Settimanale Milano | Il Sole 24 ORE Sanità | 16-NOV-2010
Diffusione: n.d. | Lettori: n.d. | Direttore: Gianni Riotta | da pag. 2

Presentata alle Regioni la bozza di Psn 2011-2013 che punta a sostenibilità del Ssn e rispetto dei Lea

Fazio: piano sanitario in 12 mosse

Gli assi cardinali sono la prevenzione, l'assistenza primaria e il riordino degli ospedali

Ultimissima versione del Piano sanitario nazionale 2011-2013 consegnata dal ministro della Salute Ferruccio Fazio la scorsa settimana alle Regioni. Dodici azioni che vanno dalla prevenzione agli investimenti per l'ammodernamento e che gettano le basi della programmazione per ristrutturare le reti ospedaliere e la medicina del territorio. Il Psn è definito «l'elemento di garanzia» per l'applicazione uniforme dei Lea e dà indicazioni precise anche sugli obiettivi di salute, dalla nascita all'età senile mettendo sotto la lente le «dieci patologie rilevanti» su cui concentrare le cure.

A PAG. 2-5

PSN 2011-2013/ Presentata alle Regioni la bozza messa a punto dal ministero

Piano sanitario custode dei Lea

Dalle cure primarie all'Hta ecco le dodici azioni per rilanciare il Ssn

Ecco il Piano sanitario nazionale ai tempi del federalismo e dei costi standard. L'ultimissima versione di 114 pagine, che il ministero ha appena consegnato alle Regioni, si autodefinisce come «l'elemento di garanzia dell'uniforme applicazione degli obiettivi e dei Lea a livello nazionale», la «cornice di sintesi» che definisce le macrolinee d'indirizzo della programmazione sanitaria.

Le sfide sono note: domanda di salute crescente, invecchiamento della popolazione, aumento dei malati cronici, risorse scarse. In una parola: sostenibilità. Che va garantita «attraverso un sistema di governance multilivello (nazionale, regionale e aziendale) capace di assicurare un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti». E di recuperare efficienza, soprattutto nelle Regioni in rosso.

Obiettivo: recupero dell'efficienza

Le criticità sono evidenziate con chiarezza: l'inappropriatezza di alcune prestazioni ospedaliere, legate all'«organizzazione ancora insufficiente della medicina generale» e del livello territoriale; le lunghe liste d'attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; un livello qualitativo dei servizi molto differenziato. Con un nuovo campanello d'allarme: dopo quella "storica" di infermieri, la carenza di medici dirigenti Ssn, calcolata in 18mila unità dal 2012 al 2018 e di circa 22mila dal 2014 al 2018.

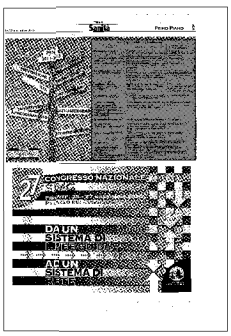
La bozza di Psn 2011-2013 propone quindi dodici azioni per lo sviluppo del Ssn, sintetizzate in questa pagina, nonché specifici interventi per il monitoraggio dei Lea. E approfondisce alcune tematiche di sistema, dalla ricerca alle nuove tecnologie, dalla sicurezza delle cure alla farmaceutica, fino all'accreditamento, per il quale si auspica una forte semplificazione e la creazione di un «core comune minimo» di riferimento valido per tutte le strutture operanti sul territorio nazionale.

Da ultimo, il Piano prevede gli strumenti per un'attenta valutazione delle strategie e degli obiettivi perseguiti (si veda anche la tabella in alto a destra). Valutazione che non potrà non riguardare anche il livello regionale. Perché, oggi più che mai, diventa imprescindibile misurare la capacità di miglioramento dei sistemi nazionale e regionali in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, sostenibilità economica e outcome. Ma anche la riduzione di variabilità della performance, relativamente a ciascun obiettivo, tra le Regioni e all'interno di ciascuna Regione. Siamo sempre là: federalismo sì, disuguaglianza no. Almeno nelle intenzioni.

Un'attenzione particolare è per la prevenzione: la filosofia che il nuovo Psn fa sua è quella Oms della «salute in tutte le politiche». E della guerra aperta a quei pochi fattori di rischio colpevoli di scatenare la maggior parte delle malattie croniche: fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, obesità e inattività fisica. La bozza riprende, ampliandoli, i contenuti del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.

