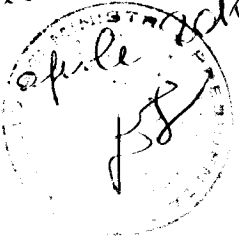


*Consegnato nelle
Sezioni del*

29 aprile 2010



**DOCUMENTO PRELIMARE INFORMATIVO
SUI CONTENUTI DEL NUOVO
PIANO SANITARIO NAZIONALE
2010-2012**

**COMUNICAZIONE DEL MINISTRO FAZIO
ALLA
CONFERENZA STATO- REGIONI
29 aprile 2010**

INDICE

Premessa

1. IL CONTESTO EUROPEO ED INTERNAZIONALE

2. IL SISTEMA ITALIANO

3. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA DA AFFRONTARE CON IL NUOVO PSN

- 3.1 *Le sfide assistenziali*
- 3.2 *Disomogeneità tra Regioni*
- 3.3 *Inappropriatezza nei ricoveri*
- 3.4 *Inefficienza nell'acquisto di beni e servizi (farmaci, tecnologie) e nella gestione del personale*
- 3.5 *Scarsa qualità percepita*

4. AZIONI PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA

- 4.1 *Rilanciare la prevenzione*
- 4.2 *Sottolineare la centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali*
- 4.3 *Continuità assistenziale e gestione integrata delle cronicità tra territorio e ospedale*
- 4.4 *Riconversione progressiva dei piccoli ospedali*
- 4.5 *Riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali*

5. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA E UNIFORMITÀ LEA

- 5.1 *Garanzia dei diritti*
- 5.2 *La partecipazione degli utenti*
 - 5.2.1 *Audit civico*
 - 5.2.2 *Customer satisfaction*
 - 5.2.3 *Il volontariato*

6. LA VALUTAZIONE DELLE NUOVE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

7. FARMACI

8. DISPOSITIVI MEDICI

9. LA TEMATICA DELL'ACCREDITAMENTO E DEL RAPPORTO PUBBLICO PRIVATO

10. SETTORI STRATEGICI

- 10.1 *Information and communication technology*
- 10.2 *Clinical governance e sicurezza delle cure*
- 10.3 *Ricerca ed innovazione*



- 10.4 Sanità veterinaria*
- 10.5 Sicurezza degli alimenti*

11. MIGLIORARE IL RAPPORTO TRA LE STRUTTURE DEL SSN E IL CITTADINO

- 11.1 Liste di attesa*
- 11.2 Integrazione sanitaria e socio sanitaria*
- 11.3 Qualità e sicurezza dei pazienti, umanizzazione*
- 11.4 Partecipazione, empowerment*

12. FASI DELLA VITA

- 12.1 La nascita*
- 12.2 L'età pediatrica*
- 12.3 L'adolescenza*
- 12.4 La senescenza*
- 12.5 Le fasi ultime della vita: cure palliative*

13. PATOLOGIE RILEVANTI

- 13.1 Malattie cardiovascolari*
- 13.2 Malattie oncologiche*
- 13.3 Malattie respiratorie croniche*
- 13.4 Diabete*
- 13.5 Salute mentale e disturbi del comportamento alimentare*
- 13.6 Malattie infettive*
- 13.7 Malattie rare*
- 13.8 Pazienti ad alto grado di tutela*

14. SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA: COSTI STANDARD

15 INVESTIMENTI

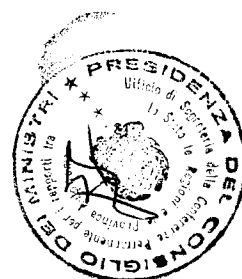


PREMESSA

Con l'approvazione del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2010, si sta chiudendo un complessa fase di programmazione economico finanziaria e di regolazione del SSN che si era aperta con le previsioni del decreto legge n. 112/08, convertito in legge n. 133/08, all'art. 79, n. 1bis, il quale prevede che "per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (...)". Tale intesa, come è noto, è in seguito slittata, su istanza delle Regioni, all'anno 2009, nel corso del quale si è lavorato alla definizione di un nuovo strumento pattizio costituito dal nuovo Patto per la salute, sancito dalla Conferenza Stato Regioni in data 3 dicembre 2009.

L'incertezza del quadro finanziario in materia sanitaria, conseguenza dell'alternarsi delle vicende sopra esposte, ha suggerito il differimento al triennio 2010-2012 del nuovo Piano Sanitario Nazionale già previsto per il triennio 2009-2011.

Con la presente comunicazione si vuole dare avvio al processo concertativo che, sulla base di quanto previsto dal Nuovo Patto per la salute, dovrà portare dunque al PSN 2010-2012, anticipandone in questa sede i principali contenuti.



