

# Ssn: quali risposte alle sfide future?

*I Mmg piacciono ancora, ma se il nuovo Governo vorrà assicurare una sanità efficiente ai propri cittadini dovrà sciogliere, secondo gli economisti del Cergas dell'Università Bocconi, ancora*

*molti nodi. Anche se i livelli essenziali d'assistenza, dunque, sono ormai legge per tutta l'Italia, restano molte cose da cambiare nella struttura del suo Ssn. A cominciare dai dirigenti.*

**M**algrado il Rapporto Pit Salute 2007 (M.D. 2008; 13: 6-8) mostri una incrinatura nell'idilliaca relazione tra Mmg e assistiti, nella ricerca "Bilancio sociale e salute" (Bss), promossa dall'Università Iulm e presentata di recente a Milano, una buona notizia c'è, i cittadini promuovono a pieni voti il Mmg. Forte è il gradimento espresso nei confronti del generalista, primo tra una serie di attori del Ssn. "Questa ricerca - ha commentato **Mario Abis**, docente dell'Università Iulm di Milano - s'inserisce nelle tematiche della salute riguardo in particolare allo sviluppo di due grandi tendenze: l'allungamento della speranza di vita e le cronicità, le malattie che stabilizzano il rapporto fra assistenza, cura, malattia e sistema sanitario. Le malattie croniche riguardano non solo il rapporto tra medico specialista e paziente, ma tra diversi soggetti: le famiglie, le amministrazioni regionali, le aziende sanitarie locali, i medici di famiglia, gli infermieri e altre figure specialistiche: questi attori sociali sono il pubblico di riferimento dello studio Bss".

Secondo Abis, i sistemi sanitari nazionali e regionali si trovano oggi ad affrontare una importante sfida: l'erogazione di un servizio qualitativamente soddisfacente a una popolazione che per invecchiamento e maggior sensibilità sarà sempre più propensa a fare ricorso all'assistenza sanitaria. "Le malattie croniche sono in aumento - ha precisato Abis - e comporteranno un impegno continuo da parte del sistema sanitario durante tutta la vita del paziente. È un tema importante, che riguarda le grandi politiche delle nostre istituzioni sanitarie, siano esse nazionali o regionali".

## Punti critici

Molti però sono i punti critici di cui il nuovo esecutivo di centrodestra dovrà farsi carico. *In primis* c'è da capire cosa fare per governare sul piano finanziario il territorio, ma anche come sarà gestito il peso delle Regioni che hanno accumulato un significativo disavanzo economico in sanità. "Si registra uno spostamento di spesa dall'ospedale al territorio, pari ad oltre il 50%. Sono stati creati modelli di finanziamento per governare l'ospedale, a partire dai Drg, ma per governare sul piano finanziario il territorio - ha tenuto a sottolineare **Francesco Longo**, direttore del Cergas, il Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale dell'Università Bocconi di Milano - modelli standardizzati non ci sono".

## Sono arrivati i nuovi LEA

Per creare una maggiore uniformità nell'offerta dei servizi di tutela della salute, il Governo uscente come ultimo atto 'di sistema' ha varato un DPCM che ha identificato i Livelli essenziali d'assistenza e che per la prima volta, tra l'altro, ha fissato nel dettaglio tutte le attività che ciascun distretto dovrà garantire in tutta Italia. Le aree previste sono nove: assistenza sanitaria di base; emergenza sanitaria territoriale; assistenza farmaceutica; assistenza integrativa; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza protesica; assistenza termale; assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il DPCM stabilisce che il Ssn garantisce, attraverso

## Cosa dovremo attenderci dal nuovo Governo in tema di sanità?

I 10 punti programmatici del Popolo della Libertà, resi noti prima della vittoria elettorale:

1. Esclusione di ogni ipotesi di leggi che permettano o comunque favoriscano pratiche mediche assimilabili all'eutanasia.
2. Ripresa in ogni settore di attività del sistema delle mutue che, con sostegno pubblico e privato, garantiscano ai giovani assistenza sociale e sanitaria in caso di non lavoro e di bisogno.
3. Attuazione del piano straordinario del 2° Governo Berlusconi per le persone non autosufficienti (disabili, anziani, malati gravi) di concerto con il mondo delle autonomie e del privato sociale.
4. Rilancio del ruolo di prevenzione e di assistenza dei consultori pubblici e privati per garantire alternative all'aborto per la gestante in difficoltà.
5. Attuazione della legge contro le droghe e potenziamento dei presidi pubblici e privati di prevenzione e di recupero delle tossicodipendenze.
6. Trasparenza nella scelta dei manager nelle aziende pubbliche sanitarie, con graduatorie che valorizzino il merito e la qualificazione professionale;
7. Completamento del Governo Berlusconi per l'eliminazione delle liste d'attesa.
8. Incentivazione del rinnovamento tecnologico delle strutture ospedaliere e della realizzazione di nuove strutture, in particolare al Sud, in accordo con le Regioni.
9. Graduale e progressivo aumento delle pensioni più basse, rafforzamento della previdenza complementare e avvio sperimentale di nuove mutue sociali e sanitarie.
10. Riforma della legge 180 del 1978, in particolare per ciò che concerne il trattamento sanitario obbligatorio dei disturbati psichici.

i propri servizi e attraverso i medici e i pediatri convenzionati, "la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute". Si confermano, tuttavia, tra i livelli essenziali da garantire ai cittadini anche attraverso la prossima Convenzione nazionale, tutti quegli obiettivi che, in bozza, agli stessi professionisti del settore erano sembrati assai ambiziosi da perseguire in concreto. Pensiamo, per esempio, allo sviluppo e alla diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute. Oppure all'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni, spesso abbastanza disomogenei e difficili da tenere sempre aggiornati e presenti anche da parte del Mmg.

### ■ Il tallone d'Achille

Basterà aver fissato nero su bianco i Lea per garantirne l'erogazione in qualità su tutto il territorio nazionale?

Se lo chiediamo a Longo del CERGAS, lo studioso ci risponderà che il nostro sistema sanitario ha un'ottima dotazione tecnologica, in tanti ambiti, se si considerano la presenza di PET, TAC, RMN, e grandi tecnologie l'Italia ha circa il doppio di "macchine" per abitante rispetto per esempio, agli inglesi. Siamo poi dotati anche di buone competenze mediche e abbiamo 4 medici ogni mille abitanti (negli Usa: due per mille abitanti). "Siamo invece in ritardo nel settore delle infrastrutture - ha precisato Longo - per rinnovarle occorrono 30-40 miliardi di euro".

Altro problema è l'elevata percentuale di spesa privata, quella che pagano le famiglie, "out of pocket", oggi è pari al 21-22%. Si spendono inoltre sette miliardi l'anno per le badanti (700 mila): una cifra che, se sommata, porta la percentuale ad attestarsi attorno al 30. Il 30% è una soglia oltre la quale i cittadini non si sentono più protetti da un sistema universalistico".

### ■ Una classe dirigente da formare

Il Paese inoltre ha bisogno di investire di più sullo sviluppo dei dirigenti in termini di formazione, di persone capaci, che decidano di lavorare per il sistema di interesse pubblico. "L'importante è che si possa scegliere - ha affer-

mato Longo - da una rosa di candidati che siano solidi sul piano delle competenze gestionali e della loro storia professionale. Abbiamo dato grandissimo peso ai direttori generali. Da anni monitoriamo chi sono queste persone, per capire la solidità della classe dirigente a cui abbiamo assegnato le sorti del nostro Paese. Notiamo che la durata media del direttore generale continua a essere relativamente bassa: 3/3,5 anni in una Asl, un po' di più in un'azienda ospedaliera. Ebbene, il direttore generale impiega il primo anno per finire ciò che va finito, un anno per fare i progetti e 4/5 per realizzarli. Peccato che dopo un anno spesso è già impegnato nella propria campagna elettorale".

Ancora più preoccupante è un altro dato: il numero di persone che hanno ricoperto il ruolo di direttore generale in almeno due Regioni sono una rarità, quello di coloro che l'hanno fatto in tre Regioni pressoché zero. Molte sono state le meteore, cioè quelli che hanno coperto questo ruolo per 1, 2 o massimo 3 anni in una sola Regione, poi mai più nella loro vita. "Dunque - ha concluso Longo - se vogliamo veramente investire in una classe dirigente per il Paese, i dati devono essere ribaltati: cioè le persone devono svolgere il compito di direttore generale di mestiere e in tante Regioni diverse".