La bozza del nuovo piano sanitario 2011-2013 riconosce poi la centralità delle cure primarie. E affida loro sei obiettivi: promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità; prendere in carico i pazienti in modo globale e completo; favorire la continuità assistenziale; concorrere ai processi di governo della domanda mediante l'azione di gatekeeping del medico di famiglia; valutare gli esiti di salute generata; favorire l'empowerment dei pazienti nel processo di cura.

Altro capitolo quello della medicina di laboratorio, componente fondamentale dei processi assistenziali che determina il 60-70% delle decisioni cliniche. Secondo la bozza di Psn è una variabile organizzativa che influenza il corretto



data stampa

utilizzo delle risorse diagnostiche e terapeutiche e il ricorso ai ricoveri. Le indicazioni delle linee di indirizzo 2009 dell'Agenas fanno da guida per la riorganizzazione in rete, promuovendo la qualità attraverso l'orientamento dei servizi ai bisogni assistenziali. Il tutto dovrà essere codificato in Accordi Stato-Regioni.

Anche la riabilitazione ha un rilievo particolare tra le "azioni" per la programmazione. E prevede un percorso unico riabilitativo con la presa in carico del paziente garantendogli la continuità delle cure. E con un dipartimento per la riabilitazione a cui affidare la regìa di tutta l'assistenza fuori e dentro l'ospedale. Per dimenticare le "cure spezzatino" che spesso hanno segnato questo fronte delle cure del Ssn che riguarda oggi almeno 2,8 milioni di italiani disabili il nuovo Piano sanitario nazionale inviato alle Regioni punta su di «un modello di accesso al sistema welfare chiaro e definito, nonché una modalità di totale partecipazione alla valutazione e alla definizione del progetto individualizzato».

Come razionalizzare la rete ospedaliera

Altro capitolo chiave l'ospedale: ammodernare e investire nella rete ospedaliera si può e si deve. Ma prima di tutto bisogna scoprire «le criticità» presenti nel territorio. Per questo la bozza di Psn invita ogni realtà regionale a sfruttare l'occasione del documento programmatico previsto in ogni accordo di programma per intervenire su più fronti: dalla frammentazione dell'offerta «in molti piccoli ospedali» fino alla «persistenza, all'interno dei presìdi deputati a garantire le prestazioni per acuti di alta specialità/alta complessità, di una quota di ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriatezza». La razionalizzazione incrociata delle reti dei servizi di territorio e ospedale per evitare duplicazioni, clinical governance in base a bisogni ed epidemiologia, investimenti in tecnologia e impianti a elevata specializzazione, economie di scala con la concentrazione di alcune funzioni gestionali, benchmarking tra strutture e benchlearning per la formazione per migliorare i processi gestionali, finanziari e qualitativi. Sono le chiavi di revisione delle reti ospedaliere su cui dovrà muovere la programmazione di tutte le Regioni, non solo di quelle con piani di rientro.

Marzio Bartoloni
Paolo Del Bufalo
Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PREVENZIONE&SICUREZZA

Il Psn riprende i contenuti del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, aggiungendo alcuni temi: salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per migliorare l'efficacia degli interventi e lo sviluppo della programmazione tra istituzioni; Sanità pubblica veterinaria e benessere animale, seguendo la nuova strategia Ue per la salute degli animali, secondo cui i controlli devono essere distribuiti lungo tutto il processo di produzione; sicurezza degli alimenti e nutrizione, per completare la categorizzazione dei rischi connessi alle diverse filiere produttive.

Il Psn prevede inoltre azioni specifiche per il controllo dei determinanti ambientali. Obiettivo: promuovere norme settoriali su aria, acqua, rifiuti e suolo, cambiamenti climatici, sicurezza alimentare, inquinanti chimici, e adottare una politica integrata dei prodotti (eliminando le emissioni o l'uso di sostanze pericolose). Intimamente collegate sono le azioni di «health impact assessment» (Hia), o valutazione d'impatto sulla salute, che permettono di determinare gli effetti sul benessere della collettività derivanti da una modifica dei determinanti di salute: inquinamento atmosferico, trasporto urbano, stili di vita, politiche economiche, relazioni sociali, piani di sviluppo urbano e di housing, politiche dell'istruzione e di promozione culturale.

RIABILITAZIONE

Ecco dunque diventare cruciale il «progetto riabilitativo individuale» che è «unico per ciascuna persona», stabilito dal medico specialista in riabilitazione in «condivisione con gli altri professionisti in conformità ai parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International classification of function (Icf)».

