

# Psn : territorio, avanti tutta

**Le linee del nuovo Piano 2010-2012 illustrate dal Ministro Fazio ai Presidenti delle Regioni.** *da Sole 24 Ore Sanità 4-10 Maggio 2010*

## LE CRITICITÀ

### Poca omogeneità e difficoltà di accesso ai servizi

Due le sfide assistenziali. La prima è relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria legati alla non autosufficienza. La seconda all'incremento dei costi per lo sviluppo di tecnologie e nuovi farmaci, con potenzialità diagnostiche e terapeutiche fino a oggi non disponibili. Queste tematiche assorbiranno larga parte delle risorse aggiuntive costringendo «il Ssn a imparare a garantire le prestazioni sanitarie dei Lea con margini di efficienza sempre più stringenti».

Nelle Regioni si hanno risposte disomogenee agli stessi bisogni di salute con il rischio di inequità nella copertura dei bisogni e mancata erogazione dei Lea: il superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le Regioni è un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

C'è un'ampia variabilità nei ricoveri ospedalieri, imputabile al ricorso a diversi setting assistenziali rispetto alle stesse patologie. L'impegno del patto per la salute di ridurre i posti letto anche per liberare risorse per lo sviluppo del territorio «impone il passaggio di alcune prestazioni inappropriate dal regime di ricovero a regimi erogativi diversi, nel rispetto di una presa in carico del paziente da realizzarsi con un'efficace continuità assistenziale tra ospedale e territorio».

Gare centralizzate di acquisto, forme di distribuzione di farmaci alternative a quella tradizionale, linee guida sulla corretta prescrizione e utilizzo dei farmaci, corretta gestione del personale, sono attività realizzate solo in alcune Regioni, mentre in altre i processi sono ancora in fase iniziale.

Il Ssn non è percepito dai cittadini come sistema di qualità. Punto critico è la difficoltà di accesso ai servizi e l'iperafflusso al pronto soccorso perché territorio e liste d'attesa non vanno: la funzione ancora centrale dell'ospedale con l'utilizzo inappropriato delle risorse non consente lo sviluppo del territorio e manca il collegamento funzionale tra la risposta territoriale e ospedaliera, creando difficoltà soprattutto ai cronici.

## LA RICETTA DELL'APPROPRIATEZZA

### Hta, farmaci e pubblico-privato nel mirino

Appropriatezza ad alto dosaggio e nuova etica dei rapporti tra Ssn e privato accreditato: la traccia di Psn presentata da Fazio punta al sodo, proponendo la medicina dell'Hta per garantire il buon uso delle risorse disponibili con il minor tasso di sprechi. Per le tecnologie il percorso è quello già tracciato (e per- nulla applicato) dell'health technology assessment, con la messa in rete delle esperienze italiane ed europee per garantire una sensata introduzione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico. Per i farmaci valgono ancora le ricette di razionalizzazione dei consumi che passano per l'appropriatezza prescrittiva, l'acquisto centralizzato, la buona gestione del magazzino, l'aumento della distribuzione diretta, il corretto uso dell'off label, la promozione dei generici, gli incentivi agli innovativi e alla ricerca: tutte questioni depositate da tempo e in attesa di risposte politiche dal tavolo della farmaceutica. Per i dispositivi c'è solo (e non è poco) da proseguire il cammino già avviato e ribadito dalla recentissima conferenza nazionale, con la gestione puntuale banca dati e del repertorio Ssn vis à vis con le norme europee di settore e la promozione della ricerca scientifica in questo campo. Dove davvero il Psn potrebbe cambiare musica è nei rapporti pubblico-privato: in relazione ad essi - scrive Fazio - si potrebbe delineare «una modifica alla normativa che consenta percorsi di accreditamento specifici per le strutture di eccellenza rispetto alle strutture che fanno assistenza ordinaria». Per queste ultimi, specie nelle realtà regionali più arretrate, potrebbero esserci «budget dedicati e verificati» rispetto alle prestazioni rese, puntando al recupero dei ritardi assistenziali, soprattutto per le fasce di bisogno che determinano fenomeni rilevanti di mobilità sanitaria.

