

Il Ssn compie trent'anni. Ma non ne dimostra qualcuno in più?

Il 23 dicembre del 1978 con una Legge votata dall'85% del Parlamento (legge 833/78), nasce in Italia il Servizio sanitario nazionale pubblico basato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni. A trent'anni dalla sua istituzione il ministero della Salute ha varato una campagna d'informazione per infondere

nuova fiducia nei suoi confronti da parte dei cittadini. Il ministero ha anche scattato un'istantanea per raccontare a che punto siamo con l'offerta dei servizi. Una fotografia con tanti risultati d'eccellenza, ma che non riesce a far dimenticare la necessità di ammodernamento e crescita del sistema. Oltre al fatto che il costo dell'intera 'operazione d'immagine' per il Ssn è stato di ben 1,5 milioni di euro.

La legge 833/78 è stata il primo passo per la costruzione di un sistema di servizi per la salute fondato sull'universalità dell'assistenza sanitaria, sulla solidarietà del finanziamento attraverso la fiscalità generale e sull'equità di accesso alle prestazioni. "Ero ministro dell'Industria, e sostanzialmente lo sono stato per circa un quarto d'ora, quando fu approvata la riforma sanitaria - ha ricordato il premier **Romano Prodi** nel corso del lancio della campagna del ministero della Salute per il rilancio del Ssn. Anche allora ministro della Salute era una donna, Tina Anselmi. Era una scommessa grossa per l'Italia, perché si passava da strutture frammentate a un sistema organico nel Paese per garantire una copertura totale a tutti i cittadini". La seconda tappa fondamentale del percorso del Ssn è stata segnata dal Decreto legislativo 502/93, che ha sancito la costituzione del sistema delle aziende per favorire l'efficienza e la managerialità della gestione, mentre la terza, raggiunta con il Decreto legislativo 229/99, ha portato alla previsione dei Livelli essenziali di assistenza per garantire l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Un obiettivo, questo, non ancora acquisito in tutta Italia, come ha ammesso lo

stesso premier: "Il nostro compito - ha sottolineato Prodi - è quello di spingere tutto verso le strutture che hanno le prestazioni migliori. Un incarico complesso e difficile".

■ Luci, ma anche ombre

Per l'occasione **Francesca Moccia**, coordinatrice nazionale del Tribunale dei diritti del Malato Cittadinanzattiva, non ha mancato di esporre e sottolineare "i problemi che il cittadino affronta quotidianamente nei rapporti con la sanità del nostro Paese" raccontati all'osservatorio nazionale PIT Salute, cui giungono ogni anno circa 20 mila segnalazioni. Tra le aree critiche ci sono da annoverare innanzitutto i viaggi della speranza che, secondo quanto esposto da Moccia, non sembrano diminuire. Sempre più spesso i cittadini sono costretti a cambiare Regione o a muoversi all'interno della propria Regione per avere cure adeguate o in tempi adeguati. Inoltre le aree della sanità italiana particolarmente deficitarie sono, da anni, sempre le stesse: l'odontoiatria, la riabilitazione, le liste di attesa, l'assistenza farmaceutica per le malattie rare, l'assistenza domiciliare e la salute mentale, che impongono ai cittadini anche l'assunzione diretta di un costo privato.

■ Un'iniezione di sociale nel Ssn

La quarta tappa per il Ssn "quella che stiamo costruendo - ha ribattuto **Livia Turco** - è quella della 'qualità e sicurezza delle cure'. Due pilastri ritenuti fondamentali dal Governo per svolgere appieno la missione di tutela della salute dei cittadini". Come si declina questo obiettivo? Cercando la qualità nelle prestazioni e nell'assistenza in tutte le fasi della vita e della malattia; la qualità nelle procedure e nelle linee guida; la qualità per la sicurezza dei pazienti; la qualità nei meccanismi organizzativi e gestionali; la qualità nell'arruolamento della dirigenza "dove deve contare - ha aggiunto il ministro Turco - solo il merito". Sono proprio questi punti, le leve del cambiamento sulle quali il ministro della Salute ha poggiato il suo decreto sull'ammodernamento del sistema che dovrebbe presto tradursi in un collegato alla legge Finanziaria.