1.IL CONTESTO EUROPEO ED INTERNAZIONALE

La dimensione europea del PSN si confronta con tematiche di grande rilevanza che impongono una armonizzazione del servizio sanitario rispetto ai principi della Comunità europea, ad es. la libera circolazione dei cittadini e la conseguente mobilità dei pazienti che scelgono di sottoporsi a cure mediche nei Paesi europei. A questo consegue la necessità di declinare i diritti e i doveri europei in campo sanitario sia individuali che collettivi, e la definizione di una serie di regole chiare e coerenti con le normative nazionali per l'acquisto di prestazione sanitarie, sia per quanto riguarda le tipologie di prestazioni e le relative tariffe che i requisiti di qualità degli operatori e delle strutture, il follow up dei pazienti e lo scambio di informazioni e dati.

Importanti indirizzi vengono dall'OMS che, con la Carta di Tallin "Carta dei sistemi sanitari per la salute ed il benessere economico", partendo dai valori comuni di solidarietà, equità e partecipazione, promuove gli investimenti in settori che influenzano la salute della popolazione, sottolineando la relazione esistente tra salute e benessere economico, cui le scelte nazionali debbono dare maggiore priorità, incoraggia la trasparenza e la valutazione della performance del sistema sanitario per rendere i sistemi sanitari più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

L'Italia partecipa ad importanti iniziative di carattere internazionale come il partenariato Euro-Mediterraneo avendo la leadership di importanti progetti relativi al rafforzamento dei sistemi sanitari, e ad interventi nella lotta delle malattie trasmissibili e non trasmissibili.

Nella definizione e attuazione del Piano sanitario nazionale 2010-2012 si dovrà comunque tener conto di quanto andrà a stabilirsi in sede di UE in materia di direttiva sull'applicazione dei diritti dei pazienti alle cure transfrontaliere.

2.IL SISTEMA ITALIANO

La modifica al Titolo V della Costituzione ha posto in capo allo Stato la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza e alle Regioni la responsabilità della loro effettiva applicazione nel proprio territorio. La *governance* sanitaria, nel mutato quadro costituzionale si realizza



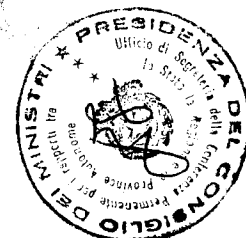
attraverso l'utilizzo dello strumento "pattizio", che vede i principi regolatori di funzionamento del sistema sanitario nazionale sanciti in Conferenza Stato-Regioni tramite accordi e intese, da ultima l'Intesa 3 dicembre 2009 "Nuovo patto per la salute" che delinea le grandi linee programmatiche e le risorse per la sanità nel triennio 2009-2011, con gli obiettivi di contenimento della spesa pubblica in sanità, la riduzione dei posti letto, la cornice per i nuovi Piani di rientro (tali linee programmatiche sono state poi trasfuse nella legge finanziaria 2010) , e prospetta la necessità di una riflessione congiunta sui grandi temi come l'accreditamento, la mobilità interregionale, le problematiche tariffarie.

Il nuovo patto ha dato certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, confermando un trend di crescita del finanziamento pur rendendolo compatibile con la programmazione finanziaria del Paese, nel rispetto degli impegni assunti a livello europeo in materia di finanza pubblica. Ciò consente di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati. Un ruolo specifico è assegnato allo Stato nell'affiancamento alle Regioni caratterizzate da gravi disavanzi sanitari, nel processo di accompagnamento verso il risanamento dal deficit e il miglioramento e la razionalizzazione del sistema sanitario regionale, per la garanzia dell'erogazione dei LEA, nelle scelte più appropriate e meno dispendiose per i cittadini dei loro territori, aiutandole nell'organizzazione strutturale del sistema sanitario e dei servizi.

3. LE CRITICITÀ DEL SISTEMA DA AFFRONTARE CON IL NUOVO PSN

3.1 *Le sfide assistenziali*

Il SSN sta affrontando due grandi sfide assistenziali. La prima è quella relativa ai problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza: nel nostro SSN il tema dell'assistenza agli anziani e ai disabili non autosufficienti già oggi pesa molto di più che in altre realtà a causa della più alta percentuale di anziani (al 1° gennaio 2009 la percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne era del 20,1 %, l'indice di vecchiaia del 143%) e grandi anziani e tende ad assorbire sempre più risorse per servizi di carattere prevalentemente socio-sanitario.



La seconda è legata all'incremento dei costi legato allo sviluppo di tecnologie sanitarie e nuovi farmaci, in grado di assicurare potenzialità diagnostiche e terapeutiche fino ad oggi non disponibili. Questi due tematiche assistenziali di fatto segnano un fattore di svolta epocale che assorbirà una ampia parte delle risorse aggiuntive e costringerà il SSN nel suo insieme ad imparare a garantire le prestazioni sanitarie comprese nei LEA con margini di efficienza sempre più stringenti.

