare la dotazione regionale di sistemi di prenotazione in rete (CUP), nonché prevedere l’uso sistematico delle classi di priorità per governare l’accesso alle prestazioni, ed individuare delle tipologie di prestazioni, ad esempio quelle di urgenza o quelle oncologiche, per le quali i tempi certi devono essere uguali su tutto il territorio nazionale.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino

Un ulteriore campo di esercizio del governo clinico da affrontare nel PSN è quello relativo al risk management nelle aziende sanitarie. Su questo terreno esistono già iniziative regionali da valorizzare e generalizzare che assumono come obiettivo quello di coniugare il tradizionale punto di vista “assicurativo” tipico della responsabilità dei professionisti a quello più generale della “sicurezza del paziente” che attiene ai livelli di qualità del sistema dei servizi e che ha pertanto un impatto diretto sulle capacità di offerta dei livelli di assistenza.

### 3.4. Titolarità pubblica del governo e centralità del cittadino: innovazioni di sistema che consentano uno sviluppo partecipato del modello aziendalistico

Il sistema sanitario nazionale è un sistema eminentemente pubblico articolato in Aziende sanitarie. Il carattere pubblicistico del servizio non è ovviamente da intendersi in termini di esclusività dell’offerta pubblica, in quanto il privato ha un suo spazio rilevante, anche se differenziato tra le diverse realtà regionali, quanto piuttosto nella unicità pubblica nel governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema. Questo è l’impianto della riforma dei primi anni ’90 ed esso mostra di essere, anche nei confronti internazionali, ancora fortemente competitivo e valido. La riflessione che occorre avviare a livello nazionale

– ed il PSN ne può costituire il veicolo più appropriato – anche sulla base dell'evoluzione che il modello aziendalistico sta registrando in diverse regioni, è quella sulla possibilità di prevedere meccanismi che rendano più flessibile il sistema e più permeabile alle istanze politiche e sociali emergenti sul territorio.

La struttura aziendale, con ciò che di fortemente positivo ha recato sul versante della organizzazione dell'offerta, soprattutto ospedaliera, ha presentato due sostanziali criticità: una tendenza alla autosufficienza produttiva, che produce alla lunga inefficienze e inutile concorrenza, e una sostanziale autoreferenzialità rispetto ai bisogni di crescita dell'organizzazione e delle categorie professionali coinvolte con scarse relazioni con i cittadini, singoli o rappresentati, e soprattutto con le politiche locali correlate al tema dei determinanti di salute.

Per questo motivo in diverse regioni si sono sviluppate da un lato politiche di programmazione interaziendale (cosiddette Aree vaste o quadranti ecc.) per lo sviluppo in rete dei presidi ospedalieri, e dall'altro politiche di coinvolgimento, soprattutto per i servizi territoriali e preventivi, delle realtà locali e dei cittadini.

Il Piano sanitario nazionale, con una riflessione in materia, può costituire la sede per avvalorare ed indirizzare queste linee di sviluppo, così come per gettare le basi per un loro confronto finalizzato nel medio periodo a verificare le eventuali necessità di riforma del sistema.

### 3.5. Adozione di politiche integrate

Gli scenari propri di una società in continua e profonda trasformazione impongono una rivisitazione e una ricollocazione del Servizio sanitario nazionale in termini di ruolo, di compiti e di rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione.

La politica socio-sanitaria del Paese deve integrarsi ed essere resa coerente al fine della promozione e tutela della salute collettiva ed individuale con le politiche relative allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica ed ai trasporti.

L'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici non è di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche determinanti sociali. Si tratta di un'area assistenziale nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

In tale contesto assume rilevanza strategica la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.

Il momento di programmazione rappresenta, in un'area come quella dell'integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (S.S.R. e Comuni), il momento fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità, in relazione alle basi conoscitive rappresentate dai bisogni presenti sul territorio, dal sistema di offerta e dalle risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Quale momento fondamentale facente capo ad un duplice sistema, il problema principale è costituito dalla necessità di realizzare concretamente una programmazione partecipata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.

Per un'ottimale organizzazione, gestione ed impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale, nella quale i diversi attori del sistema si confrontino, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse.

L'evoluzione della domanda di salute pone la necessità di intervenire in modo diverso in tema di salute, al fine di garantire e organizzare servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.

La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso nell'accezione ampia del termine che coinvolge ambedue le componenti interessate, si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati e di

continuità delle cure, che garantisce un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti ed un intervento a rete considerando la famiglia come uno dei nodi della rete, al pari degli altri ambiti considerati, poiché riveste il doppio ruolo di espressione di richiesta assistenziale e di risorsa con cui instaurare un'alleanza terapeutica forte, soprattutto per la cura delle patologie croniche. Tale approccio assistenziale richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo capace di cogliere le specificità delle situazioni, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone.

Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.

La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.

Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto problematico non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale.

La sostenibilità economica del sistema dell'integrazione diventa pertanto un problema, specie se si considera che mentre sul lato sanitario sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini (D.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale mancano ancora i cosiddetti LEVEAS, cioè i livelli essenziali di assistenza nel settore sociale.

Come richiesto dalle Regioni è indispensabile che il tema delle prestazioni da garantire quali livelli essenziali e il tema delle risorse sia affrontato unitariamente, sia per la necessità di garantire l'effettiva erogazione delle prestazioni ai cittadini, sia perché le responsabilità specifiche degli enti locali, a fronte di diritti esigibili dal cittadino, devono essere definite unitamente ai finanziamenti necessari per erogare tali prestazioni.

Il PSN deve promuovere lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche se intersettoriale, nelle Aree ad elevata integrazione socio-sanitaria: nell'ambito delle attività individuate dalla legge (salute mentale, dipendenze, malati terminali, ecc.), la diffusione di Strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

Il Piano, inoltre dovrebbe affrontare le problematiche della non autosufficienza. A livello europeo il problema è affrontato con metodologie e finanziamenti specifici (anche di tipo assicurativo) mentre lo Stato Italiano è indietro rispetto a questa criticità mentre alcune realtà più avanzate hanno costituito un Fondo regionale per affrontare in maniera organica il problema.

Tra le politiche di integrazione vanno trattate anche quelle relative ai disabili partendo dalle esperienze più avanzate condotte nelle regioni italiane. Tali proposte devono tenere conto, in termini propositivi, dei risultati raggiunti dallo specifico gruppo di lavoro del mattone semiresidenzialità e residenzialità

### 3.6. Cooperazione

#### *3.6.1. Intese e accordi interregionali – condivisione di servizi – partenariato*

L'avvio del federalismo, a seguito della La modifica del titolo V della Costituzione, introdotta dalla legge 3 del 2001, ha portato ad una marcata e specifica regionalizzazione della sanità sia in termini di programmazione che in termini di gestione delle risorse; ne è conseguito una maggiore centralità del ruolo regionale nei confronti del governo e del parlamento. L'avvio del federalismo ha anche generato nuove esigenze di rapporto e coordinamento tra le regioni ed ha comportato che le regioni si attrezzassero in considerazione delle loro competenze ormai notevolmente aumentate. la necessità di riaffermare l'eguaglianza dei diritti di tutti i cittadini deve poter contare su una forma di sussidiarietà anche tra le regioni. In questo nuovo quadro le Regioni devono definire le nuove modalità di rapporto tra di loro. Questo sconta una difficoltà legata alla diversità di stato dell'arte dell'evoluzione dei diversi servizi regionali: se infatti è condiviso da tutte la necessità di garantire livelli e qualità delle cure ai propri cittadini, evitando discriminazioni nell'accesso, di fatto attualmente non tutte sono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio soprattutto per quanto riguarda le più evolute risposte tecnologiche e terapeutiche. D'altra parte è anche da evidenziare che stante la disomogeneità della popolazione residente

nelle diverse regioni non è efficace ed efficiente avere un approccio del “tutto ad ogni costo in ogni realtà”: questo è il caso per esempio della alta tecnologia che per garantire un livello di qualità della risposta richiede un bacino di utenza a volte superiore di molto a un milione di persone o invece della alta specializzazione la cui qualità dell’offerta è direttamente proporzionale al numero dei casi trattati. È necessario prevedere nuove forme di mutualità reciproca non dimenticando il nuovo contesto europeo in cui si colloca l’Italia.

### 3.6.2. Sinergia Stato-Regioni

La modifica del titolo V della Costituzione ha riscritto i compiti affidati al Ministero e alle Regioni: non più regolamenti ministeriali ed atti di adeguamento regionali, ma principi da parte dello Stato e normativa regionale di attuazione. L’esperienza di questi ultimi anni, dopo la modifica costituzionale, ha evidenziato le difficoltà dei rapporti tra i due livelli legato soprattutto ad una difficoltà del Ministero di ridefinire il suo ruolo nella pratica quotidiana ed ad una necessità delle Regioni di rimarcare le proprie competenze.