Ma il ministro punta anche a valorizzare quello che di buono è stato fatto con le sperimentazioni gestionali (art. 9-bis, Dlgs 502192), trasferendo dalla fase sperimentale alla legislazione ordinaria le soluzioni operative e giuridico-istituzionali risultate vincenti.

## LE AZIONI PER LO SVILUPPO

### Spazio al territorio per garantire appropriatezza

Prevenzione: va proseguito e aggiornato il piano nazionale per ampliare quella primaria (stili di vita e diminuzione dell'incidenza di patologie cardiovascolari e tumorali) ed estendere ai soggetti a rischio quella secondaria e terziaria. Fondamentale è la centralità delle cure primarie e del territorio, da reallineare con percorsi "condursi" tra operatori e utenti, l'integrazione delle varie professionalità e la rimodulazione dell'offerta assistenziale, garantendo la continuità assistenziale attraverso le forme aggregate di cure primarie, ancora disomogenee. Per evitare l'iperafflusso ai pronto soccorso alcuni percorsi sono stati già indicati negli obiettivi di Psn 2009, ma un approfondimento va fatto per i Mmg su consulenze specialistiche, problemi sanitari delle isole minori e comunità montane.

Va garantita la continuità dell'assistenza e la gestione integrata delle cronicità territorio/ospedale. Anche in questo caso il Mmg è il principale referente, e vanno sviluppati Adi e posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico da dedicare soprattutto agli anziani non autosufficienti. In aiuto alla gestione della cronicità c'è l'Ict, per garantire modalità operative in rete tra Asl, ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, Comuni e famiglie. Un ruolo fondamentale avrà la rete delle farmacie. Per gli spazi sul territorio i piccoli ospedali, che danno una risposta non coerente con la funzione ospedaliera, vanno chiusi o ricoverati e utilizzati per risposte sanitarie più appropriate e di qualità ai bisogni delle popolazioni locali.

Infine la riorganizzazione delle reti ospedaliere. Accanto al ruolo degli ospedali di alta specializzazione, è necessaria la riduzione dei posti letto per acuti e la qualificazione di quelli per la riabilitazione: una rete secondo modelli hub&spoke o altri equivalenti di integrazione. Necessaria anche l'interconnessione dei sistemi di emergenza (118) e quella informatica tra Dea di I e II livello per il controllo in reti integrate delle patologie acute.

## I SETTORI STRATEGICI

### Ict, governante e ricerca a tutto empowerment

Ci sono cinque aree da mettere al passo per garantire la tenuta strategica per la tenuta e lo sviluppo del Sistema sanitario nazionale e ce n'è una sesta - quella dei rapporti con il cittadino - da curare a dovere per non nullificare tutto il resto. L'elenco dei cinque obiettivi apre con l'Information and Communication Technology (Ict), giudicata lo strumento fondamentale per erogare assistenza sempre più personalizzata e servizi integrati in rete. A seguire figurano la Clinical Governance, per onorare gli impegni assunti in tema di rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e la ricerca finalizzata al trasferimento dei risultati nella pratica clinica, con la creazione di network tematici. Per concludere due aree che necessitano di una urgente alfabetizzazione europea: la sanità veterinaria, che dovrà tra l'altro dotarsi di anagrafi animali "senza le quali non è possibile alcuna epidemiosorveglianza" e la sicurezza degli alimenti.

Ciò garantito al sistema che fare di impatto immediato sul cittadino? Il primo punto all'ordine del giorno sono le liste d'attesa: «il Piano nazionale in materia - scrive Fazio - va aggiornato a lume d'appropriatezza, classi di priorità e percorsi per la cronicità», e sfruttando tutte le chance dell'Ict per le prenotazioni (anche sovra regionali)».

Poi l'integrazione sanitaria e socio sanitaria per bisogni che necessitano di risposte intersettoriali integrate (a esempio salute mentale, dipendenze, malati terminali ecc.), Fazio suggerisce l'arma della ((programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le ASL» e lo sviluppo di «ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, in raccordo con la programmazione». Tutto da inventare.