3.2 Disomogeneità tra Regioni

Non si può non registrare nel nostro Paese il differente sviluppo dei sistemi sanitari regionali, sia per i diversi contesti organizzativi preesistenti alla nascita e allo sviluppo di sistemi sanitari che hanno comportato il mantenimento di specificità regionali che per la diversa capacità fiscale. Per valutare l'effettiva erogazione dei LEA, ai fini della garanzia degli stessi, sono stati adottati strumenti valutativi che partendo dall'analisi della struttura demografica, sociale ed economica della singola regione consentono di monitorare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta presenti nei vari territori, riconducibili alla diversità dell'evoluzione dei diversi servizi regionali, che non sanno rispondere in maniera parimenti efficace al bisogno del proprio territorio. Tale situazione è confermata dai dati economici che mostrando significative differenze nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza confermano la necessità di raggiungere il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, necessario a garantire l'equità del sistema.

Si registrano pertanto nel territorio risposte disomogenee ai medesimi bisogni di salute con conseguente rischio di inequità nell'attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

3.3 Inappropriatezza nei ricoveri

Gli studi condotti in questi anni sulle schede di dimissione ospedaliera hanno dimostrato che c'è un'ampia variabilità nei ricoveri ospedalieri nelle diverse Regioni, imputabile, anche se in parte, al ricorso a diversi setting assistenziali a fronte delle medesime patologie. L'impegno, preso in sede di Patto per la salute, di ridurre i posti letto, anche al fine di



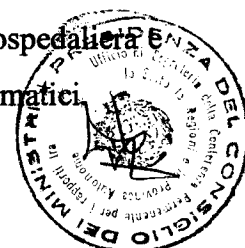
liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, impone il passaggio di alcune prestazioni inappropriate dal regime di ricovero a regimi erogativi diversi, nel rispetto di una presa in carico del paziente da realizzarsi tramite la realizzazione di una efficace continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Rispetto alla prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, analoga variabilità induce a pensare a fenomeni di iperprescrizione in alcuni territori. L'impatto economico collegato all'erogazione appropriata delle prestazioni consentirà di spostare risorse in settori dell'assistenza ancora da sviluppare.

3.4 Inefficienza nell'acquisto di beni e servizi (farmaci, tecnologie) e nella gestione del personale.

Per quanto è da più tempo auspicato il ricorso a gare centralizzate di acquisto, all'implementazione di forme di distribuzione di farmaci alternative alla distribuzione tradizionale, alla implementazione di linee guida sulla corretta prescrizione e sul corretto utilizzo dei farmaci, alla corretta gestione del personale, tali attività sono state realizzate essenzialmente solo in alcune Regioni, mentre in altre i processi sono ancora in fase iniziale. Forti disomogeneità sono riscontrabili nella gestione del personale delle aziende sanitarie, con livelli retributivi differenziati e non collegati alla qualità dei servizi assicurati ai cittadini assistiti.

3.5 Scarsa qualità percepita

Sebbene il nostro SSN abbia numerose punte di eccellenza, risponda ai bisogni sanitari dei cittadini e sia un sistema complessivamente a bassa compartecipazione di spesa non viene percepito dai cittadini come un sistema di qualità. Un punto critico è legato alla difficoltà di accesso ai servizi anche rispetto ai fenomeni di iperafflusso al PS, alla efficacia e alla chiarezza dei percorsi di attivazione della risposta assistenziale, in particolare per quanto attiene ai servizi territoriali, e alla gestione trasparente delle liste di attesa. Il perdurare in alcune realtà della funzione centrale dell'ospedale nella risposta assistenziale e il conseguente maggior utilizzo inappropriato delle risorse in questo settore non ha consentito e non consente lo sviluppo del territorio, luogo di riferimento prioritario per la gestione dei quadri patologici degenerativi e cronicizzativi che caratterizzano la fascia di utenza in crescita. Manca inoltre il collegamento funzionale tra la risposta territoriale ed ospedaliera e questo causa non poche difficoltà per la gestione dei pazienti cronici multiproblematici.



4.AZIONI PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA

Il nuovo PSN si propone come documento condiviso per il superamento delle criticità sopra ricordate.

4.1 Rilanciare la prevenzione

Si tratta, attraverso la prosecuzione e l'aggiornamento del Piano nazionale della Prevenzione, di ulteriormente ampliare le iniziative finalizzate alla prevenzione primaria, soprattutto legate alla promozione degli stili di vita associati ad una diminuzione della incidenza delle patologie cardiovascolari e tumorali. Si tratta poi di estendere la copertura dei soggetti a rischio rispetto agli interventi di prevenzione secondaria e terziaria di dimostrata capacità nel modificare la storia naturale delle malattie cardiovascolari, metaboliche ed oncologiche.