Un progetto, questo, che deve essere anche «condiviso con il paziente quando possibile, con la famiglia e i caregiver», per stabilire le caratteristiche di «congruità e appropriatezza dei diversi interventi - aggiunge la bozza di Psn - e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti».

Secondo il Piano sanitario le Regioni dovranno predisporre appositi percorsi appropriati per le diverse disabilità «anche in considerazione della propria rete riabilitativa, nonché potranno prevedere compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per la parte non sanitaria».

In più dovranno affrontare la fase della riabilitazione intensiva con l'attivazione di strutture dedicate, «ospedaliere pubbliche o private accreditate o strutture extraospedaliere territoriali».

Mentre per la fase di riabilitazione estensiva dovranno procedere a un profondo restyling degli attuali setting «spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di inclusione sociale».

data stampa

CURE PRIMARIE

La funzione delle cure primarie deve essere riconosciuta nelle strategie aziendali. Per migliorare la qualità dell'assistenza primaria il Piano propone due leve: di governance (strumenti di programmazione territoriale e distrettuale, come Pal e Pat, accordi con la medicina convenzionata, valutazione e miglioramento continuo) e di gestione (forme organizzative come le aggregazioni funzionali, sistema di monitoraggio, processi d'integrazione e formazione continua).

Per la continuità assistenziale, target cruciale per il Ssn, si prevede la diffusione dei Punti unici d'accesso (Pua) e l'attenzione ai pazienti più bisognosi di un'offerta "continua": i post-acuti appena dimessi dall'ospedale e i cronici. Telemedicina e teleassistenza sono strumenti da sfruttare, ma lo scopo cui tendere dev'essere soprattutto quello di implementare la rete assistenziale chiarendone i nodi e le interrelazioni e individuando quale professionista fa cosa. Il distretto è indicato ancora come l'area che deve garantire coordinamento e integrazione. Molteplici le soluzioni di cui può avvalersi la rete assistenziale territoriale: dall'attivazione di posti letto territoriali gestiti dal Mmg e dal personale infermieristico a team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, passando per strutture rivolte a non autosufficienti. Distinte in Unità di cure residenziali intensive, Unità di cure residenziali estensive, Nuclei Alzheimer e Unità di cure residenziali di mantenimento.

DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E PER IMMAGINI

Per i laboratori di analisi cliniche gli indirizzi sono: integrazione dipartimentale delle attività specialistiche, compreso il servizio trasfusionale (presso le strutture competenti per disciplina); procedere secondo il metodo della funzionalità in rete per l'equilibrio tra laboratori generali anche con settori specialistici e laboratori specializzati autonomi, con bacini di utenza anche sovra-aziendali o regionali. Il rapporto tra pubblico e privato va inquadrato nel riordino, partendo dal presupposto che il sistema nel suo complesso ha l'obiettivo di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Per la diagnostica per immagini le iniziative regionali devono puntare a: omogeneità dei servizi; interoperabilità dei sistemi su scala regionale e infraregionale (telemedicina, second opinion, distribuzione e utilizzo della reportistica e delle immagini digitali); coordinamento delle procedure di definizione, condivisione e revisione dei cataloghi/nomenclatori; supporto tecnologico e di conoscenza alle strutture per l'anagrafe unica regionale e adeguamento dei sistemi di comunicazione in rete; condivisione di sistemi informatizzati di gestione delle immagini soprattutto per sicurezza dei dati, conservazione legale delle immagini e dei referti (privacy).

TECNOLOGIE&INVESTIMENTI

Il Piano comunque mette in fila una serie di criticità «presenti nelle regioni in maniera difforme»: si parte dalla carenza di posti letto per post-acuti a quella per comi e stati vegetativi; c'è poi la mancanza di strutture per mielo-lesioni e la quasi assenza in alcune realtà di posti letto per hospice fino ai più "tradizionali" letti nelle Rsa.

Per quanto riguarda le tecnologie il Psn traccia alcune «linee di indirizzo». E cioè: mantenere in sicurezza ed efficienza il patrimonio tecnologico esistente; innovare i processi sanitari, i protocolli clinici e le tecnologie; perseguire i progetti regionali sovra-aziendali su alcune linee di innovazione; ampliare e aggiornare il parco tecnologico, in particolare delle nuove strutture sanitarie. Con l'Hta (l'Health technology assessment) a giocare un ruolo cruciale nella «valutazione complessiva e sistematica delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate dalle tecnologie sanitarie». «Appare necessario - avverte però il Psn - prevedere un intervento normativo in merito al governo dell'innovazione tecnologica a livello nazionale» per definire con chiarezza compiti e responsabilità.