La pratica ha dimostrato la necessità di trovare una condivisione, di un nuovo approccio alle problematiche, di una cooperazione sinergica in cui i due principali attori del sistema uniscono le loro potenzialità, nel reciproco rispetto delle nuove competenze, per garantire che il SSN sia sempre in grado di affrontare le problematiche nuove emergenti e dare risposte adeguate ai cittadini. Quella che si vuole proporre è un superamento della contrapposizione in quanto il fine del livello centrale (governo) e del livello territoriale (regioni) è lo stesso. In una situazione come quella attuale che vede le risorse sempre più scarse, la necessità di contingentare le risorse, la impossibilità, fino ad oggi, di erogare nei tempi dovuti le risorse per il SSN, lo strumento del controllo così come fino ad ora attuato attraverso modelli che sono molto lontani dalla realtà quotidiana delle Regioni rischia di non produrre gli effetti voluti e rischia di aumentare, nel contempo, il gap tra le Regioni. La condivisione e lo sforzo congiunto permettono di attivare meccanismi virtuosi finalizzati al miglioramento dell’efficienza e della qualità del sistema sanitario nel suo complesso.

### 3.6.3. Governance – Aifa, CCM, Protezione civile....

Attualmente esistono numerosi organismi, comitati, tavoli, quali ad esempio l’AIFA, il CCM, l’ASSR, la Cabina di Regia, il Comitato di Settore, la SISAC, il Tavolo LEA, la Commissione Ricerca, che sviluppano un’attività settoriale. Appare opportuno immaginare anche una sede di lavoro Stato-Regioni per la programmazione nazionale, con compiti istruttori, di proposta e monitoraggio e che definisca le interrelazioni tra tutti questi organismi.

L’esperienza di questi ultimi anni a livello internazionale (guerra nei Balcani e guerra in Iraq), o più in generale in situazioni di emergenza, ha dimostrato inoltre la necessità di intervento congiunto di Regioni, articolazioni statali quali i Ministeri e la Protezione civile, le organizzazioni Nazionali governative e non; a questo scopo di volta in volta sono stati individuati modelli di cooperazione che permettessero di affrontare il problema emergente, senza però evitare rischi di sovrapposizioni o attriti istituzionali. Il PSN potrebbe affrontare questo tema offrendo la cornice di riferimento e indicando gli strumenti in cui i diversi soggetti, per le rispettive competenze, riescano ad agire in modo coordinato ed efficiente.

## 4. STRATEGIE PER LO SVILUPPO

### 1. Prevenzione

- Emergenze*
- Determinanti di salute*
- Ambienti di vita e di lavoro*
- Screening – osservatorio – obiettivi e valutazione dei trend*

### 2. Servizi territoriali

- Unità di cure primarie*
- Assistenza domiciliare*
- Residenzialità (Ospedale di comunità - RSA polifunzionali)*

### 3. Ricerca e innovazione

Il Piano deve contenere indicazioni strategiche per dare risposta all'esigenza di innovazione tecnologica, organizzativa e gestionale attraverso programmi di ricerca, sviluppo, trasferimento, adozione, attuazione e manutenzione, corrispondenti alla strutturazione di filiere sul modello di quelle realizzate nell'ambito dei sistemi per la salute dalle esperienze europee più avanzate. Questo comporta:

1. la definizione di più stringenti priorità per la ricerca sanitaria finalizzata ex art. 12;
2. una utilizzazione dei fondi della ricerca finalizzata indirizzata non soltanto al finanziamento della spesa corrente, ma anche alla creazione e al rafforzamento della infrastruttura tecnologica ed informativa necessaria per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata;
3. la riorganizzazione ed il consolidamento della rete dell'offerta, privilegiando in particolare la progettata rete degli IRCCS, opportunamente integrata con le Aziende ospedaliero-universitarie, in quanto luoghi istituzionali della collaborazione fra Università e SSN, e promuovendo il già significativo contributo delle strutture proprie del SSN, con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse umane e finanziarie, a rispondere alle sfide internazionali;
4. sviluppare nelle regioni e all'interno delle aziende sanitarie la capacità di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSN, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza, che comporti la capacità di valutare e tempestivamente adottare le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimarne l'impatto economico e, soprattutto, analizzarne il possibile impatto sull'organizzazione e le possibili ricadute sulla programmazione locale e regionale dei servizi;
5. definire nuove norme di relazione fra il SSN e l'industria farmaceutica e biomedicale nel settore della ricerca e della formazione che, senza rinunciare al suo contributo essenziale in termini finanziari e di conoscenze, assicurino il rispetto delle priorità del SSN; conferiscano trasparenza alle relazioni fra finanziatori e destinatari del finanziamento; prevenano l'insorgere di condizioni di conflitto di interessi nei singoli ricercatori e nelle organizzazioni.