4.2 Sottolineare la centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali

Nell'ultimo decennio si sta portando avanti una profonda reingegnerizzazione delle cure primarie, che ha visto realizzarsi, anche se non ancora compiutamente in tutto il territorio nazionale, il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazioni di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, trasformando il paradigma della medicina di attesa in medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure. In questo ambito, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie e l'integrazione con le altre professionalità del territorio (Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali), che prevedono la rimodulazione dell'offerta assistenziale, sia in termini quantitativi con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi, sia in termini qualitativi con modalità di facilitazione dell'accesso, diffusione dell'assistenza domiciliare integrata, per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana.



Tramite le forme aggregate delle cure primarie, quindi, si facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale), si migliora in particolare la comunicazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere e il MMG e il PLS in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, alla attivazione e alla partecipazione. Questi obiettivi si realizzano grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici, per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina. Infine le forme aggregate di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione e aumentandone l'adesione degli assistiti.

Per quanto la previsione delle forme aggregate delle cure primarie sia presente già in vari accordi convenzionali, la loro concreta realizzazione è ancora disomogenea e va pertanto ulteriormente diffusa. Riguardo attiene alla formazione del MMG è importante aprire una riflessione sulla messa in comune di tutte le esperienze regionali sul corso di formazione specifica, al fine di valutare l'opportunità di un elaborare un percorso che individui obiettivi formativi da perseguire in tutti i corsi regionali o la istituzione di una scuola di specializzazione specifica.

Per dare risposta al cittadino anche per le urgenze soggettive e minori e conseguentemente contenere l'iperafflusso dei pazienti al PS si devono concretizzare modelli organizzativi innovativi, di cui alcuni recepiti nell'Accordo sugli obiettivi di Piano 2009, che rappresentano un punto di riferimento per i cittadini sul territorio garantendo una risposta sanitaria possibilmente 24ore/24, con l'opportunità di usufruire al contempo delle eventuali consulenze specialistiche.

Un approfondimento specifico va effettuato sui problemi sanitari delle isole minori e delle comunità montane e sul ruolo specifico dei MMG in quel contesto.

4.3 Continuità dell'assistenza e gestione integrata delle cronicità tra territorio e ospedale

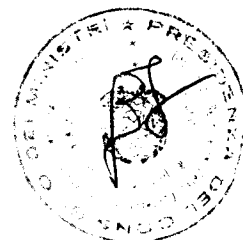
I cambiamenti che si registrano nello stato di salute con l'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, hanno evidenziato l'esigenza di definire nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare che consenta di porre in essere



meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere e, in tal modo, l'efficacia della continuità delle cure. Anche nella gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Oltre a quanto previsto per le cure primarie e la diffusione capillare in tutto il territorio dell'ADI, modulata secondo gradiente di complessità dei pazienti, la gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero.

I posti letto territoriali sono destinati prevalentemente a persone anziane non autosufficienti per assicurare procedure clinico-assistenziali di media-bassa medicalizzazione e la gestione appropriata di patologie cronicodegenerative, anche momentaneamente scompensate o riacutizzate, che non necessitano della complessità ospedaliera ma che non possono essere trattate a domicilio. Possono rispondere anche ad alcune esigenze sociali, per ricoveri temporanei a breve e medio termine. Tali strutture incontrano spesso un alto gradimento dei ricoverati e dei loro familiari, risultano a minor costo rispetto al ricovero ospedaliero e sono ritenute ad alto valore strategico soprattutto nella delicata fase tra la dimissione ospedaliera e il rientro a domicilio della persona. La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvale fortemente del contributo delle tecnologie innovative, in particolare della telemedicina, della teleassistenza e più in generale dell'ICT in particolare per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità (ASL, Ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, comuni, ma anche famiglie, con la loro forte capacità di "prendersi cura", associazioni, istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che caratterizza moltissime realtà locali italiane).