RETI OSPEDALIERE

Tre le azioni mirate da mettere in campo. Al primo posto nella riorganizzazione della rete c'è la trasformazione dei piccoli ospedali. Grazie al programma di investimenti in Sanità dovranno cambiare faccia ed essere dedicati a nuovi modelli di offerta territoriale sviluppati dalle Regioni tenendo conto delle indicazioni nazionali: continuità assistenziale nel lungo periodo, appropriatezza dei regimi assistenziali (residenzialità, semiresidenzialità, domicilio ecc.), decentramento della risposta per lasciare il più possibile il paziente nel suo ambito sociale, integrazione socio-sanitaria.

Secondo punto la riorganizzazione delle reti: per definirne una "coerente" è necessario stabilire il fabbisogno di prestazioni per specialità e per area geografica, il relativo numero di posti letto e di strutture organizzative e prevedere il disegno delle organizzazioni dei singoli presìdi in base a parametri condivisi.

Terzo aspetto la rete dell'emergenza-urgenza. Tre gli aspetti che riguardano l'ospedale: promuovere la diffusione del triage ospedaliero, individuando un modello nazionale e sistemi di informazione sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); percorsi alternativi al pronto soccorso con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Mmg per la non emergenza-urgenza possibilmente h24 e con consulenze specialistiche in tempo reale; attivazione dell'osservazione breve limitata alle 24 ore dalla presa in carico, per ridurre ricoveri e dimissioni improprie.

data stampa

A ogni "azione" la sua valutazione

Azione	Obiettivo di processo	Modalità e fonte di misurazione
Rilanciare la prevenzione	Potenziare l'attività informativa ed educativa dei medici di famiglia per l'adozione di corretti stili di vita	• Progetto Passi • % di cittadini informati dai medici di famiglia
Controllo delle determinanti ambientali	Attivazione di protocolli di collaborazione tra le diverse agenzie competenti sul territorio	• Flusso specifico
Health impact assessment	Svolgere percorsi formativi e costituire task force multidisciplinari per l'integrazione delle competenze	• Flusso specifico
Centralità delle Cure primarie e delle strutture territoriali	Definizione di accordi attuativi aziendali per le Cure primarie, attivazione sistema di valutazione performance cure primarie, ampliamento percentuale di Mmg aggregati in forme organizzative evolute	• Flusso specifico • Tasso ospedalizzazione evitabile patologie croniche
Continuità delle cure e integrazione ospedale e territorio	Definizione a livello regionale e locale di una rete assistenziale in cui siano ben identificati i nodi, i ruoli e i percorsi assistenziali	• Flusso specifico • % re ricoveri 30-180 giorni post primo ricovero • % ricoveri superiori a 30 gg
Assistenza domiciliare	Ampliamento assistenza domiciliare e cure palliative per pazienti oncologici e terminali	• % pazienti seguiti in Adi
Strutture territoriali	Utilizzo temporaneo e reinserimento a domicilio	• % utenti reins. a domicilio
Riorganizzazione della medicina di laboratorio e della diagnostica di laboratorio e per immagine	Integrazione dipartimentale delle strutture nella rete aziendale, sovra aziendale e regionale	Riduzione numero laboratori
Reti ospedaliere		
Problematica dei piccoli osp.li	Riconfigurazione dell'offerta dei piccoli ospedali	Flussi ministeriali
Riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali	Programmazione posti letto e definizione ruoli delle strutture ospedaliere nelle reti geografiche per erogare prestazioni di ricoveri appropriate	Flussi ministeriali
Rete dell'emergenza urgenza	Diffusione metodologia del triage, previsione percorsi alternativi al Ps per codici a bassa complessità, attivazione osservazione breve intensiva	Flussi ministeriali
Riabilitazione	Predisposizione percorsi appropriati per le diverse disabilità da parte delle Regioni	Flusso specifico
Valutazione delle nuove tecnologie sanitarie	Consolidamento Rete collaborativa Interregionale per l'Hta, diffusione della metodologia Hta	Flusso specifico
Investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico del Ssn	Predisposizione da parte delle Regioni di un piano triennale per gli investimenti e l'acquisizione di tecnologie e beni mobili	Flusso ministeriale

data stampa