E infine, per guadagnarsi fiducia e consenso da parte dell'assistito: qualità e umanizzazione, da realizzare unendo a professionalità e pietas anche il «**saper "rendere conto" di ciò che viene fatto**», e un empowerment che passi dalle parole ai fatti :

«Accanto alle iniziative istituzionali - scrive Fazio - è necessario che ogni operatore sia consapevole che è un proprio impegno lo sviluppo della partecipazione e dell'empowerment dei cittadini». Tutto da verificare.

## **MONITORAGGI E PERFORMANCE**

### **Federalismo e costi standard per migliorarsi**

L'attuazione del Piano sanitario nazionale temporalmente coinciderà con l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute nell'articolo 119 della Costituzione. Ai fini dell'applicazione della normativa sarà affrontata la tematica relativa alla definizione dei costi standard, per la quale occorre tener conto di alcune criticità». Il tema dei temi: il federalismo fiscale, con il corollario dei costi standard che dovranno essere definiti, è pronto a entrare ufficialmente nel nuovo Piano sanitario nazionale. La sostenibilità del sistema si misurerà infatti grazie al nuovo sistema che attribuirà i fondi in base ai costi standard (da definire in base alle performance delle Regioni migliori). Il nodo è però quello del flusso dei dati: in molte Regioni mancano sistemi di controllo e di contabilità analitica. Diventerà cruciale quindi «operare un raffronto tra le performance regionali». Un punto, questo, che viene introdotto chiaramente dal nuovo Patto della salute attraverso la «definizione di un set di indicatori sulla programmazione, sui costi medi per gruppo di prestazioni omogenee e sull'appropriatezza organizzativa, sull'efficienza e sull'efficacia». Un monitoraggio dell'appropriatezza che secondo la "traccia" del nuovo Piano sanitario nazionale dovrà avvenire anche attraverso la «partecipazione degli utenti». Con strumenti come l'audit clinico, la customer satisfaction e il ruolo del volontariato. Infine ci sarà anche un focus sugli investimenti «che potranno supportare il processo di territorializzazione dell'assistenza, con la concentrazione delle acuzie in strutture di riferimento regionali interconnesse a ospedali intermedi e a strutture territoriali e rinnovare il parco tecnologico, eliminando le tecnologie obsolete, introducendo tecnologie innovative».

## **FASI DELLA VITA E PATOLOGIE**

### **Tutte le priorità: dalla nascita alle cure palliative**

Il Piano sanitario nazionale promette un'attenzione particolare per alcune «patologie di grande rilevanza». Ecco la lista: malattie cardiovascolari; oncologiche; respiratorie croniche; diabete; salute mentale e disturbi del comportamento alimentare; dipendenze; malattie infettive; malattie rare. In più ci sarà una voce ad hoc per i «pazienti ad alto grado di tutela». La promessa più in generale del nuovo Psn sarà quella di concentrarsi sulle prime e le ultime fasi della vita.

Cominciando con la nascita: dalla sicurezza all'umanizzazione del parto, dal ricorso alla parto-analgesia, alla diminuzione dei parti cesarei, dalla facilitazione dell'allattamento al seno alla dotazione di posti letto di terapia intensiva neo-natale fino al trasporto neonatale. E poi l'età pediatrica in particolare per le «patologie congenite, ereditarie e le malattie rare», migliorando l'assistenza ai pazienti affetti da «sindromi malformative congenite», razionalizzando l'ospedalizzazione pediatrica con più «integrazione tra ospedale e PIs», valorizzando infine la ((scuola nella promozione di stili di vita salutari».

E poi c'è l'adolescenza a cui va garantita più «informazione e formazione per l'adozione di stili di vita salutari», con interventi ad hoc per la prevenzione del disagio e l'educazione alla sessualità prevedendo nelle scuole o all'interno dei consultori spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi.

Infine ci sarà la «senescenza» a cui andrà garantita prevenzione secondaria e terziaria, mentre per le «fasi ultime della vita»> si dovrà puntare sulle cure palliative e l'attuazione della legge 15 marzo 2010 con le «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore».



4-10 Maggio 2010