In questo quadro una rilevante funzione assistenziale potrà essere svolta dalla rete delle farmacie che ai sensi della legge 69/2009 e del relativo decreto legislativo 153/2009 sono chiamate a svolgere nuovi servizi sanitari a favore soprattutto dei soggetti fragili, attraverso



specifiche prestazioni, anche infermieristiche e fisioterapiche, erogabili in farmacia o nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

4.4 Riconversione progressiva dei piccoli ospedali

I piccoli ospedali, con ridotta casistica, non in grado di dare risposte sanitarie coerenti con la funzione ospedaliera devono andare incontro a processi di chiusura/riconversione. Secondo le esigenze locali, in attuazione degli indirizzi programmatori regionali questi piccoli ospedali possono diventare strutture intermedie dotate anche di p.l. a gestiti dal MMG, o punti di assistenza h 24 in zone distanti da altre strutture ospedaliere, o poliambulatori. Laddove è possibile sarebbe utile mettere nella stessa sede tutti i servizi territoriali, comprese le forme aggregate di assistenza primaria, la continuità assistenziale, le postazioni territoriali del 118 nonché servizi residenziali e semiseridenziali (ad es. RSA, centri diurni etc.) al fine anche di realizzare un polo sanitario forte, punto di riferimento dei cittadini, di pari visibilità del livello ospedaliero.

L'attivazione di tali strutture/servizi consente, nel momento della chiusura del piccolo presidio ospedaliero, di garantire risposte sanitarie più appropriate e di qualità ai bisogni della popolazione locale.

L'ospedale per acuti, nell'attuale modello di sanità che sposta il baricentro dall'ospedale al territorio, viene chiamato a svolgere prestazioni di alta complessità in tempi coerenti con la gestione della fase acuta della patologia e con attenzione al desiderio del paziente di permanere il più possibile al proprio domicilio. L'ospedale deve essere messo in rete con le altre strutture di differente livello, al fine di consentire che alcune prestazioni particolarmente complesse vengano erogate in centri specializzati individuati dalla programmazione regionale.

4.5 Riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali

Ogni realtà regionale sarà impegnata a ridefinire l'impianto della propria rete ospedaliera. Il processo di riduzione dei p.l. per acuti e la qualificazione dei p.l. per riabilitazione sarà l'occasione da un lato per qualificare il ruolo dei singoli presidi in una logica di rete coordinata secondo modelli tipo hub & spoke o altri equivalenti modelli di integrazione,



dall'altro per precisare il ruolo che gli ospedali di alta specializzazione di interesse sovraregionale dovranno avere nella rete nazionale.

Per quanto attiene alla risposta ospedaliera alla rete dell'emergenza sanitaria, in questa sede si sottolinea la particolare rilevanza che assume l'informazione continua e condivisa tra Sistema 118 e Rete ospedaliera, relativamente ai pazienti soccorsi, al loro stato di gravità, alla conoscenza continua della disponibilità di posti letto in area critica, tutti elementi che permettono di realizzare al meglio l'attività di soccorso indirizzando i percorsi e diminuendo i tempi di percorrenza. Tuttavia, l'interconnessione informatica con i DEA di I e II livello è da realizzare omogeneamente sul territorio nazionale. In coerenza con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle tecnologie di trasmissione dati e immagini sono state già avviate in varie regioni le reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare e per i traumi.

5. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA E UNIFORMITÀ DEI LEA

5.1 Garanzia dei diritti.

La garanzia del diritto alla salute si concretizza necessariamente con la effettiva attuazione dei percorsi assistenziali e dell'erogazione delle prestazioni di cui ai livelli essenziali di assistenza e dell'equità nell'accesso agli stessi. I LEA si declinano in un contesto programmatico che valuta la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione rispetto alla tipologia del bisogno, in un costante monitoraggio anche finalizzato ad individuare lo standard di copertura del fabbisogno che si configura come livello minimo per ritenere il LEA garantito, l'appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi, il progressivo miglioramento della qualità delle cure.

Lo Stato e le Regioni hanno in questi anni concordato sull'opportunità di attivare una serie di monitoraggi dell'assistenza erogata e della capacità delle Regioni di garantire i LEA. Nel 2001, in attuazione del d.lgs. n.56 è stato individuato un set di indicatori con cui monitorare l'assistenza erogata nelle varie Regioni. Successivamente, ai sensi dell'articolo 9 dell'Intesa



Stato Regioni del 23 marzo 2005, si è convenuto di istituire il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse che analizza i vari sistemi regionali, ai fini anche dell'assegnazione dei maggiori finanziamenti in caso di esito positivo.

La successiva Intesa del 3 dicembre 2009, definisce, tra l'altro, un ulteriore set di indicatori sul rispetto della programmazione nazionale, sui costi medi per gruppo di prestazioni omogenee, sulla appropriatezza organizzativa (prestazioni erogate nel setting assistenziale che a parità di efficacia e sicurezza consente il miglior uso delle risorse), sull'efficienza e sull'efficacia. Di più complessa valutazione è l'appropriatezza clinica, che può essere effettuata anche tramite la verifica sulla diffusione ed utilizzo delle linee guida nazionali ed internazionali e sulla attenzione posta alle indicazioni dell'EBM.