Una delle priorità del Piano Sanitario Nazionale dovrà essere lo sviluppo della funzione di valutazione delle innovazioni tecnologiche (inclusi farmaci, presidi-medico-chirurgici) ed organizzative (inclusi interventi per la promozione della qualità, la gestione del rischio, la riduzione delle liste di attesa). A tale scopo sarà necessario prevedere finanziamenti della ricerca finalizzata ex art. 12 dedicati a:

1. sviluppo della ricerca "primaria" originale
2. revisioni sistematiche e metaanalisi di studi già disponibili
3. sostegno allo sviluppo di piattaforme tecnologiche ed informative per il supporto agli studi clinici, valutativi ed economici dell'impatto delle innovazioni sulle condizioni di salute e sui costi, quali ad esempio registri delle patologie e/o delle tecnologie, su base regionale o interregionale
4. sviluppo della funzione di coordinamento (clearinghouse) delle attività di valutazione condotte a livello regionale (o interregionale) da parte degli organi tecnici centrali del SSN, quali l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

### 4. Governo clinico

- Governo della domanda-appropriatezza*
- Ruolo dei professionisti*

Il disegno di legge in fase di approvazione definisce un nuovo ruolo dei professionisti nell'ambito della azienda e per la gestione del governo clinico. Il "governo clinico" è il metodo / strumento per garantire al sistema sanitario il confronto con i risultati di salute, efficacia clinica, conseguiti in ogni settore di attività; i risultati di salute sono il prodotto di competenza professionale, sapere e saper fare, ed organizzazione delle competenze: in questo piano si colloca il nuovo possibile equilibrio tra management aziendale e autonomia professionale. In questa ottica è individuabile la funzione del collegio di direzione come dimensione e luogo dove le competenze professionali, rappresentanti tutte le professioni, comprese le professioni tecnico-sanitarie, oltre gli infermieri, propongono specifici modelli organizzativi in funzione dei risultati di salute attesi dalla programmazione sanitaria.

Il problema che deve essere affrontato riguarda la necessità di una esplicita previsione di una finalità valutativa per il professionista che può diventare uno strumento utile alla reale implementazione del governo clinico nel sistema delle aziende. Oggi è messa particolare attenzione ai meccanismi di selezione e di scelta dei ruoli dirigenziali e di responsabilità dei professionisti, molta meno attenzione è invece affidata alla

valutazione dell'operato degli stessi. I risultati di salute conseguiti possono rappresentare una delle linee del profilo di valutazione del professionista. In sostanza, il perseguimento della efficacia clinica richiede forme di valutazione e controllo delle prestazioni erogate, oltre il mero aspetto quantitativo nel rispetto, tra l'altro, di un nuovo paradigma della medicina per il quale il ragionamento fisiopatologico non è più sufficiente per garantire un risultato positivo di salute.

Il processo valutativo, per essere sensibile e specifico nella misura del fenomeno osservato, deve rimodularsi in funzione della dimensione organizzativa che l'Azienda tenderà ad assumere garantire il processo di governo clinico.

#### Valutazione

Il PSN deve prevedere gli strumenti per la valutazione della capacità del sistema di perseguire le linee strategiche proposte dal Piano stesso e non già prevedere la valutazione del Sistema sanitario e dei LEA , in termini di congruità e di risorse utilizzate, affidata al tavolo di cui all'articolo 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

L'altro punto importante e qualificante del Piano deve essere la individuazione di meccanismi di valutazione condivisi che esulino dall'ottica del controllo sugli atti e di tipo piramidale, per evidenziare invece il ruolo di coordinamento e di garante dei principi ispiratori del SSN che lo stato deve svolgere. Il sistema di valutazione dovrebbe quindi monitorare in particolare la capacità del sistema di perseguire i principi fondanti il sistema stesso, ossia l'universalità, l'equità nell'accesso e nelle cure, la qualità delle prestazioni nel rispetto delle risorse assegnate, misurando i risultati conseguiti dalle regioni in termini di outcome e output, attivando processi di cooperazione sinergica tra le regioni e di integrazione efficace tra stato e regioni. Per questo il Piano dovrebbe individuare strumenti e metodologie condivisi tra Stato e Regioni

Il Piano inoltre dovrebbe definire in modo chiaro come si vuole procedere in relazione a quanto previsto per l'individuazione degli obiettivi da monitorare onde evitare il ripetersi di una prassi ormai consolidata di obiettivi che vincolano risorse per un anno ma sono approvati alla fine dello stesso anno e, quindi, del tutto privi di una qualsiasi possibilità di attuazione se non come resoconto di attività svolte, ma al contempo utilizzati per bloccare risorse importanti per il SSN.

#### 5. Le reti nazionali o interregionali

- Malattie rare – trapianti*
- L'Europa*

#### 5. OBIETTIVI DI SALUTE

La definizione degli obiettivi di salute non possono prescindere dalla enunciazione dei valori fondamentali a cui essi debbono rifarsi e cioè:

la salute come *diritto umano fondamentale*;

*l'equità nella salute e la solidarietà nell'azione* per il suo conseguimento

la *partecipazione* e la *responsabilità* da parte di individui, gruppi, istituzioni e comunità per lo protezione e la promozione della salute.

#### 6. RISORSE