Al centro della 'cura ringiovanente' a cui Livia Turco vorrebbe sottoporre il Ssn trentenne, ma con qualche ruga di troppo, c'è l'assistenza distrettuale domiciliare e territoriale, che per i pazienti si dovrebbe tradurre, innanzitutto, in una maggiore offerta di cure per i non autosufficienti, disponibile sia a casa sia in strutture residenziali, sia semi-

residenziali. Questa 'iniezione' di sociale nel sistema delle cure dovrebbe garantire anche l'assistenza palliativa ai malati terminali (a casa o in nuovissimi e più diffusi hospice), aiuto e sostegno alle famiglie e a chi soffre di malattie mentali, ma anche alle persone con disabilità complesse. Per ciascuno di questi soggetti in carico deve essere definito un "progetto di assistenza individuale", con tanto di percorsi, risultati e investimenti necessari. Il 50% dei costi per la maggior parte di queste prestazioni di "aiuto personale e assistenza tutelare alla persona" a integrazione delle cure sanitarie sarebbe a carico del Ssn.

■ Un comitato indipendente per la valutazione del Ssn

Aspettando la conferma o meno del riconoscimento avuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che colloca la sanità italiana al secondo posto nel mondo, il ministero della Salute ha deciso di costituire un "Comitato indipendente per la valutazione del Ssn" e la promozione delle buone pratiche nell'assistenza sanitaria. Il comitato sarà composto da personalità indipendenti nel campo della medicina, della sanità e del management sanitario, con il coinvolgimento attivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso un'apposita convenzione che costituirà il primo esempio di collaborazione diretta per la valutazione dei servizi sanitari tra l'Oms e un Paese membro.

La Commissione avrà tre principali funzioni:

1) Raccogliere e validare anche con l'uso di adeguati indicatori le esperienze di buona sanità attraverso le segnalazioni dei cittadini e degli operatori. Il comitato, coadiuvato da un adeguato supporto tecnico organizzativo del Ministero, promuoverà la diffusione di tali esperienze, anche attraverso internet, e la condivisione in altre realtà del Paese, facilitando dei veri e propri "gemellaggi per la buona sanità" tra strutture sanitarie di diverse Regioni.

2) Individuare le aree di maggiore debolezza del sistema sanitario, anche attraverso le segnalazioni dei cittadini e degli operatori, sulle quali, una volta analizzate la natura e le cause dei problemi, intervenire con progetti e iniziative per il superamento delle inefficienze entro

Tutti i numeri del nostro Servizio sanitario

Il sistema sanitario italiano si avvale della professionalità di 103.658 medici e 230.251 infermieri in servizio nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate; di 47.022 medici di medicina generale e di 7.459 pediatri di libera scelta che assistono rispettivamente ognuno una media di 1.080 adulti residenti e 1.029 bambini. Il nostro Ssn svolge, inoltre, attività di prevenzione attraverso 150 dipartimenti pubblici di prevenzione con oltre 10 mila operatori. Per quanto attiene all'assistenza erogata attraverso le strutture di ricovero e cura nel 2005, l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.222 istituti di cura pubblici e privati accreditati rispettivamente con 214.225 posti letto e 51.130 posti letto. Sono stati inoltre assistiti al proprio domicilio 396.757 pazienti, di cui l'84% di età maggiore o uguale a 65 anni e nelle strutture di Pronto soccorso sono state curate 23 milioni di persone (62.145 persone al giorno). Anche nel confronto internazionale con Francia, Germania, Spagna e Gran Bretagna quali Paesi europei più rilevanti dal punto di vista demografico e socio economico e Stati Uniti e Canada quali Paesi extraeuropei, il nostro servizio sanitario nazionale presenta notevoli punti di forza che lo inseriscono a pieno titolo tra i primi del mondo nonostante abbia una percentuale di spesa sanitaria totale rispetto al PIL (8.9%) inferiore a Stati Uniti (15.3%), Francia (11.1%), Germania (10.7%) e Canada (9.8%).

tempi predeterminati, avvalendosi anche di analoghe esperienze internazionali e nazionali.

3) Valutare permanentemente la qualità dei servizi offerti e verificare il raggiungimento dei risultati dei progetti di miglioramento dei servizi in stretta collaborazione con le istituzioni nazionali e regionali del Ssn preposte al monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza utilizzando e diffondendo a livello nazionale esperienze pilota già in atto localmente.