Il Ministero sta portando avanti importanti iniziative per la valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari, anche al fine di rendere il sistema sanitario più trasparente per i suoi fruitori. Si ricorda in tal senso l'iniziativa del Ministero della salute condotta con la collaborazione di qualificate strutture universitarie circa l'elaborazione, in via sperimentale, di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati, elaborati a livello regionale, Asl per Asl, Azienda ospedaliera per Azienda ospedaliera. Tali iniziative, a carattere sperimentale, dovrà consolidarsi in un'attività permanente di monitoraggio delle performance regionali ed aziendali affidata all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

5.2 La partecipazione degli utenti

Negli anni l'attenzione alla valutazione si è aperta, oltre che agli esperti del settore, ai principali interessati al buon funzionamento del SSN, gli utenti che diventano in tal modo partecipi dei processi di miglioramento del servizio stesso.

5.2.1 Audit civico Con l'audit civico le organizzazioni civiche e di volontariato promuovono la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende Sanitarie e possono cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali della pianificazione sanitaria



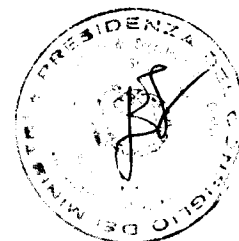
perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.

5.2.2 Customer satisfaction Altro strumento è la valutazione della “Customer satisfaction”, grado di soddisfazione dell’utente sull’assistenza di cui ha usufruito, che in particolare esplora tre dimensioni in relazione ai servizi offerti, alla fruibilità degli stessi, agli aspetti relazionali con gli operatori sanitari.

5.2.3 Il volontariato La difficoltà del servizio pubblico ad adeguare con efficacia e tempestività le proprie strutture organizzative ai rapidi mutamenti della domanda e la crescita della domanda dei servizi di assistenza, al di là dell’ambito sanitario propriamente detto, ha dato impulso alla crescita del volontariato nei settori sanitario e socio-sanitario, con la conseguente disponibilità di una ricchezza di opportunità e contributi, di interventi snelli, altamente flessibili ed efficienti su fronti non tempestivamente ed efficacemente presidabili dall’intervento pubblico. E’ pertanto opportuno che sia promosso lo sviluppo del volontariato impegnato in campo sanitario e socio-sanitario, siano supportati i percorsi di formazione e siano valorizzati i progetti innovativi ed i servizi di avanguardia che il volontariato riesce ad ideare e produrre. Queste azioni, coerenti con le necessità del territorio, devono essere soprattutto rivolte al coinvolgimento delle organizzazioni nella pianificazione e nella programmazione delle politiche e delle attività sanitarie e nell’elaborazione di percorsi comuni atti a migliorare l’organizzazione e la qualità dei servizi resi, nel monitoraggio e nella verifica dei risultati.

6. LA VALUTAZIONE DELLE NUOVE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Va implementato il ricorso agli strumenti e alle metodologie di *health technology assessment* per garantire un congruo ed efficiente utilizzo delle risorse, soprattutto per l’introduzione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico. Occorre che il patrimonio nel settore presente in Italia, costituito dalle diverse esperienze già portate avanti in varie realtà, venga messo in rete, per diffondere le informazioni, facilitare il confronto, costituire una forte base



di supporto alle scelte di politica sanitaria. La rete italiana deve poi raccordarsi con le iniziative europee per consentire il proficuo scambio delle metodologie e dei risultati.

7. FARMACI

Il PSN dovrà promuovere tutti gli strumenti che consentano di utilizzare in maniera più appropriata ed efficiente la risorsa farmaco, mettendo in essere a livello regionale e locale tutte le iniziative per una razionalizzazione del consumo, come ad es. implementazione dell'appropriatezza prescrittiva, acquisto centralizzato, gestione del magazzino, aumento della distribuzione diretta, corretto uso dell'uso off label, promozione dei farmaci equivalenti, incentivazioni per l'introduzione dei farmaci innovativi. Per rilanciare la ricerca in questo settore occorrerà delineare interventi in grado di attrarre risorse per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci e promuoverne la sperimentazione in tutte le fasi.

8. DISPOSITIVI MEDICI

Il PSN dovrà proseguire nel percorso già in atto relativo alla banca dati dei dispositivi medici, al repertorio di quelli che possono essere erogati a carico del SSN, all'armonizzazione della normativa italiana con le norme europee di settore, all'adozione di sistemi di vigilanza integrati tra gli Stati membri e la Commissione europea, alla promozione della ricerca scientifica in questo campo.

9. LA TEMATICA DELL'ACCREDITAMENTO E DEL RAPPORTO PUBBLICO PRIVATO

La collaborazione pubblico privato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale può riguardare tre ambiti diversi ma potenzialmente complementari.

Il primo ambito si riferisce alla ruolo che le strutture private possono svolgere di erogatori di prestazioni sanitarie per conto del SSN. Si tratta del sistema basato sull'accREDITAMENTO istituzionale e sulla sottoscrizione di contratti annuali in base ai quali le strutture private



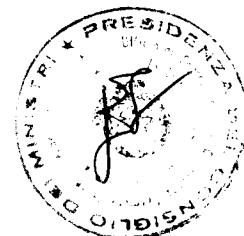
erogano prestazioni remunerate dal SSN. Il PSN potrà delineare i caratteri di una modifica normativa che consenta percorsi di accreditamento specifici per le strutture di eccellenza rispetto alle strutture in grado di assicurare attività assistenziali di carattere ordinario. A tali strutture soprattutto nelle realtà regionali più arretrate potrebbero essere assegnati budget dedicati (e puntualmente verificati rispetto alle prestazioni rese) finalizzati al recupero dei ritardi assistenziali, con particolare riferimento ai campi prestazionali per i quali si registrino rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria.

Il secondo ambito riguarda la partnership pubblico – privato per la gestione dei servizi. Tale partnership si realizza specificatamente allorché il pubblico e il privato collaborano nella gestione dei servizi in forme quali le sperimentazioni gestionali, introdotte nel nostro sistema dall'art. 9 bis del d.lgs. 502/92 e s.m.i. (costituzione di società a capitale misto pubblico – privato). Si tratta di ormai numerose esperienze maturate in molteplici regioni, sulle quali occorrerà mettere un punto fermo per individuare soluzioni normative che implementino nella legislazione ordinaria le soluzioni operative e giuridico-istituzionali che, dalla sperimentazione, emergano come meritevoli di una diffusione a tutte le realtà nazionali, uscendo dalla fase sperimentale.

Il terzo ambito è quello degli investimenti per la realizzazione e ristrutturazione del patrimonio edilizio e tecnologico del S.S.N. La partnership pubblico – privato si riferisce sia ai contratti di leasing, di cui all'art.160-bis del Decreto Legislativo 163/2006, ma più efficacemente si riferisce al partenariato pubblico privato (PPP) ad iniziativa pubblica, ovvero le concessioni di lavori pubblici, e ad iniziativa privata, cioè il project financing, entrambe disciplinate nel vigente ordinamento dal richiamato Decreto Legislativo 163/2006, come modificato dal “terzo correttivo”: il D.lgs. 152/2008.

10. SETTORI STRATEGICI

Il Piano sanitario nazionale tratterà particolarmente alcuni settori la cui implementazione è ritenuta strategica per la tenuta e lo sviluppo del Sistema sanitario nazionale.



10.1 Information and Communication Technology

L'ICT rappresenterà lo strumento fondamentale per supportare le erogazione di forme di assistenza sempre più personalizzate e servizi integrati in rete, che consentano di accompagnare il cittadino nei percorsi sanitari, di tipo innovativo, incrementando l'efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni a lui erogate.

10.2 Clinical governance e sicurezza delle cure

Vanno implementati gli strumenti del governo clinico tramite l'integrazione dei suoi numerosi determinanti, dando seguito, in particolare a quanto stabilito con l'accordo Stato regioni del 20 marzo 2008 in tema di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti e delle cure.

10.3 Ricerca e innovazione mediche

E' necessario dare impulso alla creazione di network tematici per area di ricerca, all'attivazione di forme di collaborazione a livello internazionale, al trasferimento dei risultati nella pratica clinica, all'utilizzo delle nuove tecnologie applicate alla ricerca biomedica. E' necessario promuovere lo sviluppo di terapie innovative ma occorre altresì valutare l'impatto in termini di efficacia/sostenibilità economica, così come l'acquisto di nuove tecnologie deve essere subordinato alla valutazione di HTA.

10.4 Sanità veterinaria

Tematiche importanti sono l'armonizzazione della normativa europea, la formazione degli operatori, la gestione dei sistemi informativi, in particolare le anagrafi animali senza le quali non è possibile alcuna epidemiosorveglianza. Un possibile obiettivo è la realizzazione, partendo dagli attuali flussi informativi, di un sistema integrato anche di ausilio alla pianificazione dei controlli.

10.5 Sicurezza degli alimenti

Anche qui gli aspetti prioritari sono il recepimento delle direttive europee e l'adeguamento della attività di vigilanza e controllo alle stesse.



11. MIGLIORARE IL RAPPORTO TRA LE STRUTTURE DEL SSN E IL CITTADINO

Il Piano sanitario nazionale svilupperà inoltre le tematiche di particolare rilevanza per il cittadino:

11.1 Liste di attesa

Occorre aggiornare il Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa tenendo conto dell'appropriatezza, dell'accesso per classi di priorità, dell'attuazione di percorsi definiti per la cronicità. E' necessario anche promuovere il maggior utilizzo dell'ICT in questo settore ed implementare i sistemi di prenotazione ai vari livelli, anche sovra regionali.