Le risorse restano insufficienti

Malgrado la legge Finanziaria 2008 preveda, fino a questo momento, nuovi fondi per la sanità, il nodo delle risorse resta e a ribadirlo è stato lo stesso ministro della Salute. Ma a lanciare un vero e proprio grido d'allarme è stato l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna **Giovanni Bissoni** secondo cui l'innalzamento della qualità delle prestazioni ha bisogno, ormai, di una riconsiderazione del Fondo sanitario nazionale (Fsn). A collocare il Fsn al centro del dibattito politico è proprio la revisione dei Livelli essenziali di assistenza, le prestazioni garantite dal Ssn in tutta la Penisola, a cui stanno lavorando Ministero e Regioni che si trovano a dover esaminare lo schema di decreto "Revisione straordinaria dei Livelli essenziali di assistenza", messo a punto dalla Programmazione sanitaria del ministero della Salute e che contiene, nella norma finale, l'abrogazione definitiva del decreto del 29 novembre 2001 firmato da **Silvio Berlusconi**, con il quale sono stati introdotti i Lea.

L'aggiornamento dei Lea prevederà l'inserimento nella lista di "nuove prestazioni, soprattutto in campo diagnostico - spiega l'assessore dell'Emilia Romagna - che al momento solo alcune Regioni assicurano a proprio carico. Ma per alcune malattie croniche e rispettivi malati, per esempio i pazienti dia-

betici, va posta l'attenzione sull'intero percorso assistenziale necessario e non solo sulla singola prestazione. Questo sarebbe davvero un elemento di forte innovazione". Questa revisione è innegabile ed è legata alla verifica dei costi dei Lea, ma anche all'adeguatezza delle risorse disponibili.

"Il Ssn quest'anno - ha spiegato Bissoni - in molte Regioni riesce a realizzare il pareggio di bilancio, non raggiungibile ovviamente in quelle Regioni impegnate nell'attuazione dei piani di rientro dal deficit. Nella maggior parte, comunque, si è già messo mano ai margini di efficienza del sistema". E questa affermazione sembra confermata dal fatto che l'OMS, su dati Ocse, ci conferma tra i Paesi che impegnano una parte ragionevole del proprio bilancio pubblico nella sanità (tabella 1).

La strategia dei tagli non paga

Vista dal punto di vista delle Regioni, insomma, l'esigenza del controllo della spesa sanitaria deve andare di pari passo con quello della qualità delle prestazioni. "Tante volte sulle Regioni che devono ripianare i deficit - ha sottolineato **Ezio Beltrame**, assessore alla Salute e protezione sociale del Friuli Venezia Giulia - facciamo controlli molto precisi dal punto di vista finanziario, mentre da quello dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza siamo ancora molto grezzi. È chiaro che le strategie che agiscono sull'offerta (dal taglio dei posti letto al razionamento delle prestazio-

ni) hanno un riscontro economico immediato, mentre processi di razionalizzazione, che puntano sulla qualità, come quelli sulla non autosufficienza, non offrono risultati immediati, ma anzi fanno aumentare la spesa, salvo poi pagare sul lungo periodo".

Il federalismo solidale passa dunque "per il miglioramento delle capacità organizzative locali - ha poi sottolineato Beltrame - che non significano solo taglio dell'offerta di servizi, ma anche lettura reale dei bisogni e riorganizzazione basata sui bisogni locali. Le grandi strategie che prevedono maggiore territorialità, più cure ai malati cronici, più complementarietà della rete ospedaliera sono scritte in tutti i piani sanitari regionali, ma nella traduzione pratica non tutte le Regioni riescono a bilanciare queste strategie".

Un piccolo risparmio provvidenziale

"Tutti gli accordi con le Regioni sulla sanità dal 2001 a oggi non seguono sempre la logica dei tagli. Per concorrere a ridurre il debito pubblico, si chiede un intervento modesto, pari allo 0.2% del Pil, riducendo sprechi e inefficienze e una maggiore assunzione di responsabilità". Lo ha tenuto a precisare **Francesco Massicci**, della Ragioneria generale dello Stato. Massicci ha ammesso che si registra "un rallentamento della spesa, ma solo alcune Regioni dispongono della strumentazione informativa adeguata per il monitoraggio. Senza dimenticare che nella gran parte dei casi questi strumenti sono deboli e inesistenti". Da qui l'importanza della tessera sanitaria e di tutti gli altri strumenti che permettano di raccogliere e scambiare informazioni utilizzando un linguaggio comune.

"Oggi ci si confronta con le Regioni - ha ammesso Massicci - sulla base di valori soglia da non superare e con il ministero dell'Economia che fa la parte del cerbero. Il futuro, però, deve guardare a un paniere di confronto nazionale tra prestazioni standard e costi standard".

Tabella 1

Percentuale spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria

Gran Bretagna	87.1
Francia	79.8
Germania	76.9
Italia	76.6
Spagna	71.4
Canada	70.3
USA	45.1

Fonte: Ministero della Salute