11.2 Integrazione sanitaria e socio sanitaria

Vanno realizzati interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con 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 e lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

11.3 Qualità e sicurezza dei pazienti, umanizzazione

La *governance* del sistema deve integrare gli aspetti clinici, di sicurezza, gestionali, economici, di umanizzazione e gradimento delle cure. Strategie fondamentali sono l'informazione e la comunicazione per promuovere la trasparenza ed il "rendere conto" di ciò che viene fatto.

11.4 Partecipazione, empowerment

Per quanto molti documenti programmatici prevedono forme di partecipazione dei cittadini, in alcune realtà tali interventi sono ancora carenti. Accanto alle iniziative istituzionali è necessario che ogni operatore sia consapevole che è un proprio impegno lo sviluppo della partecipazione e dell'empowerment dei cittadini.



12. FASI DELLA VITA

Il piano sanitario nazionale porrà attenzione alle prime e ultime fasi della vita:

12.1 La nascita

In particolare saranno analizzati gli aspetti relativi alla sicurezza e alla umanizzazione del parto, al ricorso alla parto analgesia e alla diminuzione dei parti cesarei, alla facilitazione dell'allattamento al seno, alla dotazione di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale, al trasporto neonatale.

12.2 L'età pediatrica

E' necessario implementare la diagnosi precoce, definendo appropriati percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite, razionalizzare la ospedalizzazione pediatrica, migliorare l'integrazione tra ospedale e PLS, valorizzare la scuola nella promozione di stili di vita salutari.

12.3 L'adolescenza

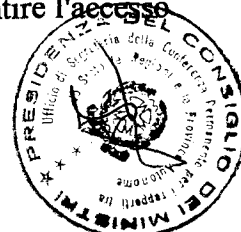
Anche per gli adolescenti occorre promuovere la informazione e formazione per l'adozione di stili vita salutari, attivare interventi per la prevenzione del disagio, educare alla sessualità, prevedere nelle scuole o all'interno dei consultori spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi per ricevere informazioni e risposte ai problemi e ai quesiti propri dell'età.

12.4 La senescenza

Vanno attivati interventi di prevenzione secondaria e terziaria per prevenire e/o contenere la disabilità e va realizzata compiutamente la rete di assistenza sociale e sanitaria per gli anziani fragili e non autosufficienti.

12.5 Le fasi ultime della vita: cure palliative

La priorità è nell'attuazione della legge 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"



13. PATOLOGIE RILEVANTI

Il piano sanitario nazionale tratterà patologie di grande rilevanza

13.1 malattie cardiovascolari

13.2 malattie oncologiche

13.3 malattie respiratorie croniche

13.4 diabete

13.5 salute mentale e disturbi del comportamento alimentare

13.6 dipendenze

13.7 malattie infettive

13.8 malattie rare

13.9 pazienti ad alto grado di tutela

14. SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA: COSTI STANDARD

Il Patto per la salute ha data certezze di risorse nel fissare le disponibilità finanziarie complessive per il SSN nel triennio 2010-2012.

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. In primo luogo la mancata adozione in varie regioni dei sistemi di controllo e di contabilità analitica e la carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali causano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, rendendo critica la determinazione e l'applicazione del costo standard, per cui può verificarsi che i costi (*input*) non siano correttamente attribuiti allo specifico prodotto (*output*) che hanno generato ovvero non agevolmente stimabili. In ogni caso il costo medio non consente di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

In questa situazione sarà fondamentale operare un raffronto tra le *performance* regionali per gruppi di indicatori attraverso i quali posizionare le singole esperienze regionali .

Il confronto su questi temi sarà facilitato da quanto già previsto dal Patto per la salute che ha individuato un serie di parametri rispetto ai quali operare il raffronto tra le varie realtà



regionali e che già costituiscono una matrice di riferimento rispetto alla quale ciascuna regione può posizionarsi per individuare le proprie criticità nel controllo dei costi sostenuti per assicurare la erogazione dei LEA.

15 INVESTIMENTI

Il Patto per la salute ha assicurato risorse aggiuntive per gli investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/88 che potranno supportare il processo di territorializzazione dell'assistenza, con la concentrazione delle acuzie in strutture di riferimento regionali interconnesse ad ospedali intermedi e a strutture territoriali e rinnovare il parco tecnologico, eliminando le tecnologie obsolete, introducendo tecnologie innovative, riconosciute valide a seguito della valutazione con le metodologie di HTA.

